

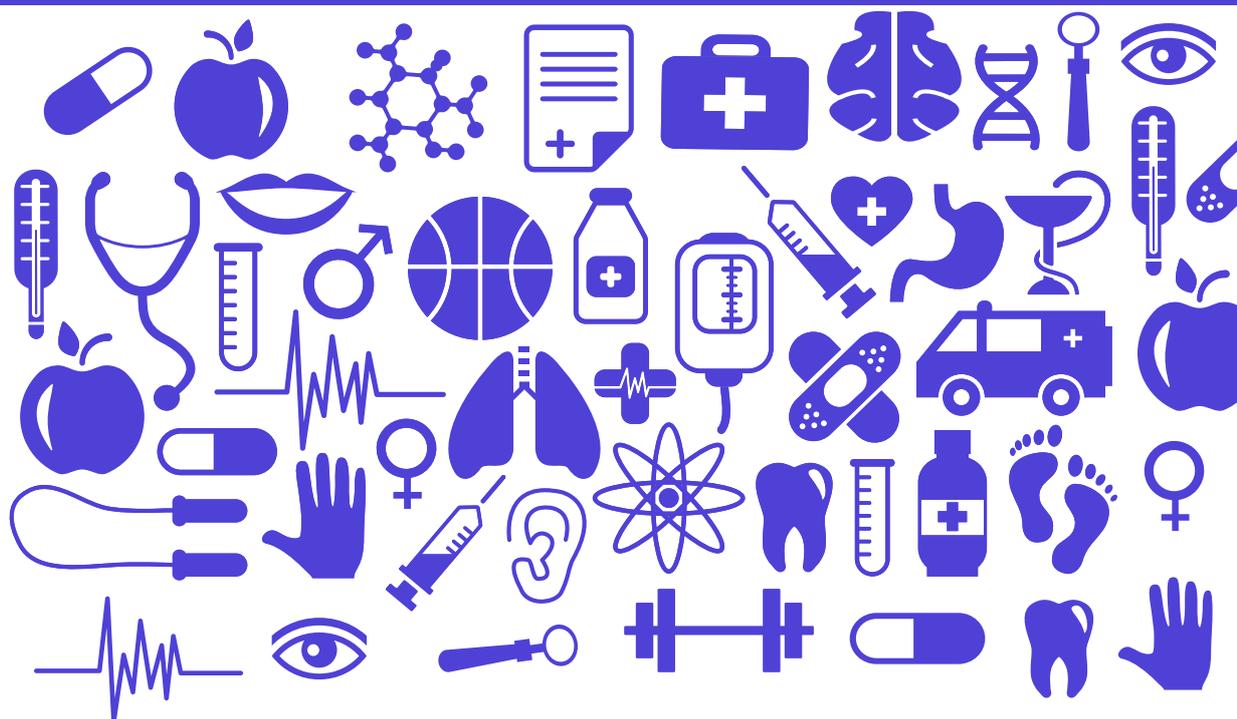


Saúde

43

Nº 1-2017

(SANTAMARIA)



ISSN 2236-5834

DOI 10592/ 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: revistasaude.ufsm@gmail.com

www.ufsm.br/revistasaude

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. 43,
n. 1 (jan./Abr. 2017)-_____. –
Santa Maria, RS, 2017-_____.

Quadrimestral, 2017-

Continuação de: Saúde : Revista do Centro de
Ciências da Saúde, (1983-2017)

Vol. 43, n. 1 (jan./abr. 2017)

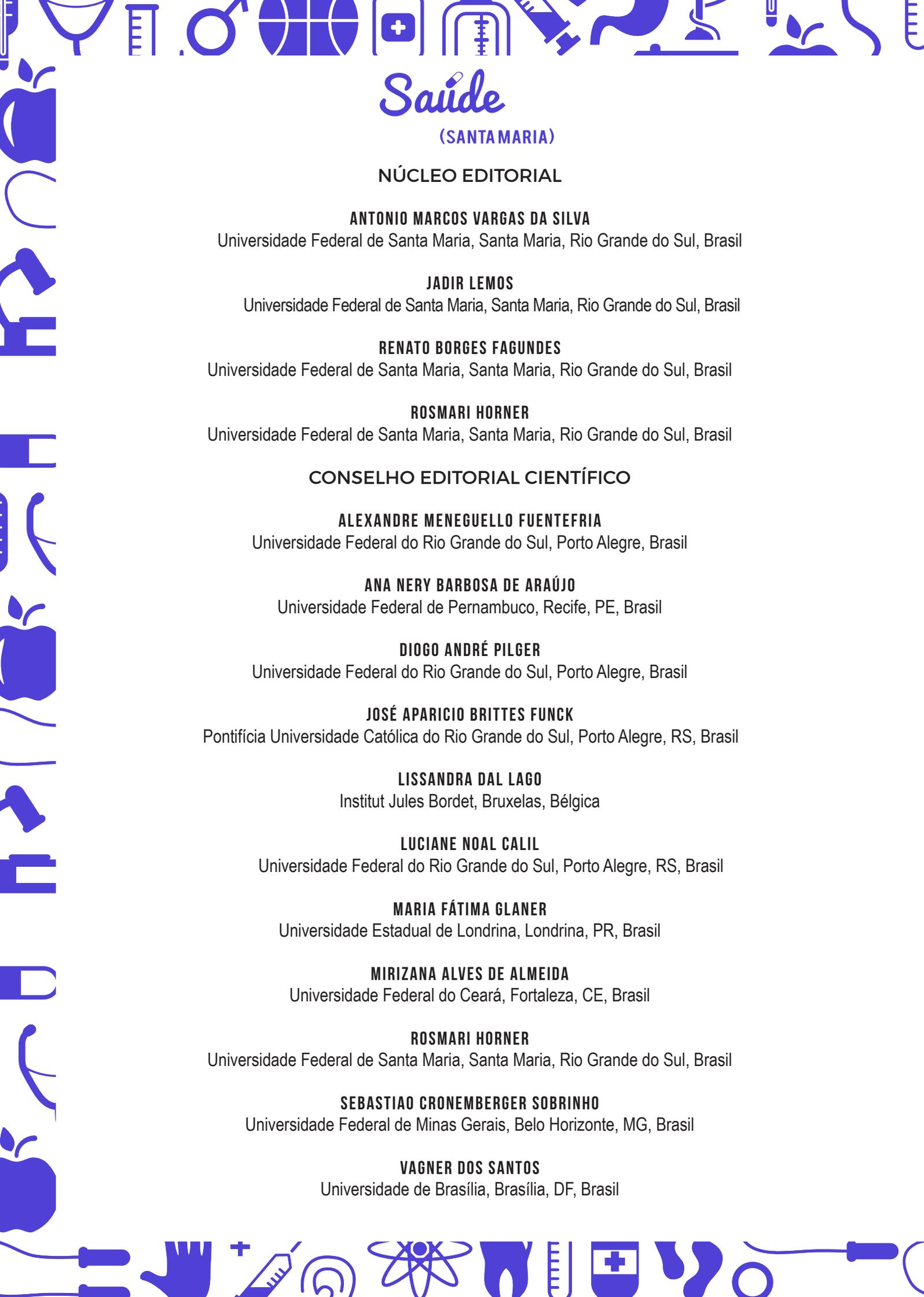
Disponível em: [http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-](http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/index)

[2.2.2/index.php/revistasaude/index](http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/index)

ISSN 2236-5834

CDU 61

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



Saúde

(SANTAMARIA)

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 Miguel Elias Temer Lulia

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 Édson Paz da Silva

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA

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

BIANCA 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



SUMÁRIO

ENFERMAGEM

11 EDITORIAL

13 **VIVÊNCIAS DE RESIDENTES ENFERMEIROS NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Rhea Sílvia de Avila Soares, Marcia Aparecida Penna, Camila Pinno, Vânia Lúcia Durgante, Alexandra Michelini Real Saul, Elaine Miguel Delvivo Farão e Suzinara Beatriz Soares de Lima

22 **A VIVÊNCIA DE MULHERES NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO**

Rosimery Barão Krunko, Tatiane Osvaldt da Silva e Patrícia Taís de Oliveira Trindade

31 **IMPORTÂNCIA DE CAPACITAÇÃO SOBRE A PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL: PERCEPÇÃO CRÍTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Sonia Regina Zerbetto e Luciana Dagmar Maciel

41 **CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Rita de Cássia Rodrigues, Stella Crisanto Pontes, Mayhara Myrna Bezerril Freire de Lima Galvão, Fábila Barbosa de Andrade e Daísy Vieira de Araújo

53 **PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E O SUPORTE BÁSICO DE VIDA NO AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR: O SABER ACADÊMICO**

Karla Rona da Silva, Sibeles Aparecida Santos Tomás Araújo, Wander Soares de Almeida, Ingrid Victória Dias Swamy Pereira, Edna Andréa Pereira de Carvalho e Mery Natali Silva Abreu

60 **DIFICULDADES APONTADAS PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA REALIZAÇÃO DO SEU TRABALHO**

Vagner Ferreira do Nascimento, Ana Cláudia Pereira Terças, Thalise Yuri Hattori, Bianca Carvalho da Graça, Juliana Fernandes Cabral, Josué Souza Gleriano, Angélica Pereira Borges e Graziela Regina Machado de Souza Ribeiro

70 **AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CRIANÇAS NA ÓTICA DOS PAIS E CUIDADORES**

Bianca Fontana Aguiar, Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack e Leandro Rozin

84 **FATORES DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE CRACK**

Michele Mandagará de Oliveira, Valéria Cristina Chistello Coimbra, Diordene Oliveira da Silva, Roberta Zaffalon Ferreira, Poliana Farias Alves, Karine Langmantel Silveira e Suélen Cardoso Leita



FARMÁCIA

94 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE OS GRUPOS DE GESTANTES

Joice Ane Teixeira, Marilu Correa Soares, Ana Paula de Lima Escobal, Kamila Dias Gonçalves, Greice Carvalho de Matos, Bruna Madruga Pires da Silva e Katia da Silva Rocha

104 HÁBITOS SEXUAIS E PRÁTICA CONTRACEPTIVA DOS ACADÊMICOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA NO NORTE DE MATO GROSSO

Cezar Augusto da Silva Flores, Andréia Dulciane Petter, Suellen Rodrigues de Oliveira Maier e Patrícia Reis Souza

112 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SOCIAL DA FIBROSE CÍSTICA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Sueli Maria dos Reis Santos, Mayara Dias Barroso, Thais Rothier Duarte e Maria Cristina Pinto de Jesus

123 AMBIÊNCIA DA PEDIATRIA: PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES NAS CRIANÇAS INTERNADAS

Juliane Portella Ribeiro, Adriane Maria Netto de Oliveira, Giovana Calcagno Gomes, Maira Buss Thofehm e Marina Soares Mota

133 AVALIAÇÃO DOS EFEITOS ANTI-GENOTÓXICOS DE PHYLLANTHUS NIRURI(EUPHORBIACEAE) EM LEUCÓCITOS HUMANOS EXPOSTOS A AGENTE AGRESSOR

Maria Fernanda de Moura Leão, Camila Martins Güez, Jonathaline Apollo Duarte, Elizandra Gomes Schmitt, Luciane Dias Quintana, Léa Augusta de Bairros Zambrano, Mariana Balhego Rocha, Luísa Zuravski, Luís Flávio Souza de Oliveira e Michel Mansur Machado

140 PERSPECTIVA SOBRE O ENTENDIMENTO DO CUIDADO FARMACÊUTICO AO IDOSO EM UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA

Hérick Hebert da Silva Alves, Sanny Ellen de Souza Pereira, Sandna Larissa Freitas dos Santos, Karla Bruna Nogueira Torres Barros e Maria Luísa Bezerra de Macedo Arraes

148 FREQUÊNCIA DE EXACERBAÇÃO EM PACIENTES PORTADORES DE DPOC SUBMETIDOS A UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR

Alice Pereira Freitas, Betina Brixner, Cristiane Carla Dressler Garske, Andréa Lúcia Gonçalves da Silva, Dulciane Nunes Paiva, Dannuey Machado Cardoso e Lisiane Lisboa Carvalho

153 SISTEMAS NANOESTRUTURADOS CONTENDO ÓLEO DE LINHAÇA: DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E CARACTERIZAÇÃO FÍSICO-QUÍMICA DE NANOEMULSÕES E NANOCÁPSULAS POLIMÉRICAS

Cristina Rigon, Laura Minussi Giuliani, Mônica Fabiele Lorensi Stangarin, Juliane Mattiazzi, Felipe Pereira Gomes, Natháli Schopf Pegoraro, Letícia Cruz e Luana Mota Ferreira

FISIOTERAPIA

163 **A MASTECTOMIA E SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA AFETIVA, FAMILIAR E SOCIAL DA MULHER**

Elisa da Luz Adorna, Elhane Glass Morari-Cassol e Nara Maria Severo Ferraz

FONOAUDIOLOGIA

170 **PERCEÇÃO DOS PAIS DE CRIANÇAS COM IMPLANTE COCLEAR USUÁRIAS DA LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS**

Lauriene Franchi Dionisio e Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima

179 **CORRELAÇÃO DOS LIMIARES DO PEATE-FE E DA AUDIOMETRIA INFANTIL EM LACTENTES COM PERDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL**

Pricila Sleifer, Bruna Fiorenzano Herzog Conrado, Dayane Domeneghini Didoné, Luciane Ferreira Pauletti e Cristina Fernandes Diehl Krimberg

INTERDISCIPLINAR

189 **HEMODIÁLISE E SEUS IMPACTOS PSICOSSOCIAIS EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL**

Jordana Carla Cabral e Silva, Soliel Shandy Costa Paiva e Rogério José de Almeida

199 **A PERCEÇÃO DOS TRABALHADORES RURAIS SOBRE A AUTOEXPOSIÇÃO AOS AGROTÓXICOS**

Jéssica Vilela Silva, Loraine Pires Vilela, Maiara Silva Moraes e Cristiane Aparecida Silveira

206 **PERCEÇÃO DE RISCOS E EFEITOS PARA A SAÚDE OCUPACIONAL DE MOTOCICLISTAS PROFISSIONAIS**

Ramon Antônio Oliveira e Cristiane Aparecida Silveira

214 **ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: ESTUDO COM COLABORADORES DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA**

Veronilde da Silva Oliveira, Paula Christianne Gomes Gouveia Souto Maia, Joselito Santos e Milena Nunes Alves de Sousa

225 **LEITURA DO MUNDO DE GESTANTES ADOLESCENTES: DESCOBRINDO UNIVERSO VOCABULAR BASEADO NO CÍRCULO DE CULTURA**

Glícia Mesquita Martiniano Mendonça, Maria Adelane Monteiro da Silva, Leidy Dayane Paiva de Abreu, Rebeca Sales Viana, Francisca Alanny Araújo Rocha e Antonio Rodrigues Ferreira Junior

233 **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS**

Marciele Braga dos Santos, Andreza Lima Cardoso, Bruna Schio, Francine Ziegler Leal, Jenifer Colombelli Mielke, Juliana de Oliveira Mozzaquatro e Rosmari Horner





EDITORIAL

A nação brasileira, depois de três décadas, encontra-se diante de uma oportunidade sem igual de vencer a corrupção. Porém, esta esperançosa “mudança de paradigma” trazida pela Lava-Jato corre o risco de não alcançar os políticos com o mesmo efeito avassalador que puniu os empresários e outros protagonistas. O motivo disso está no “foro privilegiado”.

Precisamos criar a cultura da igualdade, da justiça, de homens e mulheres qualificados que se direcionem à vida pública pois não suportamos mais políticos corruptos.

Os brasileiros não podem permanecer com conformismos: às normas sociais, como furar a fila, fazer as coisas fora do prazo e à violação da lei, como pagar propina.

Comunicamos que a partir deste ano a Revista Saúde (Santa Maria) passa a ser editada quadrimestralmente. Portanto, pesquisador/pesquisadora necessitamos que nos enviem seus trabalhos originais.

Com grande satisfação disponibilizamos o presente número da **Revista Saúde (Santa Maria) 1/2017 (Vol. 43, N.º.1, Jan./Abr. 2017)**.

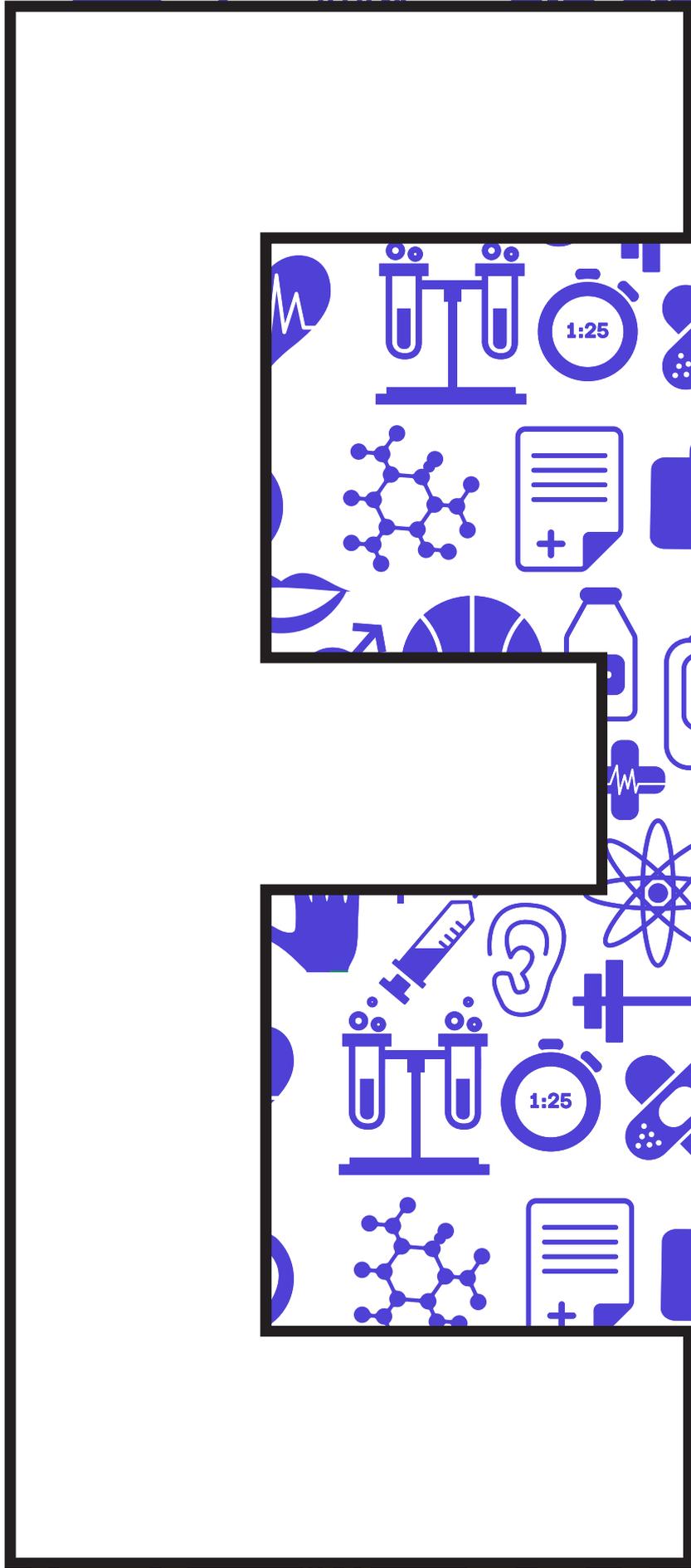
Esperamos que os artigos que fazem parte desse novo número agradem a todos, leitoras e leitores que acessarem nossa revista.

Desejamos uma ótima leitura a todos!

Rosmari Hörner

Editora

ENFERMAGEM



VIVÊNCIAS DE RESIDENTES ENFERMEIROS NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

EXPERIENCES OF RESIDENT NURSES ON THE RESIDENCY PROGRAM IN MULTIPROFESSIONAL HEALTH

**Rhea Silvia de Avila Soares¹, Marcia Aparecida Penna¹, Camila Pinno¹, Vânia Lúcia Durgante¹,
Alexsandra Michelini Real Saul¹, Elaine Miguel Delvivo Farão², Suzinara Beatriz Soares de Lima³**

RESUMO

Compreender as vivências o residente enfermeiro acerca de suas práticas em Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, desenvolvido em Hospital Universitário do Estado do Rio Grande do Sul. Estudo com abordagem qualitativa e coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada, realizada no período de dezembro de 2012 à fevereiro de 2013, sendo os sujeitos da pesquisa enfermeiros residentes do 1º e 2º ano do programa de residência. Participaram desta pesquisa 07 residentes enfermeiros. Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin, pela qual se identificou a categoria: Atuação do residente enfermeiro: percepções acerca de sua prática e formação multiprofissional, dividida em duas subcategorias: Identificação com as propostas do programa de residência multiprofissional e Vivências/Sentimentos despertados a partir das atividades práticas. Os resultados indicam que na visão dos residentes a formação pela residência multiprofissional potencializa o pensar-agir para uma assistência integral a saúde no âmbito do SUS e ainda revelam dificuldades na compreensão a respeito da integração ensino-serviço na efetivação do SUS.

Descritores: Enfermagem; Formação Continuada; Internato e Residência.

ABSTRACT

Identify the understanding of resident nurses about their practices in Residence Program Integrated Multi Professional in Public Health System, developed at the University Hospital of the State of Rio Grande do Sul. Study with qualitative approach and data collection by means of semi-structured interviews, conducted during the period December 2012 to February, condubing the subject of the research nurses residents of the 1st and 2nd year of the residency program. Participated in this research 07 resident nurses. For data analysis we used the content analysis of Bardin, by which identified the category: Performance of resident nurses: perceptions about their practice and formation multiprofessional, divided into two subcategories: Identification with the proposals of the residency program multiprofessional and Experiences/Feelings awakened from practical activities. The results indicate that in the point of view of the resident training by multiprofessional residency potentiates the think-act for an integral assistance to health under the SUS and also reveal difficulties in understanding about teaching-service integration in the execution of the SUS.

Descriptors: Nursing; Nurses; Education Continuing; Internship and Residency.

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

² Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Doutora pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

Introdução

No ano de 1976, a Secretaria do Estado de Saúde do Rio Grande do Sul criou a primeira Residência em Medicina Comunitária no Brasil, denominada São José do Murialdo, que mais tarde passaria a ser considerada multiprofissional¹. As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) são cursos de pós-graduação, lato sensu, regulamentadas pela promulgação da lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005², destinada aos profissionais que integram a área de saúde, excluída a medicina³.

Com a promulgação da Constituição Federal no ano de 1988, inicia-se um processo de mudança com relação a criação de um sistema de saúde mais justo e igualitário. Assim, instaura-se a formação do Sistema Único de Saúde (SUS), como um sistema público, universal e descentralizado.^{4,5} Percebe-se a necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde como uma exigência social, que interrelaciona, tanto a população usuária do SUS, quanto os profissionais de saúde e pesquisadores¹.

As RMS tem como objetivo formar residentes para uma atuação sustentada por meio de uma concepção ampliada de saúde e ancorada pelos Princípios e Diretrizes do SUS^{6,7}. Ainda, buscam formar profissionais com habilidades e especialidades específicas conforme a deficiência regional⁷, estimulando competências para o desenvolvimento de ações de gestão e atenção, viabilizando novos cenários integrados e descentralizados de ensino-aprendizagem. Também, destaca-se o caráter potencializador na integração de ações de ensino-serviço, proporcionando um espaço de troca de saberes e experiência, a partir de uma assitência interdisciplinar⁶.

Uma importante característica da RMS está relacionada a interdisciplinaridade, a qual estimula uma formação coletiva “inter-categorias” com valorização dos “núcleos” de saberes específicos de cada profissão, contribuindo para a integralidade do cuidado¹. Ressalta-se que existe uma dificuldade nos projetos políticos pedagógicos (PPP) com relação aos conceitos de multiprofissional, interprofissional, multidisciplinar e interdisciplinar, o que comprova-se em estudo que analisou os PPP dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) do Estado de São Paulo, e revelou que os programas apresentam diversidade de termos relacionados aos prefixos multi e inter e aos adjetivos profissional e disciplinar⁸.

O PPP que orienta e conduz o processo formativo dos residentes que fazem parte do cenário deste estudo, apresenta os conceitos de interdisciplinaridade, intersetorialidade e interinstitucionalidade⁶. Destaca que existe uma interação profissional ineficiente, fragmentada e mecanicista entre as equipes de trabalho que compõe os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde. Assim, a proposta deste programa de residência é a integração de ações disciplinares, intersetoriais e interinstitucionais, a fim de alcançar a integralidade nos vários níveis do sistema na perspectiva do SUS⁶.

O Ministério da Saúde, desde 2003, tem estimulado os cursos de RMS, contrapondo-se ao ensino de práticas exclusivamente curativas, enfatizando o trabalho interdisciplinar, contribuindo na construção de novos saberes e fazeres que promovam uma atenção mais humana e integral à saúde da população^{3,6,7}.

A Portaria nº 1.111 de 05 de julho de 2005, designa ao preceptor a função de supervisão docente-assistencial, realizada por área de atuação ou especialidade profissional. São responsáveis pela orientação dos residentes nas atividades de núcleo e de campo estimulando a integração dos diferentes saberes por meio da interdisciplinaridade.^{6,7,8} Corroborando, o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1986 que regulamenta a Lei nº 7498, do exercício profissional do enfermeiro, afirma que os enfermeiros podem participar dos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde⁹.

A motivação para a realização deste estudo originou-se durante as atividades de preceptoria de núcleo na área de enfermagem em um Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS) vinculada a uma Universidade Federal da Região Sul do país. As discussões dos preceptores com os residentes nas reuniões de preceptoria de núcleo, são momentos que servem para discutir a prática, aprofundar conhecimentos e ainda sanar as dúvidas do dia a dia. Desta maneira, estas discussões suscitaram questionamentos sobre a atuação do residente enfermeiro no programa de residência multiprofissional.

Diante do exposto e buscando nortear este estudo propõe-se as seguintes questões: As ações propostas pelo Programa de Residência Multiprofissional para o profissional enfermeiro estão sendo alcançadas? Como o residente enfermeiro compreende sua prática no programa de residência multiprofissional? Portanto, o objetivo do presente estudo é compreender as vivências do residente enfermeiro em um Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde.

Metodologia

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, desenvolvido em um Hospital Universitário localizado no Estado do Rio Grande do Sul, referência de média e alta complexidade para região centro-oeste do estado. Este hospital é local de atuação dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, com ênfase na atenção hospitalar.

A oferta de vagas para o programa acontece por área de concentração e por núcleo profissional. As áreas de concentração na atenção hospitalar dividem-se em: saúde mental, hemato-oncologia, materno-infantil e crônico-degenerativo, com vagas para enfermagem, nutrição, serviço social, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e farmácia e odontologia¹⁰.

Atualmente, o núcleo de enfermagem possui duas vagas para área de onco-hematologia, uma vaga para materno-infantil, duas para área crônico-degenerativo e três para saúde-mental, totalizando a entrada de oito enfermeiros por ano no hospital¹⁰.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada de dezembro de 2012 à fevereiro de 2013, sendo os sujeitos da pesquisa enfermeiros residentes do 1º e 2º ano do programa de residência do ano de 2012.

Assim, foram incluídos na pesquisa os enfermeiros residentes que estavam cursando o 1º ou 2º ano da residência multiprofissional e excluídos os que estavam de licença de qualquer natureza.

A população do estudo no período de coleta de dados era de 15 enfermeiros residentes. Aplicados os critérios de inclusão e critérios de exclusão, a pesquisa constituiu-se de sete participantes, uma vez que: duas enfermeiras estavam em licença maternidade, duas enfermeiras de férias e quatro residentes enfermeiras participaram como autoras do projeto.

Os participantes foram convidados por contato telefônico para participarem da pesquisa, sendo agendado encontro individual para a coleta de dados que aconteceu em sala da residência localizada no hospital. As entrevistas foram gravadas por meio de aparelho digital de gravação e posteriormente transcritas.

Dessa forma, foram coletadas sete entrevistas, que foram iniciadas por meio da seguinte questão: "Fale de sua vivência e sua prática, enquanto residente enfermeiro, no Programa de Residência Multiprofissional Integrada". Foi realizada análise descritiva da primeira parte do instrumento de coleta de dados composto por questões sociodemográficas caracterizando os sujeitos.

Para avaliação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin¹¹. A partir deste método, os dados foram analisados e interpretados. Para a análise das entrevistas transcritas na íntegra, utilizou-se uma ficha de extração de dados para cada entrevista, nesta ficha registraram-se as principais unidades de análise ou significado, através do registro de sentenças, frases ou parágrafos das transcrições.

Após fichamento de extração de dados, iniciou-se a codificação cromática dos achados fichados, com a utilização de cores para agrupar as unidades de significado de acordo com seu grau de proximidade, a partir do objetivo proposto pela pesquisa. Terminada a codificação cromática, foram elaboradas categorias e subcategorias temáticas através deste ir e vir ao material, das fichas de extração de dados codificadas e criatividade dos pesquisadores.

A realização desta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, registrado com o nº da CAEE 07381512.8.0000.5346, garantindo aos participantes confidencialidade e sigilo dos dados conforme os termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, resolução vigente na época em que se desenvolveu a pesquisa¹². Assim, as falas dos residentes foram identificadas pela letra E seguida de número ordinal na ordem em que as entrevistas foram acontecendo.

Resultados e Discussão

Participaram desta pesquisa 07 residentes enfermeiros que possuíam entre 23 e 24 anos, todas do sexo feminino, sem filhos, duas com experiência profissional, quatro com experiência no SUS durante a graduação, três com especialização lato sensu, quatro com conhecimento do Projeto Político Pedagógico (PPP) da residência.

A análise dos dados identificou a categoria: Atuação do residente enfermeiro: percepções acerca de sua prática e formação multiprofissional, dividida em três subcategorias: Identificação com as propostas do programa de residência multiprofissional, Conhecimento do Projeto Político Pedagógico (PPP) pelos enfermeiros residentes e Vivências/sentimentos despertados a partir das atividades práticas.

A residência multiprofissional é um diferencial na formação do residente enfermeiro uma vez que a atuação com diferentes núcleos profissionais permite um olhar mais ampliado sobre o usuário e o processo de trabalho dos diferentes núcleos, produzindo mudanças no sentido de atender a população de forma integral.

Atuação do residente enfermeiro: Percepções acerca de sua prática e formação multiprofissional

O enfermeiro residente deve promover o gerenciamento do cuidado de forma interdisciplinar, buscando a integralidade da assistência em sua área de concentração e contribuindo para uma articulação com os demais serviços que compõe a rede de atenção à saúde, conforme o projeto que orienta o programa de residência⁶.

Nessa perspectiva, considerando que o SUS tem como um dos seus princípios a integralidade a Residência Multiprofissional potencializa o desenvolvimento desse princípio pois contribui para a assistência em uma linha de cuidado integral, de forma interdisciplinar, direcionando o fluxo do usuário no sistema de saúde¹³⁻¹⁴.

Esta perspectiva se reproduz na fala dos residentes enfermeiros participantes desta pesquisa:

É um programa que tem toda a questão de unir a prática, a teoria, a experiência profissional, ter uma ampla visão de como funciona o SUS, todo este processo de rede, troca de experiência com outros profissionais (E2).

Dessa forma, a formação no programa de residência contribui para a sedimentação de conhecimentos adquiridos na graduação, possibilitando o crescimento do profissional na articulação entre os conceitos teóricos aprendidos acerca do SUS e sua empregabilidade no cotidiano da prática.

Assim, os profissionais formados por residências multiprofissionais em saúde, possuem condições críticas ampliadas, possibilitando uma atuação diferenciada na busca pela integralidade da assistência, seja na formação de outros profissionais em atividades de docência, como na prática profissional tanto na rede pública como suplementar⁶.

A atuação profissional proposta pela residência pressupõe a articulação entre serviços e ações de saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar a construção de caminhos para a integralidade da assistência, com repercussão mais efetiva na saúde e qualidade de vida dos indivíduos, conforme evidenciado na fala a seguir:

A carga horária complementar na Secretária Municipal de Saúde é muito positivo [...] a questão da gestão, de tu estar com os técnicos responsáveis pelas políticas públicas, verifica-se que tudo é planejado conforme as necessidades (E2).

Sob essa perspectiva, compreende-se a importância da atuação dos residentes enfermeiros nas atividades complementares realizadas nas unidades gestoras como a Secretaria Municipal de Saúde, o que oportuniza a integração das instituições de ensino e serviços de saúde, na perspectiva do fortalecimento do SUS e das Políticas públicas de saúde vigentes no País.

Além disso, as práticas de gestão possibilitam a disseminação de conhecimentos acerca da necessidade de implementação de projetos que ampliem os espaços na busca de uma assistência interdisciplinar, articulada em rede visando a integralidade da assistência.

Nesta perspectiva, os profissionais formados por programas que possibilitem práticas de gestão, poderão ser líderes atuantes na mudança dos paradigmas práticos que conformam a atuação no sistema público de saúde⁶.

Identificação com as propostas do programa de residência multiprofissional

O PRMISPS tem como cenário de formação a gestão e a atenção hospitalar, sendo buscada, pelo programa, a formação de profissionais com competências teóricas, práticas e crítico-reflexivas para atuar no Sistema Público de Saúde^{6, 13}.

Norteados pelos Princípios e Diretrizes do SUS¹², este programa busca a instituição de mecanismos que possibilitem a integração das ações e dos serviços no sistema de saúde; tendo como objetivo desenvolver nos profissionais residentes capacidades para atuarem de modo não apenas interdisciplinar, mas também intersetorial, efetivando práticas que viabilizem um novo modo de pensar-fazer que integre o cenário de intervenção Hospitalar com os diferentes níveis de complexidade do sistema público de saúde^{6, 14}.

Corroborando, os residentes relatam em suas falas ações interdisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais:

Trazer para a equipe, para unidade, para o serviço, a proposta de que os profissionais trabalham em conjunto, que discutimos os casos juntos, criando um vínculo maior uma relação com a atenção básica (E7).

Uma atuação diferenciada, mais multiprofissional, mais junto com o paciente, mais discussões com os colegas para ver o que resolver em cada caso (E3).

As RMS caracterizam-se pela interdisciplinaridade, com diversas categorias profissionais da área da saúde. Vi sa à formação coletiva em equipe, tendo como objetivo principal mudança do modelo de saúde, que ainda é predominantemente centrado na doença e em alguns profissionais da saúde; e principalmente visa à transformação do processo de trabalho em saúde, por meio de uma visão crítico-reflexiva¹⁵.

Tendo em vista a superação de modelos limitados ao binômio queixa-conduta, diagnóstico e tratamento, os profissionais da saúde precisam ser formados com capacidade para inovar seu processo de trabalho, pensando em novas formas de atuação e que contemplem, também, as necessidades e as demandas dos usuários^{16, 17}.

Neste sentido, a assistência multiprofissional é uma das estratégias implementadas no SUS para garantir a integralidade no cuidado, a partir da relação entre diferentes profissões que atuam de forma articulada e integrada com intuito de alcançar uma maior efetividade das ações em saúde¹⁶.

O que pode ser retratado na fala do participante entrevistado:

Na residência tu tem atividades de núcleo, relativas a tua atuação profissional como enfermeiro, e as atividades de campo, que é a relação multiprofissional, mas que tu vai continuar desempenhando funções do enfermeiro (E5).

Assim, verifica-se que nas atividades dos residentes são desenvolvidos atributos que acompanharão o profissional no desempenho de sua prática de núcleo, tendo em vista a busca pela integralidade da assistência⁶. Dessa forma, é necessário que se multipliquem, no campo da saúde, a construção de práticas que considerem múltiplos saberes interconectados, a fim de dar conta da complexidade do cuidado e visando a efetivação dos princípios SUS.

A residência foca nas linhas de cuidado, a parte do núcleo e de tu trabalhar também em campo (E6).

[...] relacionar a residência com o todo de forma multidisciplinar, trabalhando com os outros núcleos de profissões integrando no serviço (E7).

A inserção do residente enfermeiro no PRMS busca potencializar o trabalho com outros núcleos profissionais a partir das atividades interdisciplinares desenvolvidas, buscando efetivar na prática cotidiana a ampliação do olhar profissional para além do enfoque biologicista.

Para tanto, faz se necessário que os profissionais inseridos no programa, sejam capazes de reconhecer e compreender suas funções. Dessa forma, os residentes enfermeiros foram questionados sobre o PPP da residência, o que originou a subcategoria que segue:

Conhecimento do Projeto Político Pedagógico (PPP) pelos enfermeiros residentes

Acerca do conhecimento relacionado ao PPP, os enfermeiros residentes demonstraram pouco ou nenhum conhecimento, como evidenciado nas falas:

Pouca coisa, só o que nos passam nas aulas, mas eu nunca li, na residência a gente acaba fazendo mais coisas do serviço (E3).

Eu cheguei a ler o manual, antes de entrar na residência, mas não tenho um conhecimento muito profundo, aos poucos quando eu entrei fui me integrando (E7).

Assim, é demonstrado nos dados, que mesmo conhecendo pouco o PPP da residência, os enfermeiros buscam sanar esse desconhecimento na medida em que são integrados no programa e identificam suas competências neste processo de formação. Nesta linha de pensamento, percebe-se que compreendem o diferencial de suas ações nas falas a seguir quando identificam a importância de trabalhar com projeto terapêutico singular, clínica ampliada, interdisciplinaridade, integralidade da assistência a partir da referência e contra referência, ambos propostos como práticas do enfermeiro-residente no PPP do Programa⁶:

Dispositivos assim como o Projeto Terapêutico Singular, ente outros né, clínica ampliada [...] a gente consegue atuar em grupo e fazer algum projeto, em um ambulatório (E1).

No momento que a gente assume o plantão a gente é responsável pela unidade e a gente desenvolve todas as competências legais do enfermeiro [...] e as atividades multiprofissionais [...] costume dizer que o enfermeiro é multiprofissional por natureza (E5).

A vivência do residente enfermeiro inserido em uma RMISPS marca e determina o processo de formação e possui significado importante na construção da identidade profissional do residente, o que fica evidenciado na subcategoria encontrada a seguir.

Vivências/sentimentos despertados no residente enfermeiro a partir das atividades práticas

Vários sentimentos, sensações, expectativas se misturam durante este período de formação. Os residentes enfermeiros identificam suas competências como exposto na subcategoria acima, mas nem sempre encontram facilidades neste processo, enfrentam também algumas dificuldades. Estas facilidades e dificuldades despertam sentimentos impactantes na formação e na qualidade de vida deste sujeito, como amadurecimento profissional, felicidade, medo, angústia, incerteza.

As falas a seguir relatam as facilidades identificadas e os sentimentos vivenciados:

Onde tem preceptor parece que o serviço flui melhor, onde tem uma pessoa que tem visão da residência, do que é o projeto, enfim do que seriam nossas funções aqui (E1).

É muito satisfatório, apesar dos conflitos e dificuldades de adaptação, é possível ser muito feliz na residência (E5).

A oportunidade de crescimento, tudo é crescimento, cada dia a gente aprende mais [...] estou feliz com este momento (E7).

Os residentes apontaram como um facilitador no processo de formação a atuação dos preceptores, que são profissionais responsáveis pelo acompanhamento do desempenho do residente em suas atividades teórico práticas. Dessa forma, possuem importância singular na inserção do residente nos campos de prática, sendo os mediadores das relações, dos conflitos e embates existentes^{6,12}.

As atividades de preceptoria são divididas em preceptorias de campo e de núcleo, sendo ambas significativas nos dados apontados, para a implementação do projeto proposto pelo programa de residência⁶, como retratado no dado que segue:

Visão do SUS, questão teórica que é bem importante [...] as aulas foram bem boas [...] bem importante ter este embasamento teórico, todas as reflexões. As preceptorias que a gente tem de núcleo e de campo [...] acho bem válido (E2).

A necessidade de mediar conflitos, provém da proposta da residência de instaurar novos processos de trabalho que contribuam para uma clínica ampliada, sob um olhar interdisciplinar. Porém, não se trata de tarefa simples essa execução, sendo explanados, a seguir, dados que denotam dificuldades encontradas, bem como sentimentos que emergiram destas:

A gente faz muito núcleo, muita assistência, assistência e assistência, não se consegue ter uma visão do todo em alguns momentos (E1).

No início tive dificuldades na parte técnica, procedimentos de enfermagem, no entanto o maior problema foi nas relações humanas (E4).

Minhas expectativas são um pouco frustradas em relação de não conseguir um trabalho mais ampliado, trabalho de equipe [...] da unidade não entender qual é o nosso papel na residência (E2).

A partir dos relatos supracitados constata-se que as equipes podem não estar preparadas para receber estes profissionais de acordo com as propostas da residência, sendo este um desafio para o desenvolvimento das atividades do residente.

Ao encontro destes achados, autores descrevem a inserção de residente enfermeiro em unidade de clínica¹⁹, que relata o desconhecimento do papel das residentes de enfermagem em uma unidade de internação e a dificuldade de sensibilização em relação à residência multiprofissional.

Assim, faz-se necessário a realização de planejamentos cada vez mais articulados entre os programas de residência multiprofissionais e os serviços que recebem estes residentes, bem como a valorização dos preceptores como fundamentais para que transformações duradouras aconteçam nos serviços.

Considerações Finais

Com a realização desta pesquisa, entende-se que há um desafio a ser conquistado em relação à formação e consequente, vivência dos enfermeiros residentes, com vistas à interdisciplinaridade, a mudança na lógica de cuidados e a inserção desses sujeitos nos diversos cenários de atenção à saúde. Busca-se pelo Programa de Residência Multiprofissional integrar teoria e prática em uma perspectiva interdisciplinar de formação, cujo objetivo principal é a mudança do modelo de saúde, que ainda é predominantemente centrado na doença.

Percebe-se que o residente enfermeiro busca potencializar sua formação com outros núcleos profissionais, a partir das atividades baseadas na prática profissional. Essas atividades possibilitam uma reflexão crítica, a busca de informação e do conhecimento, com possibilidade de transformar a prática e promover a saúde dos indivíduos. No entanto, verifica-se que, inicialmente, ao ingressarem no Programa alguns desconhecem o PPP, porém, ao se inserirem nos campos de prática identificam a importância de trabalhar com a lógica da integralidade na assistência, a necessidade de permanente articulação entre os setores de atenção e a importância da negociação entre o individual e o coletivo, características próprias da interdisciplinaridade.

Como facilitadores para o processo de formação, referenciam a importância dos preceptores nas atividades teórico-práticas, que promovem a ambientação e facilitam suas vivências nos locais de prática com a equipe de trabalho local-regional e, entre os diferentes serviços de atenção. A atuação sensível do preceptor parece diminuir entre os residentes e a equipe dos serviços os sentimentos de frustração, incerteza e desamparo.

Dessa forma, o desafio de melhoria e construção diária do SUS está posto, mas novas ferramentas também estão sendo construídas, dentre elas, a construção de Programas de Residência Multiprofissionais comprometidos com a formação do sujeito para uma atenção integral, efetiva, compromissada com o sujeito para além da prática conservadora, mas numa perspectiva de humanização efetiva de busca diária de qualidade nos serviços no âmbito do SUS.

Referências

1. Paiva, CHA, Teixeira, LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, 2014 Jan/Mar; 21 (1): 15-35
2. Nascimento DG do, Oliveira M A de C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. Saúde Soc. 2010; 19(4): 814-827.
3. Rosa SDR, Lopes RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. Trab. Educ. Saúde. 2010; 7(3): 479-98.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Diário oficial da união 05 de julho 2005.
6. Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde, Hospital Universitário de Santa Maria, 4ª Coordenadoria Regional de Saúde–RS, Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria. Residência multiprofissional integrada em gestão e atenção hospitalar no sistema público de saúde. Santa Maria; 2009. Disponível em: Disponível em: <http://jararaca.ufsm.br/websites/residenciamulti/Resid.mult/ProjMS1.pdf>> Acesso em 09 de abril de 2014.
7. Cheade, MFM et al. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. *Cogitare Enferm.* 2013 Jul/Set; 18(3):592-5
8. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(4):586-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680403i>
9. BRASIL. Lei nº 7.498/86, de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF; 1986.
10. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), <http://coral.ufsm.br/residenciamulti/>, 2016. Acesso em 16 de março de 2016.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
12. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em pesquisa. Resolução nº 196, de outubro de 1996. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 10 out 1996; Seção 1
13. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF; 1990.
14. Oliveira MS. Inserção da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade no contexto da graduação dos cursos da área de saúde. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento Gestão da Educação em Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 123-140.
15. Soares RS de A, Penna MA, Farão EMD Engel RH, Soster CC, et al. A atuação do Enfermeiro em um programa de Residência Multiprofissional em saúde. *Biblioteca Lascasas*, 2013. 9(1): 103-114.
16. Vial SEM, Plein FB, Machado ME. (Coord.). A política de educação permanente em saúde: avanços e desafios. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul/Escola de Saúde Pública; 2010.
17. Salvador A de S, Medeiros C da S, Cavalcanti PB, Carvalho RN de. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade, *Rev. bras. ciênc. saúde.* 2011; 15 (3):329-338.
18. Guimarães TG. Papel do preceptor na residência multiprofissional: experiência da nutrição. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde; 2010.
19. Drago LC, Salum RL, Andrade SR, Medeiros M, Marinho MM. A inserção do residente em enfermagem em uma unidade de internação cirúrgica: práticas e desafios. *Cogitare Enferm.* 2013;18(1): 95-101.

Rhea Silvia de Avila Soares

Endereço para correspondência – Rua: Antônio Botega, ap.202 , nº 913 ,
Bairro: São José, CEP: 97095-030, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: rheasilviasoares@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7766499332487272>

Marcia Aparecida Penna – marciaapenna@ymail.com

Camila Pinno – camilapinno@yahoo.com.br

Vânia Lúcia Durgante – vaniadurgante@yahoo.com.br

Elaine Miguel Delvivo Farão – elainebiofis@yahoo.com.br

Alexsandra Michelini Real Saul – alexsandrarsaul@hotmail.com

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

Enviado em 05 de Abril de 2016.

Aceito em 05 de Julho de 2016.

A VIVÊNCIA DE MULHERES NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

WOMEN'S EXPERIENCE IN A PLANNED HOME BIRTH

Rosimery Barão Kruno¹, Tatiane Osvaldt da Silva², Patrícia Taís de Oliveira Trindade²

RESUMO

Objetivou-se conhecer a vivência de mulheres que tiveram partos domiciliares planejados e desvelar os motivos dessa opção. Estudo qualitativo que entrevistou oito mulheres cujos partos domiciliares foram planejados. A coleta de dados ocorreu através de entrevista semi-estruturada em outubro de 2014. A análise dos dados baseou-se no método temático de onde emergiram as categorias e subcategorias: (a) Motivações para o parto domiciliar, (b) Vivenciando o parto domiciliar: (b1) Empoderamento e transformação, (b2) Aliviando a dor, (b3) Corte tardio do cordão umbilical (b4), Placenta e ancestralidade; (c) A família e o parto domiciliar. As motivações para o parto domiciliar envolveram oposição às rotinas hospitalares e a falta de privacidade e autonomia da parturiente sobre seu corpo e seu filho. As vivências foram descritas como empoderadoras, conferindo-lhes maior valorização familiar. O parto domiciliar planejado é uma realidade crescente no Brasil, devido à divulgação de evidências científicas obstétricas e relatos bem-sucedidos. A mulher atual busca uma vivência de parto que transcenda o aspecto biológico.

Descritores: Humanização do Parto; Parto Domiciliar; Saúde da Mulher; Enfermeira Obstétrica.

ABSTRACT

This study aimed to know the experience of women who had planned home births and reveal the reasons for their choice. This qualitative study interviewed eight women whose home births were planned. The data was collected through semi-structured interviews in October 2014. Data analysis was based on thematic approach from where the following categories and subcategories emerged: (a) Motivations for home birth, (b) Experiencing home birth : (b1) Empowerment and transformation, (b2) Relieving the pain, (b3) Delayed cord clamping (b4), Placenta and ancestry; (c) The family and the home birth. The motivations for homebirth involved opposition to hospital routines and the lack of privacy and autonomy of the woman in labor on her body and her child. The experiences were described as empowering, giving them more family value. The planned home birth is a growing reality in Brazil, due to the dissemination of obstetric scientific evidence and successful accounts. Modern women seek a birth experience that transcends the biological aspect.

Descriptors: Humanized Delivery; Home Birth; Women's Health; Obstetric Nurse.

¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

² Graduanda do Curso de Enfermagem no Centro Universitário La Salle (UNILASALLE), Canoas, RS, Brasil.

Introdução

Houve um tempo em que os partos ocorriam predominantemente no domicílio e isso era visto com naturalidade pela sociedade no início do século passado. Mas, desde o advento das maternidades institucionalizadas, a partir da Segunda Guerra Mundial, os nascimentos passaram a ocorrer cercados por rotinas rígidas, desconsiderando a individualidade de cada mulher. A impessoalidade dos profissionais frente à demanda de trabalho e o excesso de intervenções levaram rapidamente à desumanização da assistência e até mesmo ao fenômeno da violência obstétrica.

O parto domiciliar planejado tem sido uma tendência crescente entre as mulheres brasileiras nos últimos anos. A rápida disseminação de informações pela internet, as ações procedentes das políticas públicas que prezam pela humanização do nascimento e a divulgação de estudos baseados em evidências científicas na área obstétrica favorecem a opção por dar à luz em casa.

Os dados mostram que ainda é pequeno o percentual de partos domiciliares no Brasil. Em geral, representam nascimentos de urgência, sem planejamento e que ocorrem em lugares onde o acesso ao serviço de saúde é tardio e deficiente. No entanto, dentro dessa pequena parcela de partos não institucionalizados existe um percentual de nascimentos que são assistidos por profissionais de saúde habilitados e que são planejados antecipadamente para acontecerem em domicílio. As estatísticas não são fidedignas sobre o número exato de partos domiciliares planejados, já que os sistemas de informações não discriminam quais partos foram realmente planejados ou não^{1,2}.

Em alguns países, a prática de partos domiciliares já está oficializada e é, inclusive, incentivada pelo sistema de saúde, tais como o Canadá e a Austrália. Na Holanda, 40% dos partos ocorrem no domicílio com resultados perinatais satisfatórios³.

No Brasil, entidades da classe médica são resistentes ao parto em ambiente doméstico, alegando que o parto fora do hospital expõe a parturiente e a criança a riscos que podem ser evitados ou problemas que facilmente podem ser solucionados dentro de um centro obstétrico, por conta da imprevisibilidade das circunstâncias.

Uma revisão sistemática publicada em 2012, sobre 22 estudos observacionais comparou os resultados materno-fetais procedentes de partos domiciliares com os resultados de partos hospitalares. Foi constatado que não houve diferença nos índices de mortalidade perinatal, considerando mulheres de risco habitual assistidas por profissionais capacitados⁴.

As evidências científicas têm confirmado que o parto domiciliar é seguro, desde que a gestação seja de risco habitual, os profissionais sejam qualificados e exista um planejamento prévio, caso seja necessária uma transferência para o hospital⁵.

O fato é cada vez mais as mulheres têm divulgado suas experiências satisfatórias de partos domiciliares planejados, influenciando outras mulheres a buscarem o mesmo caminho. Esse estudo se propôs a conhecer as razões para essa escolha, além de desvelar mais detalhes sobre suas vivências de partos em casa.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que buscou conhecer a vivência de mulheres que optaram por partos domiciliares planejados e desvelar os motivos dessa escolha.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Unilasalle/RS em 06 de outubro de 2014, sob o nº do Parecer 820.829. Os dados foram coletados no transcorrer do mesmo mês, na casa de cada depoente, mediante combinações prévias.

Foram entrevistadas oito mulheres residentes na cidade de Porto Alegre/RS e que participaram de um grupo de incentivo ao parto humanizado, denominado "Saber Materno", ao qual uma das pesquisadoras visitou antecipadamente. Dessas, duas serviram como teste piloto, a fim de averiguar-se a qualidade do instrumento de coleta. O número máximo de participantes ficou na dependência da saturação dos dados. Esse fenômeno ocorre quando o pesquisador percebe que as informações de novos participantes não mais contribuem para a análise, limitando aí o número de entrevistadas⁶.

As mulheres foram escolhidas aleatoriamente, porém respeitando os seguintes critérios de inclusão: residir em Porto Alegre; ter, no mínimo, 18 anos completos; ter vivenciado o parto domiciliar planejado há pelo menos três meses por estarem mais adaptadas às rotinas com o bebê e, no máximo, há dois anos para que as lembranças das vivências estivessem mais afloradas; que participassem do estudo de modo voluntário, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias de igual teor. Foram respeitados todos os aspectos éticos referentes à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que visa

assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, dos sujeitos da pesquisa e do Estado⁷. Os princípios de sigilo e anonimato foram considerados, substituindo os nomes das mulheres por códigos, tais como P1 (participante 1), P2, e assim sucessivamente.

As entrevistas foram individualizadas, guiadas por um instrumento contendo questões semiestruturadas e utilizando-se um aparelho gravador de voz. O tempo para cada entrevista não ultrapassou 60 minutos. A análise baseou-se na proposta temática de Minayo, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado⁸.

Resultados e Discussão

O estudo compreendeu, a partir da análise, a caracterização das participantes e as seguintes categorias e subcategorias: (A) Motivações para o parto domiciliar; (B) A vivência do parto domiciliar: (b1) empoderamento e transformação, (b2) recursos para o alívio da dor, (b3) corte tardio do cordão umbilical, (b4) placenta e ancestralidade; (C) Reação familiar frente ao parto domiciliar.

Caracterização das participantes

As mulheres que optaram por partos domiciliares possuem em média 26 anos de idade; quatro são primíparas e quatro múltiparas. Quanto à escolaridade predominou o ensino superior incompleto. A maioria realizou em torno de dez consultas de pré-natal durante a gestação, número acima do mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde. Os profissionais que estiveram presentes em seus partos foram, na maior parte das vezes, a parteira e a doula. Apenas duas referiram a presença de um médico. Vale ressaltar que frequentemente as enfermeiras obstétricas e as obstetrias são denominadas de parteiras no vulgo popular.

O Ministério da Saúde denomina de parteira tradicional àquelas mulheres que prestam assistência ao parto baseadas em saberes e práticas tradicionais, sem possuir formação acadêmica. Em geral atuam em locais de difícil acesso aos serviços de saúde, tais como as comunidades rurais, indígenas, ribeirinhas ou quilombolas e não costumam ser remuneradas pelo seu trabalho³.

As enfermeiras obstétricas e as obstetrias possuem formação acadêmica e remuneração específica. As primeiras realizam graduação em enfermagem e especialização na área obstétrica. As obstetrias realizam a formação acadêmica em Obstetrícia. Tanto as enfermeiras obstétricas quanto as obstetrias possuem em sua legislação profissional a permissão para atender ao parto sem distócia⁹.

Motivações para o parto domiciliar

As participantes do estudo optaram pelo parto domiciliar por oposição às práticas de rotina destinadas às parturientes e, especialmente, aos recém-nascidos nos centros obstétricos.

[...] eu não queria ir para o hospital, eu não queria ter intervenções como a episiotomia e as intervenções com o bebê como nitrato de prata, a aspiração e também o corte prévio do cordão umbilical. Eram coisas assim que eu sabia que no domiciliar seria bem diferente (P4)

[...] me dá pavor de pensar em procedimentos invasivos, em gente me abrindo, me espetando, me costurando (P8)

Uma pesquisa publicada em 2014 e denominada “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” constatou que, as gestantes que passam pelo parto normal nos hospitais brasileiros, são submetidas a um modelo de atenção extremamente medicalizado e intervencionista. A maioria das mulheres fica restrita ao leito, em jejum durante o trabalho de parto, recebe medicamentos para acelerar as contrações, passa por uma episiotomia, e dá à luz deitada de costas. Estes procedimentos causam dor e sofrimento desnecessários e não são recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como rotina¹⁰.

Além disso, estima-se que no Brasil, quase um milhão de mulheres ao ano são submetidas a cesarianas desnecessárias, e perdem a oportunidade de serem protagonistas do nascimento de seus filhos. Também são expostas, como eles, a maiores riscos de morbidade e mortalidade, aumentando os gastos com a saúde. Alguns estudos mostram, inclusive, as consequências da via de nascimento no curso natural do desenvolvimento intrauterino dos bebês e sobre sua saúde futura, incluindo o risco aumentado para obesidade, diabetes, asma e outras doenças¹⁰.

Não raro, a mulher que escolhe pelo parto em casa é considerada como irresponsável e adepta a um modismo, enquanto os profissionais envolvidos costumam ser perseguidos pelos seus próprios conselhos regulamentadores. A sociedade parece não compreender os motivos que levam essa mulher a abrir mão da suposta segurança hospitalar².

Tanto a OMS quanto o Ministério da Saúde afirmam que o parto domiciliar é tão seguro quanto o parto hospitalar, de acordo com resultados obstétricos advindos de pesquisas internacionais e nacionais, porém essas constatações não são amplamente divulgadas⁵.

Outro fator que influenciou as mulheres a buscarem o parto domiciliar foi a preocupação em manter um estilo de vida mais natural e saudável:

[...] sempre procuramos buscar uma assistência mais holística, a gente sempre se tratou com homeopatia, uma alimentação mais saudável. Esses cuidados eu continuei cultivando quando eu engravidei. Pra mim, era lógico que eu queria um parto sem intervenção (P3)

[...] sempre tive vontade de ter (parto) normal, que é essa coisa natural mesmo da mulher sentir as dores, de deixar acontecer, sem interferência hospitalar (P1)

Para as mulheres desse estudo, o parto é considerado um processo saudável, natural do corpo feminino que não requer nenhum tipo de intervenção desnecessária. A opção pelo parto em casa reforça essa convicção, pois consideram o hospital um local reservado aos casos especiais, de risco ou patologias comprovadas. Isso não significa que desejem um parto desassistido, já que, desde o pré-natal, buscam profissionais que lhes transmitam segurança, respeito e o direito de protagonizarem todo o processo.

As informações procedentes de livros, de grupos voltados ao parto natural e de relatos de partos domiciliares bem-sucedidos veiculados pela rede social também exerceram uma importante influência para essa escolha. É provável que o conhecimento seja uma das mais significativas ferramentas para a mudança de comportamento das mulheres com relação à parturição nos dias atuais e nos próximos anos. Com relação a isso, salienta-se o papel fundamental do enfermeiro durante o pré-natal, no sentido de oferecer orientações sobre os direitos das gestantes e puérperas e divulgar as principais evidências científicas disponíveis.

[A vivência do parto domiciliar](#)

Dessa categoria de análise emergiram outras quatro subcategorias: empoderamento e transformação, recursos para o alívio da dor, corte tardio do cordão umbilical e placenta e ancestralidade.

[Empoderamento e transformação](#)

Para as entrevistadas o parto domiciliar foi uma experiência pessoal transformadora, um rito de passagem, resultando em sensação de “empoderamento” diante da vida:

[...] Dar à luz um filho de forma natural, fisiológica, sem nenhum tipo de intervenção, é uma força tão transformadora que equivale a nascer novamente. Desde o meu parto me sinto tão poderosa, tão forte, tão mulher, segura e determinada que quase mais nada me amedronta. Me sinto pronta para viver de verdade (P8)

[...] hoje eu sou outra mulher, uma pessoa melhor e que tudo que eu passei, passaria de novo (P2)

As mulheres que passaram por um parto natural em casa relatam claramente essa vivência de forma muito intensa. A ambiência da casa se sobressai como elemento de ancoragem que propicia ao mesmo tempo a livre expressão, segurança e intimidade, o que difere em muito daquilo que o ambiente hospitalar pode oferecer. Um centro obstétrico poderá dispor de um sistema de hotelaria atraente, mas dificilmente demandará a mesma energia do lar, simplesmente por ser um local estranho à mulher, desprovido de sua energia.

Os ritos de passagem são situações permeadas por símbolos, diretamente relacionadas à cultura e às crenças de uma pessoa ou coletividade. São dotados de grande significado, pois representam processos de transição, tais como: batismo, nascimento, casamento, formatura e funerais¹¹.

Durante o trabalho de parto há predominância do “cérebro primitivo” em contrapartida ao neocórtex. Enquanto no primeiro predominam os instintos, no segundo, predominam as funções cognitivas. Para parir é preciso reduzir ao máximo os estímulos neocorticais para que a ocitocina e a endorfina acordem todos os mecanismos fisiológicos necessários ao nascimento. E, para reduzir as funções cognitivas é preciso que a mulher se sinta confortável e confiante para não colocar travas ao processo parturitivo¹².

As palavras da 5ª participante ilustram a afirmação acima:

[...] parece que a gente entra num outro mundo e todas as emoções ficam afloradas dentro da gente, realmente é um momento muito único entre mãe e filho, parece que tudo fica sincronizado e cada um faz a sua parte durante o processo (P5)

[...] foram duas horas, mas pra mim parece que se passaram vinte minutos, tu entra numa partolândia, num outro mundo (P6)

Acrescido a isso, o reflexo de uma atenção de reverência à parturiente, dispensado pelos profissionais que a acompanham, fica registrado na memória das mesmas com extremo reconhecimento e consideração¹³.

[...] aí eu fui no chuveiro, a minha parteira entrou junto comigo me fazendo massagens (P4)

[...] o bebê ainda não tinha descido, daí fiquei muito na bola, no chuveiro, a doula e a enfermeira obstétrica, fantásticas, fizeram algumas manobras (P7)

Já o modelo tradicional de assistência ao parto é focado na redução dos riscos, na patologia e na falta de autonomia da mulher. Os profissionais podem ser afetuosos e competentes, mas ainda assim não serão suficientemente íntimos. Sob o ponto de vista fisiológico, isso é uma desvantagem¹⁰.

Os profissionais que acompanham os partos domiciliares parecem acessar o campo emocional e o campo mental das parturientes para que tudo ocorra em plena sintonia. As participantes relataram que as doulas e as parteiras não mediam esforços para ajudá-las a vivenciar o trabalho de parto de acordo com suas expectativas. Além disso, todas as entrevistadas referiram absoluta segurança na competência técnica dessas equipes.

Com relação à segurança do parto domiciliar, um grande estudo americano publicado em 2014, com 16.924 mulheres reforça o que outros estudos observacionais já haviam concluído anteriormente: no parto domiciliar há menores taxas de intervenções sem aumento do risco de complicações para mães e bebês, além do elevado grau de satisfação das usuárias¹⁴.

Recursos para o alívio da dor

Outra característica marcante em todas as entrevistadas é que elas já se encontravam bastante familiarizadas com os recursos que poderiam utilizar para o alívio da dor durante o trabalho de parto. As doulas foram as principais facilitadoras desse processo, supervisionando, sugerindo, promovendo materiais e conforto, sem tirar o poder decisório da parturiente. Entre os recursos mais utilizados foi o banho de aspersão e o de imersão.

As contrações vinham e eu entrava e saía da piscina [...] aí quando chegou meia noite e meia ele nasceu (P5)

[...] daí começou as dores e eu fui pra banheira pra aliviar um pouco [...] e eu comecei a fazer as posições que eu tinha aprendido (P1)

Alguns estudos discorrem que a imersão em água quente é recomendada após os 5 cm de dilatação do colo uterino, promovendo o relaxamento e a redução da dor¹⁵.

E, para ajudar na descida da apresentação fetal referiram movimentos específicos com a pelve com ou sem o auxílio da bola.

O uso das grandes bolas de borracha tem sido utilizado durante o trabalho de parto com a finalidade de relaxar a musculatura, reduzir a dor, permitindo a mobilização da pele e auxiliando na descida da apresentação fetal. Embora não tenham sido encontrados estudos que demonstrassem evidências científicas quanto à redução da dor com o uso da bola, as mulheres podem ser encorajadas a utilizá-las a fim de encontrarem posturas mais confortáveis durante o trabalho de parto¹⁵.

Corte tardio do cordão umbilical

O corte tardio do cordão umbilical foi um aspecto muito destacado pelas mulheres, o que demonstrou estarem bem informadas sobre as principais evidências científicas relacionadas a essa conduta.

[...] O cordão umbilical foi cortado bem mais tarde quando já estava murquinho, ele em seguida já pegou o peito, enfim, deu tudo certo como eu planejava (P5)

[...] a placenta saiu uns quinze minutos depois e o cordão foi cortado depois de três horas (P4)

O clameamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele a pele e o início precoce da amamentação são práticas preconizadas pelas atuais “Diretrizes para a Organização da Atenção Integral e Humanizada ao Recém-nascido pelo SUS”. O pinçamento do cordão entre 2 e 3 minutos ou até que pare de pulsar aumenta o volume sanguíneo do bebê, conferindo-lhe reservas de ferro por até 6 ou 8 meses de vida. Além disso, lhe possibilita melhor adaptação cardiopulmonar ao nascer e maior sucesso na manutenção do aleitamento materno exclusivo¹⁵⁻¹⁷.

Entretanto, nos partos hospitalares, essa prática é insipiente e quem determina o tempo para o corte do cordão umbilical ainda são os profissionais. A grande demanda de tarefas a cumprir, o número reduzido de profissionais, a estrutura dos centros obstétricos podem contribuir, em parte, para essa restrição de tempo.

Placenta e ancestralidade

As participantes desse estudo relataram a prática da conservação da placenta, bem como sua utilização como chá revigorante após o parto. Na prática hospitalar essa conduta seria considerada inusitada, pois o órgão costuma ser descartado sem que a mulher seja anteriormente consultada.

[...] aí a doula, que segue bem a tradição, preparou um chá com a placenta, flores e ervas pra revigorar mesmo todas as forças. E todos nós bebemos (P2)

[...] colocamos a placenta numa bacia pra depois fazer o chá pra revigorar (P4)

Com o aumento do interesse em resgatar antigas tradições, a partir dos partos naturais e humanizados, algumas mulheres brasileiras estão adotando a prática de ingerir, realizar chás ou essências com suas placentas, sob a orientação de suas doulas ou parteiras. Essa prática tem sido realizada de modo informal, empírico, pois não há estudos científicos conhecidos que comprovem os benefícios.

Parteiras europeias e algumas enfermeiras brasileiras também têm realizado esse experimento, transformando a placenta em pó para a confecção de cápsulas. Ao que tudo indica o uso terapêutico da placenta não é uma prática recente, pois existem registros procedentes da medicina tradicional chinesa que discorrem sobre o assunto desde 1578 e, na Europa, há documentos dispersos sobre a secagem da placenta e seu uso como remédio desde 1700¹⁸.

Segundo alguns especialistas, a placenta possui muitas virtudes terapêuticas ainda pouco exploradas pela ciência. No uso empírico é considerada revigorante, anti-hemorrágica, antidepressiva e um excelente estimulador da produção de leite. É também usada no tratamento de diversas doenças das mulheres e das crianças, como por exemplo, as alergias. Atualmente, no Reino Unido, existem especialistas que oferecem treinamentos para profissionais sobre o preparo da placenta para seu uso medicinal nas mais diversas formas: cápsulas, essências, tinturas e homeopáticas¹⁸. Entretanto, essa prática é pouco conhecida no Brasil.

Reação familiar frente ao parto domiciliar

As participantes relataram que, inicialmente, os familiares ficaram temerosos diante desta opção. Todavia, respeitaram a decisão. Duas participantes utilizaram o documentário “O Renascimento do Parto” para demonstrar aos seus familiares as evidências científicas que discorrem sobre a segurança dos partos domiciliares quando a gestação é de risco habitual. Após o nascimento, alguns familiares mudaram seus conceitos, conforme demonstrado abaixo:

[...] a minha mãe ficou um pouco apreensiva porque ela é enfermeira, mas respeitou a minha decisão. Depois que ele nasceu ela falou que foi a melhor experiência dela poder conhecer uma forma diferente de nascer (P5)

[...] eu tenho meio essa carinha de frágil, então ninguém achava que eu ia parir, ainda mais em casa. Isso intensificou muito a relação com a minha família (P7)

Desde a institucionalização do parto, as pessoas convivem com um modelo de assistência obstétrica predominantemente intervencionista. Por isso, acreditam que todos os recursos tecnológicos devem ser utilizados como forma de garantir a segurança das mães e dos recém-nascidos. Somente agora, com a disseminação do conhecimento de que as intervenções sobre os processos fisiológicos são mais danosas que a não intervenção é que o modelo tradicional começa a ser questionado.

O fato é que nos hospitais as mulheres devem seguir as rotinas que lhes são impostas, no tempo determinado pelos profissionais, não possuem autonomia e nem poder decisório sobre o que será realizado com ela e com o bebê. Mas isso porque culturalmente se introjetou que as parturientes são como “pacientes”: passivas, leigas e devem obedecer às ordens dos profissionais: detentores do saber.

Já em casa, o papel dos profissionais é vigiar, cuidar, amparar, compartilhando a responsabilidade desse cuidado junto à gestante e sua família. Ela possui poder decisório, não há limites de tempo para mãe e bebê que estão saudáveis permanecerem juntos. Os profissionais estão ali a serviço deles, bem como seus acompanhantes de parto. Quando isso ocorre, a vivência da parturição é plena para a mulher e para todos que a assistem. E essa plenitude envolve não só a beleza do aspecto físico do nascimento em si, como também a energia emocional, espiritual e sexual que o circunda. Por isso, não é raro os familiares que participam dos partos domiciliares bem-sucedidos tornem-se fiéis disseminadores e defensores do mesmo.

Considerações Finais

Este estudo abordou a vivência de mulheres que tiveram partos domiciliares planejados e desvelou alguns motivos que as levaram a fazer essa escolha. Um dos principais motivos trata da insatisfação com o atual modelo de assistência obstétrica das instituições hospitalares.

Esse modelo é caracterizado pelo intervencionismo e pela falta de autonomia da mulher durante a parturição. A relação entre os profissionais costuma ser hierárquica com rígida divisão de papéis e frequentemente conflituosa. O foco principal restringe-se ao cumprimento de rotinas e tarefas institucionais. Esse modelo serve, em parte, para os partos e nascimentos de alto risco, mas não satisfaz às expectativas de algumas gestantes de risco habitual.

Percebe-se que, nos partos domiciliares planejados, as práticas vão ao encontro do que preconiza as principais evidências científicas: a liberdade de movimento da parturiente, o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, a presença do(s) acompanhante(s) de sua escolha, o contato pele a pele com o recém-nascido sem tempo pré-determinado, o corte tardio do cordão umbilical, a amamentação sem imposições. Já nos centros obstétricos, a rotina

é centralizada na vontade e no tempo dos profissionais de acordo com as atribuições que eles precisam cumprir. Esse modelo não possibilita a vivência plena do parir, que vai muito além do nascimento físico, mas que contempla outros aspectos transpessoais, tais como: a livre expressão da espiritualidade e da sexualidade, o resgate de práticas das tradições ancestrais, a intimidade em família sem restrições.

Com relação à prática de tradições seculares, a ingestão da placenta na crença de suas propriedades terapêuticas foi a evidência mais surpreendente durante as entrevistas, já que não há estudos, que tratem sobre o assunto, divulgados no Brasil. Essa prática não seria vista com naturalidade e, possivelmente respeito dentro de uma instituição hospitalar tradicional.

Por outro lado, constatou-se que este estudo apresentou algumas limitações. Durante as entrevistas, não houve relatos sobre as dificuldades vivenciadas, a necessidade de transferências para o hospital ou sobre a ocorrência de alguma intervenção por parte dos profissionais. É provável que as pesquisadoras não tenham explorado suficientemente essas possibilidades ou que as depoentes tenham valorizado somente os aspectos positivos de todo o processo. É importante lembrar que nem sempre os partos domiciliares, ainda que planejados, terminam sem necessitar de algum tipo de interferência profissional. Por isso, sugerem-se estudos que abordem essas possibilidades: a qualidade de capacitação dos profissionais envolvidos, bem como sobre os recursos e planejamentos que dispõem para as situações inesperadas.

Entre os dois modelos: hospitalar-tecnológico e o parto domiciliar planejado existe ainda a possibilidade do nascimento em centro de parto normal (CPN). Embora os CPN sejam reconhecidos pela OMS e pelo Ministério da Saúde como uma ótima opção para partos humanizados, ainda ocorrem dificuldades em instituí-los em algumas localidades do Brasil, especialmente no Rio Grande do Sul.

Ainda que as questões políticas, econômicas e/ou corporativas representem um entrave para a sua efetivação, o modelo tradicional de assistência obstétrica apresentado pelos hospitais deixa, gradativamente, de ser hegemônico e dá espaço para um número crescente de partos domiciliares planejados em todo o país. As mulheres atuais têm como características a busca incessante de informações, são consideravelmente mais questionadoras e exigentes quanto aos seus direitos, além de desejarem uma vivência de parto e nascimento mais saudável, plena e transformadora.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: resultados gerais da amostra por áreas de ponderação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; c2014 [acesso 2014 Abr 7] Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>
2. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2014 mar [acesso 2014 Dez 9];35(1):157-60. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n1/pt_1983-1447-rgenf-35-01-00157.pdf.
3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares [Internet]. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2010 [acesso 2014 Jul 5]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_parteiras_tradicionais.pdf
4. McIntyre MJ. Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature. Aust Health Rev [Internet]. 2012 May [cited 2012 Jul 29];36(2):140-7. Available from: Disponível em: <http://www.publish.csiro.au/paper/AH11039.htm>
5. Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.
6. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008;24(1):17-27.
7. Ministério da Saúde (BRASIL), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 13 jun 2013 [acesso 2014 jun 4]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>
8. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
9. Pereira ALF, Progianti JM, Alves VH, organizadores. Legislação profissional e marcos regulatórios da prática assistencial da enfermeira obstétrica no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ; 2010.

10. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; [2012?] [acesso 2014 Dez 9]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>
11. Van Gennepe A. Os ritos de passagem: estudo sistemático dos ritos da porta e da soleira, da hospitalidade, da adoção, gravidez e parto, nascimento, infância, puberdade, iniciação, coroação, noivado, casamento, funerais, estações, etc.. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011.
12. Odent M. A Cientificação do amor. Florianópolis: Momento atual; 2001.
13. Colacioppo PM, Koifmann MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. Rev. Enf. Referência. 2010 Dez;3(2):81-90.
14. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: the midwives alliance of north america statistics project, 2004 to 2009. J Midwifery Womens Health [Internet]. 2014 Jan-Feb [cited 2014 Dez 9];59(1):17-27. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/abstract;jsessionid=3B4462133B9C1AA92264D107E9269CCA.f04t02>
15. Ministério da Saúde e Política Social (Espanha). Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal. Vitoria-Gasteiz: Serviço Central de Publicações do Governo Basco; 2010.
16. Ministério da Saúde (BRASIL), Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
17. Ministério da Saúde (BRASIL), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 15 jun 1994 [acesso 2014 Ago 1]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html.
18. Independent Placenta Encapsulation Network. IPEN placenta specialist consultants [Internet]. [London]: IPEN; c2014 [acesso 2014 Dez 12]. Disponível em: <https://www.placentanetwork.com/ipen-placenta-specialists/>

Rosimery Barão Kruno

Endereço para correspondência – Av. Victor Barreto, n° 2288,

Bairro: Centro, CEP: 92010-00, Canoas, RS, Brasil.

E-mail: rosimery.kruno@unilasalle.edu.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7531681051849028>

Tatiane Osvaldt da Silva – tati.osvaldt@gmail.com

Patrícia Taís de Oliveira Trindade – patriciataistrindade@hotmail.com

Enviado em 21 de abril de 2015.

Aceito em 31 de outubro de 2016.

IMPORTÂNCIA DE CAPACITAÇÃO SOBRE A PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL: percepção crítica dos profissionais de saúde

TRAINING IMPORTANCE ABOUT ALCOHOL ISSUES: critical perception of health professionals

Sonia Regina Zerbetto¹, Luciana Dagmar Maciel²

RESUMO

Os programas de capacitação para profissionais de saúde devem ser constantes e enfatizar a necessidade de reformulações. O objetivo deste estudo é apreender a percepção destes trabalhadores sobre a importância da capacitação e a implementação do instrumento de rastreamento para álcool e intervenção breve na rede de saúde, após terem realizado tal atividade. Um estudo qualitativo foi realizado no período de setembro a novembro de 2012, com nove trabalhadores de saúde, participantes do processo de treinamento utilizando-se da entrevista semiestruturada e análise de conteúdo Bardin. Os resultados apontaram dificuldades relacionadas às condições objetivas de trabalho, tais como, falta de recursos materiais e humanos, sobrecarga de trabalho e falta de tempo. Além de haver problemas na implementação do instrumento de rastreamento para consumo de álcool e Intervenção Breve no cotidiano laboral, constatou-se, também, a necessidade de investimento dos gestores de saúde na Educação Permanente.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Alcoolismo; Prevenção Primária; Capacitação.

ABSTRACT

Training programs for health professionals should be constant, focusing on the need to reformulate. The aim of this study is apprehend the perception of health workers about the importance of training and the implementation of the screening tool for alcohol and brief intervention in the health network, after having carried out such activity. A qualitative study was conducted between september to november 2012, with nine health workers, participants in the training process, using the semi-structured interviews and content analysis of Bardin. The results indicated difficulties related work conditions, for example, lack of material and human resources, work overload and lack of time. In addition, there are problems in the implementation of the screening tool for alcohol consumption and Brief Intervention in daily work, it was found, also, the need for investment of health managers in Continuing Education.

Descriptors: Primary Health Care; Alcoholism; Primary Prevention; Training.

¹ Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, SP, Brasil.

Introdução

A síndrome de dependência alcóolica no Brasil constitui-se em um problema complexo de saúde pública¹, e requer intervenção em âmbito preventivo, terapêutico e de reabilitação. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), este transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool (síndrome de dependência – F10.2) caracteriza-se por sintomas comportamentais, cognitivos e fisiológicos, decorrentes do consumo repetitivo do álcool. Exemplifica-se pelo desejo e compulsão ao uso do álcool, falta de controle do consumo, prioridade desta droga em detrimento a outras atividades cotidianas da vida, continuidade do uso apesar de seus danos, além de aumento da tolerância pela droga e/ou abstinência física².

Os dados epidemiológicos do último levantamento nacional apontaram que 50% de brasileiros maiores de 18 anos consumiram álcool no último ano de 2012; e destes, 17% foram reconhecidos como dependentes e/ou abusadores³.

Para se identificar o padrão de consumo de álcool na dimensão preventiva, utiliza-se o instrumento de rastreamento denominado AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e validado no Brasil⁴, através de dois estudos em que obtiveram como melhores pontos de corte 7/8, com alta percentagem de especificidade e sensibilidade. Porém, na região sudeste brasileira constatou-se somente a adaptação cultural, definindo-se a pontuação 7 como de corte⁵.

O AUDIT é composto por 10 questões que abordam domínios de quantidade e frequência do beber (as três primeiras perguntas), sintomas de dependência (as três subsequentes) e danos advindos deste uso (as quatro últimas). No referente ao padrão de uso e seu score, a pessoa pode beber de baixo risco (zero a 7 pontos), beber de risco (8 a 15 pontos), beber abusivo ou nocivo (16 a 19 pontos) e provável dependência (20 a 40 pontos)^{2-3, 6-7}.

A Intervenção Breve (IB), aplicada após *feedback* do AUDIT, tem como objetivo apontar os problemas reais e potenciais, decorrentes do uso do álcool, motivar os indivíduos para mudança de comportamento⁷. Tomando como base a pontuação do AUDIT, o profissional traça a intervenção mais adequada, que pode ser uma orientação, um aconselhamento simples, o estabelecimento de metas (abstêmia ou redução de uso) ou o encaminhamento do usuário a um serviço especializado⁷.

Embora estudos nacionais e internacionais apontem a eficácia e eficiência da utilização de instrumentos de rastreamento para o consumo de álcool associados à IB⁸⁻¹⁴, outros demonstram a existência de dificuldades para implementá-los na atenção primária à saúde, em decorrência da falta de conhecimento e preparo dos profissionais da equipe de saúde^{8,15}. Tal fato, demonstra a necessidade de capacitações e treinamentos constantes, com o objetivo de rever conceitos e atitudes dos trabalhadores de saúde frente aos usuários de álcool¹⁶.

Portanto, este estudo é relevante, por considerar que uma das estratégias da política de atenção à problemática de álcool e outras drogas envolve a capacitação dos profissionais de saúde da rede de atenção básica. Além disso, eles desempenham papel relevante e posição privilegiada para reconhecimento e intervenção junto aos usuários que consomem bebida alcóolica de maneira problemática e danosa¹⁶⁻¹⁷.

Diante do exposto, pergunta-se: Qual a importância da capacitação para os profissionais de saúde? Quais são as dificuldades elencadas na implementação de tais ações no cotidiano do trabalho, após desenvolvimento desta atividade, sob a óptica dos trabalhadores de saúde?

Este estudo teve como objetivo geral apreender a percepção dos trabalhadores de saúde sobre a importância da capacitação e a implementação do instrumento de rastreamento AUDIT e IB na rede de saúde, após a realização do treinamento para capacitá-los.

Metodologia

Estudo de caráter descritivo, através de uma abordagem qualitativa, decorrente de um projeto de capacitação de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre a aplicação do instrumento de rastreamento AUDIT e IB, em uma cidade do interior paulista.

Uma das capacitações foi efetuada em 2012, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Universidade Federal do município em estudo, e programa de treinamento para temática de álcool e outras drogas da Faculdade de Medicina de uma cidade do Estado de São Paulo. O treinamento foi realizado por uma terapeuta ocupacional e dentista da

Secretaria Municipal de Saúde, uma docente do Curso de Enfermagem de uma Universidade Federal, ambas pertencentes ao município em estudo e teve como proposta preparar tais participantes para serem multiplicadores desta capacitação.

Este grupo, que foram os participantes desse estudo, consistiu de nove trabalhadores de saúde da rede de Atenção Básica: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 2 agentes comunitários de saúde, 1 dentista, 1 psicólogo e 1 assistente social e 1 fonoaudiólogo.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: participar da capacitação no período estabelecido e estar ainda trabalhando em unidades de saúde. Os critérios de exclusão foram: não ter finalizado o curso, estar em férias ou afastamento do trabalho durante o processo de coleta de dados. Para esta coleta, realizou-se uma entrevista semiestruturada, constituída por uma parte de caracterização dos sujeitos, contendo dados pessoais e profissionais, e as referidas questões norteadoras: Como você avalia seu conhecimento para a realização do AUDIT e IB? Como você tem implementado o AUDIT e a IB em seu cotidiano de trabalho (quando, onde, como)? Quais são suas expectativas e crenças em relação à efetividade e eficácia do AUDIT e IB na rotina de trabalho da atenção primária à saúde? Quais dificuldades você percebe na implementação do AUDIT e IB? Utilizou-se do recurso do gravador durante toda a entrevista, a qual foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Esta pesquisa respeitou os preceitos éticos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, em 14/08/2012, conforme o parecer nº 53021/2012.

As entrevistas ocorreram nos meses de setembro a novembro de 2012, com duração média de 30 minutos. Foram transcritas e analisadas pela técnica de análise de conteúdo temática¹⁸. Procedeu-se a leitura das entrevistas por diversas vezes em profundidade, linha por linha, com seleção e codificação das unidades de análise (sentenças) alfanumericamente, relacionadas com a importância da capacitação e implementação do instrumento AUDIT e IB no cotidiano do trabalho. Sequencialmente, realizaram-se recortes textuais das informações, agregando-os em unidades de registro, de acordo com os temas correlatos, mesmo conteúdo semântico (unidades de sentido) e relevância implícita. Tais unidades foram reagrupadas tematicamente em categorias empíricas e subcategorias, relacionadas às dificuldades de implementação do instrumento e ações da IB, possibilitando as inferências¹⁸. No tratamento dos resultados, realizaram-se inferências e interpretações respaldadas em literatura, captando-se os conteúdos manifestos e latentes contidos nas entrevistas. As falas foram identificadas com as iniciais E (Entrevistados), seguidas de uma numeração, conforme sequência da realização das entrevistas.

Resultados e discussão

Quanto às características dos participantes, houve predomínio de participantes do sexo feminino (oito), quatro na faixa etária entre 29 a 39 anos, seis católicos, três atuantes na área da saúde em um período de tempo de 1 a 4 anos, e cinco em mais de 15 anos. No referente ao tempo de trabalho na unidade de saúde atual, seis dos entrevistados atuavam entre 1 a 4 anos.

A partir dos dados, surgiram duas categorias temáticas: “Conhecimento adquirido na capacitação” e “Implementação do AUDIT e da IB no equipamento de saúde”.

Conhecimento adquirido na capacitação

Os profissionais de saúde referiram apreensão de novos conhecimentos teóricos e práticos, que envolveram a importância e finalidade do AUDIT e da IB, enquanto ferramenta tecnológica na dimensão preventiva. O AUDIT foi reconhecido pelos participantes como instrumento de rastreamento de usuários por apresentarem um consumo de risco ou não. Eles ressaltaram, ainda, que ambos funcionam como ferramentas de orientação e educação em saúde; porém, para que haja efetividade e eficiência das ações, faz-se necessária a credibilidade do profissional, com possibilidade de acompanhamento e monitoramento do usuário.

“É eficaz, funciona. Mas assim, funciona na questão preventiva. Com essa ferramenta eu também pude orientar o que está acontecendo [...]” (E6)

“A gente faz a captação desses pacientes, se eles estão em risco ou não estão. Acho que é muito importante, principalmente nessa questão da educação (...) é muito efetivo se a gente acredita mesmo e faz os retornos, a manutenção é muito importante e dá um ótimo resultado.” (E8)

Os dados corroboram estudos que apontam a intencionalidade de rastreamento do AUDIT associada à prevenção. Os benefícios desta ferramenta possibilitam educação e diálogo com os usuários sobre o consumo de baixo risco e as consequências do uso problemático¹⁹⁻²⁰. Os usuários com pontuação de baixo risco, em abstinência ou abstinências podem se beneficiar das informações, para evitar que futuramente façam um consumo de modo excessivo². Além disso, podem atuar como multiplicadores destas informações.

Os trabalhadores de saúde citaram a relevância de identificar os estágios motivacionais para a mudança^{*1} da pessoa que faz uso problemático de álcool, relacionar a quantidade ingerida de determinada bebida alcoólica com a referência de dose padrão^{**2} de cada tipo de bebida para orientar o usuário do serviço. Destacaram, também, a importância de auxiliar o usuário na compreensão dos danos do álcool no âmbito dos relacionamentos sociais, principalmente no contexto familiar e laboral.

“[...] Aqueles desenhos da dose, aquilo lá facilita para explicar, porque no meu caso, sem o folhetinho, eu não vou saber aplicar ainda não.[...] ajudando as pessoas, consciência que a bebida realmente, quando a gente extrapola, traz consequências futuras né? Não de imediato, mas futuras, quanto a relacionamento, perda de trabalho, família, acho que é isso.” (E2)

“[...] a gente já consegue entender em que estágio [estágios motivacionais para mudança] ele está.” (E8)

Os relatos corroboraram resultados de estudo em que aponta que quando o profissional se apropria de tais saberes, pode se tornar mais atento ao padrão de consumo de bebida alcoólica de cada usuário, além de planejar ações preventivas específicas e mais individualizadas²⁰. Ao contrário do que alguns profissionais acreditam, é possível atender e cuidar das pessoas que fazem uso abusivo de bebida alcoólica nas USFs, através de aconselhamento simples. Tal conduta possibilita a diminuição do consumo e de danos sociais, econômicos, físicos e psíquicos futuros⁷.

Os depoimentos seguintes exemplificam a importância da IB como estratégia auxiliar de motivação, permitindo ao usuário perceber a sua problemática atual, bem como facilitar a sua adesão ao tratamento.

“Ajuda a pessoa entender o problema e aceitar participar do tratamento, né?” (E9)

“[...]Então, por que é interessante a IB? Porque ela é um instrumento que vai trabalhar a motivação, né? Ela ajuda na questão da negação, porque o paciente tem que estar motivado pra se tratar, porque enquanto ele não se vê como um problema, ele não consegue enxergar os prejuízos. Então, a IB ajuda no sentido de estar quebrando essa postura de negação. Quando você faz a intervenção breve também, tem aquele momento da balança [balança decisória], né; que vai fazer o paciente estar enxergando a situação que ele está. Às vezes, a pessoa está vivendo, mas ela não consegue perceber tudo isso, só quando ele para e tá diante de um profissional e para pra pensar” (E7)

No entanto, para ocorrer a motivação do usuário, infere-se que a abordagem do profissional junto a ele requer atitude de respeito e sem confrontos de julgamento moral, seja pela primeira vez ou quando já há um vínculo estabelecido. Salienta-se, ainda, que as ações na fase de aconselhamento breve, dependerão do estágio de prontidão para mudança em que o usuário se encontra.

Os relatos supracitados possibilitaram inferir a relevância do papel dos profissionais de saúde na abordagem do usuário, auxiliando-o a compreender e refletir sobre seu padrão de consumo de álcool e sobre os problemas decorrentes deste.

A IB consiste em uma estratégia motivacional para a mudança de comportamento no consumo de bebidas alcoólicas, que possibilita ao profissional orientar o usuário no processo de aceitação de início do tratamento^{6-7, 22}.

* ¹ O modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente aborda o processo de prontidão para mudança das pessoas que fazem uso problemático de álcool ou outras drogas. Esse modelo descreve os estágios (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção, permeando a recaída), com base em conceitos de motivação e mudança, requerendo para cada etapa uma intervenção diferente²¹.

** ² Dose padrão é a unidade de medida que define a quantidade de etanol puro contido nas bebidas alcoólicas. A Organização Mundial da Saúde estabelece que uma dose padrão contém aproximadamente 10 a 12 gramas de álcool puro. Por exemplo, em uma lata de cerveja de 330ml contém 12 gramas de álcool puro (CISA-Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, 2016, disponível no site <http://www.cisa.org.br/artigo/4503/definicao-dose-padrao.php>, acessado em 22 jan 2016).

Entretanto, o modo de abordar o usuário e a forma de intervir, principalmente durante uma primeira abordagem do profissional, poderão facilitar a criação de vínculo entre ambos. Nessa relação, os profissionais são reconhecidos como pessoas que fornecem informações confiáveis e de qualidade, tal como a Educação para o álcool, fator que colabora para o processo de aceitação do problema¹⁹ e, conseqüente, engajamento e adesão do usuário ao tratamento. A capacitação realizada possibilitou, ainda, que alguns profissionais se sentissem motivados para a busca de novos conhecimentos sobre a temática em questão, pois perceberam sua relevância no âmbito de seu trabalho diário.

“[...] eu procuro também nas minhas leituras, de uma forma geral, eu sempre estou complementando alguma coisa (...)” (E1).

“Além de ter feito a capacitação, eu também já estava estudando, eu tinha procurado livros, textos, artigos na internet sobre isso”. (E6)

Tais relatos corroboraram os dados da literatura, quando esta aponta a valorização da Educação Permanente (EP) baseada na problematização, na reflexão crítica da realidade e na transformação da prática de serviços. A EP não se limita somente a treinamentos formais, mas também na busca pessoal de novos conhecimentos, através da articulação da experiência vivenciada no trabalho, família e sociedade a fim de se educar constantemente^{16,23}.

Apesar dos benefícios proporcionados pela capacitação, os relatos apontaram a necessidade de melhorias no processo da realização do curso, relacionadas à supervisão e cobrança em relação à implantação do instrumento AUDIT e a IB na rotina de trabalho das unidades de saúde.

“[...] eu acho que tem que ter uma cobrança [...] e tem que dar resultado. [...] pessoas pensando em como estabelecer ou como fazer essa prática realmente acontecer.” (E1)

“Eu acho que praticar mais deveria ser parte dessa capacitação [...] sentir mesmo, como se faz, qual a dificuldade que a gente encontra.” (E9)

A implementação de tais capacitações e a expectativa de que o conhecimento adquirido seja inserido no cotidiano de trabalho destes profissionais, requer supervisão e acompanhamento dos gestores de saúde do respectivo município. Estas capacitações devem ser abrangentes e incorporadas a um programa de educação permanente sob a responsabilidade destes gestores, fato corroborado pela literatura⁵. A EP deve ser constante e incentivadora para a mudança de atitudes dos profissionais diante dos usuários. Deve contribuir a fim de que estes se sintam tecnicamente mais confiantes e habilidosos para a utilização de procedimentos de IB, e conscientes da importância de seu papel na orientação e apoio ao usuário ao longo do tratamento²⁴. Os treinamentos e capacitações desenvolvidos para os profissionais tornam-se efetivos, quando associados a uma reorganização do sistema de saúde e à consciência dos gestores frente à importância de priorizar tais estratégias^{5,12,16}.

Implementação do AUDIT e da IB no equipamento de saúde

Nesta categoria, os profissionais da rede de saúde relataram as estratégias utilizadas para a aplicação do AUDIT e IB, bem como os diversos problemas enfrentados na aplicação e manutenção destes recursos como atividades no cotidiano do trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USFs) e Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

Uma profissional de saúde sugeriu, como ideia estratégica a ser implementada no cotidiano das unidades de saúde, a criação de um grupo regular de usuários para aplicação do AUDIT e da IB e seu monitoramento.

“Talvez pensar como a gente vem fazendo, por exemplo, com os outros grupos, de gestante, de hipertenso, diabetes, talvez pensar um grupo do AUDIT . [...] nem que fosse pra fazer uma vez por mês, por alguns dias, aplicar esse teste. Não tem uma equipe na dengue? Então teria que ter uma equipe que vai tratar de fazer a manutenção desses casos; se você pegar 15 dias e todo mundo se envolvesse da unidade, você tiraria muita coisa boa [...] você implementaria muito mais ações pra esses usuários, que esporadicamente, alguém se lembra de aplicar o teste e olhe lá!” (E1)

A ideia de criar um grupo específico para aplicar o instrumento de rastreamento e IB não vai ao encontro dos objetivos e intencionalidade destes recursos, que podem ser aplicados em qualquer grupo constituído. O enfoque preventivo possibilita realizar um diagnóstico da dimensão da problemática de álcool no referido território, e auxiliar no planejamento de intervenções específicas ou gerais, corroborando a literatura^{6-7,19}. Entretanto, realizar grupos de usuários com problemas relacionados ao álcool pode ser uma estratégia relevante, principalmente se baseada nos fundamentos da Redução de Danos^{***3}.

As atividades que visam às ações preventivas e terapêuticas realizadas em locais públicos, visitas domiciliares e em grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos constituem momentos em que o instrumento de rastreamento e IB podem ser usados como complementação do trabalho²² já desenvolvido^{14,25}.

Conforme os relatos, os profissionais utilizaram as situações rotineiras do atendimento para inserir o AUDIT e a IB, tais como, visitas domiciliares, grupos de atendimento e campanhas realizadas na unidade. Eles iniciaram o diálogo com os usuários, abordando temas relacionados à saúde e na sequência introduziram a temática de álcool e o instrumento de rastreamento. Apesar de haver relato de aplicação nos mais diversos cenários, na prática diária do trabalho das unidades, o instrumento se limitou ao momento de acolhimento e raramente a visitas domiciliares, predominando a eventualidade. Para alguns profissionais, a aplicação de tal ferramenta deve-se limitar aos ambientes internos e restritos das unidades de saúde.

“[...] quando eu faço a anamnese eu já vou falando, vou perguntando como estão as coisas, aí a pessoa vai falando dos problemas, a pessoa vai me subsidiando e eu pergunto se posso aplicar esse teste.[...] não tenho a intenção de chegar aplicando nas casas ele é mais para aplicar aqui [USF].” (E.1)

“No acolhimento. Na sala de acolhimento que é um lugar mais restrito e às vezes em uma VD [Visita Domiciliar] que a gente vai e consegue fazer a abordagem; a gente aplica o questionário, mas é mais difícil. Normalmente a gente aplica aqui na unidade.” (E3)

“(...) em uma campanha de vacinação ou em algum evento que tenha, a gente pode estar aplicando porque é uma ferramenta mais pra esse dia; comemoração da semana do idoso, da gestante e tal” (E5)

Os relatos corroboraram os dados da literatura, ao salientar que o modo e a frequência para a aplicação do AUDIT e IB são ainda incipientes nos equipamentos da atenção primária à saúde, embora a utilização destes recursos seja mais recomendada na detecção precoce e na realização de alguma intervenção para o uso abusivo de álcool¹². A inserção destes recursos pode ocorrer em qualquer cenário de saúde, em curto período de tempo, durante consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, acolhimento e coordenação de grupos¹⁹.

Ao contrário do que é preconizado na Intervenção Breve, em que se deve realizar as etapas e monitoramento do usuário em condição de uso de risco abusivo⁶⁻⁷; nas unidades, a conduta terapêutica limitou-se apenas em encaminhamento ao médico para que este assumisse a terapêutica, ou então para as instituições especializadas.

“Então a gente pede para que ele passe em uma consulta médica (...) fazer um encaminhamento pra um psiquiatra, um psicólogo, psicoterapia ou CAPS.” (E3)

Os depoimentos denotaram predomínio de um modelo de atendimento centrado no médico, direcionado para as especialidades e focado em encaminhamentos. Dependendo da identificação do padrão de consumo de bebida alcoólica, o usuário pode ser atendido e acompanhado por um dos profissionais da equipe de saúde capacitado e treinado. O profissional médico pode ser acionado, caso o usuário apresente condições físicas, psicológicas ou psiquiátricas debilitantes; como, por exemplo, em situação de intoxicação, dependência ou de abstinência alcoólica. As intervenções realizadas pelos profissionais podem ter como metas a redução do consumo ou abstenção do álcool; porém, tais condutas podem ser compartilhadas entre os membros da equipe, conforme evidências científicas²⁰. Assim, a aplicação do AUDIT e IB pode ser realizada a qualquer usuário. Faz-se necessário mencionar que os profissionais da Atenção Básica são os mais adequados para desenvolver este trabalho, desde que estejam preparados e capacitados²⁰. No âmbito das dificuldades enfrentadas para a manutenção do AUDIT e da IB na rotina de trabalho, após a capacitação, os relatos

***3 Redução de Danos constitui estratégias para minimizar os danos advindos do consumo de substâncias psicoativas, na dimensão da saúde e de seus aspectos sociais e econômicos, sem necessariamente reduzir o consumo delas.

mencionaram condições objetivas de trabalho desfavoráveis, identificadas na falta de recursos humanos e materiais, além da sobrecarga de trabalho. Para alguns trabalhadores há ainda descrença na efetividade de tais instrumentos na comunidade, bem como impossibilidade de obter resultados positivos.

“A [nome da pessoa], se ausentou, a médica; a gente ficou com a enfermeira, mas assim, meio sem retaguarda, depois sem agentes comunitários; a gente acaba assim, dividindo muito do nosso tempo com muitos afazeres, né?” (E1)

“[...] deveria ter um espaço na unidade com todos os formatos de doses, os copos, devia ter um cantinho na unidade, sabe?” (E2)

“Eu acho que a Intervenção Breve tem pouco impacto, viu? Pra haver um impacto nesses pacientes é preciso uma ferramenta mais contundente do que o AUDIT.” (E4)

Os relatos corroboraram as evidências científicas ao salientarem que, no interior da Atenção Básica de Saúde, há constantemente grande relutância dos profissionais na introdução do AUDIT e a IB no cuidado prestado ao usuário^{8,15-16}. Tais fatos justificam-se pela carga de trabalho excessiva^{5,8}, preconceitos dos profissionais de saúde e descrença destes na possibilidade de melhora dos usuários^{8,15-16} falta²² ou alta rotatividade de recursos humanos no serviço^{5,26}. Quanto aos recursos físicos e materiais, a falta de um espaço privativo e de materiais específicos disponíveis para implementar tal ferramenta tecnológica corroborou a literatura^{8,22,27}. Este fato pode ser compreendido devido à crença equivocada de que a Estratégia de Saúde da Família constitua uma política de saúde simples e, portanto, não demanda alta tecnologia, o que contribui para implantação de estruturas improvisadas e insuficientes, dificultando o trabalho a ser desenvolvido²⁷. Porém, tais recursos não demandam altos custos, podem ser implementados em associação às atividades diárias já preconizadas e realizadas pelo profissional de saúde, em ambientes de sala de espera, consultórios, domicílio do usuário, espaço do serviço entre outros cenários.

Outros fatores apontados pelos profissionais de saúde referiram à falta de tempo, justificada pela sobrecarga de trabalho, resistência à mudança em seu processo de trabalho.

“Mas aqui a gente não tem muito tempo mesmo, né?” (E2)

A maior dificuldade que eu tenho nesse sentido é que apesar da capacitação ter acontecido ela efetivamente não está na prática da rede. [...]isso tem que se implantar nas UBSs, nas USFs, né, que são onde vai pegar esse pessoal. As UBSs e USFs têm certa resistência em aderir, em realizar mudanças, porque elas já têm uma forma de trabalhar, um esquema de funcionamento. Quando você introduz isso [AUDIT/IB], significa que vão ter um trabalho a mais.” (E7)

Revisão sistemática das barreiras e facilidades para implementação dos instrumentos de rastreamento e IB aponta como dificuldades a gestão da carga de trabalho pela equipe de saúde no contexto da atenção primária à saúde, fator desencadeador de limites aos profissionais em relação à capacidade e disposição para assumir responsabilidade de suas tarefas⁸.

Apesar das justificativas dos profissionais de saúde, salienta-se que na prática, a aplicação do questionário de rastreio dura, no máximo, dois a quatro minutos. A sua avaliação e interpretação demandam menos de um minuto e as etapas da IB, como por exemplo, a educação para o álcool demanda menos de cinco minutos e, caso haja necessidade do aconselhamento breve, este requer até quinze minutos⁶⁻⁷.

O perfil da população também constituiu um tema apontado, quando da abordagem da questão das dificuldades, pois a característica de usuários atendidos em determinadas unidades é constituída por um elevado número de alcoolistas crônicos, fator que, para os profissionais, inviabiliza a aplicação do AUDIT, requerendo intervenções de dimensão terapêutica e não preventiva.

“A população onde a gente trabalha é de alcoolista crônico e pra haver um impacto nesses pacientes é preciso uma ferramenta mais contundente do que o AUDIT.” (E4)

Apesar da IB ser recomendada para os casos de uso de risco ou abusivo, em que a pessoa ainda não apresenta sintomatologia da dependência, a etapa de aconselhamento breve da IB possibilita ao trabalhador de saúde apontar

claramente os danos físicos, psicológicos e sociais do uso contínuo da substância psicoativa ao usuário¹². Isto pode sensibilizá-lo e motivá-lo a rever o seu padrão de consumo e a aderir a uma proposta de tratamento⁶⁻⁷. Convém salientar que através do escore do AUDIT, o profissional ao dar um *feedback* pode concomitantemente sensibilizar o usuário sobre o seu padrão de consumo excessivo, mesmo aquele identificado como provável dependente de álcool, reconhecendo a sua autonomia em buscar metas que incluem reduzir ou parar o consumo de álcool, bem como reconhecer a necessidade de iniciar um tratamento.

Considerações Finais

A pesquisa evidenciou que embora o AUDIT e IB sejam considerados ferramentas tecnológicas eficazes, ainda há dificuldades de sua implementação no cotidiano do trabalho. Enfatizou, também, que a problemática do álcool não está sendo reconhecida na dimensão preventiva, indo na contramão das políticas públicas de saúde do álcool e outras drogas. Tal fato demonstra a importância de acompanhamento e avaliação permanentes dos gestores em relação aos serviços prestados pelas unidades de saúde para obtenção de resultados mais efetivos, investindo em Educação Permanente.

Para a superação das diversas dificuldades que influenciam a implantação de ações de rastreamento do padrão de uso de álcool e da Intervenção Breve, faz-se necessário melhor planejamento e (re) organização do sistema de saúde. Requer, ainda, contratação de mais profissionais de saúde, além de revisão do processo de trabalho para minimizar a sobrecarga de trabalho e a reformulação das estratégias de educação em saúde.

Os resultados possibilitaram demonstrar que ainda há muitos desafios referentes à implementação de estratégias de prevenção ao consumo de álcool a serem superados.

Este estudo teve como limite metodológico, o número restrito de sujeitos de pesquisa entrevistados, requerendo, assim, um estudo mais abrangente, utilizando-se da saturação teórica, com os profissionais de saúde capacitados neste município.

Referências

1. World Health Organization (CHE) Global status report on alcohol and health. WHO Geneva, 2014.
2. World Health Organization (CHE). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version:2016 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statchtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf. Acesso em: 16 Jun 2016.
3. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. II Lenad – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – Relatório 2012. [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas; 2014. Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 16 Jun 2016.
4. Mendéz EB. Uma versão brasileira do AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.
5. Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(3):497-509.
6. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. Audit: The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. 2ª ed. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponível em: http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf. Acesso em: 16 Jun 2016.
7. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief Intervention: for hazardous and harmful drinking-a manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67210/1/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf. Acesso em: 16 Jun 2016.
8. Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder E. Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. J Public Health (Oxf). [Internet]. 2011; 33(3):412-421. Disponível em: <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/33/3/412.long>. doi:10.1093/pubmed/fdq095. Acesso em: 16 Jun 2016.

9. Woolard R, Baird J, Longabaugh R, Nirenberg T, Lee CS, Mello MJ, Becker B. Project Reduce: reducing alcohol and marijuana misuse: effects of a brief intervention in the emergency department. *Addict Behav.* [Internet]. 2013; 38(3):1732-1739. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460312003255>.doi:10.1016/j.addbeh.2012.09.006. Acesso em: 16 Jun 2016.
10. Winters KC, Fahnhorst T, Botzet A, Lee S, Lalone B. Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting: outcomes and mediating factors. *J Subst Abuse Treat.* [Internet]. 2012; 42(3):279-88. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547211001681>.doi:10.1016/j.jsat.2011.08.005. Acesso em: 16 Jun 2016.
11. Moyer VA. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med.* [Internet]. 2013; 159(3):210-8. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?articleid=1722524>.doi: 10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00652. Acesso em: 16 Jun 2016.
12. Pereira MO, Anginoni BM, Ferreira NC, Oliveira MAF, Vargas D, Colvero LA. Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. *Rev. bras. enferm.* 2013; 66(3):420-428.
13. Angus C, Scafato E, Ghirini S, Torbica A, Ferre F, Struzzo P, et al. Cost-effectiveness of a program of screening and brief interventions in primary care in Italy. *BMC Fam Pract.* [Internet]. 2014; 15(26):1-12. Disponível em: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-15-26>.doi: 10.1186/1471-2296-15-26 Acesso em: 23 Jul 2015.
14. Haller DM, Meynard A, Lefebvre D, Ukoumunne OC, Narring F, Broers B. Effectiveness of training family physicians to deliver a brief intervention to address excessive substance use among young patients: a cluster randomized controlled trial. *CMAJ.* [Internet]. 2014; 186(8):e263-72. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/content/186/8/E263>.long.doi: 10.1503/cmaj.131301. Acesso em: 01 Ago 2015.
15. Broyles LM, Rodriguez KL, Kraemer KL, Sevick MA, Price PA, Gordon AJ. A qualitative study of anticipated barriers and facilitators to the implementation of nurse-delivered alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment for hospitalized patients in a Veterans Affairs medical center. *Addict Sci Clin Pract.* [Internet]. 2012; 7(7):1-20. Disponível em: <http://ascjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1940-0640-7-7>. doi: 10.1186/1940-0640-7-7. Acesso em: 02 nov 2013.
16. Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM. Implementation of brief intervention for problematic alcohol use in primary health in the amazon context. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19(spe):813-820.
17. Tay AT, Peh AL, Tan SN, Chan HN, Guo S, Chan YH. Alcohol use disorders amongst inpatients in a General Hospital in Singapore: estimated prevalence, rates of identification and intervention. *Ann Acad Med Singapore.* [Internet]. 2016;45(4):138-47. Disponível em: <http://www.annals.edu.sg/pdf/45VolNo4Apr2016/V45N4p138Abstract.pdf>. Acesso em: 16 Jun 2016.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. 7th ed. Portugal:Edições 70; 2011.
19. Jomar RT, Paixão LAR, Abreu AMM. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e sua aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde. *Rev. APS.* [Internet]. 2012; 15(1):113-17. Disponível em: <http://aps.ufff.emnuvens.com.br/aps/article/view/1467/598>. Acesso em: 22 Jan 2013.
20. Lima KCB, Mata RN, Santos GRD, Teixeira GM, Amaral AKM, Botti NCL. Prática preventiva do uso de risco de álcool na atenção primária à saúde. *Rev APS.* [Internet]. 2014;17(2):229-35. Disponível em: <http://aps.ufff.emnuvens.com.br/aps/article/view/2279/807>. Acesso em: 26 Jan 2016.
21. Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. 3rd ed. São Paulo:Roca; 2015.
22. Costa PHA, Mota DCB, Cruvinel E, Paiva FS, Ronzani TM. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. *Rev Panam Salud Publica.* [Internet]. 2013; 33(5):325-331. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000500003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000500003>. Acesso em: 16 Jun 2016.
23. Branquinho NCSS, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Paulino VCP. Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. *Rev enferm UERJ.* 2012; 20(3): 312-6.
24. Corradi-Webster C, Minto E, Aquino F, Abade F, Yosetake L, Gorayeb R, Laprega M, Furtado E. Capacitação de profissionais do programa de saúde da família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.).* [Internet]. 2005;1(1):1-10. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38615/41462>. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v1i1p01-10>. Acesso em: 01 Fev 2013.
25. Gonçalves MAS, Ferreira OS, Abreu AMM, Pillon SC, Jezus SV. Estratégias de rastreamento e intervenções breves como possibilidades para a prática preventiva do enfermeiro. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2011; 13(2):355-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10502>. Acesso em: 16 Jun 2016.

26. Medeiros CRG, Wagner JAG, Glademir S, Ioná C, Pereira JLA, Lechmann SOMF. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2010;15(Suppl.1):1521-31.
27. Pedrosa ICF, Corrêa ACP, Mandú ENT. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. Cienc Cuid Saude. 2011; 10(1):058-065.

Sonia Regina Zerbetto

Endereço para correspondência – Rua: Rodovia Washington Luís, nº Km 235-SP-310,
CEP: 13.565-905, São Carlos, SP, Brasil.

E-mail: szzerbetto@ufscar.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1282433435871232>

Luciana Dagmar Maciel – lucidmaciel@yahoo.com.br

Enviado em 02 de fevereiro de 2016.

Aceito em 21 de novembro de 2016.

CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

INSTRUMENT CONSTRUCTION FOR HEALTH CARE WOMAN IN PRIMARY HEALTH CARE

Rita de Cássia Rodrigues¹, Stella Crisanto Pontes¹, Mayhara Myrna Bezerril Freire de Lima Galvão¹, Fábila Barbosa de Andrade², Dáisy Vieira de Araújo³.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi desenvolver um instrumento para assistência à saúde da mulher na Atenção Primária do município de Santa Cruz, Rio Grande do Norte. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa. Participaram nove enfermeiros como avaliadores do estudo. Houve um consenso de mais de 50 % entre os expertises. Calculou-se o coeficiente Alfa de Cronbach dos itens: identificação da paciente e informação sobre saúde-doença; exame físico; diagnóstico de enfermagem e intervenções da Ficha Clínica de Saúde da Mulher e obteve-se um resultado igual a 0,971 (97,1%), 0,917 (91,7%), 0,960 (96,1%), 1,000 (100%) e 1,000 (100%), respectivamente, o que significa que os dados utilizados possuem validade interna, ou seja, o constructo é fidedigno. Os avaliadores participaram de forma assídua da elaboração do instrumento e, assim, forneceram uma ficha clínica com agrupamento de informações do estado de saúde-doença, atribuindo uma melhor qualificação à assistência prestada.

Descritores: Saúde da Mulher; Assistência de Enfermagem; Assistência Integral à Saúde da Mulher

ABSTRACT

The aim of this study was to develop a tool for health care of women in primary care in the city of Santa Cruz, Rio Grande do Norte. This is an exploratory and descriptive research with a quantitative approach. Nine nurses participated as expertise of the study. There was a more than 50% consensus between expertise. Cronbach Alpha coefficient was calculated items: patient identification and health information and disease; physical exam; nursing diagnosis and interventions Sheet Health Clinic for Women and obtained a score of 0.971 (97.1%), 0.917 (91.7%), 0.960 (96.1%), 1.000 (100%) and 1.000 (100%), respectively, which means that the data used have internal validity, namely, the construct is trusted. The expertise assiduously participated in the drafting of the instrument and thus provided a clinical form with grouping of health information - disease, giving a better qualification to the assistance provided.

Descriptors: Women's Health; Nursing Care; Comprehensive Health Care woman

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Santa Cruz, RN, Brasil.

² Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil.

³ Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil.

Introdução

A figura feminina é de suma importância no processo saúde - doença, pois, na maioria dos casos, é responsável por manter a saúde da família. A população brasileira é constituída por 51,04% de mulheres¹, sendo as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), com maior frequência, em busca de atendimento para filhos, netos, marido, idosos e vizinhos e, muitas vezes, esquecendo-se do seu próprio cuidado, tornando-se vulnerável às doenças.

Atualmente, as mulheres têm ocupado o mercado de trabalho assumindo diversos papéis e múltiplas responsabilidades e, em virtude disso, para elas, tem restado pouco tempo para cuidar de si, uma vez que acabam dando prioridade às necessidades dos outros e colocando sua saúde em segundo plano².

Segundo o Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM/DATASUS), no período de 2009 a 2013, em Santa Cruz/RN, foram registrados 425 óbitos de mulheres na faixa etária de 10 a 80 anos e mais, sendo as principais causas as doenças do aparelho circulatório, neoplasias (tumores), seguidas por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas³.

No período de janeiro de 2013 a setembro de 2015, no município de Santa Cruz, segundo o Sistema de Internações Hospitalares (SIH/ DATASUS), foram registrados 5.551 casos de internações relacionados à gravidez, parto e puerpério; seguido de 373 casos de doenças do aparelho digestório; 332 casos de doenças do aparelho geniturinário; 310 casos de internações por doenças do aparelho respiratório, em mulheres na faixa etária de 10 a 80 anos e mais⁴.

Nesse contexto, dados como esses despertam interesse em desenvolver um estudo centrado no atendimento à saúde da mulher, tendo em vista também a lacuna bibliográfica existente acerca de instrumentos que norteiem a ação do cuidado de enfermagem na saúde da mulher na atenção primária.

Desta forma, o desenvolvimento deste estudo se justifica pela necessidade de unificação de informações acerca do processo saúde-doença das mulheres atendidas na atenção primária, bem como dispor ao município de Santa Cruz/RN uma ficha clínica de saúde da mulher que contenha indicadores importantes para mensurar, avaliar e propor adequações aos programas municipais voltados a esta clientela, já que o município não apresenta histórico da utilização de um instrumento específico voltado para a mulher.

Assim, a ficha clínica proposta neste estudo contribuirá para uma melhora na qualidade da assistência de enfermagem prestada à mulher, de modo que se evite a duplicidade de informações nos prontuários. Igualmente, contribuirá para que a assistência se dê de forma holística e resolutive, haja vista que possibilitará o desenvolvimento de um plano assistencial individual, além de fortalecer a interação enfermeiro-usuária do SUS.

Portanto, o objetivo do estudo foi desenvolver um instrumento voltado para a assistência à saúde da mulher na atenção primária do município de Santa Cruz, Rio Grande do Norte.

Metodologia

O presente estudo foi desenvolvido no município de Santa Cruz, localizado no estado do Rio Grande do Norte, a 111 km da capital, Natal. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa.

O Sistema de Saúde do município presta serviços e ações em dois níveis, primário e secundário, e está organizado a partir da atenção primária à saúde, tendo-a como sua porta de acesso. Esta rede possui 6 unidades de saúde, com 12 equipes de Saúde da Família, sendo 10 na zona urbana e 2 na zona rural.

Os avaliadores foram escolhidos conforme os seguintes critérios: ser enfermeiro da Unidade Básica de Saúde do município de Santa Cruz e ter experiência nas áreas de saúde da mulher e atenção primária. Foram escolhidos nove enfermeiros de ambos os sexos para participar como avaliadores do estudo, com idade entre 24 e 33 anos e tempo de formação mínima de três anos.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob parecer de número 1.002.116, e atendeu aos requisitos e diretrizes éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, recomendadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), expressas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁵.

Os avaliadores foram informados sobre os objetivos do estudo e a justificativa da pesquisa. Além disso, foram esclarecidos de que a participação era voluntária, havendo a liberdade para se retirar do estudo durante ou depois da finalização do processo de investigação, sem risco de qualquer penalização ou prejuízo de natureza pessoal ou

profissional. Também, foi assegurado aos participantes o anonimato quando da publicação dos resultados, bem como o sigilo de informações consideradas confidenciais.

O presente estudo foi dividido em quatro etapas, com base na técnica Delphi⁶.

Na 1ª etapa, foi elaborado um instrumento modelo, uma ficha clínica de saúde da mulher, com o objetivo de coletar dados sobre as mulheres atendidas na atenção primária. Este instrumento teve como embasamento teórico a anamnese e o exame físico completos voltados para a atenção à saúde da mulher, levando em consideração as etapas do processo de enfermagem (coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, intervenção, implementação e evolução).

Já a 2ª etapa referiu-se à avaliação dos itens contidos no instrumento modelo. Os avaliadores poderiam acrescentar ou propor modificações aos itens do instrumento em questão.

Para tanto, foi entregue uma ficha de avaliação com os critérios de organização, objetividade, clareza e compreensão do conteúdo, e eles deveriam escolher uma alternativa dentre: 1 discordo totalmente; 2 discordo; 3 não concordo e nem discordo; 4 concordo e 5 concordo totalmente. Ao final da ficha, os avaliadores poderiam fazer comentários e sugestões. O instrumento modelo, juntamente com a ficha de avaliação, passou um período de três semanas a um mês com os avaliadores.

A 3ª etapa serviu para reformular o instrumento modelo. A partir da análise do instrumento modelo e da ficha de avaliação, adotando um nível de consenso de 50% das respostas dadas, o instrumento foi reformulado.

Por fim, a 4ª etapa associou-se à elaboração do instrumento final. Assim, os itens que obtiveram nível de consenso de 50% das respostas pelos avaliadores foram mantidos, finalizando, portanto, o processo de elaboração do instrumento final, que resultou na ficha clínica de saúde da mulher.

Após o encerramento de todas as etapas, a pesquisadora e aluna participante enviaram uma carta endereçada a cada avaliador agradecendo a participação no estudo, bem como o envio de um convite à Secretaria Municipal de Saúde e aos enfermeiros da APS de Santa Cruz para assistirem à defesa de trabalho de conclusão de curso da aluna.

Para a análise dos dados descritivos e Alfa de Cronbach, foi utilizado o pacote estatístico SPSS versão 20.0. O coeficiente Alfa de Cronbach é um índice utilizado para estimar a confiabilidade de uma escala, ou seja, avaliar a magnitude em que os itens de um instrumento estão correlacionados. Em outras palavras, pode-se afirmar que seu resultado é a média das correlações entre os itens que compõem um instrumento⁷.

O menor valor aceitável para esse coeficiente é de 0,70 (70%). Valores abaixo desse significam que a consistência interna do instrumento utilizado é baixa⁷.

Resultados e Discussão

Na análise realizada acerca da avaliação do instrumento pelos avaliadores, foi nítida a aceitação da ficha clínica de saúde da mulher. A tabela 1 apresenta a distribuição das frequências absoluta e relativa acerca dos atributos identificação da paciente e informações sobre saúde doença.

Tabela 1 – Distribuição das frequências absoluta e relativa dos atributos identificação da paciente e informações sobre saúde – doença da ficha clínica de saúde da mulher. Santa Cruz, Brasil, 2015.

IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE	Discordo totalmente n (%)	Discordo n (%)	Não concordo e Nem discordo n (%)	Concordo n (%)	Concordo totalmente n (%)
Organização	0	0	0	6 (66,7)	3 (33,3)
Objetividade	0	0	0	6 (66,7)	3 (33,3)
Clareza	0	0	1 (11,1)	5 (55,6)	3 (33,3)
Compreensão	0	0	1 (11,1)	5 (55,6)	3 (33,3)

Continua...

INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE DOENÇA	Discordo totalmente n(%)	Discordo n(%)	Não concordo e Nem discordo n(%)	Concordo n(%)	Concordo totalmente n(%)
Organização	0	0	0	6(66,7%)	3(33,3%)
Objetividade	0	0	0	6(66,7%)	3(33,3%)
Clareza	0	1(11,1%)	0	5(55,6%)	3(33,3%)
Compreensão	0	1(11,1%)	0	5(55,6%)	3(33,3%)

O instrumento Ficha Clínica de Saúde da Mulher proposto neste estudo inicia-se com a identificação da paciente, constando de nome, data de nascimento, telefone e, incluindo, dados que podem proporcionar fatores de risco relacionados ao processo saúde-doença da figura feminina, tais como: idade; raça; nacionalidade; naturalidade; estado civil; número de filhos; nível de escolaridade e ocupação.

Nesse contexto, a coleta de dados é primordial para o processo de enfermagem, cujo objetivo é constatar dados pertinentes ao processo saúde-doença do indivíduo atendido, bem como analisar o ambiente e a comunidade onde ele está inserido.

Após a identificação, seguiu-se a etapa de informações sobre saúde-doença, com a busca por dados necessários para caracterizar o indivíduo, permitindo sua identificação; bem como informações sobre saúde-doença, consentindo ao profissional de saúde o conhecimento dos meios e fatores que venham a influenciar o bem-estar da paciente atendida na atenção primária do município de Santa Cruz.

Formada por perguntas simples e claras, com o objetivo de facilitar a compreensão tanto do indivíduo questionado quanto do profissional enfermeiro, esta etapa constituiu-se de perguntas do tipo: quantidade de gestações; vida sexual ativa; uso de preservativos e característica do ciclo menstrual, permitindo que, durante a consulta, o enfermeiro realize orientações a respeito do planejamento familiar, bem como orientações sobre sexualidade e métodos de prevenção do câncer do colo do útero e de mama.

Calculando-se o coeficiente Alfa de Cronbach dos itens da identificação da paciente e as informações sobre saúde-doença, obteve-se um resultado igual a 0,971 (97,1%) e 0,917 (91,7%), respectivamente, o que significa que os dados utilizados possuem significância interna, ou seja, parte do constructo é fidedigno.

A tabela 2 apresenta os dados da distribuição das frequências absoluta e relativa do atributo exame físico, que é subdividido em medidas antropométricas; avaliação neurológica; cabeça e pescoço; sistema cardiocirculatório; sistema respiratório; exame das mamas; sistema digestório e avaliação genital.

Tabela 2 - Distribuição das frequências absoluta e relativa do atributo exame físico da ficha clínica de saúde da mulher. Santa Cruz, Brasil, 2015.

MEDIDAS	Discordo totalmente n(%)	Discordo n(%)	Não concordo e Nem discordo n(%)	Concordo n(%)	Concordo totalmente n(%)
Organização	0	0	0	6(66,7)	3(33,3%)
Objetividade	0	0	0	6(66,7)	3(33,3%)
Clareza	0	0	1(11,1%)	5(55,6%)	3(33,3%)
Compreensão	0	0	1(11,1%)	5(55,6%)	3(33,3%)
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	Discordo totalmente n(%)	Discordo n(%)	Não concordo e Nem discordo n(%)	Concordo n(%)	Concordo totalmente n(%)
Organização	0	0	4(44,4%)	3(33,3%)	2(22,2%)
Objetividade	0	0	4(44,4%)	3(33,3%)	2(22,2%)
Clareza	0	0	4(44,4%)	2(22,2%)	3(33,3%)
Compreensão	0	0	4(44,4%)	2(22,2%)	3(33,3%)

Continua...

CABEÇA E PESCOÇO	Discordo totalmente n(%)	Discordo n(%)	Não concordo e Nem discordo n(%)	Concordo n(%)	Concordo totalmente n(%)
Organização	0	0	3(33,3%)	5(55,6%)	1(11,1%)
Objetividade	0	0	3(33,3%)	5(55,6%)	1(11,1%)
Clareza	0	0	3(33,3%)	4(44,4%)	2(22,2%)
Compreensão	0	0	3(33,3%)	4(44,4%)	2(22,2%)
SISTEMA CARDIOCIRCULATÓRIO	Discordo totalmente n(%)	Discordo n(%)	Não concordo e Nem discordo n(%)	Concordo n(%)	Concordo totalmente n(%)
Organização	0	0	3(33,3%)	4(44,4%)	2(22,2%)
Objetividade	0	0	3(33,3%)	4(44,4%)	2(22,2%)
Clareza	0	0	3(33,3%)	3(33,3%)	3(33,3%)
Compreensão	0	0	3(33,3%)	3(33,3%)	3(33,3%)
SISTEMA RESPIRATÓRIO	Discordo totalmente n(%)	Discordo n(%)	Não concordo e Nem discordo n(%)	Concordo n(%)	Concordo totalmente n(%)
Organização	0	0	2(22,2%)	5(55,6%)	2(22,2%)
Objetividade	0	0	2(22,2%)	4(44,4%)	3(33,3%)
Clareza	0	0	2(22,2%)	4(44,4%)	3(33,3%)
Compreensão	0	0	2(22,2%)	4(44,4%)	3(33,3%)
EXAME DAS MAMAS	Discordo totalmente n(%)	Discordo n(%)	Não concordo e Nem discordo n(%)	Concordo n(%)	Concordo totalmente n(%)
Organização	0	0	0	2(22,2%)	7(77,8%)
Objetividade	0	0	0	2(22,2%)	7(77,8%)
Clareza	0	0	0	2(22,2%)	7(77,8%)
Compreensão	0	0	0	2(22,2%)	7(77,8%)
SISTEMA DIGESTÓRIO	Discordo totalmente n(%)	Discordo n(%)	Não concordo e Nem discordo n(%)	Concordo n(%)	Concordo totalmente n(%)
Organização	0	0	3(33,3%)	3(33,3%)	3(33,3%)
Objetividade	0	0	3(33,3%)	4(44,4%)	2(22,2%)
Clareza	0	0	3(33,3%)	3(33,3%)	3(33,3%)
Compreensão	0	0	3(33,3%)	3(33,3%)	3(33,3%)
AValiação GENITAL	Discordo totalmente n(%)	Discordo n(%)	Não concordo e Nem discordo n(%)	Concordo n(%)	Concordo totalmente n(%)
Organização	0	0	0	3(33,3%)	6(66,7%)
Objetividade	0	0	0	2(22,2%)	7(77,8%)
Clareza	0	0	0	3(33,3%)	6(66,7%)
Compreensão	0	0	0	2(22,2%)	7(77,8%)

O exame físico é desenvolvido no sentido cefalocaudal, iniciado com as medidas antropométricas, peso e altura, que permitem anotar o índice de massa corpórea e corroboram para a investigação do estado nutricional da paciente; pressão arterial, além de possibilitar anotação dos níveis pressóricos e, desta forma, verificar a possibilidade da paciente desenvolver doenças crônicas.

Em seguida, realiza-se a avaliação neurológica, com a avaliação do nível de consciência e a coordenação dos movimentos. Para isso, o enfermeiro deve observar as expressões verbais e os movimentos da paciente.

Quanto ao exame da cabeça e pescoço, devem ser avaliados o couro cabeludo, a acuidade visual, acuidade auditiva, as amígdalas, a tireoide, linfonodos e alterações da pele. No desenvolver do exame, o enfermeiro deve utilizar os métodos propedêuticos, inspeção e palpação, bem como observar sinais e sintomas que possam ser característicos de alguma enfermidade, visando ofertar uma assistência de qualidade⁸.

No tocante ao exame do sistema cardiocirculatório, é avaliado o pulso, que pode ser rítmico, arrítmico, cheio ou filiforme; a perfusão periférica; ausculta cardíaca, bem como a presença ou ausência de sopros. Devido a essa avaliação, o enfermeiro pode elaborar planos de cuidados para a mulher, a partir da verificação de possíveis cardiopatias, além de fornecer meios de tratamentos que venham a facilitar o convívio da paciente. Cabe lembrar que o indivíduo não deve ser fragmentando em partes, mas sim visto de forma holística.

No que concerne ao exame do sistema respiratório, sabe-se que é responsável pela captação de oxigênio do ambiente e transporte para os pulmões, troca de dióxido de carbono nos alvéolos e da devolução para o ambiente⁸. Na ficha clínica, é avaliada essa função através do estado respiratório: presença, diminuição ou ausência de murmúrio vesicular e presença ou ausência de ruídos adventícios. Esse exame fornece informações a respeito do padrão respiratório da paciente, como sua necessidade de suporte ventilatório, caso seja identificado.

Na avaliação das mamas, é realizada a inspeção e palpação, com intuito de avaliar a forma, tamanho, tipos de mamilos, presença ou ausência de secreção mamilar e nódulos, e contribuir para avaliar a indicação dos procedimentos de diagnóstico inicial e o rastreamento precoce do câncer de mama⁹.

Na fase de avaliação do sistema digestório, é observado o formato do abdômen, a presença de dor à palpação, massa palpável, ausculta abdominal e a presença ou ausência de eliminações intestinais. Para a realização do exame digestório, são utilizadas as técnicas propedêuticas da seguinte forma: inspeção, ausculta, percussão e palpação, permitindo uma melhor exatidão dos resultados obtidos com o exame⁸.

A avaliação genital é de suma importância para prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, bem como a prevenção do câncer do colo do útero e infecção do trato urinário. Para tanto, nessa fase, são avaliados os grandes e pequenos lábios, clitóris, meato uretral, introito vaginal, períneo, ânus, colo do útero e mucosa, com o auxílio do exame preventivo.

Nos países em desenvolvimento, o câncer de colo uterino é tido como uma das principais causas de morte. Está atrelado a diversos fatores que contribuem para esse fato, como ausência de educação em saúde, responsável pela detecção precoce; falta de adesão das mulheres a programas de prevenção; a elevada taxa de infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) e as diferenças culturais¹⁰.

Entende-se que a estratégia primária para prevenção de doenças dos genitais é o uso do preservativo e a secundária, o diagnóstico e tratamento¹¹.

Calculando-se o coeficiente Alfa de Cronbach do atributo exame físico da Ficha Clínica de Saúde da Mulher, obteve-se um resultado igual a 0,960 (96,1%), o que significa que os dados utilizados possuem validade interna.

Na tabela 3 verifica-se a distribuição das frequências absoluta e relativa dos atributos diagnósticos de enfermagem e intervenções, assim fornecendo dados de aprovação para esses quesitos de acordo com as respostas dos expertises.

Tabela 3 - Distribuição das frequências absoluta e relativa dos atributos diagnósticos de enfermagem e intervenções da ficha clínica de saúde da mulher. Santa Cruz, Brasil, 2015.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	Discordo totalmente n(%)	Discordo n(%)	Não concordo e Nem discordo n(%)	Concordo n(%)	Concordo totalmente n(%)
Organização	0	0	0	3(33,3%)	6(66,7%)
Objetividade	0	0	0	3(33,3%)	6(66,7%)
Clareza	0	0	0	3(33,3%)	6(66,7%)
Compreensão	0	0	0	3(33,3%)	6(66,7%)
INTERVENÇÕES	Discordo totalmente n(%)	Discordo n(%)	Não concordo e Nem discordo n(%)	Concordo n(%)	Concordo totalmente n(%)
Organização	0	0	0	5(55,6%)	4(44,4%)
Objetividade	0	0	0	5(55,6%)	4(44,4%)
Clareza	0	0	0	5(55,6%)	4(44,4%)
Compreensão	0	0	0	5(55,6%)	4(44,4%)

Após o exame físico completo, a ficha segue com os diagnósticos de enfermagem e intervenções, que são essenciais para uma assistência de qualidade. Pois, é a partir do conhecimento dos problemas e agravos à saúde que são traçados meios que permitem o cuidado da paciente. Os diagnósticos de enfermagem devem ser anotados seguindo o modelo da NANDA¹², e suas intervenções devem ser elaboradas no plano de cuidado, relacionadas a cada tipo de diagnóstico, com o intuito de coletar dados inerentes à paciente e à família e possibilitar uma visão biopsicossocial da mulher, para obter uma sistematização da assistência ampla e resolutive.

Calculando-se o coeficiente Alfa de Cronbach dos atributos diagnóstico de enfermagem e intervenções da Ficha Clínica de Saúde da Mulher, obteve-se um resultado igual a 1,000 (100%), o que significa que os dados utilizados possuem significância interna.

A sistematização da assistência de enfermagem deve ser bem embasada, e a coleta de dados desenvolvida de forma sistemática, respeitando a subjetividade do indivíduo. O papel do profissional de enfermagem é fundamental para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade, adotando uma metodologia prática, clara e que seja condizente com a realidade do ambiente onde a paciente esteja inserida¹³.

A ficha clínica foi elaborada com o espaço destinado à anotação dos diagnósticos de enfermagem e intervenções, assim, possibilitando ao profissional que a utilize na sua assistência, analisar seu paciente no contexto do processo saúde-doença, respeitando a subjetividade e fornecendo diagnósticos e intervenções conforme a sua realidade.

A elaboração de um instrumento com obtenção de dados em saúde-doença possibilita documentar informações de forma clara e objetiva, fornecer identificação de diagnósticos de enfermagem, bem como as intervenções para uma assistência de qualidade¹⁴.

Os serviços de saúde eram mantidos na fragmentação do paciente. Com a instituição do Sistema Único de Saúde, o paciente passou a ser visto de maneira integral, visando à organização e articulação entre os serviços, corroborando para que a assistência seja articulada em seus diversos níveis de complexidade, bem como a articulação entre serviços privados e públicos, admitindo a resolução de problemas que venham a afetar a qualidade de vida individual ou coletiva, além de danos sofridos pela população em seu contexto de saúde¹⁵.

Os serviços de saúde da atenção básica se caracterizam pela união de ações voltadas para o individual e o coletivo, abrangendo a promoção, proteção e prevenção de agravos associados ao processo saúde-doença, com o intuito de estabelecer uma atenção integral¹⁶.

Nessa perspectiva, a ficha clínica foi elaborada objetivando estabelecer uma atenção integral à saúde da mulher, prestar uma assistência humanizada, holística, que considere o contexto biopsicossocial, atendendo aos princípios do SUS. Logo, possibilitar a ação de diminuir ou amenizar os problemas de saúde associados ao gênero feminino, torna-se cada vez mais necessário o preparo dos profissionais da saúde para enfrentar situações diversas que causem danos/agravos à saúde da mulher.

Em busca de estudos desenvolvidos em relação a instrumentos voltados à atenção à saúde da mulher, foi possível encontrar um relato sobre a construção de instrumento de consulta à saúde da mulher¹⁷, o qual abordava a avaliação das mamas, abdominal e órgãos genitais; outro voltado para a consulta de enfermagem em sexualidade¹⁸; um para consulta de enfermagem à puérpera no âmbito da atenção básica¹⁹ e, por fim, um sobre a construção de um instrumento de coleta de dados de pacientes internadas para cirurgias ginecológicas¹⁴.

Logo, não foi encontrado um instrumento que permitisse a assistência plena da saúde da mulher, de forma integral, sem fragmentação, o que faz com que o presente estudo seja visto como relevante e pertinente para a assistência de forma sistemática à saúde integral da mulher.

Considerações Finais

A ficha clínica de atenção à saúde da mulher mostrou-se adequada para a coleta de informações sobre o processo saúde-doença, uma vez que foi aprovada pelos avaliadores com nível de consenso superior a 50%. Reconhece-se que a ficha foi bem elaborada e sua aplicabilidade foi considerada pertinente para a assistência integral prestada às pacientes atendidas na atenção primária à saúde.

Cabe destacar que este estudo apresentou uma limitação em relação à validação do construto e que, por isso, sugere-se a realização de novas pesquisas objetivando a validação do mesmo.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: População do Brasil. 2010. [Acesso em 2015 Jan 28]. Disponível em: <http://ibge.gov.br/>
2. Smeltzer, Suzanne C. et al. Bunner & Suddarth, Tratado de enfermagem médico – cirúrgico. 12º ed. Rio de Janeiro(RJ): Guanabara Koogan; 2014.
3. Ministério da Saúde (BR). DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. [online] Brasília. . [Acesso em 2015 Nov 17]; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10m.def>
4. Ministério da Saúde (BR). DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) [Online] Brasília [Acesso em 2015 Nov 17]; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?%20sih/cnv/nirn.def>
5. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [Acesso em 2015 Fev 15]. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf.
6. Faro, A. C.M. e. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. Rev.Esc.Enf.USP. 1997 [acesso em 2015 Fev 05]; 31(1); 259-73. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/415.pdf>.
7. Oviedo, H. C.; arias, A. C. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Revista Colombiana de Psiquiatria, 34(4). 2005.
8. Barros ALBL & cols. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 2. ed. Porto Alegre(RS): Artmed; 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 779/08 de 31 de dezembro de 2008. Define o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA) como sistema oficial para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e a confirmação diagnóstica do câncer de mama. Diário Oficial da União 2009; 2 jan. [acesso em 2015 Jan 13]. Disponível em http://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-779-2008_209559.html.
10. Diz MDPE, Medeiros RB de. Câncer de colo uterino – fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento. Rev Med (São Paulo). 2009 jan.-mar. [acesso em 2015 out 10] 88(1):7-15. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/42183/45856>.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. [acesso em 2015 out 10] http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_dst_tratamento.pdf
12. Herdman, T. Heather (Org). Diagnósticos de enfermagem da NANDA International: definições e classificação, 2012-2014. Porto Alegre (RS): Artmed; 2013

13. Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: Proposta de instrumento de coleta de dados. *Texto Contexto Enferm*. 2006 [acesso em 2015 Out 10]; 15(4):617-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a10>
14. Soares LH, Pinelli FGS, Abrão ACFV. Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia. *Acta Paul Enferm*. 2005 [Acesso em 2015 Out 10]; 18(2):156-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a07v18n2.pdf>
15. Reis CB, Andrade SMO. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Ciência & Saúde coletiva*. 2008 [acesso em 2015 Mar 02]; 13(1): 61-70. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/10.pdf>
16. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Acesso em 2015 Fev 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
17. Oliveira FLB de, Araújo DV de, Meneses RMV. Relato sobre a construção de instrumento de consulta à mulher. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, 8(6):1807-13, jun., 2014. [Acesso em 2014 Dez 20]. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4851/pdf_5381
18. Garcia ORZ, Lisboa LCS. Consulta de Enfermagem em sexualidade: Um instrumento para Assistência à saúde da mulher, em nível de atenção primária. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 jul-set; 21(3):708-16. [acesso em 2015 jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300028
19. Mazzo MHSN, Brito RS de. Validação de instrumento para consulta de enfermagem à puerpera no âmbito da atenção básica. *Rev enferm UFPE on line*. Recife, jul., 2013 [acesso em 2015 Jan 20]. 7(7):4809-13, Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>.

Rita de Cássia Rodrigues

Endereço para correspondência – Rua: João Bionor Bezerra, nº 310,
Bairro: Centro, CEP: 59200-000, Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil.

E-mail: cassiarodrigues_@live.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6487475771523411>

Stella Crisanto Pontes – stellafacisa@gmail.com

Mayhara Myrna Bezerril Freire de Lima Galvão – mayharamyrna@hotmail.com

Fábia Barbosa de Andrade – fabia Barbosa@yahoo.com.br

Dáisy Viera de Araújo – mestredaisy@yahoo.com.br

Enviado em 30 de março de 2016.

Aceito em 10 de junho de 2016.

APÊNDICE A - FICHA CLÍNICA DE SAÚDE DA MULHER

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRI – FACISA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ficha Clínica de Saúde da Mulher

I. Identificação da paciente

Data da Consulta: ____/____/____

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: FEMININO

Raça: _____ Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Estado civil: _____ Número de filhos: _____ Telefone: _____

Ocupação: _____ Nível de escolaridade: _____

II. Informações sobre saúde – doença

Queixa principal: _____

Corrimento vaginal: Sim Não Aspecto: _____ Odor: Sim Não

Eliminações vesicais: Normal Diminuída Dor Ardor Prurido

Eliminação intestinal: Presente Ausente há _____ dias

Sono e Repouso: Satisfatório Insatisfatório Uso de medicação: _____

Gesta: _____ Para: _____ Cesário vaginal AB: _____

Idade da Menarca: _____ DUM: ____/____/____

Características do ciclo: Regular Irregular Presença de coágulos: Sim Não

Duração do sangramento: _____ Presença de dismenorréia: Sim Não

Dispareunia: Sim Não Vida sexual ativa: Sim Não

Parceiro fixo: Sim Não Faz uso de preservativo: Sim Não

Faz uso de anticoncepcional oral ou injetável: Sim Não Qual: _____

Tempo: _____ Já fez preventivo: Sim Não

Último preventivo: ____/____/____ Tabagismo: Sim Não Ex-fumante: Sim Não

Período: _____ Etilismo: Sim Não Ex-Etilismo: Sim Não

Período: _____ Drogas ilícitas: Sim Não Tipo: _____ Período: _____

Antecedentes cirúrgicos: _____

Antecedentes familiares: _____

Antecedentes pessoais: _____

III. Exame Físico**MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:**

Peso: _____ **Altura:** _____ **PA:** _____ **IMC:** _____

AVALIAÇÃO NEUROLOGICA:

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso

Coordenação dos movimentos: Sim Não _____

CABEÇA E PESCOÇO:

Couro cabeludo: Cicatriz Sujidades **Acuidade Visual:** Normal Alterada

Acuidade auditiva: Normal Alterada **Amígdalas:** Normal Alterada

Tireóide: Normal Alterada **Linfonodos:** Normal Alterado

Localização: _____ **Consistência:** _____

Mobilidade: _____ **Alteração da pele:** _____

SISTEMA CARDIOCIRCULATÓRIO

Pulso: Rítmico Arritmico Cheio Filiforme

Perfusão periférica: Boa Ruim

Ausculta cardíaca: Bulhas: _____ Sopros **Foco:** _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Eupneia Dispneia Espontânea

Murmúrio vesicular: Normal Diminuído: _____

Ruídos adventícios: Ausentes Roncos: _____ Estertores: _____

Sibilos: _____

EXAME DAS MAMAS

Simétricas Assimétricas Reconstituídas

Alterada. **Características:** _____

Mamilos: Protusos Invertidos Planos

Secreção mamilar: Ausente Sanguinolenta Serosa

Láctea **Nódulos:** Sim Não Cicatrizes

Processo inflamatório

**SISTEMA DIGESTÓRIO**

Abdome: Plano Distendido Globoso Flácido Doloroso à palpação

RHA: Presente Ausente Diminuído Aumentado

Presença de massa palpável. **Local:** _____

OBS: _____

AVALIAÇÃO GENITAL

Grandes lábios: Íntegros Alterados _____

Pequenos lábios: Íntegros Alterados _____

Clitóris: Íntegro Alterado _____

Meato Uretral: Íntegro Alterado _____

Glândulas de Skene: Íntegro Alterado _____

Glândulas de Bartholin: Íntegro Alterado _____

Intróito vaginal: Íntegro Alterado _____

Períneo: Íntegro Alterado _____

Ânus: Íntegro Alterado _____

Colo do útero: Pequeno Médio Grande _____

Mucosa: Normal Alterada _____

OBS: _____

POSSÍVEIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: O ENFERMEIRO DEVE COMPLEMENTAR OS DIAGNÓSTICOS

- Estilo de vida sedentário _____
- Manutenção ineficaz da saúde _____
- Risco de constipação _____
- Troca de gases prejudicada _____
- Padrão de sono prejudicado _____
- Mobilidade física prejudicada _____
- Padrão respiratório ineficaz _____
- Débito cardíaco diminuído _____
- Disposição para melhora do autocuidado _____
- Padrão de sexualidade ineficaz _____
- Risco de infecção _____
- _____
- _____
- _____

INTERVENÇÕES

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E O SUPORTE BÁSICO DE VIDA NO AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR: O Saber Acadêmico

CARDIORESPIRATORY STOP AND BASIC LIFE SUPPORT IN PRE-HOSPITAL ENVIRONMENT: The Academic to Know

**Karla Rona da Silva¹, Sibeles Aparecida Santos Tomás Araújo², Wander Soares de Almeida²,
Ingrid Victória Dias Swamy Pereira², Edna Andréa Pereira de Carvalho³, Mery Natali Silva Abreu⁴**

RESUMO

Objetivo: Identificar o conhecimento de acadêmicos sobre Parada Cardiorrespiratória e Suporte Básico de Vida precoce. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo e exploratório, realizado no segundo semestre de 2014, com 81 alunos do Núcleo de Biociências de um Centro Universitário em Belo Horizonte. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado validado, contendo 09 perguntas de múltipla escolha. Todas as análises estatísticas foram realizadas pelo programa SPSS 19.0. **Resultados:** 100% dos investigados sabem verificar a presença de movimentos respiratórios, porém a realização da manobra para facilitar a respiração foi assertiva em 79% destes, 87% compreendem a finalidade da massagem cardíaca, 29,6% sabem o número de compressões por minuto a serem realizadas em vítima adulta. **Conclusão:** A população estudada tende a possuir conhecimento insuficiente sobre Suporte Básico de Vida precoce, o que pode comprometer o atendimento prestado.

Descritores: Ressuscitação Cardiopulmonar; Parada Cardíaca; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: Identify the knowledge of the students of the Biosciences Center on the recognition of cardiopulmonary arrest and institution of the earlier Basic Life Support. **Methodology:** A descriptive, exploratory transversal study, conducted in the second semester of 2014, with 81 students of the Biosciences Center of the University Center at Belo Horizonte. For data collection was used a structured questionnaire validated, containing 09 multiple choice questions. All statistical analysis were performed using the SPSS 19.0 software, using the Fisher's Analysis of Variance exact test (ANOVA). **Results:** 100% of the investigated were able to verify the presence of respiratory movements, but the maneuver to facilitate breathing was assertive in 79%, 87% understand the purpose of cardiac massage, 29.6% know the number of compressions per minute to be held in an adult victim. **Conclusion:** That studied population tends to have insufficient knowledge about earlier Basic Life Support, which may compromise the care provided.

Descriptors: Cardiopulmonary Resuscitation; Cardiac Arrest; Health Education.

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

² Graduada(o) em Enfermagem pelo Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix (IMI), Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Graduada em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁴ Doutora em Saúde Pública/Epidemiologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) representa um grande desafio para os que a presenciam. Entende-se por PCR a cessação de atividades do coração, da circulação e da respiração, reconhecida pela ausência de pulso ou sinais de circulação, estando o paciente inconsciente¹.

É o evento final de uma série de quadros clínicos que podem resultar em lesões cerebrais irreversíveis, caso não sejam tomadas as medidas necessárias como as manobras de reanimação².

Mesmo com os avanços dos últimos anos relacionados à prevenção e tratamento, no Brasil, muitas mortes estão ocorrendo relacionadas à PCR súbita. Para que o Suporte Básico de Vida (SBV) seja concretizado com eficiência é necessário o reconhecimento rápido e a realização das manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), utilizando de compressões torácicas de boa qualidade².

A PCR pode decorrer de um evento elétrico cardíaco, podendo ser caracterizado como uma taquicardia ventricular sem pulso, bradicardia, fibrilação ventricular, atividade elétrica sem pulso ou assistolia^{3,4}. A PCR contempla além da cessação súbita da atividade ventricular eficiente, a parada da respiração⁵.

Com o objetivo de reverter este colapso foi desenvolvido o método de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) que refere-se à tentativas de recuperar a circulação espontânea, sendo sua aplicação universal (o que independe da causa base da PCR), com atualizações protocolares sistemáticas⁶⁻⁸.

Apesar das atualizações serem algo mais recente, a RCP consiste em métodos contemporâneos. O relato mais antigo sobre sua utilização está descrito no Velho Testamento, que descreve Eliseu, seguidor do profeta Elias, ressuscitando uma criança que estava aparentemente morta ao fazer ventilações em sua boca. A modernização da RCP iniciou-se em 1960 com os estudos de *Kouwenhoven*, *Jude* e *Knickerbocker*, que estipularam uma combinação de compressão fechada do tórax, respiração boca a boca e a desfibrilação externa. A partir desse momento, a RCP e as técnicas de Suporte Básico de Vida (SBV) salvaram muitas pessoas^{8,6}.

A RCP baseia-se na realização de manobras específicas básicas, como descritas no SBV precoce, que consistem no reconhecimento e na tentativa de correção imediata da falência dos sistemas respiratório e/ou cardiovascular, até a chegada de uma equipe especializada².

A PCR foi descrita anteriormente como uma morte evidente, pois apenas cerca de 2% das vítimas sobreviviam. Felizmente houve uma modificação desse quadro nos dias atuais, pois 70% da sobrevivida pode ser alcançada quando o socorro é rápido e eficaz. Para isto é relevante a capacitação do socorrista, seja ele um leigo ou profissional da saúde. A PCR é um fenômeno de extrema urgência e requer dos socorristas, adoção rápida de manobras estabelecidas em protocolos e diretrizes específicas para sua execução⁹.

A doença cardiovascular pode ser vista como um relevante problema de saúde pública. O que ocorre de trágico é que o primeiro sinal é a morte súbita desencadeada por PCR. Nos Estados Unidos da América, acontecem 300 mil identificações de casos de morte súbita em ambiente pré-hospitalar por ano^{10,11}.

No Brasil, mais de 630 mil pessoas são vítimas por ano de morte súbita, provocada por arritmias cardíacas e infarto agudo do miocárdio. Cerca de 50% dos óbitos ocorrem antes da vítima chegar ao hospital ou receber atendimento. Segundo alguns autores, o conhecimento da massagem cardíaca com frequência de 100 a 120 compressões por minuto (em vítima adulta) pode ajudar a salvar vida. Cabe mencionar que 50% dos casos de PCR ocorrem diante dos leigos, assim faz-se importante orientar e treinar essa população a forma correta de realizar o reconhecimento e as manobras de RCP precoce^{8,12}.

No entanto, sabemos ser um grande desafio esta capacitação, uma vez que é necessário que esse treinamento seja eficiente e efetivo, contribuindo para a melhoria das ações e possibilitando que haja menos obstáculos para um atendimento de qualidade à vítima¹³. Quando ocorre a identificação precoce da PCR e a instituição precisa e rápida do SBV, as chances de sobrevivida da vítima tendem a aumentar. Após 4 minutos de PCR sem qualquer intervenção, os danos aos tecidos cerebrais surgem, e em média 10 minutos de anóxia pode ocorrer à morte cerebral^{14,9}.

Desta forma, este estudo teve como objetivo identificar o conhecimento de acadêmicos sobre Parada Cardiorrespiratória e Suporte Básico de Vida precoce.

Metodologia

Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva e transversal, que foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário investigado aprovado sob o parecer CEP nº. 769.596.

Os participantes do estudo totalizaram 81 alunos do Núcleo de Biociências (NBC) de uma instituição de ensino privada, observando-se como critério de inclusão todos os alunos regularmente matriculados na disciplina de primeiros socorros. Esta disciplina é obrigatória para todos os cursos envolvidos no estudo, ministrada de forma presencial tendo como método de ensino o compartilhamento de atividades em formato teórico e prático, com carga horária total de 80 horas/aula. Três dos autores deste estudo são graduandos em Enfermagem e concluíram com êxito esta disciplina. Os participantes do estudo foram os estudantes dos cursos de graduação em: Educação Física, Enfermagem, Fonoaudiologia e Fisioterapia.

Para coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado, contendo 09 perguntas de múltipla escolha. Cada pergunta possuía em média de 4 a 5 alternativas, das quais, somente uma era a correta. A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2014, após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP da instituição de ensino. Cada acadêmico teve em média 15 minutos para responder as questões e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa SPSS versão 19.0. Foi avaliada a existência de associação entre o percentual de acertos e/ou erros com os cursos e o sexo do aluno. O teste exato de Fisher foi utilizado para análise das variáveis categóricas (curso *versus* sexo) devido à reduzida frequência no momento de cruzamento das variáveis. Foi realizado, também, o Teste *T* de Student, para análise do percentual de acertos em geral, comparando por curso e por sexo. Para a comparação entre os quatro cursos foi realizada a Análise da Variância (ANOVA). Considerou-se um nível de significância de 5%, isto é, os valores com $p < 0.05$ foram considerados significativos.

Resultados

A amostra foi constituída por 81 participantes, com média de idade de 25 anos, a maioria do sexo feminino (58%). Em relação à distribuição por cursos dos investigados, 21% eram do curso de Enfermagem, 33% eram do curso de Educação Física, 17,2% eram do curso de Fisioterapia e 28,3% eram do curso de Fonoaudiologia.

No que diz respeito à verificação da presença de movimentos respiratórios, nossos resultados demonstraram que 100% dos participantes acertaram a resposta. Quanto à realização de manobra para facilitar a respiração, 79% responderam corretamente que seria através do levantamento do queixo da vítima.

Na questão sobre a realização da técnica de respiração boca a boca 70,4% responderam corretamente que ela não deve ser realizada. No quesito realizar a respiração boca a boca em pessoa desconhecida, sem equipamento de proteção individual, 85,2% responderam corretamente que não realizariam a respiração boca a boca nesta situação⁸.

Ao indagar sobre a realização da massagem cardíaca mesmo sem a realização da respiração boca a boca 95,1% dos investigados responderam como correto realizá-la. Quando questionados sobre o significado e a finalidade da massagem cardíaca, 87% responderam corretamente.

A respeito do posicionamento em que deve estar a vítima para que se possa realizar a massagem cardíaca, as respostas corretas foram de 88,9%. Sobre a região do corpo adequada para se realizar a massagem cardíaca, 80,2% responderam corretamente.

Considerando o número de compressões por minuto a ser realizado em vítima adulta, 29,6% responderam corretamente à questão, ou seja, 70,4% desconhecem que devem ser realizadas de 100 a 120 compressões por minuto em vítima adulta⁸.

Quando avaliado a existência de associação entre o percentual de acertos e o curso ou o sexo do aluno (Tabela 1), não foram observadas diferenças significativas entre os grupos (valores- $p > 0,05$).

Tabela 1 - Comparação do percentual de acertos por sexo e curso, entre os alunos do Núcleo de Biociências (NBC) do Centro Universitário investigado (n=81)

Percentual de acertos				
	n	Média	Desvio-padrão	Valor-p
Sexo				
Feminino	58	79,31	16,48	0,521*
Masculino	23	76,63	17,80	
Curso				
Educação Física	27	74,5	20,1	0,411**
Fisioterapia	14	77,7	18,5	
Fonoaudiologia	23	82,1	14,5	
Enfermagem	17	80,9	11,8	

*Teste t-Student **ANOVA
Fonte: dados da pesquisa, 2014.

Discussão

A vítima em PCR precisa de atendimento rápido e eficaz, aumentando suas chances de sobrevivência. Assim o reconhecimento precoce da PCR, seguida da instituição precoce do SBV são estratégias essenciais à sobrevivência⁸.

Com isso, entende-se que o preparo dos futuros profissionais de saúde deve ser alicerçado por metodologias e práticas que subsidiem as ações e atendam com eficácia a população em geral. Cabe ratificar a importância destes futuros profissionais na implementação efetiva das manobras de SBV em situações limítrofes à vida, como a PCR súbita, de modo a propiciar aumento na sobrevivência.

Essa capacitação deve ser realizada por pessoal/docente capacitado de forma que permita a partilha do conhecimento¹⁵.

Para que ocorra uma intervenção precoce é preciso educar a população, aprofundar os conhecimentos necessários aos acadêmicos da saúde, obtendo assim uma eficácia no atendimento a PCR¹⁶.

O SBV, para socorristas leigos, compreende as etapas: reconhecer a PCR, pedir ajuda, iniciar as compressões torácicas e aplicar a desfibrilação, ou seja, ter Acesso Público à Desfibrilação (APD) até que o Serviço Médico de Emergência (SME) assuma a responsabilidade⁸.

No que se refere à respiração, o socorrista deve avaliar se a vítima está respirando para disponibilização das manobras imediatas da RCP. Nesse estudo fica evidente que os acadêmicos investigados sabem identificar a presença dos movimentos respiratórios, pois houve aproveitamento de 100%^{8,15}.

Alguns fatores podem contribuir para o comprometimento da respiração, sendo a causa mais comum a queda de língua em vítimas inconscientes. A manobra ideal para a liberação de vias aéreas em vítimas sem evidência de trauma de coluna vertebral é posicionando a pessoa deitada de lado⁸. Contudo, os resultados desse estudo revelaram que 88% dos socorristas elevariam o queixo e inclinariam a cabeça para o lado.

A realização da respiração boca a boca em pessoas desconhecidas sem uso de equipamento de proteção individual foi considerada assertiva para 85% dos investigados. Nesta perspectiva percebe-se que alguns estudantes não estão preocupados com as chances de contaminação, além de manterem práticas atualmente abolidas dos protocolos vigentes. A evidência de contaminação através do contato boca a boca é mínima, porém é recomendado mecanismo de barreiras para aplicar as ventilações¹⁷. Estudos demonstram que as chances de contaminação são de 50% caso o paciente tenha uma secreção ou sangue na cavidade oral¹⁷.

No que se refere às compressões torácicas, 4,9% afirmaram erroneamente que não fariam a compressão torácica sem antes realizar a respiração boca a boca. Esses alunos precisam ser orientados a fazer as manobras de compressão torácica mesmo sem

realizar a respiração boca a boca, pois ela poderá garantir a sobrevivência da vítima até a chegada do Suporte Avançado de Vida, porque o *gasping* espontâneo mantém as pressões parciais dos gases oxigênio e carbônico próximos aos níveis normais^{8,15}.

A RCP tem por finalidade fazer com que o coração e o pulmão voltem a funcionar de acordo com seu padrão de normalidade, e por ser entendida como um conjunto de manobras destinadas a garantir a oxigenação para todos os órgãos e tecidos, principalmente ao coração e cérebro, 13% dos participantes do estudo referiram não conhecer esses conceitos. Esse fenômeno nos permite inferir que se a manobra não for realizada corretamente, poderá haver uma necrose nos tecidos musculares do coração, a diminuição ou ausência de oxigenação no cérebro, levando assim o paciente a óbito ou até lesões irreversíveis cerebrais⁸.

Contudo, não é suficiente saber o que é e para que serve a compressão torácica/cardíaca se não apresenta conhecimento sobre o posicionamento ideal para realização desse procedimento. A região do corpo para realização da manobra cardíaca é a do osso esterno e deve ser realizada com a vítima em posição dorsal. Os resultados demonstraram que 19,8% e 11,1% dos acadêmicos investigados, respectivamente, desconhecem estas informações, fator extremamente essencial ao êxito de uma das etapas do SBV. Nesse estudo apenas 29,6% dos participantes afirmaram saber o número de compressões por minuto de forma correta. Segundo as novas diretrizes o número de compressões por minuto, em vítima adulta, deve ser de 100 a 120/min⁸.

Nossos resultados são tendenciosos em demonstrar que os acadêmicos investigados não possuem conhecimento suficiente para o atendimento a vítimas de PCR e instituição precoce do SBV. Contudo, as capacitações são pertinentes e merecem ser instituídas sistematicamente como forma de otimizar o conhecimento, contribuindo para a formação acadêmica e para a promoção de qualidade de vida dos socorridos.

Considerações Finais

O objetivo de identificar o conhecimento de acadêmicos sobre Parada Cardiorrespiratória e Suporte Básico de Vida precoce foi alcançado conforme os resultados apresentados neste estudo.

Percebeu-se que a população estudada tende a possuir conhecimento insuficiente sobre Suporte Básico de Vida precoce e isso pode comprometer o socorro prestado, acarretando prejuízos à reanimação e, conseqüentemente, contribuir para o surgimento e/ou agravamento das sequelas, ou favorecer o óbito.

Em muitas respostas pode ser observada a presença de conhecimentos adversos à fundamentação teórica. Assim conjectura-se que alguns desses alunos podem se encorajar a realizar o atendimento motivado pelo cumprimento da disciplina associado à solidariedade sem, muitas vezes, possuírem treinamento adequado.

Este estudo soma-se à literatura, demonstrando os aspectos teóricos sobre o reconhecimento precoce da PCR e instituição do SBV, de maneira a oferecer subsídios para o estabelecimento de práticas acadêmicas e profissionais que considerem a aprendizagem significativa. Além de contribuir para a sociedade em geral com informações sistematizadas e atualizadas sobre a temática.

Sabe-se que uma das limitações do estudo foi realizar apenas a abordagem do conhecimento teórico e não ter avaliado as habilidades práticas. Entende-se também ser fundamental a capacitação acadêmica e avaliação dessa, de forma teórica e prática, o que poderá ser objeto de outro estudo.

Referências

1. Tallo FS, Moraes R Jr, Guimarães HP, Lopes RD, Lopes AC. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. Rev Soc Bras Clín Méd. [Internet] 2012 mai-jun [acesso em 2014 set 28]; 10(3):194-200. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2891.pdf>
2. Gonzalez MM, Timerman S, Oliveira RGP, Facholi T, Dallan LAP, Sebastião A, et al. I diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: resumo executivo. Arq Bras Cardiol. [Internet] 2013 fev [acesso em 2014 set 12]; 100(2):105-113. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000200001
3. Vieira PB, Pimentel SB, Lima DA, Brasileiro ME, França RV. O papel do enfermeiro diante de uma parada cardiorrespiratória em ambiente de trabalho. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [Internet] 2011 [acesso em 2014 ago 27]; 2(2):1-9. Disponível em: <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/6mostra/artigos/SAUDE/POLLYANA%20BARRA%20VIEIRA%20E%20SOLANGE%20BORGES%20PIMENTEL.pdf>

4. Menezes RR, Rocha AKL. Dificuldades enfrentadas pela equipe no atendimento à parada cardiorrespiratória. *InterScientia* [Internet] 2013 set-dez [acesso em 2014 ago 10];1(3):2-15. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/209/221>
5. Silva AB, Machado RC. Elaboração de guia teórico de atendimento em parada cardiorrespiratória para enfermeiros. *Rev RENE*. [Internet] 2013 [acesso em 2014 ago 01];14(4):1014-21. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1517/pdf>
6. Rubulotta F, Rubulotta G. Ressuscitação cardiopulmonar e ética. *Rev bras ter intensiva*. [Internet] 2013 out-dez [acesso em 2014 ago 01];25(4):265-269. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2013000400265
7. Datasus. Departamento de Informática do SUS/MS. Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório- Brasil [online]. 2015 [acesso em 10 dez 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/c08.def>
8. American Heart Association. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2015. Atualização das Diretrizes RCP e ACE. [internet] 2015 [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>
9. Menezes RR, Rocha AKL. Dificuldades enfrentadas pela equipe no atendimento à parada cardiorrespiratória. *InterScientia* [Internet] 2013 set-dez [acesso em 2014 ago 10];1(3):2-15. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/209/221>
10. Matos RI, Watson RS, Nadkarni VM, Huang HH, Berg RA, Meaney PA, et al. Duration of cardiopulmonary resuscitation and illness category impact survival and neurologic outcomes for in-hospital pediatric cardiac arrests. *Circulation*. [Internet] 2013 jan [acesso em 2014 set 19];127(4):442-451. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/127/4/442.long>
11. Gordon AE, Sanders AB. Abordagem alternativa para melhorar a sobrevivência com parada out-of-hospital primária cardíaca. *J Am Coll Cardiol*. [Internet] 2013 jan [acesso em 2014 set 23];61(2):113-118. Disponível em: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1462072&resultClick=3#tab1>
12. Datasus. Departamento de Informática do SUS/MS. Morbidade Hospitalar do SUS por causas externas - por local de residência – Brasil [online]. [acesso em 10 dez 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fruf.def>
13. Souza CAB, Romanelli BB, Silva KR. Ressuscitação Cardiocerebral Básica Precoce: Considerações sobre o treinamento dos leigos no Brasil. *Periódico Científico do Núcleo de Biociências* [Internet] 2014 dez [acesso em 2014 set 10];4(8):36-44. Disponível em: <http://www3.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/bio/article/view/787/644>
14. Lyra PF, Cordeiro DEF, Gois ACR, Muniz FN, Leônidas GM, Sobrinho CRMR. Programa de educação em reanimação cardiorrespiratória: ensinando a salvar vidas. *Rev bras educ med*. [Internet] 2012 out-dez [acesso em 2014 ago 14];36(4):570-573. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000600018
15. Pergola AM, Araujo IEM. O leigo em Situação de Emergência. *Rev esc enferm USP*. [Internet] 2008 dez [acesso em 2014 mai05];42(4):769-776. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400021
16. Ribeiro LG, Germano R, Menezes PL, Schmidt A, Pazin-Filho A. Estudantes de medicina ensinam ressuscitação cardiopulmonar a alunos do fundamental. *Arq Bras Cardiol*. [Internet] 2013 ago [acesso em 2014 set 10]; 101(4): 328-335. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013003000007
17. Hossne WS. Bioética - e agora, o que fazer? *Bioethikos* [Internet] 2013 [acesso em 2014 set 09];7(4): 448-454. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/155557/a11.pdf>

Karla Rona da Silva

Endereço para correspondência – Av. Alfredo Balena, n° 190,
Bairro: Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: karlarona@bol.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2694344145688264>

Sibele Aparecida Santos Tomás Araújo – sibele.araujo1983@gmail.com

Wander Soares de Almeida – wandersa2001@gmail.com

Ingrid Victória Dias Swamy Pereira – ingridswamy00@hotmail.com

Edna Andréa Pereira de Carvalho – andreae@ig.com.br

Mery Natali Silva Abreu – merynatali@hotmail.com

Enviado em 10 de maio de 2016.

Aceito em 08 de novembro de 2016.

DIFICULDADES APONTADAS PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA REALIZAÇÃO DO SEU TRABALHO

DIFFICULTIES POINTED OUT BY COMMUNITY HEALTH WORKERS IN HOME VISIT

**Vagner Ferreira do Nascimento¹, Ana Cláudia Pereira Terças², Thalise Yuri Hattori³,
Bianca Carvalho da Graça⁴, Juliana Fernandes Cabral⁵, Josué Souza Gleriano⁶,
Angélica Pereira Borges⁷, Graziela Regina Machado de Souza Ribeiro⁸**

RESUMO

Este estudo objetivou conhecer as dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. Foi realizado em novembro de 2015 no município de Tangará da Serra – Mato Grosso, com agentes comunitários de saúde atuantes em 22 estratégias de saúde da família. Utilizou-se questionário semiestruturado e para análise dos dados, aplicou-se parte da análise lexical com análise de conteúdo. Foram relatadas dificuldades subsistentes, como o acesso às residências dos moradores, recusa da visita pelo morador, ausência de reconhecimento profissional, fragilidade no trabalho em equipe e falta de materiais. Como estratégias para a minimização/solução desses entraves estão a articulação entre a equipe multiprofissional, sensibilização da comunidade e dos gestores, alocação de recursos e capacitação contínua, possibilitando maior controle social e práticas laborais mais satisfatórias e qualificadas.

Descritores: Agentes Comunitários de Saúde; Saúde da Família; Capacitação em Serviço.

ABSTRACT

This study aimed to identify the difficulties pointed out by community health workers in home visit. It was held in November 2015 in the city of Tangará da Serra - Mato Grosso, with community health workers active in 22 family health strategies. We used semi-structured questionnaire and data analysis, applied part of the lexical analysis with content analysis. Remaining difficulties have been reported, such as access to the homes of residents, refusal of the visit by the resident, lack of professional recognition, weakness in teamwork and lack of materials. As strategies for minimizing / solution of these obstacles are the link between the multidisciplinary team, community outreach and managers, resource allocation and continuous training, allowing greater social control and more satisfactory and qualified labor practices.

Descriptors: Community Health Workers; Family Health; Inservice Training.

¹ Doutorando em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo (CUSC), São Paulo, SP, Brasil.

² Doutora em Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, MS, Brasil.

⁴ Graduanda de Enfermagem na Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Tangará da Serra, MT, Brasil.

⁵ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.

⁶ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos (UniSantos), Santos, SP, Brasil.

⁷ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.

⁸ Enfermeira especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública (ESP), Cuiabá, MT, Brasil.

Introdução

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem importância fundamental na Atenção Primária à Saúde (APS) para a concretização da Estratégia Saúde da Família (ESF). O ACS é o agente nuclear das ações de saúde na comunidade ao realizar as atividades de vigilância, prevenção das doenças e promoção à saúde, por meio das visitas domiciliares e educação em saúde, tanto de forma individual quanto coletiva, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob supervisão do gestor local. Além disso, o ACS é considerado o elo entre a equipe de saúde da família e a comunidade assistida; relação que está baseada no vínculo e na confiança, facilitando o diagnóstico das situações de risco¹⁻⁴.

E através da visita domiciliar, entendida como o principal instrumento de trabalho dos ACS's, estes profissionais estabelece e fortalece as relações com as famílias, facilitando a identificação de problemas intrínsecos àquele contexto comunitário, que muitas vezes outros profissionais da equipe desconhecem. Por meios das visitas, verificam quais indivíduos estão expostos a maiores riscos de adoecer ou morrer e que precisam de mais atenção e cuidados^{2,5}.

Nessa perspectiva, o ACS pode colaborar para o empoderamento dos indivíduos e da comunidade, porém, é necessário refletir em que condições vem se consolidando a prática deste profissional no SUS. Alguns aspectos são limitantes ao seu trabalho, como as questões socioeconômicas das famílias, dificuldades no acolhimento e vínculo com algumas famílias, baixa remuneração, falta de capacitação, falta de resolutividade dos casos, de reconhecimento profissional por parte da população, de instrumentos e tecnologias. Além das limitações dificultarem a operacionalização de um trabalho voltado à integralidade do cuidado, refletem negativamente na saúde dos próprios ACS's, seja de forma física ou psicoemocional^{3,4,6,7}.

Outras dificuldades, principalmente nas visitas domiciliares têm sido relacionadas ao trabalho do ACS, associadas às questões logísticas e ambientais. Destacando-se, empecilhos para encontrar as pessoas em casa, o mau tempo, distância entre os domicílios, animais soltos, precarização de estradas, domicílios fechados e, em algumas localidades ainda, o convívio com o tráfico de drogas e os riscos das doenças infectocontagiosas^{3,8}.

Ainda, estão expostos a violência de todas as classificações, requerendo uma capacidade de recriar a maneira de trabalhar, muitas vezes solitária ou no máximo, em pares. A experiência de presenciar situações de violência no seu cotidiano faz muitos amadurecem nas relações estabelecidas com a comunidade, de modo a recusarem determinado tipo de visita e/ou solicitar apoio extra para esse acompanhamento familiar^{3,5}.

Esses profissionais apontam alguns fatores para desmotivação do trabalho, como, a falta do reconhecimento pelo poder público, desvalorização financeira e ausência de progressão na carreira. Muitos não possuem vínculo institucional efetivo, produzindo limitações no trabalho com a comunidade e ESF, podendo ainda, gerar insegurança profissional e fragilidade para a concretização dos princípios da APS. Portanto, há a necessidade da criação de dispositivos de fortalecimento da dimensão política e se tem indicado que a participação do ACS em instâncias decisórias pode oportunizar o fomento das discussões trazidas pelo reflexo do trabalho e maior visibilidade no contexto prático de suas ações^{5,6}.

Dessa forma, torna-se fundamental revelar as problemáticas que prejudicam o pleno desempenho das atividades diárias desse profissional, para intervir de forma efetiva nos cenários assistenciais. A partir disso, esse estudo objetivou conhecer as dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho.

Metodologia

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado junto aos ACS's, pertencentes a 22 ESF's localizadas no maior município da região do Médio Norte de Mato Grosso. A importância de estudar grupos profissionais dessa localidade é mediante os desafios enfrentados frente a diversidade étnica da comunidade atendida (indígenas, quilombolas e migrantes de vários estados brasileiros), a variedade de agravos notificáveis de importância nacional (Hanseníase, Leishmaniose e Hantavirose). Essa localidade ainda apresenta baixa cobertura de ESF, deduzindo uma população com acompanhamento familiar superficial, fragmentado ou ineficaz.

A pesquisa foi realizada no mês de novembro de 2015, no auditório do Centro de Formação e Atualização dos Profissionais da Educação Básica de Mato Grosso (CEFAPRO/MT), com o preenchimento de um questionário aplicado ao término do Curso de Aperfeiçoamento em Saúde da Família: uma abordagem ao processo de trabalho do ACS,

promovido pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão em Política, Planejamento, Organização e Práticas (individual e coletiva) em Saúde (NPEPS) da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) em parceria com a Prefeitura Municipal dessa localidade.

Os sujeitos participantes da pesquisa foram: ACS com idade superior a 18 anos; que participaram do curso de aperfeiçoamento; que atuassem no mínimo há seis meses na função de ACS nesse município. Foram excluídos os sujeitos que verbalizaram cansaço físico/mental.

Para definição da amostra, utilizou-se amostragem não probabilística, por conveniência, perfazendo um universo de 71 ACS's. E por não ter ocorrido perdas, após aplicação dos critérios definidos, o tamanho amostral correspondeu ao mesmo quantitativo. Porém, para definição do quantitativo de discursos a ser utilizado, empregou-se a saturação dos dados.

A coleta de dados ocorreu no último momento do curso de aperfeiçoamento, depois do encerramento de todas atividades teórico-práticas. Após entrega do questionário semiestruturado, composto por questões fechadas (dados sociodemográficos) e questão aberta (dificuldades no trabalho do ACS), foi disponibilizado 45 minutos para o preenchimento e posterior recolhimento.

Para análise do material empírico, organizou os dados em quadros consecutivos, identificando e agrupando similaridades que permitisse a aplicação parcial da análise lexical com a análise de conteúdo⁹. A primeira etapa da análise lexical consistiu em averiguar ou medir a dimensão das respostas, com a chamada aproximação lexical, chegando-se às palavras de conteúdo ou significado. A partir disso, fez-se a chamada navegação lexical, que consiste em ir diretamente às respostas onde foi citada a palavra em questão, além de possibilitar apresentação de estatística lexical, principalmente pela Frequência de Aparição (FA) das palavras. Para esta análise, foi preparado um *corpus* buscando-se a correção dos erros ortográficos e vícios de linguagem correspondente à língua portuguesa (Brasil)¹⁰.

O *corpus* originou seis classes lexicais, nomeadas de acordo com a análise dos significados e sentidos das palavras correspondentes. No entanto, foram explorados e discutidos os conteúdos presentes em quatro classes, onde concentraram-se os léxicos mais adequados aos objetivos deste estudo. De acordo com os sentidos léxicos, foram categorizadas e nomeadas em: "Logística das visitas domiciliares", "Práticas assistenciais do ACS", "Relações interpessoais com a equipe", "Disponibilidade de materiais". No recorte das narrativas utilizadas houve decodificação do tipo alfanumérica, onde a consoante P significa participante e o número arábico que compõe o conjunto representa a ordem de apresentação.

Foram respeitados todos os aspectos éticos em pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12, iniciando somente após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UNEMAT, a partir do CAAE: 1 49412215.2.0000.5166 e parecer favorável n. 1.280.421. Assim, a participação dos sujeitos ocorreu de forma voluntária, garantindo a preservação e sigilo de suas identidades, com total autonomia para se recusar e/ou se retirar da pesquisa em qualquer momento, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em que concordavam em participar da pesquisa.

Resultados e Discussão

O perfil dos ACS que atuam em Tangará da Serra corrobora com achados da literatura. Sendo a maioria do sexo feminino^{11,12} com idade variando entre 18 e 59 anos e predomínio de pessoas jovens na faixa etária de 20 a 29 anos, casados, com filhos, raça/cor parda e ensino médio completo¹¹⁻¹³. Destaca-se também, a participação desses profissionais, cursando ensino superior e tecnológico.

Cabe destacar ainda, que a renda familiar média é de até dois salários mínimos, sendo que a maioria reside em casa própria e não possui outra atividade profissional com renda. O tempo de trabalho predominante entre esses profissionais é de um a dois anos.

As dificuldades mencionadas no cotidiano do trabalho dos ACS's foram ilustradas por meio das seguintes palavras: pacientes (FA 25), casas (FA 17), equipe (FA 12) e falta (FA 12), remetendo às problemáticas do trabalho em equipe e dos aspectos socioambientais na execução das visitas domiciliares.

Quadro 1- Quantitativo de palavras por respostas dos ACS's (n=71) – **Dificuldades apontadas por agentes comunitários de saúde para realização do seu trabalho**, em resposta ao questionamento: Qual sua maior dificuldade no trabalho como ACS?

Elementos textuais (palavras)	Número de citação	Frequência (%)
Sem resposta	35	49,3
Menos de 35	32	45,1
De 35 a 45	3	4,2
De 46 a 60	1	1,4
TOTAL	71	100
Mínimo = 01, Máximo = 60, Soma= 530, Média= 11,9		

Fonte: Pesquisa Direta.

Logística das visitas domiciliares

A visita domiciliária é a competência que melhor representa a atuação do ACS, sendo permeada por objetivos, como o contato ativo com as famílias englobadas na microárea de sua responsabilidade, bem como seu cadastramento na ESF e acompanhamento por médicos, enfermeiros, odontólogos e demais profissionais da saúde, a fim de permitirem ao ACS desenvolver estratégias que visem a prevenção de doenças e promoção da saúde¹⁴. No entanto, algumas barreiras, sobretudo as ambientais, perfazem as visitas domiciliares, dificultando a sua prática. Dentre elas, destacam-se o acesso dificultado às residências, condições climáticas desfavoráveis, ambientes de visita não sempre agradáveis e seguros, representando riscos potenciais aos profissionais que exercem seu trabalho nas respectivas circunstâncias, como observado nas narrativas^{3,8,15}.

Distância e em períodos chuvosos muita lama. Já perdi papéis importantes por conta dessas condições [...], mas nunca melhoram nosso trabalho. (P1)

[...] Nem todas agentes possuem moto [...]. Quando desço para minha área, voltar naquele sol é pedir para morrer. (P2)

Chegar em lugares de difícil acesso, dentro de mata fechada, passar por meio de gado e enfrentar cães. (P3)

Dificuldade de acesso entre as casas e o serviço. É difícil planejar as atividades para atender todas as minhas casas, perdemos muito tempo entre as visitas [...]. (P4)

Só com moto para conseguir em alguns lugares, muito longe da unidade e perigoso. [...] poderiam informatizar os dados dos pacientes, aí conseguiria registrar quase que instantâneo pelo meu celular. (P5)

Pelo fato do ACS ser responsável por um território de até 750 pessoas, e por vezes possuir grande extensão, há necessidade de percorrer longas distâncias, nas quais a disponibilidade de carro não ocorre de modo integral, sendo complementar ou único o deslocamento por meio de bicicletas e outros meios de locomoção. Assim, a caminhada se apresenta como uma das principais e mais acessíveis alternativas para esses profissionais^{7,15}.

Na compreensão desse tipo de recurso como oportuno para a realização da visita domiciliar, o ACS se esbarra além do obstáculo à distância das residências, aos riscos de agressões com animais que se encontram no percurso ou nos quintais visitados^{3,15}. Existe também, o risco de picadas de insetos transmissores de doenças como a dengue, febre amarela e malária, comumente encontrados em locais de terrenos baldios, com água parada, lixos e quintais sujos⁴. Para os ACS's de área rural há ocorrências com acidentes por animais peçonhentos, como serpentes, aranhas e escorpiões^{3,4,15}.

Outra dificuldade enfrentada pelo ACS nas visitas domiciliares é a exposição aos fatores climáticos, ora ao sol desgastante, ora às mudanças repentinas do tempo. Os relatos desses profissionais evidenciam que suas condições de trabalho esporadicamente são insalubres, onde passam horas sob à luz solar, estando conforme estudos susceptíveis a adquirir manchas e/ou queimaduras, que seriam evitadas se recebessem materiais simples de seus gestores, como protetor solar, óculos protetores de raios UVA e UVB e capa de chuva, já que situações como essas são vivenciadas diariamente devido as áreas demasiadamente distantes da unidade de saúde¹⁵.

As dificuldades de acesso, das condições climáticas, ocorrência de transmissão de doenças infectocontagiosas, barreiras físicas, organizacional e de recursos materiais também foram relatados em outros estudos^{1,3,4,12,16}, razões que, inviabilizam o acompanhamento de todas as famílias sob sua responsabilidade. As dificuldades e desafios estão proporcionalmente relacionados à vulnerabilidade social da microárea atendida³.

Observa-se dessa forma, que a visita domiciliar consiste em uma das ações base do ACS quanto a organização assistencial na APS, que envolve a aproximação do usuário ao serviço de saúde, bem como o conhecimento das suas necessidades. Contudo, nesse contexto, existem diversos fatores que dificultam a eficácia desse trabalho e que por vezes, envolvem riscos à saúde e integridade desses profissionais. Assim, cabe um olhar diferenciado de ações por parte dos gestores e do próprio serviço em otimizar e minimizar esses riscos de maneira a melhorar as condições relatadas.

Práticas assistenciais do ACS

O trabalho do profissional de saúde, em especial do ACS, ocupa posição estratégica no desenvolvimento das políticas públicas brasileiras em decorrência do aumento de sua atuação nas práticas de saúde, nos aspectos quantitativo e qualitativo. O ACS integra uma equipe multidisciplinar, exercendo atividades que influenciam o processo saúde-doença da comunidade¹⁴.

Seu trabalho se baseia nas dimensões técnica, política e social. Enquanto componente técnico, remete ao atendimento das famílias visando a prevenção de doenças e monitoramento dos agravos já estabelecido na população adstrita. O campo político faz referência à atuação do ACS como orientador do modelo de atenção à saúde, fomentador do autocuidado, cidadania e das transformações sociais. Na parte social, remete quanto a resolução das questões sendo uma delas a de acesso ao serviço^{3,17}.

No processo de formação dos ACS's, preconiza-se além da compreensão dos saberes básicos dos determinantes da saúde, ações educativas para a troca de conhecimentos, experiências e promoção da participação coletiva no enfrentamento de desafios presente no processo saúde doença¹³. Mas, alguns profissionais se esbarram, frequentemente, em questões que perpassam os saberes técnicos, como, a pouca receptividade das famílias.

Enfrentamos muitas barreiras, principalmente para ser recebida nas casas. Não tive curso para aprender fazer visitas domiciliares, aprendi com meus colegas, e eles também têm essas dificuldades [...]. As famílias demoram para nos aceitar, ficam receosas com a nossa entrada na casa. (P6)

É frequente alguns pacientes não abrirem a porta de suas casas ou recusar a visita. Algumas vezes não sei como agir, ter que cuidar e ser impedido disso [...]. (P7)

Na prática da visita domiciliar, ao chegarem nas residências, os ACS's enfrentam a problemática de não serem recebidos pelas famílias, dificuldades de encontrar o usuário em sua residência, portões fechados, sobretudo moradores que relatam não quererem ser incomodados pelos ACS's. Segundo as famílias, essa rejeição ocorre normalmente porque no momento da visita domiciliar não necessitam de seus cuidados, o que revela o desconhecimento das atribuições desse profissional e da ESF, levando a desvalorização desse trabalho, em decorrência das compreensões equivocadas^{4,6,11,17}.

Existe também, os casos de resistência dos moradores de maior poder aquisitivo, que optam pelos planos de saúde privados ao invés do serviço oferecido pelo SUS. Além das situações associadas com violência relacionado à roubos e casos de recusa na adoção de mudanças de hábitos no que diz respeito ao cuidado com a prevenção de doenças e a promoção da saúde⁵.

Percebe-se a necessidade de mudanças, visto que as propostas da ESF que são baseadas na prevenção e promoção da pessoa em sua integralidade não estão sendo efetivas^{2,7}. Um exemplo disso é observado de como um bom acolhimento da família ao ACS contribui beneficentemente o relacionamento com a equipe da ESF^{2,3,16}. Ainda que haja, a construção de vínculos com a comunidade assistida pelo ACS para se efetivar a longitudinalidade na APS, esse profissional apresenta suas próprias deficiências.

Tenho dificuldades, algumas vezes para abordar os pacientes em suas casas. [...] me falta palavras e aquele jeito correto de falar. (P8)

Às vezes sofro em como falar em público. Preciso superar isso urgente [...]. Fiz uma vez um curso de oratória, mas é diferente dentro de uma sala de aula [...], há alguém para te corrigir e te guiar. (P9)

Os ACS's necessitam aprimorar suas habilidades comunicacionais quanto à abordagem dos moradores de sua área de abrangência de acordo com as demandas do usuário, por um processo onde se integrem a percepção, assimilação e transmissão de informações claras, objetivas e suficientes. Este processo abrange a dimensão verbal e não verbal, onde o profissional deve se precaver em relação ao tom de voz, discurso precursor, gestos complementares à fala, postura e distância que mantém do ouvinte, considerando o mesmo em sua integralidade/singularidade e o fato de estar adentrando a privacidade de sua família e residência¹⁸.

Assim, ações comunicativas quando bem trabalhadas, consegue assegurar a integração social que traz dignidade e gratidão ao trabalho de mediação. Quando realizadas nas visitas domiciliares, ela se apresenta de forma genuína e sem coerções que são repassadas cooperativamente de forma a ser compreendida e seguida¹².

Receios e dificuldades em solucionar os problemas com a comunidade costumam ser comuns^{5,10,16}, sendo necessário uma capacitação do ensino aprendizagem aplicável aos aspectos de vida da sua comunidade. A capacitação realizada com os ACS's contribuíram para as atividades de encaminhamento para atendimento clínico e educação em saúde no estudo de Costa *et al*¹, dessa forma, observa-se um melhor preparo para as inúmeras atribuições desse profissional que traz como consequência o reconhecimento da sua atuação com a comunidade. Essa aproximação fará com que o ACS consiga a enfrentar esses desafios e aprenda a lidar com as pessoas³. Habilidades como essas são fatores que proporcionam maior segurança e confiança na relação assistencial, pois facilitam o enfrentamento de situações cotidianas difíceis¹⁸.

O ACS deve ter entre as suas habilidades, saber exercer múltiplos papéis como o de educador, ouvinte, conselheiro e monitor para que se consiga atender a particularidade do indivíduo, da família ou da comunidade¹⁷. No entanto, as dimensões do cuidado exigem também, experiência e *feeling*, o que solicita do profissional habilidades específicas, porém nem sempre encontradas.

Minha dificuldade é no acompanhamento de pacientes especiais e acamados. Muitas vezes, precisam de muitos recursos em saúde, presença do enfermeiro e do médico em todas as visitas [...]. (P10)

[...]Acho que é um consenso entre nós, a dificuldade no cuidado com os idosos, devido à dificuldade que eles têm ao administrarem medicações e seguir o tratamento médico. (P11)

Tocar em assuntos que envolvam a higiene da pessoa [...], a diversidade cultural em saúde é muito difícil. (P12)

Acho que minha dificuldade é assistir pacientes da área de saúde mental. (P13)

O lidar com os diferentes públicos implica em saber desenvolver a capacidade de observação e comunicação, principalmente para as atividades relacionadas as atribuições do ACS. Atribuições que envolve identificar as áreas de risco, realizar o acompanhamento das famílias adstritas ao seu território além da realização das ações coletivas e intersetoriais¹⁷.

Freitas *et al.*¹⁰ também encontraram limitações quanto a conhecimentos da saúde mental, vigilância em saúde, procedimentos técnicos de saúde. Para isso, é necessário que o ACS capacidade técnica para que se consiga atender as demandas mais comuns como orientações quanto a administração de medicamentos, higiene até as mais complexas

que exigem maior cuidado bem como de algumas áreas específicas como é o caso da saúde mental para que assim, consiga se atingir a integralidade do cuidado nos aspectos da cultura, linguagem e costumes e do acompanhamento de diferentes públicos e situações^{3,19}.

Uma vez que nem sempre é possível realizar o acompanhamento de todas as famílias conforme observado nesse e em outros estudos^{1,3,12}. Há necessidade dos profissionais priorizarem as famílias de risco, como os idosos e acamados, indivíduos com transtornos mentais, onde o profissional deve se atentar para o estado de saúde do indivíduo, verificando adesão ao plano terapêutico, avaliação de riscos ambientais, lesões cutâneas, integridade de pés, presença de úlceras por pressão (UPP) e outros agravos importantes, e se necessário, encaminhá-lo à ESF para cuidados mais específicos^{20,21}.

Relações interpessoais e descontentamentos com a equipe

Assim como nos demais setores de saúde, a atuação na ESF requer desenvolvimento de habilidades sociais suficientes para o trabalho em equipe, fazendo-se ainda mais importante ao reconhecer que o êxito dessa assistência se completa na multi e interdisciplinaridade desse coletivo de profissionais. Mas, o processo que define as relações interpessoais no trabalho se constrói diariamente, a partir dos comportamentos assumidos pelos profissionais na compreensão de histórias, crenças, emoções, expectativas e problemas pessoais dos outros. A desarmonia das relações interpessoais dentro da dinâmica de trabalho, parece influenciar o comportamento dos profissionais, como exposto nas narrativas.

O reconhecimento e respeito de alguns profissionais da unidade de saúde da família (USF). (P14)

Realização de visita domiciliar com equipe de enfermagem e médica. (P15)

A participação da parte médica e enfermagem conosco é falha, pois alguns assuntos não são finalizados e alguns problemas não são solucionados. (P16)

A equipe toda abraçar a causa, aceitar as situações e problemas da comunidade [...]. (P17)

É muito conflito entre a equipe, pessoas orgulhosas, equipe desunida. (P18)

O trabalho da equipe multidisciplinar de saúde demanda trocas de teorias e métodos de modo que os saberes dos pares sejam integrados para a potencialização dos processos interativos e soluções de problemas emergentes, bem como sua prevenção⁶. Há duas modalidades dessa metodologia profissional: a equipe agrupamento e equipe integração, onde há uma união dos trabalhadores e ações, enfatizando as singularidades das atuações e interação profissional com práticas articuladas, evidenciada pela divisão das atribuições, respectivamente¹².

Os ACS's são os primeiros profissionais a identificarem problemas com o usuário e em decorrência disso, pode haver a necessidade do cuidado de outros profissionais, como os técnicos de enfermagem e enfermeiros. Esses profissionais são mais solicitados devido à proximidade com as famílias, precisão e o poder de resolutividade na direção da satisfação do usuário^{1,4,6,10,11}. Por vezes, essa proximidade é vista e avaliada pelo ACS com cautela como prejudicial, uma vez que a população não consegue separar o lado pessoal com o profissional, a privacidade pessoal fica comprometida^{4,5,8}.

Contudo, em relação às visitas domiciliares, os ACS's consideram esse envolvimento multiprofissional carente, enfatizando a questão da prioridade dos atendimentos internos das unidades de saúde em detrimento das visitas e atividades extra muro¹². Devido à essa ausência multiprofissional, a população por vezes, acaba exigindo cuidados que não competem ao ACS, como procedimentos médicos e de enfermagem^{1,5,16,17}.

Depoimentos de profissionais da saúde e pacientes revelam que a equipe necessita realizar uma assistência de forma mais sistematizada, porém aspectos como a valorização diferenciada entre as categorias, indefinições dos papéis e relações interpessoais desgastantes, corroboram para a fragmentação do cuidado^{16,21,22}. Outros estudos também encontraram conflitos laborais relacionados a questão relacionamento interpessoal, organização do trabalho e de hierarquia no serviço^{4,12,21,23}. Entretanto, observa-se como o bom relacionamento da equipe facilitou de forma positiva o trabalho do ACS^{3,11}.

Dessa forma, problemas de comunicação e organização da equipe, prejudicam os momentos de trocas, planejamento, discussão, avaliação e planejamento da assistência. Assim, sugerem-se como estratégias resolutivas, a modificação dos atendimentos de caráter individualizado, melhoria no processo de comunicação com o uso da linguagem

fácil e acessível, valorização dos conhecimentos ímpares, envolvimento de todos os profissionais nas reuniões e nas decisões participativas, bem como corresponsabilização e reflexão sobre suas competências^{3,12,23}.

Disponibilidade de materiais

Os problemas que envolvem os recursos materiais nos serviços públicos de saúde e sua adesão no dia a dia da prática assistencial consistem em: dificuldade de acesso, estrutura organizacional inapropriada, aquisição imprudente, carência de recursos financeiros, precipitação dos profissionais, resistência, monotonia no atendimento, inabilidade e desconhecimento da proteção oferecida. Observa-se que tais fatores se relacionam tanto a falhas advindas da instituição como dos próprios profissionais, quanto a disponibilidade e o uso de equipamentos e materiais de trabalho²⁴, como expressado pelos ACS's do estudo.

A falta de EPI's é um dos nossos maiores problemas para efetuar nosso trabalho [...]. (P19).

Há muita falta de materiais essenciais para o dia a dia. Para nos proteger de doenças, às vezes algum bicho do mato. (P20).

Sair ao sol quente, sem protetor solar em longa distância [...]. (P21).

Se você não tiver guarda sol, chapéu, óculos escuros, ninguém se preocupa com você [...]. (P22)

O uso de equipamentos de proteção individual (EPI's) pelos trabalhadores objetiva a proteção coletiva, sendo recomendado, primordialmente, quando suas profissões oferecem riscos à exposição de agentes patogênicos e materiais biológicos. Esses instrumentos são preconizados no atendimento a todos os pacientes, sem levar em consideração seu diagnóstico clínico, visando sobretudo, a segurança dos envolvidos na assistência²⁴.

Por exemplo, nas atividades desenvolvidas em comunidades rurais é importante destacar que o ACS supre, muitas vezes, a falta de outros profissionais. E isso, impõe ao seu trabalho, maiores riscos ergonômicos e ambientais^{15,25}, exigindo EPI's específicos, geralmente adquiridos com recursos do profissional.

Independentemente da localização geográfica, todos os ACS's estão expostos à insolação durante a realização das visitas domiciliares. Grande maioria reconhecem a gravidade dessa incidência diária e contínua, mas assentem a circunstância por não perceberem manifestação positiva de suas chefias e gestores⁸. Vários são os estudos^{4,8,16,17} que apontaram as condições insalubres e os riscos ocupacionais aos quais estão sujeitos diariamente.

Assim, a biossegurança é fundamental para prevenir, minimizar e eliminar riscos que possam interferir negativamente na saúde desse profissional na qualidade das suas práticas laborais. A atenção quanto às normas de biossegurança representa ao profissional, proteção de seu bem-estar, como também das instituições e/ou órgãos responsáveis²⁶.

Considerações Finais

A partir do estudo, verificou que os ACS's se deparam com inúmeras dificuldades na realização das visitas domiciliares, que tendem a prejudicar ou comprometer a efetividade do trabalho. E, devido ao fato de atuarem em condições vulneráveis, com exposição aos fatores climáticos, difícil e longínquo acesso às residências, indiferença de parte da população, desvalorização da profissão e estruturas falhas acabam desmotivando, o que reforça suas fragilidades nas relações de trabalho.

Os resultados do estudo remetem à necessidade de maiores discussões com o objetivo de minimizar ou solucionar as barreiras persistentes no cotidiano assistencial desse grupo de profissionais. Além disso, há urgência de alocação de recursos materiais, maior atenção dos gestores, programas de capacitação continuada/permanente, sensibilização da população quanto à relevância do trabalho do ACS e ampliação da frequência de reuniões multidisciplinares como meio de articulação com os outros profissionais.

Esse direcionamento pode possibilitar a aproximação dos princípios do SUS e o melhor desenvolvimento das práticas do ACS. Práticas com enfoque para a participação comunitária, reflexão do processo saúde-doença e transformação da velha assistência baseada na doença e na cura.

Ainda que, o estudo tenha revelado e reafirmado importantes particularidades do trabalho do ACS, houve limitações relacionadas a abrangência e a complementariedade de outras técnicas na coleta de dados, como por exemplo, entrevistas. Com isso, novos estudos devem ser realizados, valorizando os discursos diretos desses profissionais. Ademais, é fundamental o desenvolvimento de estudos complementares que possam entender as políticas de recrutamento, definição do currículo e perfil básico desse profissional para desempenho das práticas em saúde coletiva.

Referências

1. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2013; 18(7):2147-56.
2. Gehn M, Gehlen MH, Ilha S, Nicola GDO, Zamberlan C, Backes DS. Percepção de usuários de saúde em relação às ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde. *Disciplinarum Scientia*. 2011; 12(1):27-37.
3. Santos MG, Ceretta LB, Schwalm MT, Dagostim VS, Soratto MT. Desafios enfrentados pelos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família. *Rev inova saúde*. 2015;4(1):26-36.
4. Santana JCB, Fortes NM, Gonçalves CP, Moura IC, Porto PA. Visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde no planejamento das ações das estratégias da saúde da família: avanços e desafios. *Enferm rev*. 2015; 18(2):18-28.
5. Souza LJR, Freitas MCS. O Agente Comunitário de Saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. *Rev baiana saúde pública*. 2011; 35(1):96-109.
6. Baralhas M, Pereira MAO. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. *Rev bras enferm*. 2013; 66(3):358-65.
7. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Texto & contexto enferm*. 2012; 21(3):549-57.
8. Medeiros LNB, Guedes CDFS, Silva DR, Souza TKC, Costa AB, Neta BPAA. Condições laborais e o adoecimento dos agentes comunitários de saúde: revisão integrativa. *Rev eletrônica estágio saúde*. 2015; 4(2):180-192.
9. Nascimento, A. R. A.; Menandro, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: Uma proposta de utilização conjugada. *Estud pesqui psicol*. 2006; 6(2):72-88.
10. Freitas H, Becker J, Martens CDP, Marcolin C. Sistemas de informação – temas de pesquisa acadêmica no Brasil entre 1994 e 2013. *Revista Eletrônica de Sistemas de Informação*. 2014; 13(3):1-35.
11. Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(supl.1):873-80.
12. Justo CMP, Gomes MHA, Silveira C. Limites e imposições dos instrumentos de controle do trabalho de agentes comunitários de saúde da estratégia de saúde da família. *Saúde Soc*. 2015; 24(2):594-606.
13. Freitas LM, Coriolano-Marinus MWL, Lima LS, Ruiz-Moreno L. Training of community health agents in the city of Altamira (Pará), Brazil. *ABCS Health Sci*. 2015; 40(3):171-77.
14. Santos AC. Curso técnico de agente comunitário de saúde: a percepção dos ACS [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
15. Baptistini RA, Figueiredo TAM. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. *Ambiente & Sociedade*. 2014; 2:53-70.
16. Silva AOR, Neto FRGX, Teófilo TJS. Visita ao lar na estratégia saúde da família por agentes comunitários de saúde. *Essentia*. 2015; 16:140-155.
17. Braga GMAM, Mafrá SCT, Silva EP, Gomes AP, Melo MSS. Percepção do trabalho do agente comunitário de saúde pelos usuários atendidos nas unidades básicas de saúde da família de Viçosa, MG: tarefas realizadas e normas prescritas. *Oikos: Rev bras econ dom*. 2016; 27(1):79-95.
18. Araújo MMT, Silva MJP. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3):626-32.
19. Lanzoni GMM, Cechinel C, Meirelles BHS. Agente Comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. *Rev Rene*. 2014; 15(1):123-31.
20. Anderle P, Souza BB, Julião GG, Millão LF, Santos CJ, Monteiro JAS. Perfil dos pacientes assistidos pela residência integrada em saúde: um olhar humanizado na assistência domiciliar. *Aletheia*. 2013; (41):164-73.

21. Bellenzani R, Paro DM, Oliveira MC. Trabalho em saúde mental e estresse na equipe: questões para a Política Nacional de Humanização/SUS. Rev psicol saúde. 2016; 18(1):32-43.
22. Silva LMS, Fernandes MC, Mendes EP, Evangelista NC, Torres RAM. Trabalho interdisciplinar na estratégia de saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. Rev enferm UERJ. 2012; 20(esp.2):784-88.
23. Moreira DA, Horta NC, Brito MJM, Pereira LA, Montenegro LC. Estratégias de organização e fortalecimento do trabalho da enfermagem na equipe de saúde da família. Rev enferm Cent-Oeste Min. 2016; 1(6):2106-18.
24. Frota OP, Ferreira AM, Loureiro MDR, Cheade MFM, Reis MG. O uso de equipamento de proteção individual por profissionais de enfermagem na aspiração endotraqueal. Rev Enferm UERJ. 2012; 20(esp.1):625-30.
25. Scheil-Adlung X. Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries. International Labour Office, Social Protection Department. - Geneva: ILO, 2015.
26. Brand CI, Fontana RT. Biossegurança na perspectiva da equipe de enfermagem de Unidades de Tratamento Intensivo. Rev bras enferm. 2014; 67(1):78-84.

Vagner Ferreira do Nascimento

Endereço para correspondência – Rua: Moreira Cabral, n° 475,
Bairro: Campinas, CEP: 78600-000, Barra do Garças, MT, Brasil.

E-mail: vagnerschon@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4134268880865735>

Ana Cláudia Pereira Terças – enfanacnp@gmail.com

Thalise Yuri Hattori – thalisehattori@gmail.com

Bianca Carvalho da Graça – biaubatuba19@hotmail.com

Juliana Fernandes Cabral – ju_fcabral@hotmail.com

Josué Souza Gleriano – josue_gleriano@hotmail.com

Angélica Pereira Borges – angel.ufmt@gmail.com

Graziela Regina Machado de Souza Ribeiro – grazielamachado8@gmail.com

Enviado em 15 de julho de 2016.
Aceito em 15 de setembro de 2016.

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CRIANÇAS NA ÓTICA DOS PAIS E CUIDADORES

EVALUATION OF PRIMARY HEALTH CARE OF CHILDREN FROM THE VIEWPOINT OF PARENTS AND CAREGIVERS

Bianca Fontana Aguiar¹, Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack², Leandro Rozin³

RESUMO

Fragilidades na atenção à saúde da criança, como a falta de estrutura dos serviços e a prevalência de internações pediátricas, podem ser evitadas com serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) qualificados, eficientes e resolutivos. Objetivou-se aplicar o Instrumento de Avaliação da APS aos pais e responsáveis de crianças menores de dois anos e avaliar os atributos da APS. Estudo de campo, com abordagem quantitativa, realizado em duas unidades de saúde (US) do município de Curitiba/ PR em 2015, por meio do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária infantil, sendo realizadas 100 entrevistas. Para análise utilizou-se estatística descritiva. Em relação à afiliação, 100% dos usuários levam seu filho (a) no serviço de saúde; na utilização, 74% vão a US antes de outros serviços; na acessibilidade, 54% dos entrevistados levaram a criança à US e o serviço atendeu no dia; na Longitudinalidade, 48% sempre o mesmo médico e enfermeiro atendem a criança; na coordenação, 88% relataram que a sua criança não consultou especialistas; no sistema de informação, 54% afirmaram que o prontuário está disponível na US; nos serviços disponíveis, 90% das US têm vacinas disponíveis; quanto aos serviços prestados, 75% foram orientados em como manter sua criança saudável; na orientação familiar, 48% afirmaram que o médico se reuniria com outros membros da família da criança; já na orientação comunitária, 56% recebem visita domiciliar. A avaliação dos pais/cuidadores, quanto ao serviço da APS, contribui para subsidiar melhorias na atenção prestada à saúde da criança e qualificar a assistência dos profissionais nas unidades de saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Pediatria; Centros de Saúde.

ABSTRACT

Fragilities in health care of children, the lack of structure of services and the prevalence of pediatric hospitalizations can be avoided with Primary Health Care Services (APS) qualified, efficient and resolute. Aimed to apply the APS Assessment Tool to parents and guardians of children under two years and evaluate the attributes of APS. Field of study, with a quantitative approach, carried out in two health units (US) in the city of Curitiba / PR in 2015, through the Primary Care Children's Assessment Instrument, being carried out 100 interviews. For analysis was used descriptive statistics. Regarding membership, 100% of users take their child (a) in the health service; In use, 74% go to us before other services; accessibility, 54% of respondents took the child to the US and attended the service on the day; in longitudinality, 48% always the same doctor and nurse attending to a child; coordination, 88% reported that their child did not consult experts; in the information system, 54% said that the medical record is available in the US; the available services, 90% of US vaccines are available; as the services provided, 75% were instructed on how to keep your child healthy; in family counseling, 48% said that the doctor would meet with other child's family members; already in the community orientation, 56% receive home visits. The evaluation of the parents / carers, as the service of APS helps to subsidize improvements in attention paid to children's health and qualify the assistance of professionals in health facilities.

Descriptors: Primary Health Care; Pediatrics; Health Centers.

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa, PR, Brasil.

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

³ Graduado em Enfermagem pela Faculdade de Pato Branco (FADEP), Pato Branco, PR, Brasil.

Introdução

A atenção primária à saúde (APS), abrange ações de promoção e proteção da saúde, as quais são desenvolvidas por equipes multidisciplinares, aptas a resolver os problemas de saúde de maior incidência em cada região. O Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza da APS para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde¹. É por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que a APS se organiza para melhor desenvolvimento do seu trabalho².

As mudanças epidemiológicas e demográficas existentes no sistema de saúde, em geral, demonstram a necessidade de implantação de estratégias inovadoras para a assistência e administração de recursos humanos e financeiros, promovendo o aperfeiçoamento do sistema de saúde³. A ESF auxilia os usuários no acesso aos serviços e no estreitamento com a equipe, que tem corroborado para a melhoria nos indicadores de saúde. Baseado na importância que a ESF tem demonstrado na APS é fundamental fazer a sua avaliação, a fim de apontar as suas potencialidades e fragilidades que podem servir como subsídio para gestão em saúde^{4,5}.

Nos últimos anos, a prática de avaliação dos serviços de saúde vem ganhando destaque, e alguns pesquisadores desenvolveram um instrumento que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Tal instrumento possui versão infantil, que permite, por meio de entrevistas com cuidadores de crianças de até dois anos de idade, identificar aspectos do funcionamento, da estrutura e do processo dos serviços⁶.

Ações de promoção e prevenção à saúde são prioritárias na APS, porém observa-se fragilidades como a falta de estrutura dos serviços e também a prevalência de internações pediátricas que poderiam ter sido evitadas por meio de atenção qualificada e resolutive. Justifica-se assim a necessidade de processos avaliativos, a fim de para mensurar a qualidade da APS no país⁷.

Na saúde da criança, espera-se a partir dos serviços de saúde, políticas e ações voltadas à população infantil, a fim de diminuir os indicadores de morbimortalidade infantil e garantir o crescimento e desenvolvimento saudável, visto que os atendimentos integrais nos primeiros anos de vida são fundamentais à manutenção de sua vida⁸. Sendo assim, a avaliação da APS possibilita conhecer a opinião dos cuidadores sobre o atendimento prestado às crianças e a identificação dos fatores positivos e negativos da atenção primária na busca de seu aperfeiçoamento.

Por entender a importância da assistência pautada nos princípios e diretrizes do SUS, o presente estudo teve como objetivo aplicar o Instrumento de Avaliação da APS aos pais e responsáveis de crianças menores de dois anos e avaliar os atributos da APS, que são eles: grau de afiliação com serviço, acesso de primeiro contato, acessibilidade, longitudinalidade, integração de cuidados, sistema de informações, integralidade dos serviços disponíveis e serviços prestados, orientação familiar e comunitária.

Metodologia

Estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido em duas unidades de saúde, ESF, em Curitiba – Paraná. O município de Curitiba possui 65 unidades de saúde com 241 equipes de ESF. As duas unidades foram selecionadas por fazerem parte do campo de atuação da residência em saúde da criança e do adolescente em que estávamos inseridos.

Os participantes foram os pais/ou cuidadores das crianças de zero a dois anos de idade residentes e cadastradas nas áreas de abrangência das ESFs determinadas pelo estudo. Foram excluídos os usuários que não compareceram nas consultas de puericultura, aqueles que não souberam responder as perguntas da coleta de dados e os que não se encontravam em casa quando realizada visita domiciliar.

A coleta de dados foi realizada durante as demandas de puericultura na unidade de saúde e por meio de visitas domiciliares, com uso de questionário validado no Brasil denominado de Instrumento de Avaliação da APS na versão infantil (PCATool-Brasil versão infantil), o qual foi aplicado aos pais/ou cuidadores das crianças residentes e cadastradas nas áreas de abrangência da unidade de saúde (US).

O uso deste instrumento é recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), sendo composto por 55 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos essenciais e derivados da APS: grau de afiliação com serviço de saúde,

acesso de primeiro contato, acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, sistema de informações, serviços disponíveis, serviços prestados, orientação familiar, orientação comunitária.

Inicialmente, foi realizado levantamento nas áreas de abrangência da unidade de saúde para identificação de crianças de 0 a 2 anos cadastradas. Pelo número de crianças menores de 1 ano ser semelhante nas duas unidades de saúde e o tempo para coleta dos dados ocorrer em dois meses, optou-se por padronizar 50 entrevistas para cada unidade. De forma aleatória, foram realizadas as visitas domiciliares, agendadas com as agentes comunitárias, procurando também alternar as micros áreas do território adscrito.

As informações foram coletadas após aprovação do comitê de ética e pesquisa, nos meses de agosto e setembro de 2015, sem recusa dos pais/cuidadores em participarem do estudo. Posteriormente esses dados foram agrupados pelo pesquisador, permitindo assim sua análise. Após agrupamento dos dados obtidos na aplicação do instrumento, estes foram transformados em informações para serem analisadas.

A análise foi baseada em estatística descritiva. As respostas do questionário estão em uma escala tipo *Likert*: “com certeza sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não”, “com certeza não” e “não sei / não lembro”. Os resultados foram apresentados em tabelas, com base em dados categóricos e numéricos.

Em todo o momento deste trabalho, se respeitaram os preceitos éticos de participação voluntária e consentida segundo Resolução 466/12, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo este obtido de todos os participantes, antes do início da entrevista.

A realização se deu mediante autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da FPP e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR, sob CAAE: 44572715.3.0000.5580 e parecer de aprovação nº 1.174.354. Salientamos que foram seguidos rigorosamente os aspectos éticos, destacando o anonimato dos entrevistados, com base na beneficência, não-maleficência e justiça.

Resultados e Discussão

Participaram deste estudo 100 pessoas, cadastradas nas ESF selecionadas sendo os sujeitos entrevistados: mães, pais e outros cuidadores, principais responsáveis pelas crianças com idade igual ou inferior a dois anos de idade. Não houve nenhuma recusa à pesquisa.

GRAU DE AFILIAÇÃO

A (TABELA 1) mostra o grau de afiliação do usuário com o serviço de saúde.

Tabela 1- Grau de afiliação

A- Grau de afiliação	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
A1- Há algum médico/enfermeiro ou serviço de saúde que você leva seu filho(a) quando ele adoecer.	100	100	0	0	100	100
A2- Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor seu filho(a)?	97	97	3	3	100	100
A3- Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável pelo atendimento de seu filho(a)?	97	97	3	3	100	100

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

No atributo grau de afiliação observou-se que 100% dos usuários levam seus filhos à APS quando adoecem, apontando maior confiança e segurança no serviço. Podendo-se atribuir isso à proximidade do serviço à casa do usuário, à relação mais próxima com a equipe e a eficácia do atendimento. Quanto aos itens que avaliam se existe algum profissional de saúde que

conhece melhor a criança e se existe algum médico responsável pelo atendimento, 97% dos usuários responderam que sim para ambos os itens, reforçando que existe a proximidade entre a APS e seus usuários. Um estudo realizado por OLIVEIRA, comprova a existência da adesão da população em relação à ESF, tendo o reconhecimento do usuário por um profissional ou serviço que o mesmo acredita ser de referência sempre que é preciso^{9,10}.

UTILIZAÇÃO

Observa-se (TABELA 2) o acesso de primeiro contato relacionado a utilização do serviço de saúde pelo usuário.

Tabela 2 - Acesso de primeiro contato - utilização

B- Acesso de primeiro contato - utilização	Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
B1- Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão você vai à unidade de saúde antes de procurar outro serviço?	74	74	18	18	8	8	100	100
B2- Quando sua criança tem um novo problema de saúde você vai à unidade de saúde antes de procurar outro serviço?	53	53	37	37	10	10	100	100
B3- Quando sua criança tem que consultar um médico especialista o seu médico/enfermeiro/ unidade de saúde tem que encaminhar obrigatoriamente?	34	34	53	53	13	13	100	100

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

O atributo acesso de primeiro contato - utilização demonstra que os usuários utilizam em sua maioria a APS, além de identificarem o serviço de saúde como referência ao atendimento infantil e a ESF compõe o local de primeira escolha dos cuidadores quando a criança necessita de cuidados de saúde^{11,6}. Observa-se que 74% dos entrevistados, responderam que procuram a US para levar sua criança antes de procurar outro serviço, além de que 53% voltariam na unidade caso a criança tivesse um novo problema de saúde, considerando uma boa recepção e confiança no serviço prestado. Mostra-se que a prática do acolhimento no atendimento inicial dos usuários, realizada pela equipe multiprofissional, torna-se um elemento de grande valia, estreitando as relações entre os profissionais e a população¹². Segundo HAGGERTY, o contato de acesso é ideal para verificar ações de primeiro cuidado, sendo relevante nas reformas de acessibilidade de alguns países, como o Canadá¹³.

ACESSIBILIDADE

No que se refere à acessibilidade, encontra-se descrito na TABELA 3.

Tabela 3 - Acesso de primeiro contato – acessibilidade

C- Acesso de primeiro contato – acessibilidade	Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Não lembro		Com certeza não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
C1- Quando a unidade de saúde está aberta e sua criança fica doente, alguém deste serviço a atende no mesmo dia?	54	54	40	40	5	5	1	1	-	-	100	100
C2- Você tem que esperar muito tempo ou fala com muitas pessoas para marcar consulta na unidade de saúde?	29	29	52	52	17	17	1	1	1	1	100	100
C3- é fácil marcar hora para consulta de “ revisão da criança” na unidade de saúde?	29	29	52	52	17	17	1	1	1	1	100	100
C4- Quando você chega à unidade de saúde, você tem que esperar mais de 30 min para a consulta?	29	29	52	52	17	17	1	1	1	1	100	100
C5- é difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança na unidade de saúde quando você pensa ser necessário?	25	25	56	56	17	17	1	1	1	1	100	100
C6- Quando a unidade está aberta você consegue aconselhamento pelo telefone se precisar?	11	11	61	61	25	25	2	2	1	1	100	100

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

A acessibilidade constitui os elementos estruturais da APS e implica o acesso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Conforme análise dos resultados, 54% confirmaram que quando a criança necessitou de atendimento foram atendidos no mesmo dia, porém identificamos a insatisfação na maioria dos cuidadores, 52% (52) com relação ao tempo de espera para conseguir uma consulta e ser atendido o que corrobora com BRAZ e FRACOLLI que salientam a existência de alguns obstáculos que ainda impedem a utilização dos pais ou cuidadores nos serviços de saúde destinados ao atendimento de suas crianças^{11,4}.

Este atributo é avaliado em alguns itens, que consideram a disponibilidade da equipe para o atendimento ao usuário, como em horários fora do atendimento normal da US, como períodos noturnos e finais de semana, e o atendimento telefônico, visualizamos que (56%) caso precisassem possivelmente conseguiriam aconselhamento pelo telefone. Destaca-se que os serviços da APS do município de Curitiba apresentam atendimento diariamente de segunda a sexta-feira, e possuem também serviços de urgências médicas, que atendem a demanda inclusive nos horários em que as unidades não estão abertas¹⁴.

LONGITUDINALIDADE

O atributo de Longitudinalidade, ou também continuidade do cuidado é observado na TABELA 4.

Tabela 4 - Longitudinalidade

D- Longitudinalidade	Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Não lembro		Com certeza não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
D1- Quando você vai à unidade de saúde é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança?	48	48	36	36	14	14	-	-	2	2	100	100
D2- Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o médico/enfermeiro que melhor conhece sua criança?	52	52	39	39	9	9	-	-	-	-	100	100
D3- Você acha que o médico/enfermeiro entende o que você diz ou pergunta?	48	48	50	50	2	2	-	-	-	-	100	100
D4- O médico/enfermeiro responde suas perguntas de maneira que você entende?	58	58	40	40	2	2	-	-	-	-	100	100
D5- O médico/enfermeiro lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	60	60	37	37	3	3	-	-	-	-	100	100
D6- Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao médico/enfermeiro?	47	47	49	49	4	4	-	-	-	-	100	100
D7- O médico/enfermeiro conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?	43	43	52	52	4	4	-	-	1	1	100	100

Continua...

D- Longitudinalidade	Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Não lembro		Com certeza não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
D8- O médico/enfermeiro conhece a história clínica de sua criança?	47	47	48	48	5	5	-	-	-	-	100	100
D9- O médico/enfermeiro sabe a respeito sobre os medicamentos que sua criança está usando?	34	34	48	48	18	18	-	-	-	-	100	100
D10- Você mudaria de unidade de saúde para outra se isso fosse fácil de fazer?	10	10	30	30	60	60	-	-	-	-	100	100
D11- Você acha que o médico/enfermeiro conhece sua família bastante?	21	21	49	49	30	30	-	-	-	-	100	100
D12- O médico/enfermeiro sabe quais são problemas mais importantes para você e sua família?	19	19	62	62	19	19	-	-	-	-	100	100
D13- O médico/enfermeiro sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	17	17	56	56	16	16	1	1	-	-	100	100
D14- O médico/enfermeiro saberia de alguma forma se você tivesse dificuldades em obter ou pagar algum medicamento de sua criança?	18	18	64	64	17	17	1	1	-	-	100	100

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

No momento do atributo longitudinalidade é avaliada a relação entre usuário e profissional, no presente estudo observa-se que houve uma boa avaliação por parte dos usuários da ESF, isso demonstra o grau de confiança e interação estabelecido entre o usuário e os profissionais de saúde, podendo ser observado no item em que os usuários são questionados se é o mesmo médico ou enfermeiro que lhe atende na US e 48% afirmaram que sim e se houvesse possibilidade, se trocariam de unidade 60% responderam que provavelmente não.

Segundo SILVA, a presença adequada da longitudinalidade é um fator importante para o sistema de saúde, pois geram diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e também permite que as pessoas tenham continuidade do atendimento à saúde¹⁵.

No estudo de CHOMATAS, também realizado no município de Curitiba, obteve-se alto índice de satisfação demonstrando que os profissionais de saúde da APS possuem bom vínculo no trabalho com a comunidade¹⁴. Fato também observado nesta pesquisa, na qual visualizamos que 60% dos usuários afirmaram que o médico/enfermeiro lhe dá tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas.

COORDENAÇÃO

O que concerne à coordenação é visualizado na TABELA 5, sendo realizados questionamentos aos pais ou responsáveis se sua criança consultou qualquer tipo de especialista enquanto esteve em acompanhamento com a unidade de saúde.

Tabela 5 - Coordenação

E - Coordenação	Com certeza sim		Provavelmente sim		Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
E1- Sua criança consultou qualquer tipo de especialista enquanto ela está em acompanhamento com a unidade de saúde?	-	-	-	-	12	12	88	88	100	100
E2- A unidade de saúde que encaminhou sua criança para o serviço de especialistas?	9	75	3	25	-	-	-	-	100	100
E3- O médico da unidade de saúde sabe que sua criança consultou algum especialista?	6	50	6	50	-	-	-	-	100	100
E4- O médico soube da consulta?	7	58	5	42	-	-	-	-	100	100

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Pode-se definir como coordenação a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde. Essa é uma maneira de dar continuidade por parte dos profissionais no reconhecimento de problemas. Oferta-se ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada^{4,9}. Em relação aos encaminhamentos à especialistas, 12% passaram por consultas no serviço de referência, sendo 75% referenciados pela própria US, demonstrando a relação entre os serviços da rede de atenção à saúde, fazendo com que o usuário possa ser atendido integralmente de acordo com suas necessidades.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Referente ao sistema de informações, visualiza-se na TABELA 6.

Tabela 6 - Coordenação – sistema de informações

F- Coordenação – sistema de informações	Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Não lembro		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F1- Quando você leva sua criança à unidade de saúde você leva a carteira de vacinação?	63	63	37	37	-	-	-	-	100	100
F2- Quando você leva sua criança à unidade de saúde o prontuário dela está sempre disponível na consulta?	54	54	46	46	-	-	-	-	100	100
F3- Você poderia consultar o prontuário da sua criança na unidade de saúde se você quisesse?	54	54	45	45	-	-	1	1	100	100

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Algumas necessidades em saúde podem ser complexas e em geral não são tratadas adequadamente por sistemas de saúde. A inadequação pode não só deixar de atender algumas necessidades, como também ocasionar duplicidade de ações⁹. Em compensação, os atributos da coordenação neste estudo foram bem avaliados, 63% dos entrevistados levam a carteira de vacinação nas consultas, sendo ela um meio de informação útil no atendimento, 54% afirmaram que o prontuário da criança está sempre disponível nas consultas e que se precisassem também poderiam ter acesso a ele. Sabemos da importância do sistema informatizado, pois facilita o atendimento e propicia que o profissional consulte o prontuário informatizado do paciente, verifique resultados dos exames laboratoriais, entre outros benefícios que os sistemas de informação proporcionam.

INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Na TABELA 7 demonstra-se a integralidade dos serviços disponíveis. As perguntas realizadas tiveram relação com os serviços oferecidos pela US.

Tabela 7 - Integralidade – serviços disponíveis

G- Integralidade- serviços disponíveis	Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Não lembro		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
G1- Vacinas	90	90	10	10	-	-	-	-	100	100
G2- Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social	74	74	24	24	2	2	-	-	100	100
G3- Planejamento familiar	77	77	23	23	-	-	1	1	100	100

Continua...

G- Integralidade- serviços disponíveis	Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Não lembro		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
G4- Programa suplementação nutricional	71	71	27	27	1	1	1	1	100	100
G5- Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas	65	65	33	33	2	2	-	-	100	100
G6- Aconselhamento de saúde mental	68	68	31	31	-	-	1	1	100	100
G7- Sutura de um corte que necessite de pontos	77	77	22	22	-	-	1	1	100	100
G8- Aconselhamento e solicitação de teste anti-hiv	78	78	21	21	1	1	-	-	100	100
G9- Identificação de problemas visuais	69	69	31	31	-	-	-	-	100	100

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

A integralidade atua como garantia de acesso aos diversos níveis de atenção à saúde, como também os cuidados de que o paciente necessita. A atenção integral depende de uma rede articulada de tal forma que os problemas apresentados pelos indivíduos possam ser abordados para sua melhor resolução⁹. Os serviços disponíveis são compostos por tópicos que são avaliados na APS, o indicador de disponibilidade de vacinas, ou seja, quando perguntamos da disponibilidade de vacinas na ESF para os entrevistados, 90% responderam que com certeza sim, esta situação é explicada pela existência de vacinas nas unidades de ESF, além de que os pais ou responsáveis se mostraram cientes da importância deste procedimento, colaborando para a promoção e manutenção de sua saúde.

Outros indicadores observados foram o de participação em programas sociais com 74%, planejamento familiar 77%, Programa suplementação nutricional 71%, o do aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas que apresentou 65% dos que responderam com certeza sim, possuindo a menor porcentagem dos indicadores, fato que pode ser explicado pela falta de conhecimento dos pacientes sobre este serviço. Aconselhamento de saúde mental 68%, sutura com 77%, aconselhamento e solicitação de teste anti-hiv 78%, identificação de problemas visuais 69%. A análise dos serviços prestados mostrou que os usuários reconhecem claramente a ESF como local para ações em saúde dirigidas à prevenção de agravos e ao controle de saúde.

INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

No tocante à integralidade dos serviços prestados, encontra-se na TABELA 8.

Tabela 8 - Integralidade – serviços prestados

H- Integralidade- serviços prestados	Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Não lembro		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
H1- Orientação para manter sua criança saudável? (sono, higiene, alimentação)	75	75	23	23	2	2	-	-	100	100
H2- Segurança no lar	60	60	36	36	3	3	1	1	100	100

Continua...

H3- Mudanças no crescimento e desenvolvimento	72	72	27	27	2	2	-	-	100	100
H4- Maneiras de lidar com o comportamento da criança	67	67	29	29	4	4	-	-	100	100
H5- Maneiras de manter sua criança segura	67	67	28	28	5	5	-	-	100	100

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Concernente ao atributo Integralidade – Serviços Prestados, foi observado que 75% dos sujeitos referiram ter tido durante as consultas de puericultura, orientação sobre a saúde, alimentação, higiene ou sono adequado de sua criança, sendo assim, os resultados dessa pesquisa corroboram com FERREIRA, uma vez que as ESF foram identificadas como ponto de partida para o cuidado da criança.

Os entrevistados também foram questionados se houve dicas sobre segurança no lar, 60% responderam que com certeza sim, 72% afirmaram que receberam informações sobre mudanças no desenvolvimento infantil, e 67% relataram que tiveram orientação sobre comportamento da criança e maneiras de mantê-la segura. A relevância da integralidade nos serviços de saúde é caracterizada pela presença dos serviços disponíveis e prestados à população, ofertando os cuidados de atenção na promoção, proteção e recuperação da saúde. Destaca-se que, quando a realização dos serviços prestados é bem efetuada, auxilia também no desenvolvimento da criança⁸.

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Representa-se TABELA 9 a orientação familiar realizada pelos profissionais de saúde.

Tabela 9 - Orientação Familiar

I- Orientação familiar	Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Não lembro		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I1- O seu médico / enfermeiro lhe pergunta sobre suas opiniões no tratamento da criança?	47	47	43	43	9	9	1	1	100	100
I2- O seu médico / enfermeiro já lhe perguntou sobre as doenças que existem em sua família	44	44	45	45	10	10	1	1	100	100
I3- O seu médico / enfermeiro se reuniria com outros membros da família de sua criança caso você achasse necessário?	48	48	40	40	10	10	2	2	100	100

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Visualizou-se que os resultados desse atributo concordam com FRACOLLI, destaca-se que 48% disseram que com certeza sim o médico/enfermeiro se reuniria com outros membros de sua família caso você achasse necessário para discutir sobre o tratamento da saúde da criança.

O atributo orientação familiar verifica a importância que o profissional de saúde dá para a opinião do cuidador da criança em relação à escolha do tratamento e cuidados da criança, e se o profissional faz perguntas sobre doenças de

influência genética que ocorrem na família⁴. Observamos que 47% dos profissionais consultam o cuidador em relação ao melhor tratamento para a criança, empoderando a família para o cuidado e possibilitando melhor efetividade do tratamento, já que este pode se adequar à rotina e as características de cada família.

Em relação ao questionamento sobre o histórico familiar de doenças, 45% responderam que provavelmente já foram questionados, sendo importante na investigação de síndromes e doenças genéticas, podendo gerar encaminhamentos à especialistas.

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

A realização da orientação comunitária é analisada na TABELA 10.

Tabela 10 - Orientação comunitária

J- Orientação comunitária	Com certeza sim		Provavelmente sim		Provavelmente não		Não lembro		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
J1- Alguém da unidade de saúde faz visitas domiciliares?	56	56	33	33	9	9	2	2	100	100
J2- A equipe de saúde conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	40	40	46	46	14	14	-	-	100	100
J3- A equipe de saúde faz pesquisas na comunidade para identificar os problemas de saúde que eles deveriam conhecer?	36	36	47	47	16	16	1	1	100	100
J4- Convida membros da família a participar do conselho local de saúde?	38	38	49	49	12	12	1	1	100	100

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

O atributo Orientação Comunitária apresenta em seus itens se os profissionais fazem a visita domiciliar, prática diferencial da ESF, tendo 56% dos entrevistados afirmando que receberam visitas. Nesta atividade se fazem pesquisas sobre o processo saúde doença da população e do contexto de vida e saúde das famílias⁶. Como é observado nesse estudo e no de FRACOLLI e FERREIRA, apenas 38% dos entrevistados referem que com certeza sim, recebem convite para participar do conselho local de saúde, no entanto, os profissionais que trabalham na ESF, por sua proximidade com a população, devem estimular a participação social e o controle social por parte da comunidade.

Os resultados mostram que de forma geral as duas US possuem uma boa avaliação para APS, sendo evidenciando que os cuidados primários contribuem de forma decisiva para a melhoria dos indicadores de saúde. As Ferramentas de Avaliação são apropriadas para medir a realização dos atributos, pois fornecem informações sobre os elementos de estrutura e processo. Isso também inclui conhecimento sobre o foco da US, as características do paciente e os serviços disponíveis no local¹⁶.

Considerações Finais

Conclui-se que nas duas unidades ESF, os pais ou cuidadores fizeram uma boa avaliação dos atributos da APS, apresentando um bom grau de afiliação com serviço, considerando a acessibilidade das US, como principal estratégia para organização do trabalho, destaca-se que a integralidade dos serviços disponíveis e serviços prestados ao público infantil permitiu o estreitamento de relacionamento entre profissional de saúde e o usuário.

Ressalta-se que a percepção dos usuários em questão, quanto ao serviço da APS, contribui para subsidiar melhorias na assistência prestada nas US e aumentar a qualificação dos profissionais de saúde. O trabalho realizado permite identificar com mais clareza o efetivo impacto que o cuidado prestado na APS possa estar trazendo a esta população do estudo. Além de ser importante para que os profissionais da saúde busquem novos métodos e alternativas para definir estratégias de promoção e prevenção.

No entanto, a pesquisa possui limitações no que diz respeito ser um estudo local, abrangendo apenas a perspectiva dos cuidadores de crianças menores de dois anos que utilizam o serviço de duas ESF, podendo, nesse caso, não representar a complexidade e a totalidade do serviço de saúde da criança disponível na APS do município de Curitiba-PR.

Espera-se que possa impulsionar outros municípios a elaborarem estratégias e realizar a avaliação de outras realidades, visto que ele foi importante não somente para o conhecimento estatístico da satisfação do usuário, mas para contribuir para qualificação das ações voltadas para APS do município de Curitiba.

Os resultados devem levar a sensibilização dos gestores sobre a importância desta área estratégica da saúde da criança, reorganizando a atenção à saúde e as linhas de cuidado para esta clientela através das tecnologias de cuidado, concordando e sempre em consonância com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Referências

1. MATTA GC, MOROSINI MVG. A atenção primária a saúde. Dicionário da educação profissional em saúde, 2012. [acesso em 2015 mar. 10]. Disponível em: www.epsv.fiocruz.br
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2016 ago. 16]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
3. MOREIRA MEL, GOLDANI MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. *Ciência e saúde coletiva*, v.15, n.2, p. 321-327, Rio de Janeiro, 2010
4. FRACOLLI LA, MURAMATSU MJ, GOMES MFP, NABAO FRZ. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. *Ver. O Mundo da Saúde*, v. 39, n.1, São Paulo, 2015.
5. MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Eugênio Vilaça Mendes. [internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. [acesso em 2016 ago. 16]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. [Internet]– Brasília: Ministério da Saúde, 2010. [acesso em 2016 ago. 16]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
7. DAMASCENO SS. Avaliação da orientação à atenção primária à saúde da criança. 2014.140f. [Dissertação]. Centro de ciências da saúde, Universidade Federal da Paraíba, 2014. [acesso em 2016 ago.16]. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/handle/tede/5146>
8. FERREIRA TLS, COSTA ICC, ANDRADE FB. Avaliação do atributo integralidade em serviços de puericultura na atenção primária à saúde. *Revista Ciência Plural*. V. , N. 1, P. 22-29, 2015.
9. OLIVEIRA MA, PEREIRA IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. V. esp, N.66, P. 158-164, 2013.
10. OLIVA ACD, MOURA CMR, LIMA CA, COSTA FM, ROCHA JFD. Avaliação dos atributos do cuidado primário de saúde na perspectiva do usuário. *Rev. Uniabeu Belford Roxo*. V. 8, n. 18, 2015.
11. BRAZ JC. Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores. 2012. 83f. [Dissertação]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.[acesso em 2016 ago.16]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-15012013-113853/pt-br.php>
12. GARUZI M, ACHITTI COM, SATO CA, ROCHA AS, SPAGNUOLO RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*3, V. 5, N.2, 144–9.2014.

13. HAGGERTY JL, LEVESQUE JF, SANTOR DA, BURGE F, BEAULIEU C, BOUHARAOUI F, et. al. Accessibility from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. Healthc Policy. Dec; 7(Spec Issue): 94–107. 2011.
14. CHOMATAS E, VIGO A, MARTY I, HAUSER L, HARZHEIM, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. Rev Bras Med Fam Comunidade, v 29, n. 8, P. 294-303, Rio de Janeiro, 2013.
15. SILVA CSO, FONSECA ADG, SOUZA LPS, SIQUEIRA LG, BELASCO AGS, BARBOSA DA. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. Ciência & Saúde Coletiva, V. 19, N.11, P.4407-4415, 2014.
16. Johns Hopkins University. Primary Care Assessment Tools [Internet]. Baltimore; 2016 [acesso em 2016 ago. 16]. Disponível em: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html

Bianca Fontana Aguiar

Endereço para correspondência – Rua: Carlos de Laet, nº 241,
Bairro: Oficinas, CEP: 84035440, Ponta Grossa, PR, Brasil.

E-mail: biancafoguiar@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9180351711874168>

Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack – neli.hack@fpp.edu.br

Leandro Rozin – leandrorozin@hotmail.com

Enviado em 27 de junho de 2016.

Aceito em 18 de agosto de 2016.

FATORES DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE CRACK

DEMOGRAPHIC AND SOCIOECONOMIC FACTORS ASSOCIATED WITH CRACK CONSUMPTION

Michele Mandagará de Oliveira¹, Valéria Cristina Chistello Coimbra¹, Diordene Oliveira da Silva², Roberta Zaffalon Ferreira³, Poliana Farias Alves³, Karine Langmantel Silveira⁴, Suélen Cardoso Leita³

RESUMO

Este estudo teve como objetivo verificar a associação entre os fatores socioeconômicos e demográficos com o consumo de crack. Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, com amostra de 505 usuários, destes 136 usuários de crack. Utilizou-se os Testes Qui-quadrado, de Pearson e de Tendência linear para verificar diferenças proporcionais e como medida de associação foi utilizada a razão de prevalência. A prevalência de uso de crack entre os usuários de drogas foi de 26,9%, e maior no sexo feminino. Observou-se uma associação positiva entre o uso de crack e as seguintes variáveis: idade entre 25 e 29 anos 10,6 (4,32-25-78), ser autônomo 2,6 (1,91-3,43), morar na casa de amigos 2,6 (1,94-3,43) e divorciado ou separado 2,0 (1,19 - 3,53). Com isso, é essencial conhecer as diferentes variáveis sociais, educacionais, econômicas e demográficas que estiveram associadas e, particularmente, investir em estratégias de prevenção ao uso abusivo de crack.

Descritores: Cocaína Crack; Vulnerabilidade Social; Prevalência.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the association between socioeconomic and demographic factors with crack consumption. This is a cross-sectional research with a sample of 505 drug users, 136 of these were crack users. Tests as Chi-square, Pearson and Linear Trend were used to verify proportional differences and as measure of association was used the prevalence ratio. The prevalence of crack use among drug users was 26.9% and bigger in females. There was a positive association between the use of crack and the following variables: age between 25 and 29 years 10.6 (4.32-25-78), autonomous worker 2.6 (1.91 - 3.43), live in friends' house 2.6 (1.94-3.43) and in divorced or separated 2.0 (1.19 - 3.53). Thus, it is essential to know the different social, educational, economic and demographic variables that were associated, and particularly invest in prevention strategies to avoid the abuse of crack

Descriptors: Crack Cocaine; Social Vulnerability; Prevalence.

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

² Doutoranda do Programa de Saúde Pública e Meio Ambiente (ENSP-FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS, Brasil.

⁴ Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS, Brasil.

Introdução

Atualmente, o uso abusivo de substâncias psicoativas é um problema social e de saúde pública. Esta temática tornou-se alvo de debates e questionamentos em segmentos da sociedade, como, da saúde coletiva, da educação e das políticas de saúde.

Dentre os usuários de drogas, os usuários de crack constituem um grupo distinto, pois possuem características e necessidades específicas. Apesar do uso de drogas atingir homens e mulheres de distintos grupos raciais, sociais, etários e com diferentes níveis de escolaridade, sabe-se que alguns fatores socioeconômicos e demográficos podem influenciar no consumo¹.

Os dados referentes ao consumo do crack no Brasil destacam um aumento nos últimos anos. Segundo o Relatório Brasileiro sobre Drogas em 2001, foi estimado que 0,4% da população já haviam feito o uso na vida da droga, no ano 2005 este valor aumentou para 0,7%². Já em 2011, por meio da Segunda Pesquisa Brasileira de Álcool e Drogas (II BNADS), realizada pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo em conjunto com a University of Texas School of Public Health, identificou a prevalência do consumo do crack pelo menos uma vez na vida de 1,5%³.

Durante os anos de 2012 e 2013 foi realizado um inquérito de base populacional acerca do perfil de usuários de crack e similares no Brasil. Este estudo apontou que cerca de 370 mil brasileiros usaram regularmente crack e similares por pelo menos seis meses em 2012, correspondendo a 0,8% da população das capitais do país. Também destacou que as capitais das Regiões Nordeste e Sul foram as que apresentaram o maior quantitativo de usuários da substância (crack) quando considerado o uso regular da droga⁴.

A população masculina vem apresentando uma maior prevalência entre os que utilizaram crack, com faixa etária no início da idade adulta, solteiros, com baixo grau de instrução e em condição autônoma de ocupação trabalhista^{2,4,5}.

O consumo de crack hoje é uma realidade disseminada em vários países. No Brasil, o consumo da droga já foi notificado em 98% dos seus municípios, atingindo tanto as cidades de grande porte, como os municípios menores, indicando que o país está entre os maiores consumidores de cocaína no mundo, tanto na sua forma inalada como na forma de crack³.

Assim, o presente estudo teve por objetivo verificar a associação entre os fatores socioeconômicos e demográficos com o consumo de crack, em usuários dos serviços da Estratégia Redução de Danos (RD) e do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) de um município de médio porte no Sul do Brasil.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, exploratório, realizado durante o período de outubro de 2011 a outubro de 2012 na cidade de Pelotas. O município encontra-se na região Sul do Rio Grande do Sul, com população estimada de 343.651 habitantes, com base econômica no agronegócio e no comércio com índice de pobreza estimado pelo IBGE de 28,64%⁶.

Optou-se por uma amostra estratificada em dois níveis: no nível da RD e no nível do CAPS AD, com alocação proporcional ao número de usuários nos respectivos serviços. A inclusão destes dois serviços se caracterizou pela tentativa de abarcar o maior número de usuários de drogas no município, visto que os dois serviços trabalham separadamente, contudo, neste estudo não será realizada análise comparativa entre os usuários destes serviços.

Adotou-se a prevalência de usuários de crack como desconhecida ($p=0,50$), admitiu-se um erro amostral de 4% ($d=0,04$), sob o nível de confiança de 95% ($\alpha=0,05$). No denominador, foi utilizado o total de indivíduos cadastrados na RD ($N=5.700$) somados aos usuários no CAPS AD ($N=200$). A amostra total foi alocada proporcionalmente aos respectivos estratos ($n=545$). A sistemática de seleção adotada foi o sorteio aleatório dos usuários do CAPS AD e da RD. Em decorrência dos problemas operacionais de acesso e perdas por não localização dos usuários e recusas, ampliou-se o tamanho da amostra, obteve-se uma amostra final de 681 usuários sendo 505 entrevistas válidas e 176 recusas. Do total de entrevistas válidas, 436 usuários eram da RD e 69 do CAPS AD.

Os dados foram coletados mediante entrevistas utilizando-se questionário estruturado, por meio de uma equipe formada por agentes redutores de danos do município e estudantes, além dos coordenadores de campo. Os agentes redutores de danos foram convidados para participar da coleta, visto que estes apresentam maior conhecimento do campo e maior facilidade de acesso aos usuários. Os demais membros da equipe foram selecionados por meio de

entrevista pelos coordenadores da pesquisa. Os coletares passaram por treinamento realizado pelos coordenadores e pelos agentes redutores de danos onde aprenderam estratégias de abordagem aos usuários e técnicas de coleta.

Também foi aplicado teste piloto com 14 usuários de drogas indicados pela RD, visando testar o instrumento, operacionalizar a coleta de dados no campo e avaliação das práticas dos entrevistadores.

O acesso aos entrevistados se deu por meio da apresentação da equipe de pesquisa aos usuários, pelos agentes redutores de danos. Após o retorno do campo, os questionários foram codificados pelo entrevistador e revisados pelos coordenadores de campo. O controle de qualidade dos dados foi realizado em três etapas distintas: supervisão de campo, supervisão da codificação dos dados e replicação de 5% dos questionários válidos por meio de contato telefônico, explicando a necessidade da confirmação dos dados coletados.

A variável dependente foi definida a partir da classificação do usuário de drogas segundo o seu padrão de consumo: usuários de drogas que usam crack e outras drogas (1) e usuários de drogas que não usam crack (0). As variáveis independentes selecionadas foram: sexo, grupo etário (em anos), cor da pele, situação conjugal, escolaridade, rendimento familiar, situação ocupacional, condições de moradia e número de filhos.

Os dados foram digitados utilizando o gerenciador de banco de dados *Microsoft Access* v.2003 e após a digitação, foram exportados para o software estatístico *STATA* v.12 para geração dos resultados e gráficos. Os resultados foram apresentados mediante uso de distribuições de frequências uni e bivariadas e medidas descritivas (médias e desvio padrão). As diferenças entre as proporções foram verificadas através dos Testes Qui-quadrado de Pearson e o Qui-quadrado de Tendência linear. Foi utilizada a prevalência como medida de ocorrência e como medida de associação a Razão de Prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança a 95%, estimados através da regressão de Poisson robusta ao nível de 5% de significância estatística.

Este estudo é parte integrativa da pesquisa intitulada “Perfil dos Usuários de Crack e Padrões de Uso” que foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e desenvolvido por pesquisadores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos da Resolução COFEN n° 311/2007 e resoluções 196/96 e a 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de n° 301/2011.

Resultados

Fizeram parte do estudo 505 usuários de substâncias psicoativas, residentes no município e cadastrados na RD (86,3%) e CAPS AD (13,7%). Obteve-se uma prevalência de 26,9% de usuários de crack entre os usuários de drogas entrevistados. A prevalência do sexo feminino foi maior entre os usuários de crack (28,1%) comparado ao masculino (26,7%), embora a proporção de mulheres na amostra tenha sido apenas 16,2%.

O perfil demográfico predominante correspondeu ao sexo masculino (83,8%); cor da pele autorreferida branca e outras (58,6%), mais da metade dos entrevistados eram solteiros (53,3%). A média de idade de $38 \pm 13,1$ anos, mínima 18 e máxima 76 anos; 70,4% dos entrevistados possuíam idade igual ou superior a 30 anos. O socioeconômico revelou indivíduos com baixos níveis de escolaridade, 77,8% possuíam apenas o ensino fundamental completo ou incompleto enquanto que, 2,8% haviam pelo menos ingressado no nível superior. No que tange ao rendimento familiar, 28,5% não possuíam renda, ou a renda era inferior a 1 salário mínimo (sm); 39,4% percebiam entre 1 até 2 sm e 32,1% superior a 2 sm. Quanto à situação ocupacional, 29,1% estavam desempregados; 23,4% possuíam vínculo formal de emprego e 23,2% informal/eventual e 24,4% eram autônomos; 75,1% possuíam moradia própria ou alugada. Quanto à presença de filhos, 74,4% afirmaram ter filhos e o número médio de filhos foi de $2 \pm 1,9$ (Tabelas 1 e 2).

Os usuários de outras drogas, exceto o crack, foi o grupo predominante 369 (73,1%) e apresentou distribuição proporcional semelhante ao da população geral quanto às características demográficas e socioeconômicas (Tabelas 1 e 2).

Já entre os grupos, as diferenças proporcionais estatisticamente significantes revelaram que, entre os usuários de outras drogas, há um predomínio da situação conjugal casado/com companheiro, e entre usuários de crack, os solteiros foram mais frequentes ($p=0,000$). Em relação ao tipo de moradia, os usuários de crack mais frequentemente moram na casa de seus pais, amigos ou nas ruas enquanto que, os usuários de outras drogas, mais frequentemente, moram em casa ou apartamento (apto) próprio ou alugado ($p=0,000$). Este último grupo apresentou tendências para um maior

número de filhos quando comparados aos usuários de crack ($p=0,01$). Entre os usuários de outras drogas, a média de idade foi de $41,2 \pm 13,1$ anos e são relativamente mais velhos quando comparados aos usuários de crack ($32 \pm 9,4$ anos) (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 - Características demográficas dos usuários de crack e de outras drogas. Pelotas-RS, Brasil, 2012. (n=505).

Característica	Total (n=505) n (%)	Usuário		p-valor
		Crack (n=136) n (%)	Outras drogas (n=369) n (%)	
Sexo				
Feminino	82 (16,2)	23 (16,9)	59 (15,0)	0,803 ^b
Masculino	423 (83,8)	113 (83,1)	310 (84,0)	
Grupo Etário (em anos)				
< 20	18 (3,6)	6 (4,4)	12 (3,2)	0,08 ^c
20 a 24	65 (12,9)	25 (18,4)	40 (10,8)	
25 a 29	66 (13,1)	31 (22,8)	35 (9,5)	
30 a 39	133 (26,3)	53 (38,9)	80 (21,7)	
40 a 49	110 (21,8)	16 (11,8)	94 (25,5)	
50 e mais	113 (22,3)	5 (3,7)	108 (29,3)	
Cor				
Branca e outras	296 (58,6)	75 (55,1)	221 (59,9)	0,335 ^b
Parda/mestiça	98 (19,4)	25 (18,4)	73 (19,8)	
Preta	111 (22,0)	36 (26,5)	75 (20,3)	
Situação conjugal				
Casado/com companheiro	165 (32,7)	27 (19,8)	138 (37,4)	0,000 ^b
Solteiro	269 (53,3)	96 (70,6)	173 (46,9)	
Divorciado/Separado	71 (14,0)	13 (9,6)	58 (15,7)	
Número de filhos (n=502)				
Sem filhos	129 (25,7)	41 (30,6)	88 (23,9)	0,01 ^c
1	113 (22,5)	40 (29,8)	73 (19,8)	
2 a 3	174 (34,7)	31 (23,1)	143 (38,9)	
4 e mais	86 (17,1)	22 (16,4)	64 (17,4)	

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Usuários de Crack e Padrões de Uso - Pelotas, 2014".

Notas: Média de idade = $38,8 \pm 13,1$ anos; ^aSalário mínimo R\$ 622,00; ^bTeste Qui-quadrado de Pearson; ^cTeste Qui-quadrado de Tendência Linear.

Tabela 2 - Características socioeconômicas dos usuários de crack e de outras.
Pelotas- RS, Brasil, 2012. (n=505).

Característica	Total (n=505) n (%)	Usuário		p-valor
		Crack (n=136) n (%)	Outras drogas (n=369) n (%)	
Escolaridade				
Sem escolaridade	10 (2,0)	1 (0,7)	9 (2,4)	0,73 ^c
Fundamental comp/ incomp	393 (77,8)	110 (80,9)	283 (76,7)	
Médio e técnico comp/incomp	88 (17,4)	21 (15,4)	67 (18,2)	
Superior comp/ incomp	14 (2,8)	4 (2,9)	10 (2,7)	
Situação ocupacional				
Trabalho Formal	118 (23,4)	21 (15,4)	97 (26,3)	0,057 ^b
Trabalho Informal/ Eventual	117 (23,2)	38 (27,9)	79 (21,4)	
Autônomo	123 (24,4)	33 (24,3)	90 (24,4)	
Desempregado	147 (29,1)	44 (29,9)	103 (27,9)	
Renda familiar^a				
Sem renda/< 1 sm	144 (28,5)	43 (31,6)	101 (27,4)	0,54 ^c
1 a 2 sm	199 (39,4)	49 (36,0)	150 (46,6)	
Superior a 2 sm e mais	162 (32,1)	44 (32,4)	118 (32,0)	
Tipo de moradia (n=502)				
Casa/apto próprio ou alugado	377 (75,1)	80 (59,3)	297 (80,9)	0,000^b
Casa dos pais ou de outros familiares	91 (18,1)	35 (25,9)	56 (15,3)	
Casa de amigos	10 (2,0)	6 (4,4)	4 (1,1)	
Outros	24 (4,8)	14 (10,4)	10 (2,7)	

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Usuários de Crack e Padrões de Uso - Pelotas, 2014".

Notas: Média de idade = 38,8 ± 13,1 anos; ^aSalário mínimo R\$ 622,00; ^bTeste Qui-quadrado de Pearson; ^cTeste Qui-quadrado de Tendência Linear.

Na Tabela 3, apresentam-se as prevalências e a magnitude das associações de uso de crack segundo fatores demográficos e socioeconômicos. Com relação à distribuição etária, verifica-se aumento da prevalência entre os mais jovens e com o envelhecimento redução; maior prevalência de consumo de crack entre os indivíduos de cor preta e os solteiros. Entre os usuários de drogas, o consumo de crack transcende a escolaridade, a distribuição se mostrou equitativa, assim como o rendimento familiar. A situação ocupacional revela maior prevalência entre aqueles com vínculo não formal e sem vínculos. As condições de moradia mais prevalente foram à casa dos pais, amigos e outros (abrigos e rua). Indivíduos sem filhos e com um filho foram mais prevalentes entre os usuários de crack.

Tabela 3 - Prevalência e Razão de Prevalência (RP) da associação entre os Fatores demográficos e socioeconômicos associados ao uso de crack. Pelotas- RS, Brasil, 2012. (n=505).

Fatores	Prevalência usuários de Crack n (%)	RP^a	(IC 95%)
Sexo			
Feminino ^b	23 (28,1)		1,0 ^b
Masculino	113 (26,7)	1,2	(0,79 - 1,72)
Grupo Etário (em anos)			
< 20	6 (33,3)	7,5	(2,59 - 21,67)
20 a 24	25 (38,5)	8,7	(3,48 - 21,56)
25 a 29	31 (47,0)	10,6	(4,32 - 25,78)
30 a 39	53 (39,8)	8,9	(3,69 - 21,46)
40 a 49	16 (14,6)	3,3	(1,24 - 8,70)
50 e mais ^b	5 (4,4)		1,0 ^b
Cor			
Branca e outras ^b	75 (25,3)		1,0 ^b
Parda/mestiça	25 (25,5)	1,0	(0,68 - 1,40)
Negra	36 (32,4)	1,1	(0,80 - 1,49)
Situação conjugal			
Casado/Unido ^b	27 (16,4)		1,0 ^b
Solteiro	96 (35,7)	1,6	(1,14 - 2,36)
Divorciado/Separado e outros	13 (18,3)	2,0	(1,19 - 3,53)
Nível de Escolaridade^c			
Baixo	111 (27,5)	1,5	(0,49 - 3,49)
Médio	21 (23,9)	1,0	(0,39 - 2,39)
Alto ^b	4 (28,6)		1,0 ^b
Renda familiar			
Sem renda/< 1 sm	43 (29,9)	1,2	(0,89 - 1,74)
1 a 2 sm	49 (24,6)	1,0	(0,73 - 1,41)
Superior a 2 sm e mais ^b	44 (27,2)		1,0 ^b
Situação ocupacional			
Trabalho Formal ^b	21 (17,8)		1,0 ^b
Trabalho Informal/Eventual	38 (32,5)	1,4	(1,01 - 1,92)
Autônomo	33 (26,8)	2,6	(1,91 - 3,43)
Desempregado	44 (29,9)	2,4	(1,78 - 3,15)

Continua...

Fatores	Prevalência usuários de Crack n (%)	RP ^a	(IC 95%)
Tipo de moradia (n=502)			
Casa/apto próprio/alugado ^b	80 (21,2)		1,0 ^b
Casa dos pais ou de familiares	35 (38,5)	1,4	(1,01 - 1,92)
Casa de amigos	6 (60,0)	2,6	(1,94 - 3,43)
Outros (abrigo, rua, pensão)	14 (58,3)	2,4	(1,78 - 3,15)
Número de filhos (n=502)			
Sem filhos ^b	41 (31,8)		1,0 ^b
1 filho	40 (35,4)	1,2	(0,84 - 1,69)
2 a 3 filhos	31 (17,8)	0,8	(0,56 - 1,25)
4 e mais filhos	22 (25,6)	1,4	(0,91 - 2,10)

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Usuários de Crack e Padrões de Uso – Pelotas, 2014".

Nota: ^aAjuste por idade e cor estimada mediante Regressão de Poisson Robusta; ^bcategoria referente; ^cNível de escolaridade: Baixo: sem escolaridade ao fundamental completo e incompleto; Médio: Ensino médio e técnico; Alto: Superior completo e incompleto.

A associação entre o consumo de crack e o sexo foi positiva, entre os usuários de drogas, a chance de um indivíduo do sexo masculino consumir crack foi 1,2 vezes superior (IC95%: 0,79 - 1,72) quando comparados ao sexo feminino, entretanto essa associação não foi estatisticamente significativa.

Quanto à distribuição etária e o consumo de crack, verificou-se associação positiva e estatisticamente significativa, observa-se aumento da chance de ocorrência entre as transições por grupamento etário e expressiva redução a partir da faixa etária 40 a 49 anos, quando comparados aqueles com 50 anos e mais.

Com relação à situação conjugal e o consumo de crack, verificou-se associação positiva e estatisticamente significativa quando comparados aos casados/unidos, há um aumento da chance de ocorrência de usuários de drogas consumirem crack entre os solteiros 1,6 vezes (IC95%: 1,14-2,36) e divorciados/separados e outros 2 vezes (IC95%: 1,19-3,53) quando comparados aos casados/unidos.

A associação entre escolaridade e o consumo de crack foi positiva entre aqueles menos escolarizados 1,5 vezes (IC95%:0,49-3,49) quando comparados com aqueles de nível superior, contudo não se mostrou estatisticamente significativa. A associação foi positiva entre rendimento familiar e consumo de crack, sendo que entre aqueles de menor rendimento há um aumento da chance de consumo de crack de 1,2 vezes (IC95%: 0,89-1,74) quando comparados com aqueles de maior rendimento.

A associação entre situação ocupacional e o consumo de crack foi positiva e estatisticamente significativa. Verificou-se aumento das chances de ocorrência de consumo de crack entre aqueles usuários com vínculo informal/eventual 1,4 vezes (IC95%: 1,01-1,92), autônomos 2,6 vezes (IC95%: 1,91-3,43) e sem vínculos 2,4 vezes (IC95%: 1,78-3,15) quando comparados com aqueles de vínculo formal.

A associação entre o consumo de crack e o tipo de moradia foi positiva e estatisticamente significativa. Verificou-se aumento da chance de ocorrência de consumo de crack entre aqueles que moram com os pais e outros familiares 1,4 vezes (IC95%: 1,01 - 1,92); casa de amigos 2,6 vezes (IC95%: 1,94-3,43) e outros 2,4 vezes (IC95%: 1,78-3,15), quando comparados com aqueles que residem em casa/apto próprio ou alugado.

A associação entre o consumo de crack e o número de filhos foi positiva. Entre aqueles com 1 filho ou 4 ou mais filhos, verifica-se aumento da chance de ocorrência de consumo de crack. Já entre aqueles com 2 a 3 filhos, observa-se redução da chance de uso de crack, atuando como fator protetor, quando comparados com indivíduos sem filhos.

Discussão

Apesar do uso de drogas estar presente em diversas sociedades há milênios e de sua temática nas últimas décadas ter alcançado seu ápice, principalmente no que se refere ao uso de crack, um número ainda pequeno de pesquisas foram realizadas com populações específicas de usuários de drogas.

Em um estudo realizado em três municípios do Rio Grande do Sul, entre 2009 e 2010 com uma população usuária de crack evidenciou-se um perfil de usuários na faixa etária com maior percentual entre 21-30 anos (51,6%), majoritariamente masculino com 82,1%, escolaridade de até 8 anos completos (fundamental completo ou incompleto) de 56,8% da amostra, solteiros 64,2%, sem filhos 46,3%⁷.

A nível nacional, uma pesquisa realizada pela Fiocruz em 2014, com usuários de crack/similares apontou os seguintes resultados: população majoritariamente composta por adultos jovens com idade média de 30 anos, predominantemente do sexo masculino 78,7% com predomínio importante de usuários “não-brancos”, que declarou ser solteira, 60,6%, com aproximadamente 78% que concluíram o ensino fundamental e aproximadamente 40% dos usuários se encontravam em situação de rua⁴.

As pesquisas supracitadas apresentam características importantes em dois pontos: primeiro porque conseguem traçar com veracidade o perfil desta população específica, que no caso brasileiro, havia e ainda há um déficit destes. Segundo, a partir da comparação destes se percebe que há uma nítida convergência entre os resultados, indicando que a grande maioria desta população estudada se apresenta em condições de extrema vulnerabilidade social.

A presente pesquisa também aponta que um dos fatores de risco para o consumo de crack ou outras drogas no município, é ser do sexo masculino (1,2 vezes mais chance). De fato, no Brasil, os homens são maioria nas cenas de uso (78,7%) conforme estudo nacional que descreve o perfil do usuário de crack. Isto pode justificar-se devido à possibilidade de existir presença masculina maior em cenas/locais abertos e na interface com o tráfico⁴.

O grupo etário que apresenta maior chance de consumo de crack está representado pelas idades de 24 a 29 anos neste estudo. Estes dados aproximam-se da média nacional de idade dos usuários de crack e similares, 30 anos de idade (adultos jovens), apontado pelo Inquérito Domiciliar em Pesquisa Nacional⁴.

A cor da pele apresentou-se também como fator de risco para consumo de crack ou outras drogas. O estudo aponta que em pessoas com cor de pele não brancas apresentam 1,09 vezes mais chance de serem usuárias de crack quando comparados com pessoas pardas, mestiças ou brancas. Dado este que corrobora com o encontrado no estudo supracitado, visto que dos entrevistados, 80% se auto declararam como não brancos. Dado este muito alto no contexto de vulnerabilidade social estudado e analisado⁴.

No município estudado, observou-se que pessoas divorciadas ou separadas apresentam 2 vezes mais chance de serem usuárias de crack quando comparadas a pessoas casadas, no entanto, nacionalmente, a maioria das pessoas usuárias de crack e similares são pessoas solteiras (55,3%) e isto pode justificar-se por situações de afrouxamento ou falta de vínculos com os laços familiares⁷. Um estudo que analisou a estrutura familiar do jovem usuário de crack apontou que a maioria dos entrevistados também era solteira e não possuíam filhos e justificou esta predominância de estado civil como podendo ser algo inerente à faixa etária pesquisada e também como resultado do próprio hábito de consumir drogas. Aponta ainda, que adultos jovens (até 24 anos de idade), em geral são solteiros, no entanto, a busca por um companheiro (a) pode ser adiada pelo consumo de drogas resultando em isolamento do convívio social⁸.

A escolaridade é também um fator de risco amplamente discutido no que tange o consumo de drogas. No município estudado, pessoas que possuem o ensino fundamental completo ou incompleto apresentaram 1,5 vezes mais chance de usar crack quando comparadas com pessoas que possuem ensino superior completo ou incompleto. Este dado, mais uma vez apresenta-se em sintonia com os apontados pelo Inquérito Nacional, que destaca a maioria dos entrevistados (55%) com escolaridade entre 4a e 8a séries do ensino fundamental, sendo uma minoria com ensino superior completo ou incompleto⁴.

Os resultados de uma pesquisa realizada no município de Pelotas onde foram entrevistadas 16 usuárias de crack, demonstraram que 81,25% das pessoas entrevistadas não haviam completado o ensino fundamental⁹. Estudos realizados com usuários de crack apontou, entre outros, alguns motivos que poderiam justificar a baixa escolaridade entre pessoas que fazem uso de crack e similares, sendo eles: o uso contínuo da substância pode ser o motivo do atraso escolar; a necessidade de trabalhar para o sustento próprio ou da família; e a imaturidade própria da idade precoce para conciliar estudos e consumo de drogas^{10,11}.

A presente pesquisa apontou que os participantes do estudo que tinham trabalho autônomo apresentaram 2,6 vezes mais chance de serem usuários de crack quando comparados aqueles que possuem trabalho formal. Os usuários de crack e similares entrevistados em pesquisa nacional são na maioria trabalhadores autônomos (cerca de 65%)⁸. Contudo, observa-se também que o desemprego é uma característica marcante entre os usuários, sendo o consumo de drogas um dos principais motivos para a perda do emprego, e também há o engajamento em atividades marginais como forma de obtenção de dinheiro, o que acaba levando a perda do trabalho formal ou informal, de forma legal, permanecendo a atividade ilegal como principal atividade^{10,11}.

Considerações Finais

A razão de prevalência mostrou as relações entre as questões demográficas e socioeconômicas com o uso do crack, conferindo assim a associação positiva em ser usuário de crack e os fatores relacionados a ser adulto jovem, não ser casado, não ter trabalho formal e não ter moradia própria.

É imperativa a necessidade de ampliação de políticas sociais voltadas para a diminuição das desigualdades sociais existentes, dado que os fatores demográficos e socioeconômicos encontrados neste estudo, como nos outros apresentados, convergem entre si. Enfatizando que a problemática do uso de crack independe da região estudada, mas se apresenta altamente dependente das condições sociais que a população se apresenta.

A partir destes resultados, pode-se refletir a respeito da situação de fragilidade social em que a maioria das pessoas usuárias de crack se encontra, e que não basta apenas pensar na criminalização do uso, mas, sobretudo, em estratégias que possam incluir as necessidades sociais e de saúde destas pessoas. Que se assuma o planejamento de políticas intersetoriais e interdisciplinares que possam olhar para os resultados apresentados e, a partir deles, se possa efetivamente considerar a singularidade das pessoas usuárias de substâncias psicoativas.

Por isso, ressalta-se a importância de assumir o compromisso do cuidado e da atenção dos usuários de drogas, levando em conta as necessidades específicas de cada território, pensando inclusive na ampliação e na qualidade dos diferentes equipamentos sociais. De maneira geral, todas as pessoas necessitam de boas condições de vida e de acesso à educação, à saúde e à cidadania.

Referências

1. Reis LM, Uchimura TT, Oliveira MLF. Perfil socioeconômico e demográfico em uma comunidade vulnerável ao uso de drogas de abuso. *Acta paul. enferm.* 2013; 26(3):276-82.
2. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas/ Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009.
3. Abdalla RR, Madruga CS, Ribeiro M, Pinsky I, Caetano R, Laranjeira R. Prevalence of Cocaine Use in Brazil: Data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). *Addict Behav.* 2014 jan; 39:297-301.
4. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ; 2014.
5. Vargens RW, Cruz MS, Santos MA. Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011; 19:804-812.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Informações sobre os municípios brasileiros [acesso em 21 set 2016]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/CLS>
7. Horta RL, Horta BL, Rosset AP, Horta CL. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(11):2263-2270.
8. Selegim MR, Inoue KC, Santos JAT, Oliveira MLF. Aspectos da estrutura familiar de jovens usuários de crack: um estudo do genograma. *Rev Cienc Cuid Saude.* 2011; 10(4):795-802.
9. Cruz VD, Oliveira MM, Pinho LB, Coimbra VCC, Kantorski LP, Oliveira JF. Sociodemographic conditions and patterns of crack use among women. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(4):1068-76.

10. Seleglim MR, Oliveira MLF. Pattern of Illicit Drug Abuse by Crack Users In Treatment In A Therapeutic Community. Rev Neurocienc. 2013; 21(3): 339-348.
11. Capistrano FC, Ferreira ACZ, Maftum MA, Kalinke LP, Mantovani MF. The social impact of the abusive use of drugs for addicts registered in medical records. Cogitare Enferm. 2013 Jul/Set; 18(3): 468-74.

Karine Langmantel Silveira

Endereço para correspondência – Rua: Gomes Carneiro, nº1,
Bairro: Porto, CEP: 96010-610, Pelotas, RS, Brasil.
E-mail: kaa_langmantel@hotmail.com
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4499917258151331>

Michele Mandagará de Oliveira – mandagara@hotmail.com
Valéria Cristina Chistello Coimbra – valeriacoimbra@hotmail.com
Diorlene Oliveira da Silva – diorlene@gmail.com
Roberta Zaffalon Ferreira – betazaffa@gmail.com
Poliana Farias Alves – polibrina@hotmail.com
Suélen Cardoso Leita – suellehn@gmail.com

Enviado em 25 de agosto de 2016.

Aceito em 10 de outubro de 2016.

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE OS GRUPOS DE GESTANTES

PERCEPTION OF ATTENTION HEALTH PROFESSIONALS ON BASIC GROUPS OF PREGNANT WOMEN

Joice Ane Teixeira¹, Marilu Correa Soares¹, Ana Paula de Lima Escobal¹, Kamila Dias Gonçalves¹, Greice Carvalho de Matos¹, Bruna Madruga Pires da Silva¹, Katia da Silva Rocha²

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre os grupos de gestantes na atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Metodologia: estudo de abordagem qualitativa descritiva, realizado em duas Unidades Básicas de Saúde de uma cidade do Sul do Brasil, nos meses de abril e maio de 2015. Os participantes do estudo foram 13 profissionais graduados da equipe de saúde. Os dados foram submetidos à análise temática. Resultados: o estudo apontou que os profissionais de saúde foram unânimes em reconhecer o trabalho com grupos de gestantes como uma atividade relevante e proveitosa e referiram que não tiveram suporte teórico-prático durante a formação acadêmica para o desenvolvimento da prática educativa com grupos. Considerações finais: o trabalho com grupos de gestantes foi reconhecido pelos profissionais de saúde como importante ferramenta na atenção ao pré-natal, parto e puerpério.

Descritores: Atenção Primária a Saúde; Gestantes; Saúde da Mulher; Promoção da saúde.

ABSTRACT

Objective: To know the primary health care professionals' perceptions about the groups of pregnant women under attention to prenatal care, parturition and puerperium. Methodology: it is a qualitative and descriptive study, which was carried out in two primary health care units in a city in the south of Brazil, in April and May 2015. Participants were 13 graduated professionals inserted in the health team. Data was submitted to thematic analysis. Results: the study pointed out that health professionals were unanimous to recognize that the groups for pregnant women are a relevant and profitable activity, referring that they had no theoretical/practical support during academic education to develop educational practices with groups. Final Considerations: working with groups of pregnant women was recognized by health professionals as an important tool in attention to prenatal, parturition and postpartum care.

Descriptors: Primary Health Care; Pregnant Women; Women's Health; Health Promotion.

¹ Formada em Enfermagem pela Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas, RS, Brasil.

² Formada em Enfermagem pela Fundação Universidade de Rio Grande (FURG), Rio Grande, RS, Brasil.

Introdução

A gestação é um período permeado por grandes mudanças. O início e o desenvolvimento de uma gravidez geralmente são percebidos como fenômenos complexos, sendo marcados por profundas modificações fisiológicas, psicológicas e de âmbito social. Sendo que estas podem interferir no mundo intrapsíquico e relacional da mulher, alterando significativamente a visão que ela tem de si mesma e da sua relação com o mundo¹.

As gestantes têm necessidade de expressarem seus sentimentos, serem ouvidas e obterem respostas às suas inquietações. Neste sentido, uma alternativa para o esclarecimento destes questionamentos é o grupo de gestantes. Por ser um espaço no qual a mulher pode expressar e refletir sobre seus problemas e angústias, assim como trocar experiências².

As atividades em grupo aumentam a possibilidade de relações mais solidárias, uma vez que as pessoas se identificam em suas semelhanças, e produzem ideias e ações coletivamente. Além disso, esta atividade propicia a interação entre os participantes, enriquecendo a qualidade do conhecimento e a aquisição de novos saberes³.

Em consonância, um estudo realizado no sul do Rio Grande do Sul sobre as potencialidades e/ou fragilidades do grupo de gestantes como espaço de trocas de saberes e práticas, evidenciou que o grupo foi um espaço no qual as mulheres mostraram-se mais aptas e autônomas para o autocuidado e o cuidado com o recém-nascido. A metodologia grupal também proporcionou troca de conhecimentos e experiências⁴.

As práticas educativas propiciam por meio das atividades a troca de conhecimento entre os participantes dos grupos, sendo desta forma considerada uma atenção diferenciada nos serviços de saúde. À medida que os profissionais permitem a atuação dos usuários, o processo comunicativo melhora, resultando em troca e compartilhamento de saberes⁵.

No cenário de atenção à mulher que vivencia o processo de gestar e parir, a importância de atividades com grupos está ancorada na possibilidade de fornecer um processo de parturição mais tranquilo às gestantes. Na perspectiva de abandonarem a postura submissa na sala de parto, tornado-as capazes de tomar as decisões nesse momento, bem como ao longo da assistência pré-natal ofertada⁶.

Nesta conjuntura, entende-se que os profissionais de saúde precisam estar motivados e preparados para trabalhar com a metodologia grupal, sendo facilitadores da interação entre os membros do grupo, com consciência dos limites e potencialidades de cada participante, possibilitando a interação dos saberes de forma recíproca, bem como prestar um cuidado humanizado. Diante do exposto, construiu-se este estudo norteado pela seguinte questão: qual a percepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre os grupos de gestantes na atenção ao pré-natal, parto e puerpério? Para tal, teve-se como objetivo conhecer a percepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre os grupos de gestantes na atenção ao pré-natal, parto e puerpério.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva realizada em duas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de uma cidade do Sul do Estado do Rio Grande do Sul-Brasil. A UBS 1 atende cinco microáreas com cobertura populacional de 3.000 pessoas. A UBS 2 é composta de vinte microáreas e cobertura populacional em torno de 10.800 pessoas.

Os participantes do estudo foram 13 profissionais após ocorrer a saturação teórica⁷, definida como o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, levando em consideração cada uma das questões abordadas e/ou identificadas durante a análise. Todos os profissionais eram graduados que faziam parte das equipes de saúde das UBSs no período de coleta de dados. Os critérios de inclusão foram: trabalhar nas UBSs selecionadas por um período mínimo de um ano; ter disponibilidade em participar do estudo; concordar com a divulgação e publicação dos resultados em meios acadêmicos e científicos; permitir o uso de gravador durante as entrevistas. Os critérios de exclusão foram: férias e licença de saúde.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2015, por meio de entrevista semiestruturada. O roteiro da entrevista continha questões que investigavam a concepção dos profissionais a cerca do trabalho desenvolvido com grupos de gestantes, bem como o que os mesmos consideravam importante num trabalho com grupos de gestantes, as potencialidades e fragilidades de tal trabalho.

Cabe salientar que as entrevistas foram previamente agendadas e realizadas em uma sala nas dependências das UBS, com duração média de 40 minutos, após, transcritas e analisadas segundo a proposta operativa⁷.

Os princípios éticos que nortearam esta pesquisa foram os correspondentes a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁸, do Ministério da Saúde, que dispõem sobre Pesquisas com seres humanos e obteve parecer favorável Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 971.024. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos participantes e o anonimato foi garantido pela identificação destes por meio das abreviaturas das profissões acrescidas da ordem numérica das entrevistas. Exemplo: Enfermeiro- Enf1, Enf2; Médico – Med1, Med2; Dentista – Den1, Den2; Assistente Social – AS1, AS2.

Resultados

Para melhor compreensão dos resultados, apresentaremos os profissionais de saúde que participaram deste estudo, os quais foram identificados pela abreviatura de sua profissão, acompanhado de um número, que representou a ordem de entrevista, seguido da sigla UBS associado a um número que identifica a unidade básica.

Tabela 1- Apresentação dos Participantes

Participante	UBS	Profissão	Idade	Estado Civil	Tempo de Formado	Pós- graduação	Tempo de trabalho na UBS
Enf1	UBS1	Enfermeira	45	casada	18anos	--	12anos
Med1	UBS1	Médica	37	divorciada	17 anos	Residência de Medicina em Saúde e Comunidade	7 anos
AS1	UBS1	Assistente social	51	divorciada	30 anos	Estratégia da Saúde da Família, Políticas Públicas, Políticas Sociais, Mestrado e Doutorado em Planejamento	11 anos
Den1	UBS1	Dentista	60	casada	32 anos	Mestrado e Doutorado em Dentística,	3 anos
Enf1	UBS2	Enfermeira	34	casada	10anos	Saúde da Família, Saúde Pública, Mestrado em Ciências da Saúde,	3 anos e 6 meses
Enf2	UBS2	Enfermeira	40	casada	17 anos	Saúde da Família	4anos
Enf3	UBS2	Enfermeiro	40	solteiro	15anos	Saúde Pública e Estratégia de Saúde da Família	11 anos
Med1	UBS2	Médica	57	divorciada	33anos	Estratégia da Saúde da Família	28 anos
Med2	UBS2	Médica	60	casada	35anos	pós-graduação em Saúde Pública e em Estratégia de Saúde da Família Residência em Pediatria	10 anos
Med3	UBS2	Médica	26	solteira	1ano 6meses	Saúde da Família	1 ano
Med4	UBS2	Médica	35	casada	10anos	Medicina do Trabalho e Saúde da Família	2 anos

Continua...

Participante	UBS	Profissão	Idade	Estado Civil	Tempo de Formado	Pós- graduação	Tempo de trabalho na UBS
Med5	UBS2	Médica	58	divorciada	34 anos	Residência Medicina Comunitária e Mestrado Saúde Coletiva	11 anos
AS1	UBS2	Assistente Social	69	casada	37anos	Saúde da Família	32 anos

Fonte: Tabela elaborada pelos autores da pesquisa.

Os depoimentos dos profissionais de saúde possibilitaram a construção de dois núcleos temáticos. Estes foram denominados como: percepções dos trabalhadores da Atenção Básica sobre o trabalho desenvolvido com grupos de gestantes e Influência do processo de formação dos profissionais de saúde para o trabalho com grupos de gestantes na UBS.

Percepção dos trabalhadores da Atenção Básica sobre o trabalho desenvolvido com grupos de gestantes

A gravidez pode ser um período de diversas transformações na vida da mulher. A adaptação a esta nova condição pode gerar medo e ansiedade na gestante e em seus familiares. Além das modificações corporais, podem ocorrer mudanças emocionais, promovendo a necessidade de adequação aos novos papéis⁹.

Neste sentido, torna-se interessante proporcionar, durante o pré-natal, espaços para discussões sobre as expectativas relacionadas à maternidade. Como por exemplo, preocupações com a gravidez ou em decorrência dela, como fatores sócio-econômicos, dificuldade de conciliar emprego, abandono dos estudos, entre outras questões¹⁰.

Frente a estes aspectos, observa-se a importância de um ambiente no qual as gestantes possam expressar suas dúvidas e questionamentos, ter contato com ações educativas, preventivas e promoção de saúde. Neste pensar os grupos de gestantes surgem com tal proposta de trabalho.

Neste sentido os profissionais de saúde participantes deste estudo quando questionados quanto à percepção sobre o trabalho desenvolvido com grupo de gestantes, foram unânimes em reconhecer esta proposta como uma atividade relevante e proveitosa. Fato que é relatado nos depoimentos a seguir.

Eu acho que é muito importante. Eu sempre procurei que o pessoal desenvolvesse aqui, até porque não temos muito tempo. Eu acho importante. Porque junta, agrupa. Elas trocam ideias entre si. E sempre o pessoal aborda os temas que são importantes na gestação. E sempre temos bons resultados do que é trabalhado no grupo. (Enf1 UBS1)

Eu acho tudo válido. Eu quando eu entrei na saúde, eu comecei no posto, ali a gente já fazia grupo de gestantes. (AS1 UBS1)

Ao analisar as falas apresentadas foi possível inferir que, para os profissionais entrevistados, o grupo de gestante apresentou-se como um dispositivo fundamental junto à equipe de saúde, pois possibilita a troca de informações entre as gestantes e profissionais. Além da troca de saberes, surge como um espaço onde é possível sanar dúvidas das gestantes por meio de temas que permeiam a gestação.

Achados semelhantes foram encontrados em uma abordagem realizada com grupos de gestantes, a qual revelou que a participação nestes espaços durante a gestação contribuiu para desmitificar e rever crenças. Além disso, permitiu sanar sentimentos de medo e ansiedade relacionados ao ciclo gravídico-puerperal¹¹.

Entende-se que o envolvimento no grupo, possibilita a construção de saberes, estimula a participação do companheiro/acompanhante. Contribuindo para o empoderamento da mulher quanto aos seus direitos, principalmente no processo de parturição.

Nesta perspectiva, as mulheres que participaram de grupos de gestante vivenciaram processos de educação em saúde, compartilharam conhecimentos. Desta forma foi possível realizarem escolhas conscientes sobre suas condutas em relação ao corpo, assim como todas as questões inerentes ao processo do parto⁴.

No entanto, ainda que os profissionais compreendessem a atividade com grupos como produtiva, observou-se que alguns não vivenciaram esta prática em sua unidade. Verbalizando os motivos pelo qual não desenvolvem grupos de gestantes em suas Unidades Básicas de Saúde.

Aqui na UBS, atualmente, não temos implantado grupo de gestante. Já tivemos em outro momento essa iniciativa, e começamos a fazer o grupo de gestantes. Sempre tivemos essa vontade de fazer. Porém, sempre havia certa dificuldade, uma certa não aceitação das gestantes. (Enf3 UBS2)

Temos muitas falhas ainda. Não temos grupos formados, porque há uma demanda muito grande e acabamos não conseguindo atender todos e termos tempo de fazer os grupos. (Med3 UBS2)

É produtivo, apesar de não conseguirmos manter um grupo grande durante muito tempo. (Med1 UBS2)

Conforme os relatos acima, observou-se que embora os profissionais reconhecessem a importância do grupo de gestantes não realizam a atividades grupais atualmente. Percebe-se que tal constatação é decorrente de algumas dificuldades como experiências anteriores negativas, excesso de trabalho, baixa adesão das usuárias às atividades propostas, apresentaram-se como entraves para implementação desta atividade.

Em consonância com os resultados desta pesquisa estão um estudo sobre o planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família cujo tinha o objetivo de identificar como eram planejadas tais ações. Entre as dificuldades encontradas para a realização de práticas educativas estavam a pouca adesão da comunidade, a falta de comprometimento da equipe, o restrito apoio dos gestores, a escassez de recursos financeiros e a falta de espaço físico apropriado¹².

Em contraponto, autores apontaram que a dificuldade de adesão dos usuários ao grupo estava relacionada à utilização de práticas educativas de abordagem tradicional, ou seja, com temas pré-definidos condicionados aos temas elencados como prioritários pelos serviços de saúde, sem a participação do usuário. Outro obstáculo revelado foi a falta de domínio na coordenação de grupos pelos profissionais¹³.

Quanto à importância da realização de grupo de gestantes, os profissionais relataram aspectos positivos sobre a atividade. Ressaltando as trocas de saberes que foram realizadas entre profissionais de saúde e gestantes, esclarecimento de dúvidas e o incentivo à amamentação.

Eu considero importante, por causa da troca de experiência que elas têm. Porque tu mantendo o grupo de gestante, tem várias etapas, tem gestante de tudo que é idade gestacional, tem gestantes iniciando, tem gestantes multíparas, parto normal, parto cesáreo e aí fica aquela troca intensa de experiências. É muito importante. (Med1 UBS2)

É super importante. Tem muitas que são super inseguras, nunca tiveram filhos e as outras que já tiveram, que estão em outras gestações, podem ajudar, contar como é, incentivar a amamentação, várias coisas assim. (Med3 UBS2)

Porque dúvidas que a gente responde para uma, as outras não tinham, na verdade, não pensaram naquele momento, naquela dúvida e acaba se tornando dúvida de todas. A orientação da amamentação é muito importante, elas se divertem, liberam um pouco as suas angústias. (Med4 UBS2)

O trabalho com grupos na atenção básica é uma alternativa para as práticas assistenciais, configurando-se em um recurso que favorece o aprimoramento dos envolvidos tanto no aspecto pessoal quanto no profissional. Tal atividade valoriza os diversos saberes e possibilita a intervenção criativa no processo de saúde-doença de cada indivíduo¹⁴.

A prática de atividades com grupos é responsável pela promoção e construção coletiva do conhecimento. Além disso, possibilita a oportunidade de reflexão sobre a realidade experienciada pelos participantes, favorece a ruptura da relação verticalizada entre profissional-usuário, além de facilitar a expressão de sentimentos, dúvidas e emoções¹⁵.

Ademais, o processo educativo com gestantes, desenvolvido no âmbito grupal fortalece a autonomia e o protagonismo das mulheres e familiares no processo de nascimento. O conhecimento proporcionado nos grupos os capacita para fazerem escolhas na gravidez, no parto, no nascimento e no pós-parto¹¹.

A seguir, os profissionais foram questionados quanto aos benefícios do trabalho com grupos. Por meio dos discursos, percebeu-se que eles reconheceram o grupo como uma prática positiva. Porém, a fala de Med1 UBS1 permite evidenciar que, na UBS1, embora os profissionais destacassem que no grupo as dúvidas eram esclarecidas e orientações realizadas, a atividade era realizada por acadêmicas, como complementação do trabalho dos profissionais.

Na realidade, o que eu vejo, é que, por exemplo, quando eu atendo sempre pergunto se elas têm dúvidas, muitas vezes, elas me dizem assim: "ah, doutora, até ali no grupo as meninas já me explicaram e tal". Então, eu acho isso uma coisa maravilhosa. Por isso, que eu disse que complementa o nosso trabalho, porque na verdade, muitas vezes as acadêmicas de enfermagem esclarecem coisas, que as gestantes não precisam nem perguntar para mim. (Med1 UBS1)

Eu acho que melhora, dá apoio, acho que dá suporte psicológico, mesmo que não tenha o profissional específico da psicologia, da saúde mental. É um momento de troca, onde ela se sente mais segura, tendo os profissionais da saúde para conversar, acho que isso é importante. (Den1 UBS1)

Eu acho que elas trocam mais ideias entre si, recebem mais informação, porque na consulta individual, se faz várias, o próprio procedimento da consulta, às vezes, não permite que tu fale assuntos, como os cuidados com bebê, alimentação, tudo que seria importante. Então, isso é uma coisa que fica, que valoriza bastante, que te evidencia bastante, e até, às vezes, dúvidas que elas não tinham antes, na troca de ideias, elas passam também ter e ter também uma resposta para aquela dúvida. (Enf1 UBS1)

A partir dos depoimentos, compreendeu-se que a realização de atividades educativas em todo ciclo gravídico e puerperal são importantes. No entanto, é durante o pré-natal que a mulher precisa ser orientada, possibilitando-lhe viver a gestação e o puerpério de maneira positiva e esclarecida, o que pode promover menos riscos de complicações e maior êxito na amamentação.

Desta forma, o vínculo entre profissional de saúde e a gestante é fundamental no serviço de saúde, visto que propicia a mulher o exercício do seu papel de cidadã, conferindo-a autonomia no que diz respeito à saúde, direitos de fala, argumentação e escolha respeitada, permitindo ao profissional conhecer a mesma para que colabore com a integração deste na manutenção de sua saúde e redução dos agravos do ciclo gravídico-puerperal¹⁶.

Frente ao exposto, entende-se que, apesar das dificuldades relatadas para a realização de grupo de gestantes, os profissionais precisam focar seus esforços no intuito de superarem os obstáculos, buscando aprender com experiências anteriores, tenham sido elas positivas ou negativas. É necessário que, além da identificação dos entraves, haja um real comprometimento dos profissionais também na elaboração de soluções.

Influência do processo de formação dos profissionais de saúde para o trabalho com grupos de gestantes na UBS

No Brasil, até a década de 1970, o modelo assistencial de saúde vigente era o médico assistencial privatista, baseado na medicina curativa e hospitalocêntrica. No contexto da Reforma Sanitária, destaca-se a VIII Conferência Nacional de Saúde que colocou em discussão a saúde como direito de todos e reformulação do Sistema Nacional de Saúde¹⁷.

Sequencialmente, em 1988, a Constituição Federal deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) baseado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social. Posteriormente, foi instituída a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 que regulamentou as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde¹⁸.

Nesta conjuntura ocorreram mudanças na assistência à saúde. Ao mesmo tempo as instituições de ensino superior vêm sofrendo expressivas modificações no sentido de alterarem suas práticas pedagógicas e implementarem mudanças na formação em saúde com objetivo de formar profissionais comprometidos com novo modelo assistencial, com olhar direcionado para o cuidado integral e humanístico¹⁹.

No que tange aos métodos educativos, a abordagem por meio de grupos destaca-se enquanto atividade educativa coletiva. As técnicas grupais revelam-se como importante ferramenta de trabalho educativo com sujeitos coletivos, principalmente àquelas com perspectiva pedagógica, participativa e dialógica²⁰.

No presente estudo, os profissionais de saúde foram questionados quanto à participação dos mesmos enquanto acadêmicos em grupos de gestantes. Bem como o fornecimento de conhecimento a cerca da metodologia grupal na formação acadêmica dos mesmos.

Nos postos de saúde, fazíamos não como o projeto de extensão que temos das Acadêmicas de Enfermagem. Naquela época, a coisa não era tanto assim, como tem hoje em dia. Mas trabalhamos bastante com grupo, em atividades e tal. (Enf1 UBS1)

Só atendimento, dentro da medicina, no ambulatório. Tu atendias no ambulatório, e fazia atendimento às gestantes. Eu me formei há muito tempo, não era de grupos. Não tínhamos esta formação de grupos, me formei em oitenta. (Med2 UBS2)

De nada, grupo de nada durante a graduação. (Enf2 UBS2)

Não tive essa experiência. (Enf1 UBS2)

Ao refletir sobre os depoimentos, visualiza-se que os profissionais não tiveram suporte teórico-prático durante a formação acadêmica para o desenvolvimento da prática educativa com grupos de gestantes. Além destes aspectos, a fala de Med2 UBS2 revelou uma formação voltada para ações verticalizadas com ênfase no modelo biomédico.

Observou-se que a ausência de práticas educativas, durante a formação dos participantes do estudo, refletiu na dificuldade de trabalhar com grupos em sua prática profissional. Nesta perspectiva, percebeu-se a importância do estímulo e da vivência do trabalho com grupos ainda na graduação, uma vez que o SUS requer profissionais generalistas, críticos e reflexivos capazes de atuarem nos diferentes cenários da saúde.

Conforme os depoimentos de Enf1 UBS1 e Med1 UBS1, na UBS, o grupo de gestantes era desenvolvido pelos acadêmicos. Evidenciando-se a falta de envolvimento de outros profissionais nesta atividade.

Aqui na unidade quem trabalha são as gurias (acadêmicas de enfermagem). A gente faz o atendimento da gestante, não o grupo. (Enf1 UBS1)

Porque quem faz o grupo de gestante são as acadêmicas de enfermagem. Nem eu, nem a enfermeira. Depois que as gestantes terminam o grupo, elas vem ser atendidas por nós (médica e enfermeira). (Med1 UBS1)

Os resultados desta pesquisa reforçam os achados de um estudo realizado no Paraná quando aponta que os profissionais de saúde habituados a trabalhar de maneira essencialmente assistencialista, enfrentam um novo desafio frente a sua atuação com as gestantes. Estes precisam buscar a capacitação profissional constantemente para desempenhar um bom papel em grupos²¹.

No entanto, entende-se que não é só o conhecimento que deve pautar a metodologia grupal, pois a convivência em tal espaço promove a formação de uma rede de solidariedade e de apoio que propicia a transformação de experiências individuais em coletivas. Neste sentido, é de suma importância também a formação de vínculos entre os participantes do grupo e os profissionais de saúde²².

Diante desta perspectiva, a atividade com grupo de gestantes constituiu-se como importante recurso para troca de experiências e conhecimentos.

A gente fazia grupos, conseguíamos juntar mais gestantes, até por causa do horário. Aqui fazemos muito cedo, muitas vezes, os profissionais ainda estão muito envolvidos com o atendimento clínico, isso é um problema nosso. (Den1 UBS1)

Eu gostei. Também vieram os acadêmicos da Universidade Federal, foi bom. Elas trocaram conhecimento, trocavam experiência, ensinaram a dar banho. Teve um que explicou como era a concepção, como o nenê se formava, foi legal. (Enf1 UBS2)

Para mim, era bem interessante. Na verdade, era sempre, tinha dia certo e era um grupo de sala de espera. Elas chegavam todas e enquanto umas iam sendo atendidas, as outras ficavam tendo palestras, sobre várias coisas, amamentação, sobre vários tipos de doença que poderiam ter, sobre prevenção. (Med3 UBS2)

Conforme descritos nos relatos, alguns dos profissionais vivenciaram a experiência de grupo de gestantes de modo satisfatório. Percebe-se que os mesmos relacionaram suas práticas com a participação ativa das usuárias, contribuindo para a construção de saber coletivo por meio de questionamentos entre profissionais-usuários.

No entanto, a fala de Med3 UBS2 permite identificar que o profissional desenvolvia suas atividades sob o prisma tecnicista. Uma vez que traz o entendimento do grupo como palestra, no qual as mulheres permaneciam sentadas e os profissionais discorriam sobre determinados assuntos.

Em contraponto ao modelo tecnicista, a prática grupal permite o aprender e o ensinar em um compartilhamento mútuo. Neste processo, é fundamental que o profissional mediador participe da ação de repensar a construção do conhecimento. Com isso, ele aprende com as discussões e com os conhecimentos dos outros profissionais²³.

As vivências no grupo são essenciais para o crescimento profissional e para o conhecimento das gestantes. Os debates gerados a partir de conhecimentos prévios e as expectativas das gestantes contribuem para que elas se sintam mais seguras²⁴.

Diante do apresentado, compreende-se que a falta de fundamentação teórico-prática durante a formação acadêmica parece ter influência nas práticas atuais dos profissionais de saúde deste estudo, pois embora os profissionais reconheçam o grupo de gestante como atividade fundamental não sentem-se estimulados a mudar sua prática profissional. Tendo em vista, que os profissionais da UBS1 não se encontraram envolvidos com o grupo de gestantes e na UBS2 não ocorria a realização desta prática.

Ressalta-se que, mesmo não vivenciando a prática com grupo durante a formação acadêmica entende-se que os conhecimentos proporcionados ao longo da formação dos profissionais poderiam viabilizar o desenvolvimento de atividades com grupos. Pois o que precisa-se para o trabalho em grupos é o conhecimento prévio sobre o assunto e a vontade de sair da zona de conforto da assistência fundamentada na prática medicalizada.

Além disso, é necessário que o profissional seja dinâmico, motivado a aprender. Uma possibilidade para atualização de conhecimentos é a participação/interação com projetos de extensão desenvolvidos no local de trabalho destes profissionais.

Considerações Finais

No presente estudo, os profissionais de saúde da Atenção Básica identificaram o trabalho com grupos de gestantes como uma atividade importante na atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Eles destacaram o grupo como espaço de troca de conhecimentos e de experiências entre participantes e os profissionais e um cenário que proporciona as mulheres e seus familiares o esclarecimento das dúvidas, incentivo a autonomia na tomada de decisões referentes ao seu processo de gestação, parto e nascimento de seu filho, ao mesmo tempo possibilita a troca de saberes e práticas entre as participantes e coordenadores.

Neste estudo, os participantes relataram como dificuldades para a realização de atividades com grupo de gestante as experiências anteriores negativas, excesso de trabalho e baixa adesão das usuárias as atividades propostas.

Neste sentido, é importante que os profissionais busquem conhecer quais são as expectativas das gestantes sobre o trabalho com grupo. Além disso, propiciar a participação ativa das mulheres em todos os momentos da atividade, desde a listagem dos conteúdos que serão desenvolvidos até o modo como deverão ser trabalhados pode ser, também, uma possibilidade de sucesso nesta atividade.

O estudo também destacou que a maioria dos profissionais de saúde não vivenciou durante a sua formação o trabalho com grupos de gestantes. Aqueles que realizaram atividades com grupos, o fizeram ancorado no modelo biomédico, fundamentado em ações verticalizadas, nas quais o profissional com caráter tecnicista discorria sobre assuntos, enquanto as mulheres assistiam passivamente.

Os resultados encontrados neste estudo apontam lacunas que poderão ser trabalhadas para melhoria dos serviços, no intuito de promover o cuidado integral e humanístico. Sendo que a atividade com grupos de gestante uma ferramenta importante de atenção à gestante, família e comunidade.

Recomenda-se que novos estudos sejam realizados, aprofundando os aspectos que envolvam a baixa adesão das usuárias ao grupo de gestantes. Além deste aspecto, sugere-se estudos ligados ao papel dos profissionais de saúde neste cenário de atuação.

Referências

1. Costa ES, Pinon GMB, Costa TS, Santos RCA, Souza LB. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Rev. Rene*. 2010 abr/jun;11(2):86-93.
2. Pinheiro BC, Bittar, CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal, Rev. Psicol*. 2013;25(3): 585-602.
3. Barbato RG, Corrêa AK, Souza MCBM. Aprender em grupo: experiência de estudantes de enfermagem e implicações para a formação profissional. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010 jan/mar;14(1):48-55.
4. Matos GC, Santos CC, Escobal APL, Soares MC, Meincje SMK. Grupos de gestantes: espaço para promoção do cuidado integral. *Rev Enferm UFPE [internet]* 2015 Mai [acesso em 2015 Set 6];9(5): 27-33. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6682/pdf_7772 doi: 10.5205/reuol.6121-57155-1-ED.0905201506.
5. Picinini CA, Carvalho, FT, Ourique LR, Lopes RS. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psic.: Teor. e Pesq*. 2012 jan-mar;28(1):27-33.
6. Figueiredo JV, Freitas LV, Lima TM, Oliveira AS, Damasceno AKC. Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da enfermagem na construção da cidadania*. *Enfermagem em Foco*. 2010; 1(3):124-128.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec; 2013. 407p.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012: Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadora de pesquisa em seres humanos. [internet] 2012 [acesso em 2015 Mar 20]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
9. Souza AXA, Nóbrega SM, Coutinho MPL. Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. *Psicologia & Sociedade*. 2012;24(3):588-96.
10. Maçola L, Vale IN, Carmona EV. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Rev Esc Enferm*. [internet]. 2010 [acesso em 2015 fev 6]; 44(3): 570-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/04.pdf> doi: 10.1590/S0080-62342010000300004.
11. Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO, Regis MI, Brasil C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(4):719-27.
12. Andrade ACV, Schwalm MT, Ceretta LB, Dagostin VS, Soratto MT. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*. 2013;37(4):439-49.
13. Franco TAV, Silva JLL, Daher DV. Educação em saúde e a pedagogia dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na atenção básica. *Informe-se em promoção da saúde*. 2011;7(2):19-22.
14. Silva MZN, Andrade AB, Bosi MLM. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014 out-dez;38(103):805-16.
15. Diaz C.M.G, Hoffmann IC, Costenaro RGS, Soares RS, Silva BR, Laval BC. Vivências educativas da equipe de saúde em unidade gineco-obstetrícia. *Cogitare Enferm*. [internet] 2010 abr/ jun [acesso em Mar 18]; 15(2):364-367. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17879/11668> doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i2.17879>
16. Gryscek ALFPL, Nichiata, LYI, Fracoli LA, Oliveira MAF, Pinho PH. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari – São Paulo. *Saúde Soc. São Paulo*. 2014;23(2):689-700.
17. Souza BC, Bernardo ARC. O Papel do Enfermeiro no Pré-Natal Realizado no Programa de Saúde da Família–PSF. *Interfaces Científicas. Saúde e Ambiente*. 2013 out;2(1):83-94.
18. Brasil. Ministério da saúde. Lei n.8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. *Diário Oficial da União, Brasília*, 19 set. 1990. Seção1, p.18055.
19. Dias ES, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Revista ciência & saúde coletiva*. 2013;18(6):1613-24.
20. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(1):319-25.
21. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev. Eletr. Enf [Internet]* 2011 abr/jun [acesso em Mai 9];13(2):199-210. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a06.htm doi:<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>.

22. Silva ALS, Nascimento ER, Coelho EAC, Nunes IM. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. Revista cubana de Enfermagem. 2014;30(1):1-10.
23. Borges TS, Alencar G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. Cairu em Revista. Jul/Ago 2014;03(04):19-143.
24. Frigo LF, Silva RM, Boeira GS, Manfio F. A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência. Rev Epidemiol Control Infect. 2012;2(3):113-4.

Joice Ane Teixeira

Endereço para correspondência – Rua Gomes Carneiro, nº 1,
Bairro: Centro, CEP: 96010-610, Pelotas, RS, Brasil.

E-mail: anetxra@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4764437914103104>

Marilu Correa Soares – enfmari@uol.com.br

Ana Paula de Lima Escobal – anapaulaescobal@hotmail.com

Kamila Dias Gonçalves – kamila_goncalves_@hotmail.com

Greice Carvalho de Matos – greicematos1709@hotmail.com

Bruna Madruga Pires da Silva – brunamadrugapires@hotmail.com

Katia da Silva Rocha – katiadasilvarocha@hotmail.com

Enviado em 28 de maio de 2016.

Aceito em 06 de agosto de 2016.

HÁBITOS SEXUAIS E PRÁTICA CONTRACEPTIVA DOS ACADÊMICOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA NO NORTE DE MATO GROSSO

SEXUAL HABITS AND CONTRACEPTIVE PRACTICE OF ACADEMICS FROM A PUBLIC UNIVERSITY IN NORTHERN MATO GROSSO

**Cezar Augusto da Silva Flores¹, Andréia Dulciane Petter²,
Suellen Rodrigues de Oliveira Maier¹, Patrícia Reis Souza³**

RESUMO

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo elucidar os hábitos sexuais dos acadêmicos matriculados na Universidade Federal de Mato Grosso, campus Universitário de Sinop e o uso de contraceptivos e preservativos entre os estudantes. Tratou-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, parecer número 1.072.649/2015. A coleta de dados ocorreu através de questionário autoaplicável contendo 10 questões. Foram incluídos no estudo 135 acadêmicos, matriculados no período letivo de 2015/2. Grande parte dos entrevistados fica exposta a situações de risco de contrair uma IST, uma vez que o uso do método contraceptivo não ocorre em todas as relações sexuais. Os resultados obtidos reforçam a necessidade de investimentos na educação da população e dos acadêmicos em geral, no que se refere às informações necessárias para a utilização correta dos métodos contraceptivos.

Descritores: Inquéritos sobre o Uso de Métodos Contraceptivos; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to elucidate the sexual habits of students enrolled at the Federal University of Mato Grosso, Sinop University campus and the use of contraceptives and condoms among students. This was a descriptive quantitative approach approved by the Ethics Committee of the University Hospital Júlio Muller, opinion number 1072649/2015. The data were collected through self-administered questionnaire containing 10 questions. The study included 135 students enrolled in the school year of 2015/2. Most respondents are exposed to situations of risk of contracting an STI, since the use of contraception does not occur in all sexual relations. The results reinforce the need for investments in public education and academics in general, with regard to the necessary information for the correct use of contraceptive methods.

Descriptors: Contraceptive Prevalence Surveys; Sexually Transmitted Diseases; Education, Nursing.

¹ Mestre em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.

² Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Sinop, MT, Brasil.

³ Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Introdução

O acesso às informações no que concerne à sexualidade e à prática sexual tem ocorrido, precocemente, por parte de adolescentes, que movidos pela curiosidade e/ou busca de prazer acabam tendo a primeira relação sexual. Tal fato pode promover um aumento nos índices de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e de gestações não planejadas entre os jovens, em especial os que ainda encontram-se em idade escolar¹.

Considerando o elevado número de jovens com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), é de suma importância que seja estimulado o uso de práticas contraceptivas com dupla proteção, para que haja prevenção tanto de gestação não planejada quanto de infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) e por outras ISTs².

A prevenção pode ser realizada com o uso dos preservativos (masculino ou feminino), ou ainda, há alternativa de utilizá-los em associação com outros métodos contraceptivos como, anticoncepcional, dispositivo intra-uterino (DIU), tabelinha ou pílula do dia seguinte, ficando tal escolha a critério de cada indivíduo ou de ambos os parceiros².

Diante do exposto, observa-se a necessidade da conscientização dos jovens sobre a prática da relação sexual segura, incentivando o uso do preservativo e outros métodos contraceptivos em todas as relações sexuais.

Vale ressaltar que os métodos anticoncepcionais são distribuídos gratuitamente em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma informação de grande relevância, uma vez que parte da população não possui condições financeiras para adquirir tais métodos, ou ainda, desconhece o fornecimento pela rede básica de saúde².

A grande preocupação em relação às ISTs está no seu poder de disseminação e os danos que as mesmas podem provocar na saúde da população como, distúrbios emocionais graves, doença inflamatórias pélvicas, lesões fetais, infertilidade, câncer, proliferação do vírus HIV e até mesmo a morte⁴. A transmissão ocorre quando uma pessoa contaminada com determinado tipo de doença, seja ela viral ou bacteriana, tem relação sexual desprotegida com outra pessoa sadia³⁻⁵.

Com o objetivo de prevenir a gravidez não planejada, são disponibilizados no mercado diversos métodos contraceptivos, os quais podem ser classificados em métodos de barreira, substâncias medicamentosas ou procedimentos cirúrgicos. Tais métodos podem ser utilizados para a prevenção temporária ou definitiva da gestação. Além disso, é essencial que antes de fazer uso de qualquer método contraceptivo o indivíduo ou o casal conheçam todos os métodos disponíveis para posteriormente escolherem o método que melhor se adaptam.

É fundamental que jovens e a população geral obtenham as informações corretas e tenham acesso a diferentes métodos contraceptivos, entretanto, além disso, é essencial que façam o uso correto dos mesmos. Caso a assistência à saúde não seja realizada corretamente, o conhecimento da população referente aos métodos se torna inadequado o que predispõe a erros no uso, e também, culminam com a resistência dos usuários ao programa de prevenção as doenças⁶.

Sabe-se que quanto maior o nível de escolaridade, mais tarde se dá o início da atividade sexual, o que demonstra que o elevado nível de instrução torna-se um fator para que a primeira relação sexual seja adiada, o que também influencia no uso imediato de métodos contraceptivos desde o início de tais relações. Deste modo, conclui-se que a ausência da utilização de algum método contraceptivo está associada à falta de informação⁷.

Sob este prisma, vislumbrou-se elucidar os hábitos sexuais dos acadêmicos matriculados na Universidade Federal de Mato Grosso, campus Universitário de Sinop e o uso de contraceptivos e preservativos entre os estudantes.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, com abordagem quantitativa, com vistas a responder ao objetivo proposto anteriormente. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Júlio Muller da Universidade Federal do Mato Grosso, sob o protocolo de nº 1.072.649 em 10/06/2015.

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário autoaplicável com questões abertas e fechadas, que abordavam sobre a idade, gênero sexual, estado civil, atividade sexual, conhecimento sobre métodos contraceptivos, métodos contraceptivos utilizados e o motivo da utilização, ou não, de tais métodos. Esta etapa aconteceu no mês de dezembro de 2015, em seguida os dados foram tabelados, quantificados e analisados utilizando-se de estatística simples.

A escolha em realizar a pesquisa no quinto semestre de cada curso, se deu pela intenção de abordar os acadêmicos que estavam cursando a metade de cada curso, uma vez que os cursos que participaram da pesquisa têm um período de integralização mínimo de 9 a 10 semestres, e o total de 220 acadêmicos matriculados.

Participaram do estudo 135 acadêmicos, devidamente matriculados no 5º período dos cursos de Agronomia, Farmácia, Enfermagem, Licenciatura em Ciências Naturais, Medicina Veterinária, Engenharia Agrícola e Ambiental, Engenharia Florestal e Zootecnia da Universidade Federal do Mato Grosso, *campus* Universitário de Sinop, no período letivo de 2015/2, sendo que 85 discentes não concordaram em participar do estudo ou não estavam frequentando regularmente as disciplinas do referido semestre.

A coleta de dados ocorreu em sala de aula e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram entregues os questionários autoaplicáveis, somente aos acadêmicos que estavam em sala de aula no momento da abordagem. Após serem respondidos, os questionários foram devolvidos aos pesquisadores.

A análise de dados foi realizada a partir de estatística simples, com a agregação dos resultados obtidos, de modo a refletir o hábito sexual e as práticas contraceptivas no local do estudo. Para tal, os dados foram tabulados e lançados em uma planilha do programa *Microsoft Excel* para melhor armazenamento e apresentados em forma de gráficos e de tabelas, a fim de trazer a realidade local.

Resultados e Discussão

Em relação ao sexo predominou o gênero feminino com um total de 74 acadêmicas contra 61 acadêmicos do sexo masculino. A variável predominante em relação à idade foi entre 18 e 24 anos, seguido de 25 a 30 anos, acompanhado de 31 a 37 anos, e por fim de 38 a 45 anos, como demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos acadêmicos por faixa etária

Idade	Nº estudantes	%
18 a 24 anos	101	75
25 a 30 anos	26	19
31 a 37 anos	5	4
38 a 45 anos	3	2
Total	135	100%

Fonte: Banco de dados dos autores (2016).

A maioria dos acadêmicos são considerados jovens, tal fato caracteriza um dado importante, uma vez que os mesmos estão saindo da adolescência e entrando na vida adulta, vivenciando novas experiências e muitas vezes sem as informações necessárias para sua proteção.

Muitos adolescentes iniciam sua vida sexual próximo ao ingresso na vida universitária, esses dois eventos representam um marco em direção à autonomia e à independência própria da vida adulta⁸.

Quando questionados sobre o seu estado civil, observamos a distribuição dos acadêmicos conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos acadêmicos por estado civil

Estado Civil	Nº estudantes	%
Solteiro	112	83
Casado	17	13
Convivente	6	4
Total	135	100%

Fonte: Banco de dados dos autores (2016).

Vale ressaltar que dos 83% que se declaram solteiros, 34% estão namorando atualmente, portanto 49% dos acadêmicos não tem parceiro(a) sexual fixo, sendo que esses estão mais propensos à infecção por IST/AIDS do que os que estão namorando ou são casados/convivente, uma vez que os solteiros possuem uma maior probabilidade de exposição a relações sexuais com outros ou múltiplos parceiros⁸.

Em relação à atividade sexual, 95,55% acadêmicos já iniciaram atividade sexual e 4,45% acadêmicos nunca tiveram relação sexual, dados que permitem afirmar que a maioria dos universitários são sexualmente ativos.

Uma das questões listava dez alternativas, a saber: preservativo (camisinha), coito interrompido, tabelinha, temperatura basal, vasectomia, pílula anticoncepcional, muco cervical, DIU, diafragma e laqueadura, a qual tinha como finalidade avaliar o conhecimento dos acadêmicos sobre os métodos contraceptivos, em que os mesmos deveriam assinalar todas as alternativas que consideravam como um método contraceptivo.

De acordo com a Figura 1, os métodos contraceptivos mais conhecidos foram: Pílula anticoncepcional com 121 acadêmicos citando tal método (89%), e 118 acadêmicos que citaram o preservativo (87%). Pode-se perceber que o preservativo é um dos contraceptivos de escolha entre os acadêmicos participantes da pesquisa, embora a preferência por este esteja ligada a outros fatores, que muitas vezes não é a proteção contra as IST/HIV/AIDS. Observou-se que a proporção de usuários de pílula anticoncepcional aumenta entre os participantes que responderam estar namorando, indicando a troca do uso do preservativo por pílula anticoncepcional, destacando que tal fato ocorre quando há o estabelecimento de uma confiança pela relação fixa e amorosa compromissada, onde o uso do preservativo tende a ser interrompido¹⁰.

Por outro lado, observa-se também o conhecimento de métodos contraceptivos de baixa eficácia, como é o caso da tabelinha sendo citado por 30 acadêmicos (22%), e do coito interrompido citado por 10 acadêmicos (7%); métodos que necessitam de amplo conhecimento da fisiologia, para que possam ser utilizados com eficácia¹¹.

Quando questionados sobre os métodos contraceptivos reversíveis e os definitivos, apresentaram conhecimento significativo, como apresentado na Figura 1. Entretanto na pergunta de número oito (08) do questionário, nenhum estudante relatou o uso de métodos definitivos, acredita-se que não tenham ocorrido relatos de tais métodos por possuírem idade entre 18 a 24 anos, considerados ainda jovens para realizar um método contraceptivo definitivo.

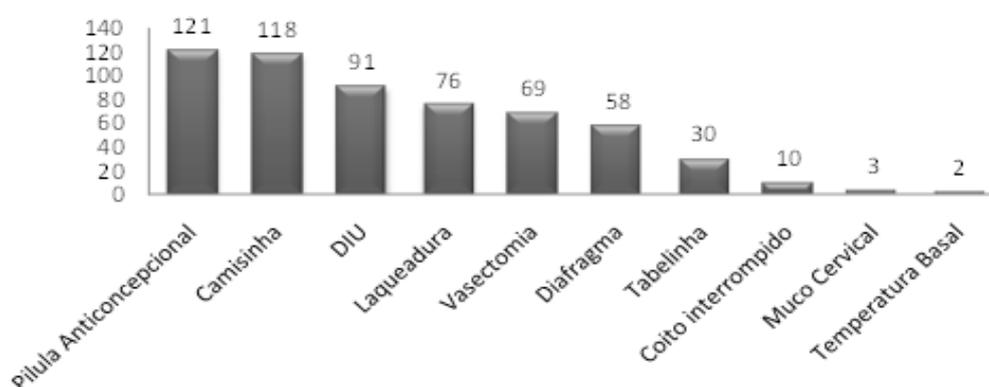


Figura 1- Distribuição dos acadêmicos sexualmente ativos UFMT/Sinop de acordo com os conhecimentos sobre os métodos contraceptivos.

Os acadêmicos demonstraram pouco conhecimento quanto aos métodos de temperatura basal e do muco cervical, sendo citados por apenas dois e três estudantes, respectivamente (1% e 2%), tais dados representam uma estatística que hipoteticamente reflete ao não uso de tais métodos, o que pode ser considerado uma atitude positiva uma vez que os mesmos apenas têm o intuito de prevenir a gestação não planejada, e assim são considerados como métodos não confiáveis, em que a taxa de prevenção contra as IST é nula; esses métodos devem ser evitados por terem altas chances de contaminação por IST⁹.

Esses resultados demonstram que os acadêmicos possuem conhecimento sobre os métodos contraceptivos, e verifica-se que o conhecimento sobre esses métodos está ligado positivamente com os conhecimentos sobre as IST e com as atitudes de prevenção, diminuindo o comportamento de risco¹². Desta forma, faz-se necessária à implementação de estratégias que permitam a esses jovens graduandos conscientizar-se sobre a importância dessas associações¹³.

Quando indagados sobre de quem é a responsabilidade em usar os métodos anticoncepcionais, a maioria dos acadêmicos respondeu que é tanto do homem quanto da mulher, representando 121 acadêmicos (89,6%). No entanto, sete acadêmicos (5%) acreditam que a responsabilidade seja principalmente da mulher, dois (1,4%) responderam que a responsabilidade é principalmente do homem e 11 (8,1%) informam que depende do momento e da necessidade de utilização de determinados métodos.

Tais resultados mostram que parece haver certo desencontro entre compreender as responsabilidades de homens e mulheres, relacionadas ao controle de reprodução. Reforça ainda a mulher como a principal responsável pelas questões reprodutivas, uma vez que a assistência está voltada, predominantemente, para ela, não oferecendo oportunidades de participação masculina¹⁴.

A Figura 2 apresenta a frequência do uso de métodos contraceptivos, observa-se que tais dados são preocupantes, já que foi demonstrado que grande parte dos entrevistados fica exposta a situações de risco de contrair uma IST, uma vez que o uso do método contraceptivo não ocorre em todas as relações sexuais. Podemos observar que apesar das mulheres possuírem conhecimento sobre os riscos da exposição sexual desprotegida, elas não usam o preservativo em relacionamento estável devido à ausência de poder de decisão, e por questões relacionadas à fidelidade¹⁵.

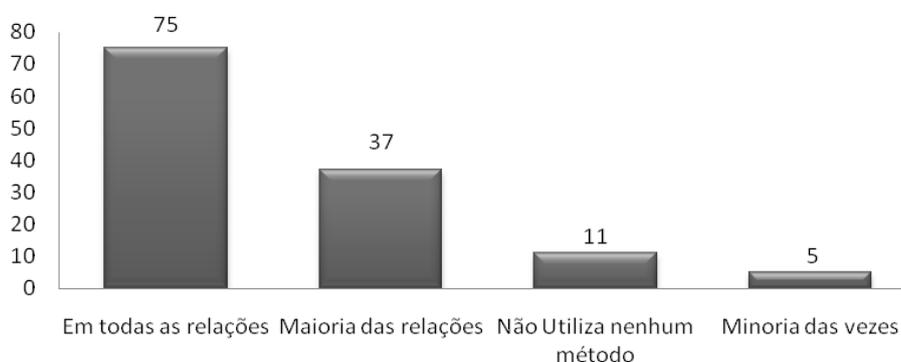


Figura 2 - Frequência do uso de métodos contraceptivos pelos acadêmicos UFMT/Sinop.

Já a Figura 3 demonstra qual o método contraceptivo utilizado, 96 (53%) dos entrevistados responderam que utilizam preservativo, 35 (59%) pílula anticoncepcional, 18 (10%) pílula do dia seguinte, e oito (4%) responderam que utilizam outros métodos, entre eles o método Billings, anticoncepcional injetável, coito interrompido e a não utilização de métodos contraceptivos por crenças religiosas.

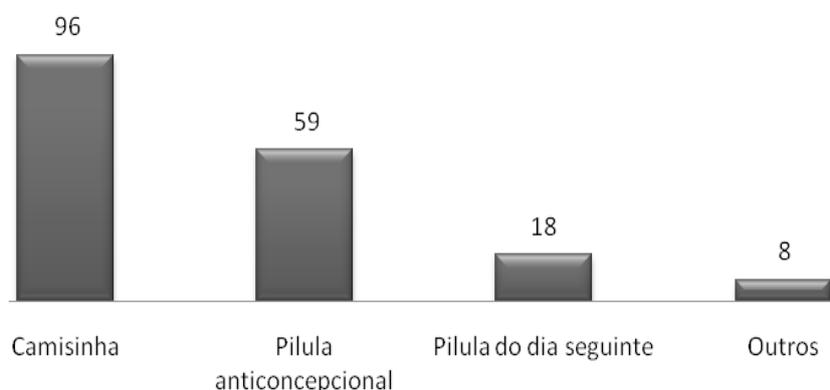


Figura 3 - Descrição do método anticoncepcional utilizado pelos acadêmicos UFMT/Sinop.

O método Billings se assemelha ao método do muco cervical, que consiste na verificação das características do muco cervical. O coito interrompido e a não utilização por motivos religiosos, também foram citados, o que aumenta o fator de risco de exposição às ISTs, já que os mesmos podem ser utilizados apenas como prevenção de gestações não planejadas, e não como método de prevenção contra as ISTs¹⁶.

O coito interrompido é um dos métodos menos eficaz, um método usuário dependente, sendo o risco de gravidez maior no caso de o homem não retirar o pênis da vagina antes da ejaculação, ocorrendo cerca de 27 gestações por 100 mulheres cujo parceiro utiliza o coito interrompido no primeiro ano; portanto, a maioria dos acadêmicos mostrou conhecimento correto sobre o mesmo¹⁷.

Um participante do estudo relatou não fazer o uso de nenhum método contraceptivo por ser “homofóbica”, o que demonstra certo desconhecimento sobre o assunto, tanto sobre homofobia quanto para o uso de métodos contraceptivos, o que limitou a interpretação da resposta.

Perguntamos qual motivo de escolherem o método anticoncepcional utilizado e os resultados demonstraram que os principais motivos citados foram a prevenção de IST/AIDS e a gestação não planejada como pode-se observar na Figura 4.

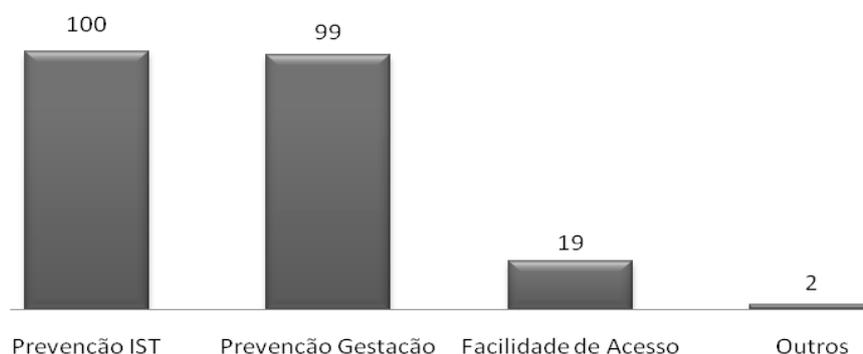


Figura 4 - Motivo da escolha do método anticoncepcional utilizado pelos acadêmicos UFMT/Sinop entrevistados. *IST: Infecção Sexualmente Transmissível

O preservativo, tanto masculino quanto feminino, é o método mais eficaz para a proteção contra a transmissão de IST/AIDS, além de oferecer proteção adicional como contraceptivo, se constituindo o único método que oferece essa dupla efetividade⁸.

Os dados mostram que embora os acadêmicos apresentem práticas voltadas para a prevenção de IST/AIDS a preocupação maior continua sendo a gravidez não planejada, essas dão lugar a práticas menos seguras, em algumas situações, principalmente quando as atividades sexuais ocorrem em relações estáveis, esquecendo das relações antecedentes dos parceiros e acreditando na fidelidade do mesmo.

Quando perguntado se já haviam entrado em contato com algum tipo de IST, apenas cinco acadêmicos (4%) responderam que sim, e todos citaram que obtiveram contaminação por herpes genital. Quando comparadas as respostas desses cinco entrevistados que já apresentaram IST, três foram do sexo feminino e dois do sexo masculino. A idade variou entre 19 e 30 anos. Quanto ao estado civil, quatro são solteiros e apenas um é casado. Os cinco concordam que a responsabilidade em usar os métodos contraceptivos é tanto do homem quanto da mulher. Quatro afirmaram que usam algum tipo de método contraceptivo na maioria das relações e um respondeu que usa na minoria das vezes. Quanto ao método utilizado, dois responderam que usam preservativos e pílula anticoncepcional, dois responderam que usam somente preservativos e um utiliza do método Billings.

Dado o constrangimento gerado quando se aborda o tema “aquisição das IST” e também o desconhecimento sobre sua ocorrência, obteve-se um reduzido número de pessoas que afirmaram ter adquirido uma IST, o que impossibilitou melhores interpretações. Acreditasse que nesta pesquisa os entrevistados possam ter omitido sobre uma possível contaminação, por ser um dado extremamente pessoal, em que são englobados muitos mitos e preconceitos.

Considerações Finais

Podemos concluir que mesmo lidando com pessoas de um maior grau de escolaridade, ainda se faz necessária a implantação de políticas educacionais quando se diz respeito à sexualidade, visando à orientação desses jovens acadêmicos quanto às práticas sexuais seguras, a fim de reduzir a incidência de IST/AIDS e gravidez não planejada e tornar essa população mais responsável, atenta e seletiva quanto aos cuidados com a sua saúde e a dos seus parceiros. Além disso, a educação em saúde sexual pode promover a disseminação de informações confiáveis e consequentemente diminuir a exposição dos jovens a riscos que prejudiquem a saúde.

Sabemos que somente a informação não é suficiente, é necessário conhecer os hábitos e o que essa população realmente pensa e deseja, para constatar se existem lacunas nas ações de saúde e educação voltadas para a vida sexual e reprodutiva dos jovens, chamando a atenção para a importância de que se aposte na educação sexual como estratégia da saúde sexual e reprodutiva.

Os resultados obtidos reforçam a necessidade de investimentos na educação dos acadêmicos e da população geral. Principalmente no que se refere à formação do cidadão, capacitando-o para lutar pelos seus direitos, entre os quais o acesso a informações necessárias para a prática da utilização de métodos contraceptivos, sejam eles para prevenção de IST/HIV ou da gestação não planejada.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília 2009; 2: 1-52. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf>. Acesso 28 mar de 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. Brasília 2002; 4(40): 1-150. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em 05 abr 2015.
- SPINDOLA T, PIMENTEL MRRA, BARROS AS, FRANCO VQ, FERREIRA LEM. Produção de conhecimento acerca das doenças sexualmente transmissíveis na população jovem: pesquisa bibliométrica. J. res.: fundam. care. online [periódico na Internet]. 2015 jul/set [citado 2016 maio 10]; 7(3): 3037-3049. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4644/pdf_1668. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i3.3037-3049.
- VIANA LC, GEBER S. Ginecologia. 3 edição. Editora MedBooc, Rio de Janeiro, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva.– Brasília 2009; 22: 1-300. Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/noticias/542/CAB_Saude_Sexual_e_Reprodutiva.pdf>. Acesso em 31 mar 2015.
- LOPEZ LM, GREY TW, TOLLEY EE, CHEN M. Brief educational strategies for improving contraception use in young people. Cochrane Library. [periódico na Internet]. 2016 Mar [citado 2016 jun 20]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012025.pub2/abstract;jsessionid=0BDF3AE0404AB835881572A552C14B49.f01t02>. doi: 10.1002/14651858.CD012025.pub2.
- COSTA GPO, GUERRA AQS, ARAÚJO ACPF. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre contracepção para adolescentes. J. res.: fundam. care. [periódico na Internet]. 2016 jan/mar [citado 2016 Fev 01]; 8(1): 3597-3608. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3131/pdf_1763. doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3597-3608.
- SOUZA CP, PIANTINO CB, QUEIROZ CA, MAIA MAC, FORTUNA CM, ANDRADE RD. Incidência de transmissão vertical do HIV entre gestantes soropositivas cadastradas em um serviço de referência regional. J. res.: fundam. care. [periódico na Internet]. 2016 abr/jun [citado 2016 abr 07]; 8(2): 4526-4537. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4964/pdf_1911. doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4526-4537.
- SILVACD, MARTINS GDM, FONSECAAD, GOMES VLO. Métodos Contraceptivos: conhecimento e prática de formandos em enfermagem. Revenferm UFPE [periódico na Internet]. 2013 nov [citado 2016 fev 23]; 7(11):6322-8. Disponível em <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5048/7666>. doi.: 10.5205/reuol.3794-32322-1-ED.0711201302.

10. MORRIS JL, RUSHWAN H. Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. [periódico na Internet]. 2015 fev [citado 2016 Jul 01]; 131: S40-S42. Disponível em: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(15\)00085-5/pdf](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(15)00085-5/pdf). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.006>.
11. DELATORRE MZ, DIAS ACG. Conhecimento e prática sobre métodos contraceptivos em estudantes universitários. *Revista da SPAGESP*. [periódico na Internet]. 2015 [citado 2016 jan 28]; 16(1): 60-73. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v16n1/v16n1a06.pdf>.
12. LUNA IT, COSTA AGM, COSTA MS, ALVES MDS, VIEIRA NFC, PINHEIRO PNC. Conhecimento e Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes em situação de rua. *Cienc Cuid Saúde*. [periódico na Internet]. 2013 abr/jun [citado 2016 jul 10]; 12(2): 346-355. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v12n2/19.pdf>. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v12i2.18693.
13. DANTAS KTB, SPÍNDOLA T, TEIXEIRA SVB, LEMOS ACM, FERREIRA LEM. Jovens universitários e o conhecimento acerca das doenças sexualmente transmissíveis – contribuição para cuidar em enfermagem. *J. res.: fundam. care*. [periódico na Internet]. 2015 jul/set [citado 2016 mar 01]; 7(3): 3020-3026. Disponível: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4689/pdf_1666. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i3.3020-3036.
14. MORAIS ACB, FERREIRA AG, ALMEIDA KL, QUIRINO GS. Participação masculina no planejamento familiar e seus fatores intervenientes. *Rev Enfermagem UFSM*. [periódico na Internet]. 2014 jul/set [citado 2016 jun 25]; 4(3): 498-508. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/9998/pdf>. doi.: 10.5902/217976929998.
15. OLIVEIRA JG, ARAÚJO JL, ALCHIERI JC, PEREIRA AKAM, NASCIMENTO EGC, VASCONCELOS RB. Conhecimento e comportamento sexual dos universitários diante a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. *Revista Baiana da Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2013 jul/set [citado 2016 mar 23]; 37(3): 702-724. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n3/a4470.pdf>.
16. UCHIMURA NS, UCHIMURA TT, ALMEIDA LMM, PEREGO DM, UCHIMURA LYT. Conhecimento, aceitabilidade e uso do método billings de planejamento familiar natural. *Rev Gaúcha Enferm*. [periódico na Internet] 2011 set [citado 2016 fev 07]; 32(3): 516-23. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300012. doi: dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300012.
17. Organização Mundial de Saúde; Escola Bloomberg de Saúde Pública; Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins. *Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde*. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007. Disponível em <http://www.reprolatina.org.br/site/pdfs/HANDBOOK_PORT.pdf> acesso 23 fev 2016.

Cezar Augusto da Silva Flores

Endereço para correspondência – Rua: Sicília, n°: 794,
Bairro: Residencial Florença, CEP: 78555-402, Sinop, MG, Brasil.

E-mail: cezarflores2010@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3840945833187621>

Andréia Dulciane Petter – andrea_petter@hotmail.com

Suellen Rodrigues de Oliveira Maier – suellen_enf2004@hotmail.com

Patrícia Reis Souza – patriciareisenfermagem@hotmail.com

Enviado em 30 de maio de 2016.
Aceito em 23 de setembro de 2016.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SOCIAL DA FIBROSE CÍSTICA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

EPIDEMIOLOGICAL AND SOCIAL PROFILE OF CYSTIC FIBROSIS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

**Sueli Maria dos Reis Santos¹, Mayara Dias Barroso²,
Thaís Rothier Duarte², Maria Cristina Pinto de Jesus³**

RESUMO

Objetivo: verificar o perfil epidemiológico e social da Fibrose Cística na infância e adolescência. **Metodologia:** estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Participaram 26 crianças e adolescentes com Fibrose Cística e seus responsáveis. Coletaram-se os dados utilizando um formulário e entrevista semiestruturada gravada em áudio. Para análise utilizou-se estatística descritiva e técnica de análise temática de conteúdo. **Resultados:** 34,6% idade entre 10 e 14 anos; 69,2% sexo masculino; 65,3% cor da pele branca; maioria morava em perímetro urbano; todos com idade superior a três anos frequentavam escola; 46,2% não tinham irmãos; 92,4% professavam alguma religião; 38,4% renda de um salário mínimo; 38,4% várias hospitalizações. **Conclusão:** doença precisa ser melhor divulgada. Para cuidar e conviver com a enfermidade a família apóia na espiritualidade para sustentar a esperança. A proporção de adultos com Fibrose Cística cresce progressivamente, gerando novas demandas para os serviços de saúde.

Descritores: Fibrose Cística; Infância; Adolescência; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Verify the epidemiological and social profile of the Cystic Fibrosis in childhood and adolescence. **Methodology:** Exploratory and descriptive study, with a quantitative and qualitative approach. The participants were 26 children and adolescents with Cystic Fibrosis and their caregivers. The data was collected using a form and a semistructured interview recorded in audio. They were statistically analyzed, arranged in table and graph and interviews were submitted to a thematic analysis technique of content. **Results:** Predominant age between 10 and 14 years; 69.2% male; 65.3% white skin color; Most lived in urban area; all above three years old were attending school; 46.2% had no brothers; 92.4% professed some religion; 38.4% income of a minimum wage; 38.4% several hospitalizations. **Conclusion:** disease needs to be better publicized. To care for and live with the illness, the family supports their spirituality to sustain hope. The proportion of adults with Cystic Fibrosis grows progressively, generating new demands for health services.

Descriptors: Cystic Fibrosis; Childhood; Adolescence; Nursing.

¹ Doutora em Comunicação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Enfermeira pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil.

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

Introdução

A Fibrose Cística (FC) foi reconhecida nos últimos 70 anos como a doença hereditária mais importante e potencialmente letal. É uma enfermidade com acometimento multissistêmico que afeta as glândulas exócrinas e pode ocorrer em diversas células epiteliais, incluindo ductos de suor e pancreáticos, vias aéreas e biliares, intestino e vasos deferentes¹. Devido à característica genética da FC, com o reconhecimento de mais de mil mutações até o momento, são diversas as manifestações clínicas, dentre elas as principais são a afecção sinopulmonar crônica e a insuficiência pancreática exócrina²⁻³.

Uma das mutações é causada no gene *cystic fibrosis transmembrane conductance regulator* (CFTR), localizado no braço longo do cromossomo 7 *locus* q31. A alteração genética mais relatada é a delta F508, descrita pela supressão de três nucleotídeos inseridos na região do códon 508, levando à ausência do resíduo de fenilalanina e um defeito intracelular no mecanismo de processamento da proteína de 1.480 aminoácidos codificada pelo gene CFTR¹.

A Organização Mundial de Saúde (1971) recomendou as seguintes ações nos serviços de atendimento aos fibrocísticos dos países em desenvolvimento: triagem neonatal para determinar a incidência e identificar os recém-nascidos afetados; implementação dos laboratórios para identificar as mutações da FC; desenvolvimento de centros de diagnóstico e de tratamento com equipe multidisciplinar; estabelecimento de uma organização nacional envolvendo familiares, amigos dos fibrocísticos e outros voluntários; estabelecimento de um registro nacional; divulgação sobre esta condição para profissionais de saúde, autoridades públicas e população geral e aumento da colaboração entre os grupos e outras organizações, incluindo a indústria farmacêutica⁴.

Em 2001, com a reavaliação da Triagem Neonatal no Sistema Único de Saúde (SUS), ocorre a publicação da Portaria GM/MS n.º 822, de 6 de junho de 2001, criando o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Dentre os objetivos deste, destaca-se a ampliação do leque de patologias triadas, dentre elas a FC. O PNTN determina que a triagem envolva a realização do exame laboratorial, a busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o tratamento e o acompanhamento multidisciplinar especializado das crianças. Assim, passa-se a atuar na prevenção e na redução da morbimortalidade provocada pelas patologias triadas⁵.

A suspeição da FC ocorre devido à clínica da doença e aos sinais e sintomas que podem ocorrer nas primeiras semanas de vida. A criança apresenta má absorção, infecções respiratórias recorrentes, suor salgado e ocorrência de íleo meconial. Após o diagnóstico, o tratamento é complexo e demanda rotina exigindo cuidados específicos, a exemplo de manter os pulmões limpos para redução do risco de infecções pulmonares (aerossóis e fisioterapia respiratória), ingestão adequada de líquidos e manutenção de um bom estado nutricional (suplementação de nutrientes e enzimas pancreáticas). Quando há infecção em vigência, antibióticos são necessários, requerendo muitas vezes a hospitalização do paciente³. Para que a terapêutica e a minimização dos danos ao organismo sejam realizados efetivamente, é preciso a compreensão da doença e do seu tratamento⁶.

Nos Estados Unidos, a incidência da doença é variável: na etnia branca, vai de 1: 1.200 a 1: 10.000 nascidos vivos, sendo, na raça negra, 1: 17.000 e 1: 90.000 em mongóis. No sexo masculino, sua incidência é maior que no feminino e a sobrevida mais longa. A expectativa de vida para um recém-nascido com fibrose cística é de 40 anos⁶.

Estudo aponta que, no Brasil, a incidência da FC tem sido estimada em 1:7.000 nascimentos, com variações regionais de acordo com a miscigenação local. Segundo o Grupo Brasileiro de Estudos de Fibrose Cística nos anos de 2009 a 2011, foram registrados 859 (47,8%) casos de FC na região Sudeste, 464 (25,7%) no Sul, 380 (21,1%) no Nordeste, 63 (3,5 %) no Norte e 20 casos (1,1%) no Centro-Oeste. Em 2014, observou-se uma redução da proporção de casos da região Sul e Sudeste e aumento na proporção de casos registrados no Centro Oeste, Norte e Nordeste⁷.

Por outro lado, estimar a prevalência da FC é difícil por várias razões, dentre estas, destacam-se o elevado número de mutações, a alta taxa de miscigenação, que tem como consequência a heterogeneidade alélica do gene CFTR, sendo a frequência das mutações variável entre os estados da federação. Destaca-se, também, que a heterogeneidade clínica contribui para dificuldade diagnóstica, podendo haver retardo ou não diagnóstico da doença, culminando com a morte precoce de pacientes. Outro fato importante é a limitação de testes diagnósticos, como a triagem neonatal que ainda não é abrangente em todo o território nacional. Esses fatores, associados à falta de estudos epidemiológicos, fazem com que a FC seja ainda uma doença subdiagnosticada⁸.

Convivendo com crianças e adolescentes com FC, acompanhados na atenção secundária e terciária de saúde, em uma instituição de ensino e assistência aos usuários do SUS, em um município de médio porte do Estado de Minas

Gerais, verificou-se o espaço de atuação do enfermeiro, cujo conhecimento sobre o perfil epidemiológico e social da FC pode contribuir no atendimento e prestação de cuidados a esta clientela e a sua família.

Tomando por base a contextualização acerca das implicações da FC na vida da pessoa, o presente estudo teve como objetivo verificar o perfil epidemiológico e social da FC na infância e na adolescência.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no Centro de Tratamento em Fibrose Cística de um hospital de ensino, vinculado ao SUS, referência para os residentes nos estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro.

Foram incluídos no estudo crianças e adolescentes com diagnóstico confirmado de FC e o responsável, residente no mesmo domicílio. A definição da faixa etária para classificação da criança ou adolescente pautou-se no Estatuto da Criança e do Adolescente, Art. 2º: Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade, incompleto, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade⁹.

Coletaram-se os dados com responsáveis por 26 crianças e adolescentes cadastradas e acompanhadas no centro de tratamento, no período de abril a julho de 2016. As informações referentes aos aspectos epidemiológicos foram coletadas preenchendo o formulário com iniciais do nome, idade, sexo, cor da pele, escolaridade, número de irmãos, religião, renda familiar, naturalidade, domicílio, local moradia, número de internações, comorbidades. As informações sobre os aspectos sociais relacionados à FC, como o tempo e o local de diagnóstico, adesão ao tratamento e como conviver com a enfermidade, foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada, gravada em áudio, com responsáveis das crianças e adolescentes, tendo como questão norteadora: Como é conviver e enfrentar o tratamento da FC?

Em atendimento à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o Projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos, Parecer nº 1.459.551, CAAE 53571316.8.0000.5147 e os dados foram coletados com aquiescência dos entrevistados, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido¹⁰.

A delimitação do número de entrevistados foi definida na 17ª entrevista a partir da redundância nas falas e que foram suficientes para desvelar o fenômeno investigado.

As informações obtidas foram digitadas em um banco de dados eletrônico no *Microsoft Excel*, inicialmente submetidas a uma análise exploratória dos dados. Conforme a variável, apresentou-se a tabela de frequências (variáveis categóricas ou numéricas que foram categorizadas) ou a estatística descritiva. Os resultados dessas análises foram organizados em tabela e gráficos.

As entrevistas foram analisadas utilizando a técnica de análise temática de conteúdo. A partir da transcrição integral das mesmas e leitura exaustiva do material empírico, os fragmentos dos depoimentos foram selecionados, agrupados em conformidade com a semelhança dos relatos e posteriormente apreendendo as ideias relevantes¹¹.

Para garantir o sigilo das informações e o anonimato dos participantes da pesquisa, as entrevistas foram identificadas pela letra "F" seguida de um número em ordem crescente de um a 17 (F1, F2... F17).

Resultados e discussão

O presente estudo ao investigar os aspectos epidemiológicos da FC procurou identificar os fatores que determinam a frequência e a distribuição da FC no coletivo de crianças e de adolescentes. Para aprofundar a verificação dos aspectos sociais buscou-se desvelar o fenômeno do conviver e enfrentar o tratamento da doença na visão de responsáveis por pacientes acompanhados no Centro de Tratamento em Fibrose Cística. Assim, o método qualitativo utilizado além de apropriado ao objeto da investigação, ofereceu elementos teóricos para a análise e operacionalmente foi exequível¹².

Foram estudados 16 crianças e dez adolescentes com diagnóstico de FC, com idade entre quatro meses e 17 anos e 8 meses. A maioria é natural de Juiz de Fora 10(38,4%), a seguir Ubá com três (11,5%) pessoas. Ainda quanto às características epidemiológicas gerais, observou-se que a maior parte 12(46,1%) morava em perímetro urbano, em bairros periféricos de Juiz de Fora. As crianças com idade superior a três anos frequentavam escola e um adolescente de 17 anos concluiu o ensino médio. Quanto ao número de irmãos, 12(46,2%) não os tinham e 14(53,8%) o número de irmãos variava de um a quatro. Observou-se que 24(92,4%) professavam alguma religião, católica 15(57,6%) e

evangélica sete (26,9%). A renda familiar de 16(61,5%) participantes foi entre dois e cinco salários mínimos. Do total de participantes, sete (26,9%) percebiam benefício da Lei Orçamentária de Assistência Social – LOAS.

Tabela 1 - Distribuição dos 26 crianças e adolescentes com Fibrose Cística, segundo os aspectos epidemiológicos gerais. Juiz de Fora - MG 2016.

Aspectos Epidemiológicos	N=26	%	Aspectos Epidemiológicos	N=26	%
Natural			Domicílio		
Astolfo Dutra	01	3,8	Astolfo Dutra	02	7,6
Barbacena	02	7,6	Barbacena	02	7,6
Carangola	01	3,8	Carangola	01	3,8
Juiz de Fora	10	38,4	Juiz de Fora	12	46,1
Leopoldina	01	3,8	Leopoldina	02	7,6
Matias Barbosa	01	3,8	Matias Barbosa	01	3,8
Três Rios	01	3,8	Três Rios	01	3,8
Ubá	03	11,5	Ubá	01	3,8
Volta Grande	01	3,8	Volta Grande	01	3,8
Santos Dumont	01	3,8	Piraúba	01	3,8
Portugal	01	3,8	Fervedouro	01	3,8
Cataguases	01	3,8	Piau	01	3,8
Muriaé	01	3,8			
Petrópolis	01	3,8			
Escolaridade			Número de Irmãos		
Não frequentam			Nenhum	12	46,1
Pré-escola	02	7,6	1 - 2	07	26,9
Ensino Básico	05	19,2	3 - 4	07	26,9
1º ano	02	7,6			
2º ano	02	7,6	Religião		
3º ano	02	7,6	Não têm	02	7,6
4º ano	00	00	Católica	15	57,6
5º ano	02	7,6	Evangélica	07	26,9
6º ano	05	19,2	Espírita	02	7,6
7º ano	02	7,6			
8º ano	01	3,8	Renda Familiar		
9º ano	01	3,8	Até 1 salário	10	38,4
Ensino Médio	02	7,6	2 - 5 salários	16	61,5

Fonte: Dados dos pacientes cadastrados no Centro de Tratamento em Fibrose Cística

A expectativa de vida varia de acordo com o grau de desenvolvimento socioeconômico e científico dos pais, condições de tratamento e idade da criança ao diagnóstico¹³.

A legislação brasileira, através da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, no inciso XIV do Art. 6º, confere benefícios e direitos especiais aos portadores de doenças graves: portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida¹⁴.

A LOAS, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, contempla com o benefício às pessoas idosas acima de 65 anos ou ainda pessoas que tenham alguma deficiência que as incapacite para o trabalho e para a própria vida diária, tornando-as dependentes de terceiros. Para fazer jus ao benefício, a renda familiar deve ser de até 1/4 do salário mínimo em vigor, por pessoa do grupo familiar, incluindo o próprio requerente¹⁵. Em 1995, com a aprovação da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995 (Art. 30, § 2º), foi incluída a doença “fibrose cística – mucoviscidose” no inciso XIV, do art. 6º, da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988¹⁶.

Quanto aos sinais e sintomas sugestivos de fibrose cística, dos 26 participantes da pesquisa, seis (23,1%) foram acometidos por íleo meconial e um (3,8%) tinha hérnia inguinal. Foram referidas afecções respiratórias associadas à FC, como rinite, sinusite, pneumonia, bronquite e asma. Em relação a outras doenças associadas à FC, destacam-se dois (7,7%) adolescentes com *Diabetes mellitus* e um (3,9%) com cardiopatia e transtorno psiquiátrico.

Questionados sobre necessidade de hospitalização, nove (34,6%) não experienciaram esse evento, enquanto 10(38,4%) precisaram ser internados várias vezes (de três a dez internações).

Em um estudo sobre o estigma da fibrose cística, os autores afirmam que esta enfermidade afeta especialmente pessoas de etnia branca e tem como manifestações clínicas disfunção gastrintestinais como diarreia crônica, com fezes volumosas, gordurosas, pálidas, desnutrição crônica, íleo meconial, prolapso retal, insuficiência pancreática, constipação e refluxo gastroesofágico. As disfunções respiratórias pautam-se na infecção crônica de vias aéreas, doença pulmonar obstrutiva crônica progressiva, pneumotórax, hemoptise e pólipos nasais¹⁷.

Crianças e adolescentes com doença crônica necessitam de internações sistemáticas e frequentes e, para diminuir as incertezas e as tristezas do paciente e de seus familiares, o profissional deve ter o domínio das informações sobre a enfermidade, buscando minimizar erros de conduta no atendimento desta população¹⁸. A evolução da FC pode ser acidentada por hospitalizações, cirurgias, limitações físicas, dependência de tecnologia e o transplante pulmonar, levando os familiares e os pacientes a conviver com esta condição¹⁹.

No presente estudo predominou a faixa etária entre 10 e 14 anos, nove (34,6%). Esses dados convergem com os apresentados no Relatório de 2014 do Grupo Brasileiro de Estudos de Fibrose Cística. De 216 casos de fibrose cística, 75,4% eram menores de 18 anos. No período de 2009 a 2014, ocorreu uma redução de 6% nesta faixa etária e um aumento de 5% nos maiores de 18 anos⁷.

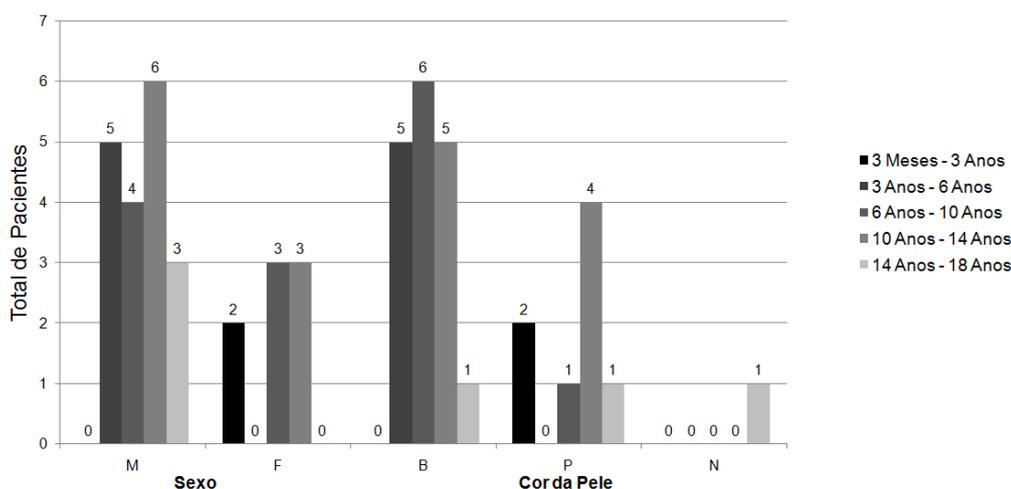


Figura 1 - Distribuição das 26 crianças e adolescentes com Fibrose Cística, segundo os aspectos epidemiológicos gerais: idade, sexo e cor da pele. Juiz de Fora – MG 2016

Fonte: Dados dos pacientes cadastrados no Centro de Tratamento em Fibrose Cística

Verificou-se que a maioria dos participantes era do sexo masculino 18(69,2%); a cor da pele, 17(65,3%) branca, oito (30,7%) parda e apenas um de cor negra. Segundo dados do Relatório de 2014 do Grupo Brasileiro de Estudos de Fibrose Cística, considerando o registro de 2924 casos de FC registrados no Brasil, 52,8% era do sexo masculino e 69,4% se autodeclararam com pele branca. Estes dados corroboram os achados da presente pesquisa⁷.

Na América Latina, no Uruguai e na Argentina, cerca de 90% da população e de origem Caucasoide, enquanto no México, Colômbia e Chile, 57% a 87% são mestiços (Caucasoides com Ameríndios). Ainda no Uruguai, Equador, Colômbia, Venezuela e Brasil, há afrodescendentes. Devido a mistura étnica, o mapeamento das mutações mostra-se complexo, sendo mais frequente a F508del, principalmente em países com grande contribuição dos Caucasoides na sua composição étnica. Algumas mutações são específicas de determinadas regiões, como na Colômbia e no México, em que, respectivamente, 14% a 25% dos alelos CFTR de pacientes fibrocísticos são de mutações raras e únicas destes países. No Brasil, embora a F508del seja a mutação mais comum, sua frequência fica em torno de 47,7%, sendo menos frequente do que na Europa e nos Estados Unidos²⁰.

A suspeição para FC é realizada inicialmente através da triagem neonatal, por meio do teste do pezinho. A dosagem da tripsina imunorreativa (TIR) nos fibrocísticos se encontra elevada até o primeiro mês de vida. Com a repetição do exame, de preferência antes que o neonato atinja o 30º dia de vida, se o resultado indicar alteração nos valores de tripsina, o diagnóstico é confirmado ou excluído pelo teste do suor, que é tido como padrão ouro para o diagnóstico da doença²¹.

No presente estudo, 16(61,5%) de crianças e de adolescentes foram diagnosticados através da triagem neonatal com idade inferior a quatro meses, enquanto seis (23%) foram diagnosticados com idade superior a cinco anos por meio do teste do suor.

Evidenciou-se no presente estudo que o tratamento foi iniciado imediatamente após o diagnóstico. Em estudo sobre os aspectos epidemiológicos da fibrose cística, afirma-se que o rastreamento neonatal possibilita o diagnóstico de FC a muitas crianças ainda assintomáticas e, assim, emergem os desafios de abordar a criança e a família com foco no futuro e na promoção de qualidade de vida²⁰.

Na análise temática de conteúdo dos depoimentos de responsáveis por crianças e adolescentes com FC as falas foram carregadas de opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais na perspectiva dos participantes do estudo frente a uma doença crônica, e, dessa forma, sendo capaz de construir conhecimento novo por contemplar as exigências de um construto científico¹⁰.

O desconhecimento e pouca divulgação da FC

Os depoimentos apontaram desconhecimento sobre FC por enfermeiros no atendimento de urgência/emergência, professores na escola e as pessoas de um modo geral que, não entendem ser uma doença infectocontagiosa. Assim expressos:

Maior dificuldade é o atendimento na UPA, os enfermeiros não sabem sobre fibrose cística, se tem 50 pessoas, ela é 51, eu tenho carteirinha de prioridade e eles não a passam na frente. Esse primeiro atendimento é o mais difícil. (F2)

Os professores não conhecem essa doença (F9).

Teve um coleguinha que afastou dele, porque o pai achava que transmitia. (F4)

No estudo sobre narrativas da experiência de pais de crianças com fibrose cística, os autores legitimam que o despreparo dos profissionais de saúde acrescenta sofrimento à procura dos familiares por diagnóstico e tratamento, configurando-se, assim, desconhecimento de ações terapêuticas e legais²².

O resultado do presente estudo sobre o pouco conhecimento e divulgação da FC corrobora os resultados de um estudo sobre as vivências de familiares de crianças e adolescentes com fibrose cística, quando verificaram a necessidade de uma maior divulgação de informações sobre a doença na sociedade e no meio acadêmico. Enfatizam que o desconhecimento sobre a doença, aliado a pouca valorização conferida às informações dos cuidadores, pode prejudicar o acesso das famílias à assistência de suas crianças e adolescentes²³.

Adesão ao tratamento da FC e as dificuldades enfrentadas

O acompanhamento da criança e do adolescente pela equipe multidisciplinar com agendamento regular, dentre outros aspectos, torna-se importante para adesão ao tratamento correto e orientações necessárias. Por se tratar de uma doença que para o trabalho e a própria vida diária, torna o portador da mesma dependente de terceiros, além do benefício assegurado pela Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, as medicações são fornecidas pelo SUS através da Secretária de Saúde do Estado. Porém alguns participantes relataram a dificuldade de enfrentar a falta, o atraso ou até mesmo a troca de remédios na dispensação dos mesmos.

[...] dificuldades das medicações que às vezes atrasa, às vezes fica um mês, dois meses sem vir. A medicação é muito cara, a maioria importada. Nesse aspecto, há dificuldades, esta oscilação, de faltar ou não entregar ou vir medicação errada, trocada e não poder atender a gente. (F2)

Às vezes, não tem remédio onde eu pego [...] Não tenho condições de comprar. Eu queria fazer direitinho de acordo que nutricionista pede, mas não tem como, a renda muito pouca, não tenho condições, não vou mentir. (F9)

A FC é uma doença que compromete vários órgãos e não tem cura, impondo a família a conviver com uma rotina complexa e contínua, exigindo uma atenção integral para administrações de medicamentos e um tratamento que envolve consultas com vários profissionais²⁴.

A dificuldade maior é a ingestão do sal. Ela chega a fazer vômito. É a parte mais difícil. (F11)

Ela tem e toma as medicações reclamando. É muito repetitivo as coisas. Então ela fica muito enjoada por causa disso. (F13)

Eu recebo os medicamentos, mas, às vezes, a dieta não consigo fazer. (F14)

Ele não gosta de tomar os remédios, é um sacrifício. Não quer tomar remédio, ir na fisioterapia, não quer vir consultar, chora e chega a dizer: "Prefiro morrer a ficar indo lá e tomando remédio. (F15)

O tratamento para a doença crônica, em destaque a FC, é permanente, e a não adesão ao tratamento pode gerar complicações, podendo ser resolvidas se suas causas forem detectadas. É importante realizar estratégias para se adaptar ao novo estilo de vida, pois gera estresse ao paciente que muda sua rotina, altera sua aparência pessoal e diminui sua força física. Para um planejamento eficiente e eficaz, é necessário avaliar o comportamento de adesão ao tratamento. Quando o atendimento é satisfatório, o cuidado e principalmente o tratamento medicamentoso se tornam melhores, cooperam mais com a intervenção orientada e o índice de não adesão ao tratamento diminui²⁵.

Convivendo com a FC apoiada pela crença e pela fé

A ocorrência da FC na criança ou no adolescente acarreta na família importantes e profundas alterações em sua dinâmica, interferem no cotidiano de todos, impõe sofrimento, angústia e insegurança. Sendo assim, a família carece de atenção, principalmente o cuidador do fibrocístico que precisa de apoio, na fase de descoberta da doença e total acolhimento no momento da crise²³.

Às vezes acho que acostumei. Eu não coloco na cabeça que ele tem fibrose, eu dou os remédios fingindo que estou dando para dor de barriga, para não ficar com aquilo na cabeça senão eu choro muito. (F9)

É uma doença que a gente vive um dia de cada vez. Eu não fico me torturando, eu olho mais as conquistas, eu tenho me controlado, eu me agarro mais a isso do que a qualquer desespero ainda. Eu sei que tem uma fase mais complicada lá na frente. Eu estou, no momento, vivendo em paz com fibrose cística. (F8)

A fibrose cística é um tratamento que faz e não resolve [...] é muito difícil conviver com doença crônica. (F13)

Conhecer a doença e meios para assegurar qualidade de vida possibilita à família aceitar melhor a condição da criança ou do adolescente, passando a ter mais segurança ao ver outras crianças e adolescentes com o mesmo problema que vivem normalmente. O tempo é aliado à aceitação e assim cada um aprende a lidar com a doença. Lidar no sentido de enfrentar as dificuldades e buscar estratégias necessárias para superação.

Depois vendo outras pessoas, outras crianças tendo uma vida normal, a gente passa a aceitar melhor e entende que tem que fazer o tratamento e que você aceita melhor. (F11)

As famílias precisam ser informadas sobre as perspectivas da FC em relação aos avanços técnicos e científicos, atualmente muitos portadores de FC vivem além dos 50 ou 60 anos, o número de pessoas adultas com a doença tem aumentado. Em duas décadas o número de adultos com FC aumentou mais de 47% e essa estatística continua a crescer²⁰.

Nem sempre os familiares compreendem as informações passadas pelos profissionais em relação à FC. Assim, sentem-se assustados diante de um prognóstico que prevê pouco tempo de vida para as crianças/adolescentes e podem experimentar sentimentos de desespero, de medo e de culpa que prevalecem junto às manifestações de não aceitação da realidade²³.

Em estudo sobre as dificuldades vivenciadas por mães de pessoas com fibrose cística, afirmou-se que, com o conhecimento adquirido sobre a doença, foi possível tomar o controle da situação, abolir o medo e a sensação de impotência, oportunizando a adaptação e enfrentamento do problema com atitudes positivas²⁴.

No presente estudo, identificou-se que, ao grupo de sentimentos explicitados, pode-se acrescentar a negação da realidade:

Eu não sinto nada, meu filho é normal. Nós vivemos muito bem com fibrose cística. Se tivesse outro filho, não me importaria que tivesse, pois é uma vida normal. (F12)

O conhecimento dos processos que envolvem a família dos portadores de FC, permite um novo modo de atuação da enfermagem²⁶. Isso se aplica aos intensos e diferentes sentimentos experienciados por aqueles que convivem com a doença.

A doença crônica acaba atingindo o viver em uma grande extensão, alterando as relações com a família, com a sociedade, com as instituições de saúde, com os cuidadores e demais grupos, podendo mudar a fé e os princípios pessoais dos que com ela convivem²². Neste aspecto, os participantes verbalizaram o sentimento de como é conviver com FC, deste modo:

Hoje, graças a Deus, ela tem mais resistência, não fica tanto tempo internada [...] Graças a Deus, o atendimento que ela tem desde que nasceu até hoje eu posso te afirmar que é melhor do que particular. (F2)

Entreguei na mão de Deus, não conhecia a doença [...] quando ele pergunta: "mãe, eu tenho que tomar remédio o resto da minha vida?" Eu enrolo falando: "Deus vai te curar!" Graças a Deus, ele ganha o remédio, mas às vezes falta. (F9)

Devido à evolução da FC, que pode exigir hospitalização, intervenção cirúrgica, limitação física, dependência tecnológica e até do transplante pulmonar, os familiares e pacientes lidam no cotidiano com a vida e morte a todo instante. De modo racional ou não, isso se dá desde o momento do diagnóstico¹⁹. Implícita ou explicitamente, é possível entender que a morte se apresenta no imaginário dos familiares como figura dramática devido à cronicidade da FC. Como mencionou uma mãe:

Vamos vivendo! Deixa a vida rolar até onde Deus quiser. Eu vou lutar por ele, só tenho ele. (F4)

O presente estudo, em relação à crença e à fé verbalizada pelos familiares, apresenta um resultado similar de um estudo onde os autores certificaram de que crianças e adolescentes renais crônicos por de falas e gestos que expressavam emoção, esperança e crença em um Ser superior, o que demonstrava a fé em Deus²⁷.

A esperança na recuperação da doença da criança é um suporte que mantém a família fortalecida emocionalmente. A espiritualidade e a fé se tornam presentes na vida das pessoas que procuram confiança e sentido em um ser superior frente a complexidade das situações a serem enfrentadas. O fortalecimento para aceitar a doença, o tratamento e as recaídas originam-se da luta, da fé e da esperança. Os familiares depositam sua fé em Deus, como mais uma forma de apoio, utilizando de suas práticas de invocação para minorar a dor causada pela doença na criança e sofrimento de todos, que se transforma em mais um suporte do cuidado. A expectativa de cura encontra consolo na fé¹⁸.

A sobrevida dos pacientes portadores de FC vem aumentando significativamente com os avanços tecnológicos e científicos. As melhores abordagens no tratamento da doença pulmonar e do estado nutricional desses pacientes emergem como responsáveis por essas mudanças. Os adultos provavelmente terão que enfrentar complicações como diabetes específico da doença e osteoporose, bem como demandar necessidade de abordagem sobre transtornos como fertilidade e transplante pulmonar. Desse modo, há necessidade de programas de cuidados à saúde específicos para a população de adultos com FC²⁸.

Como o estudo foi realizado em um contexto singular, abrangendo um grupo de crianças e adolescentes com suas famílias, acompanhados em um serviço de referência para tratamento de FC, em um município de médio porte de Minas Gerais/Brasil, vale salientar a limitação do mesmo, pois, apesar de abranger os aspectos epidemiológicos e os aspectos sociais da FC na infância e adolescência, não é uma realidade absoluta para todos que convivem com situação similar, impedindo generalização dos resultados.

Considerações Finais

A população com FC tem crescido significativamente a partir do diagnóstico precoce e do reconhecimento de manifestações clínicas como pela triagem neonatal. Quanto mais cedo a criança e o adolescente têm acesso a tratamento e acompanhamento em centros especializados, melhor tende a ser sua sobrevida e maior a chance de se promover qualidade de vida.

Como a FC é uma doença progressiva e multissistêmica, sua ocorrência em algum membro da família acarreta importantes e profundas alterações em sua dinâmica e características, atingindo a todos em seu cotidiano, impondo sofrimento, angústia e insegurança. O paciente e seus familiares necessitam de apoio, principalmente na fase de descoberta da doença, bem como de informações adequadas e acolhimento no momento da crise.

Os profissionais de saúde precisam estar sensíveis ao problema, respeitando os valores, as crenças e os sentimentos dos familiares que convivem com a doença. Após o impacto do diagnóstico e o enfrentamento das dificuldades rumo à adesão ao tratamento, a família decide lutar pela criança ou pelo adolescente, persegue apoio na divulgação e nos avanços tecnológicos e científicos sobre a doença, e, principalmente, necessita adquirir forças para continuar lutando. Como identificado neste estudo, para a família suportar o fardo de prestar o cuidado à criança ou ao adolescente com FC e conviver o dia a dia de expectativas e esperança emerge a espiritualidade.

A FC ainda precisa ser melhor divulgada, pois há avanços em relação ao tratamento multidisciplinar da doença e à qualidade de vida a serem garantidos às crianças e aos adolescentes. A sobrevida tem aumentado e com isso a proporção de adultos portadores de FC cresce progressivamente, assim novas demandas vêm surgindo para os serviços de saúde.

Referências

1. Pereira MLS, Kiehl MF, Sanseverino MTV. A genética na fibrose cística. Rev HCPA 2011; 31(2): 160-7
2. Lima CSP, Ortega MM, Marson FAL, Zulli R, Ribeiro AF, Bertuzzo CS. Mutações do gene cystic fibrosis transmembrane conductance regulator e deleções dos genes glutathione S-transferase em pacientes com fibrose cística no Brasil. Jornal Brasileiro de Pneumologia, jan./fev. 2012; 38 (1): 50-6.
3. Pizzignacco TP, Mello DF, Lima RG. A experiência da doença na fibrose cística: caminhos para o cuidado integral. Rev esc enferm USP, jun. 2011; 45(3): 638-44.

4. Santos GP, Chermikoski DMT, Wittig EO, Riedi CA, Rosário NA. Programa de triagem neonatal para fibrose cística no estado do Paraná: avaliação após 30 meses de sua implantação. *J. Pediatr*, nov.2016; 81(3): 240-4.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação Geral de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
6. Tarantino AB, editor. Doenças pulmonares. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
7. Grupo Brasileiro de Estudos de Fibrose Cística. Registro Brasileiro de Fibrose Cística 2014. [Internet]. 2014. [acesso em 2016 nov. 28]. Disponível em: http://portalgbefc.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Registro2014_v09.pdf
8. Motal RL, Souza LE, Rocha PHSA, Vieira MJF, Santos JF, Lage VMGB et al. Estudos genéticos sobre a Fibrose Cística no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev. Ciênc. Méd. Biol*, mai./ago. 2015; 14(2):238-45.
9. Brasil. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente: [Internet]. Brasília, DF; 1990. [acesso em 2016 nov. 9]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
10. Brasil. Resolução Nº 446/12 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde: [Internet]. Brasília, DF; 2012. [acesso em 2016 nov. 9]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
12. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Públ*, jul/set 1993; 9 (3): 239-262.
13. Santos LFM. As representações sociais da fibrose cística em pacientes adultos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto UERJ*, out./nov. 2011; 10(4): 149-53.
14. Brasil. Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988. Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF; 1988. [acesso em 2016 nov. 9]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7713.htm
15. Brasil. Lei nº 8.742, de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF; 1993. [acesso em 2016 nov. 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm
16. Brasil. Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF; 1995. [acesso em 2016 nov. 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9250.htm
17. Santos LM, Valois HR, Santos SSBS, Carvalho ESS, Santana RCB, Sampaio SS. Aplicabilidade de modelo teórico a famílias de crianças com doença crônica em cuidados intensivos. *Rev Bras Enferm*, mar./abr. 2014; 67(2): 187-94.
18. Afonso SBC, Mitre RMA. Notícias difíceis: sentidos atribuídos por familiares de crianças com fibrose cística. *Ciênc. saúde colet*, set.2013; 18 (9): 2605-13.
19. Firmida MC, Lopes AJ. Aspectos Epidemiológicos da Fibrose Cística. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto UERJ*, out./nov. 2011; 10(4): 12-22.
20. Rosa FR, Dias FG, Nobre LN, Moraes HA. Fibrose cística: uma abordagem clínica e nutricional. *Rev. Nutr.* [Internet]. 2008 Dec [cited 2016 Nov 01]; 21(6): 725-737. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000600011>
21. Afonso SBC, Gomes R, Mitre RMA. Narrativas da experiência de pais de crianças com fibrose cística. *Interface (Botucatu)*, set. 2015; 19(55): 1077-1088.
22. Pizzignacco TMP, Mello DF, Lima RAG. Estigma e fibrose cística. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, jan./fev. 2010; 18(1): 04 telas.
23. Costa ASM, Britto MCA; Nóbrega SM, Vasconcelos MGL, Lima LS. Vivências de familiares de crianças e adolescentes com fibrose cística. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum*, ago.2010; 20(2): 217-27.
24. Tavares KO, Carvalho MDB, Pelloso SM. Dificuldades vivenciadas por mães de pessoas com fibrose cística. *Texto Contexto Enferm*, jun. 2014; 23(2): 294-300.
25. Prezotto KH, Abreu IS. O paciente renal crônico e a adesão ao tratamento hemodialítico. *Rev. enferm. UFPE*, mar.2014; p.600-605, mar. 2014.
26. Luz GS, Santos SSC, Lunardi VL, Pimentel EDC, Pelloso SM, Carvalho MDB. A intersubjetividade no contexto da família de pessoas com fibrose cística. *Rev Bras Enferm*, mar./abr. 2012; 65(2): 251-56.
27. Pennafort VPS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Crianças e adolescentes renais crônicos em espaço educativo-terapêutico: subsídios para o cuidado cultural de enfermagem. *Rev esc enferm USP*, out.2012; 46(5): 1057-65.
28. Adde FV. Fibrose cística na clínica pediátrica. *Pediatr Mod*, jan. 2014; 50(1): 1-11.

Sueli Maria dos Reis Santos

Endereço para correspondência – Rua: Ivon José Curi, nº 120,
Bairro: Portal da Torre, CEP: 36037- 467, Juiz de Fora, MG, Brasil.

E-mail: sueli.santos@ufff.edu.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2195121975051208>

Mayara Dias Barroso – maydias1@live.com

Thaís Rothier Duarte – tatarothierduarte@hotmail.com

Maria Cristina Pinto de Jesus – mariacristina.jesus@ufff.edu.br

Enviado em 09 de novembro de 2016.

Aceito em 10 de abril de 2017.

AMBIÊNCIA DA PEDIATRIA: produção de subjetividades nas crianças internadas

AMBIENCE OF PEDIATRICS: production of subjectivities in hospitalized children

**Juliane Portella Ribeiro¹, Adriane Maria Netto de Oliveira¹, Giovana Calcagno Gomes²,
Maira Buss Thofehr³, Marina Soares Mota⁴**

RESUMO

Objetivo: Investigar os reflexos da ambiência da unidade de pediatria na produção de subjetividades nas crianças internadas, segundo a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Metodologia:** estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa realizado com 20 profissionais de enfermagem atuantes nas unidades de pediatria de dois Hospitais Universitários. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, organizadas e tratadas pelo *software Nvivo 10*. **Resultados:** os profissionais de enfermagem apontam que desde a entrada na Unidade de Pediatria há a produção de subjetividades nas crianças, sendo percebida por eles por meio de reações de estranhamento ao ambiente que dificultam a interação com elas, bem como a realização das ações de cuidado. **Conclusão:** faz-se necessário lançar mão de aspectos humanos como acolhimento, receptividade, calma, carinho e atenção, de forma a contribuir para que a criança perceba o ambiente hospitalar e os profissionais de enfermagem de forma menos traumática e agressiva.

Descritores: Ambiente de Instituições de Saúde; Humanização da Assistência; Pediatria; Criança Hospitalizada; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Investigating the reflexes of ambience of the pediatric unit in the production of subjectivities in hospitalized children, from the perspective of nursing professionals. **Methodology:** Descriptive, exploratory and qualitative study conducted with 20 nursing professionals working in the pediatric units of two university hospitals. The data were collected through semi-structured interviews, organized and handled by software Nvivo 10. **Results:** The nursing professionals point out that since the entry in the Unit of Pediatrics there is the production of subjectivity in children, being perceived by them through estrangement actions to the environment that difficult the interaction with them, as well as the realization of care actions. **Conclusion:** it is necessary to make use of human aspects as host, welcome, receptivity, calm, affection and attention in order to help the child perceives the hospital and the nursing professionals form less traumatic and aggressive.

Descriptors: Health Facility Environment; Humanization of Assistance; Pediatrics; Child Hospitalized; Nursing.

¹ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande, RS, Brasil.

² Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande, RS, Brasil.

³ Pós-Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS, Brasil.

⁴ Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande, RS, Brasil.

Introdução

A criança ao entrar no ambiente hospitalar, além de ter de lidar com o malestar provocado pela enfermidade, é afastada de seu ambiente familiar, de seus amigos, da escola e de seus objetos pessoais. Na maioria das vezes, o ambiente hospitalar está organizado em função da cura da doença, sem planejamento para atender à individualidade de cada criança e as necessidades globais da infância¹.

O ritmo monótono e repetitivo, devido a suas regras e rotinas, faz com que o ambiente hospitalar se difira do cotidiano ativo da criança, com atividades escolares, brincadeiras e esportes². Trata-se de um ambiente que impõe mudanças a serem assimiladas por ela, como interagir com pessoas desconhecidas; realizar exames e intervenções que poderão ser dolorosas ou desagradáveis; repouso obrigatório; utilização de medicamentos e aparelhos; horários diferentes ao da sua rotina para realização de atividades diárias de alimentação e higiene; ruídos e outros incômodos³.

A enfermagem, por manter contato próximo e contínuo, realiza cuidados relacionados às necessidades básicas das crianças, como banho e alimentação, outros voltados à terapêutica, como a verificação de sinais vitais, administração de medicamentos e, ainda, procedimentos considerados invasivos. Quando essa prática é realizada de forma impessoal, sem tratar a criança como um indivíduo com necessidades relacionadas à sua fase de desenvolvimento, pode contribuir para que a experiência da hospitalização seja percebida como estressante e traumática¹.

Pelo fato da Unidade de Pediatria constituir-se espaço vital durante dias, semanas ou meses, a vivência de experiências estressantes pode levar a criança a reconhecê-la como ambiente de dor e sofrimento⁴. Nesse sentido, trabalhar a ambiência emerge como possibilidade de subsidiar a prática dos profissionais de enfermagem desse setor, uma vez que se refere ao tratamento dado ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, visando à produção de subjetividades, por meio de alguns elementos que atuam como modificadores e qualificadores do espaço⁵.

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo investigar os reflexos da ambiência da unidade de pediatria na produção de subjetividades nas crianças internadas, segundo a perspectiva dos profissionais de enfermagem.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa dos dados, vinculado a Tese de Doutorado intitulada “A ambiência como ferramenta de humanização da unidade de pediatria: contribuições da enfermagem”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGENF/FURG).

Os ambientes investigados foram as unidades de pediatria de dois Hospitais Universitários do Sul do Brasil. A escolha destas instituições foi motivada pelo fato de serem referência de atendimento à população da micro e macrorregião sul do Rio Grande do Sul, além de possuírem semelhanças históricas em relação à origem, envolvimento com ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde.

Participaram do estudo 20 profissionais de enfermagem (com representantes de diferentes turnos de trabalho: manhã, tarde e noite), sendo dez de cada ambiente investigado. A seleção dos participantes foi intencional, de acordo com os critérios de inclusão e objetivos do estudo. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, atuante na unidade de pediatria há pelo menos seis meses. Foram excluídos do estudo profissionais de férias ou licença saúde no período da coleta dos dados.

Com vistas a garantir os princípios éticos relativos a pesquisas que envolvem seres humanos, os sujeitos selecionados foram incluídos no estudo, somente, após manifestarem sua concordância em participar do mesmo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, o anonimato dos participantes foi preservado por meio do emprego da letra P, sucedida do número da entrevista e instituição hospitalar pertencente, Hospital A (HA) ou Hospital B (HB).

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas, pois esta abordagem permite que o entrevistador coloque-se o mais próximo possível da perspectiva do entrevistado⁶. Foram questionados acerca dos reflexos da ambiência da Unidade de Pediatria na produção de subjetividades nas crianças internadas. Para preservar o conteúdo original e aumentar a acurácia dos dados obtidos, as entrevistas foram capturadas por um gravador de áudio. Os dados foram organizados e tratados por meio do *software Nvivo 10*, programa que auxilia na análise de material qualitativo, com ferramentas de codificação e armazenamento de textos em categorias específicas⁷.

Os preceitos éticos da realização de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012⁸. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado mediante o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) nº 31172914.6.0000.5324, recebendo parecer favorável para sua publicação sob Parecer nº 85/2014.

Resultados

A seguir apresentou-se a caracterização dos participantes do estudo e a categoria produção de subjetividades nas crianças internadas.

Caracterização dos participantes do estudo

Participaram deste estudo 20 profissionais de enfermagem predominantemente do sexo feminino, sendo 18 mulheres e dois homens, com idades que variam entre 35 e 55 anos, a maioria entre 45 e 55 anos (n=11; 55%). Destes, dez são enfermeiros, cinco são técnicos e cinco são auxiliares de enfermagem; cujo tempo de atuação na unidade de pediatria variou entre seis meses e 23 anos, com média de sete anos de atuação.

Produção de subjetividades nas crianças internadas

Os profissionais de enfermagem apontaram que desde a entrada na unidade de pediatria há a produção de subjetividades nas crianças, sendo percebida por eles por meio de reações de estranhamento ao ambiente. As crianças apresentam-se estressadas, chorosas, agressivas e arredias no momento da internação.

Pode-se dizer que chegam com pânico e estranham muito. As crianças de dois, três anos para cima chegam receosas. Às vezes, chorando e dizendo que não querem ficar (P1_HA);

A criança quando está internando fica mais estressada, arredia, agressiva, mas tudo isso é consequência do estranhamento com o ambiente. Sentem medo, choram (P3_HB).

Tais reações ocorrem em função da criança, na maioria das vezes, ainda não possuir maturidade suficiente para compreender a situação e a necessidade da internação e do tratamento. Consequentemente, associa o ambiente da Unidade de Pediatria e os profissionais de saúde com sensações dolorosas.

A internação da criança é sempre dramática. Ela nunca está preparada. Fica com medo da gente, por ver o branco do jaleco já se assusta. Para dar menos medo, às vezes, entramos sem o jaleco (P6_HB);

Geralmente, as crianças quando estão doentes ficam agressivas. Tu chegas perto e elas ficam em pânico, porque sabem que talvez vamos lhes proporcionar alguma dor ou desconforto. Não entendem a necessidade de estarem ali (P1_HA).

Por esta razão, os profissionais referiram que a recepção e o acolhimento da criança no ambiente hospitalar possuem extrema importância para que ela sinta-se protegida e perceba a Unidade de Pediatria e as rotinas de tratamento de forma menos traumática e agressiva.

A recepção é importante para a criança se sentir protegida. Se chegar na unidade e não tiver uma boa recepção pode perceber a internação como uma coisa ruim, e aí o tratamento todo vai ser prejudicado (P4_HB);

A coisa mais importante é a recepção. Dependendo da maneira que tu trata a criança na hora que chega [...], às vezes, a pessoa é um pouco mais áspera na maneira de falar, um pouco mais rígida e eles sentem. Isso prejudica. Depois tu queres chegar e não tens como (P8_HB).

As crianças são sensíveis à forma como os profissionais interagem com elas. Logo, estabelecem sua relação a partir de suas percepções acerca de tal interação. Podendo ser uma relação de abertura quando o profissional de enfermagem à cativa e demonstra-se empático. Ou, uma relação de distanciamento, com dificuldades para manejá-la, quando o profissional apresenta-se emburrado e mal humorado.

[...] quem trabalha com crianças não pode entrar aqui emburrado, malhumorado no momento que tu tens o contato com a criança. Tem que lidar com a criança de outra maneira, se não a criança não vai se abrir para ti (P7_HA);

Tem que cativar a criança. Tu consegues fazer tudo que tu quiseres com a criança se tu conseguires cativar ela. Se tu és muito rígida, chegasna criança e ela não te deixa fazer nada, não te deixa nem ver os sinais vitais. Então, tens que ter aquela empatia (P10_HB).

O cuidado à criança hospitalizada transcende as habilidades técnicas da profissão de enfermagem, envolvendo características humanas que potencializam a relação de cuidado, como receptividade, calma, carinho e atenção.

Tem que ter esse jeitinho, esse carinho, faz parte do cuidado. Todo esse processo de ir e conversar bastante. Não pode chegar e já querer ir fazer um procedimento e deu. Não! Tu tens que chegar com jeito, com calma (P1_HA);

[...] mais atenção com as crianças, com os pais, porque não basta tu só fazeres a medicação. É mais do que isso. Acredito que o cuidado é mais do que ir lá e dar o antibiótico (P3_HA);

Se tu chegares só no profissional, ou fizeres sem avisar, sem dares um sorriso, a pessoa já fica diferente. A recepção é outra (P1_HB);

A gente tem que procurar fazer o nosso serviço, mas acho que tem que ser com carinho. A gente tem que procurar agradar, fazer carinho, porque criança é criança,[...] tens que dar um pouquinho de atenção (P7_HB).

Os profissionais reconhecem que o ambiente hospitalar e a rotina imposta por ele, com novos horários para alimentação, convívio com pessoas desconhecidas e com hábitos diferenciados, realização de procedimentos e medicações é estressante para qualquer pessoa. A criança pode entender essa situação como uma agressão pelo fato de ainda estar em processo de desenvolvimento e, muitas vezes, não possuir a maturidade suficiente para compreender o que está ocorrendo.

É um ambiente estressante. A criança, às vezes, muda seus hábitos de alimentação, de sono. Eu acho que isso atrapalha um pouco, muda a rotina. A hospitalização para qualquer pessoa é marcante (P10_HA);

Tem medicação toda hora, injeção, pessoas estranhas. Tem que distrair, é um ambiente estranho, é gente estranha e isso tudo pode ser sentido como uma agressão (P7_HB);

O fato de ficar internado muda a rotina. Ter que conviver com pessoas estranhas, com hábitos diferenciados. Nós profissionais ascendemos asluzes durante a noite, verificamos sinais, fazemos medicação, tocamos na criança. Alguns procedimentos são dolorosos e percebidos como uma agressão à criança. Até a nebulização pode tornar-se uma agressão, todas essas coisas que mudam a rotina delas (P2_HB).

Ressaltam, ainda, a importância em identificar mudanças no comportamento da criança em função da realização de sucessivos procedimentos invasivos e dolorosos.

Se a criança é extremamente manuseada, se estão sendo feito muitos procedimentos, ela pode se tornar uma criança mais irritada, chorosa. Então, isso aí a gente tem que atentar, porque, às vezes, é questão de dor, de manuseio (P2_HA).

Ao longo da hospitalização, os profissionais indicaram que a criança passa a compreender melhor o tratamento e a situação, podendo adotar um comportamento amigável com os profissionais que lhe prestam cuidados.

Quando a gente chega para conversar, para brincar, elas no início são receosas. Algumas com o tempo vão cedendo e acabam ficando amigas (P2_HB);

[...] depois, quando ela vai te conhecendo, todo aquele universo vai se abrir para ela ver como as coisas funcionam e aí pode até virar tua amiga, mas no começo é sempre difícil (P3_HB);

Elas ficam meio receosas. No primeiro momento elas não querem que chegue perto. Para tratar com a criança, para puncionar, qualquer procedimento invasivo que vá fazer, mas depois elas se adaptam e parecem não ter mais medo, brincam, correm pelo corredor, e conversam com a gente (P9_HB).

Para tanto, a brinquedoteca ou a sala de recreação mostram-se essenciais na rotina da Unidade de Pediatria, pois as brincadeiras desenvolvidas nesse espaço distraem e relaxam a criança, tornando o ambiente hospitalar menos estressante e traumático.

Eles estão num ambiente estranho. Às vezes, é traumático ficar aqui. Tem que ter uma recreação para a criança se distrair, não ficar só naquele ambiente (P7_HB);

A gente tem uma recreacionista que faz as brincadeiras, que proporciona relaxamento e torna o ambiente menos pesado (P2_HA);

[...] ela se desliga um pouco daquilo, esquece um pouco que está no hospital, ela não fica com medo (P8_HB);

Eu acho que relaxa a criança, quebra um pouco o medo do ambiente, dos profissionais. Então, ela sabendo que ali tem alegria, tem brinquedos, tem diversão, ela fica menos estressada no hospital (P3_HB).

Da mesma forma, as ações realizadas por voluntários desenvolvidas na Unidade de Pediatria transformam a rotina hospitalar e proporcionam às crianças e seus familiares um ambiente aconchegante e receptivo.

Esses profissionais do teatro e da música quebram a rotina deles, trazem o mundo da criança para dentro do hospital e tudo fica mais leve (P6_HA);

[...] quando os palhaços passam aqui tu percebes a diferença no comportamento das crianças e das mães. As crianças ficam mais receptivas, as mães ficam mais tranquilas. Então, eu acho que um ambiente que propicie momentos de lazer, momentos felizes, como a hora do conto, com brinquedos, com palhaço, muda bastante essa percepção da mãe e da criança a respeito do ambiente e do contato com o outro (P2_HB).

A brinquedoteca e a sala de recreação em conjunto com as ações voluntárias constituem-se em oportunidade para a criança ser criança, expressar-se de acordo com sua idade e interagir com as demais crianças hospitalizadas, o que lhes proporciona momentos de alegria.

Para as crianças a brinquedoteca é imprescindível, porque é o lugar em que elas se sentem mais felizes (P3_HA);

Válvula de escape, único momento de ser criança. Único momento que eles têm para serem criança e socializar com outras crianças (P4_HA);

Eles adoram interagir, principalmente com teatro e música. No olho tu notas o brilho (P6_HA);

Tem criança que está há muito tempo aqui e está sofrida, a mãe está muito sofrida. Às vezes, o pouco que eles têm de alegria é quando esses profissionais chegam, porque eles cantam, distraem (P1_HA).

Por preservar aspectos do mundo infantil dentro do ambiente hospitalar, os profissionais de enfermagem consideram que esses espaços e ações auxiliam, não só na mudança de comportamento, como também, na melhora do quadro clínico das crianças.

Eles adoram a sala de recreação, têm paixão. O humor deles melhora muito e eles se recuperam mais rápido. Isso eu noto no dia a dia (P5_HA);

O palhaço e a ajudante, melhoram o sorriso, melhoram a autoestima deles. Os pais também ficam motivados (P8_HA);

[...] um momento que eles têm para brincar. Quando eles estão melhorzinhos, voltam a querer se divertir na sala de brinquedos, ter contato com outras crianças, melhoram em termos de saúde, ficam mais alegres (P8_HB).

No entanto, o horário restrito de funcionamento da brinquedoteca acarreta ansiedade e expectativa de poder usufruir do espaço e dos brinquedos.

A gente tem uma brinquedoteca que tem horários e dias específicos para funcionar. Eles ficam muito ansiosos, esperando esse dia e hora para brincar. Então, eu acho para a humanização acontecer esse ambiente para criança se divertir não podia ser restrito (P3_HB);

Quando eles dão uma melhoradinha eles querem a brinquedoteca, mas não abre pela manhã porque não tem quem cuide. As crianças ficam com a maior expectativa para a tarde poder brincar nesse espaço (P7_HB).

Diante disso, os profissionais suscitam a contratação de um profissional específico para a recreação, de forma a proporcionar às crianças um horário mais amplo de convívio com o universo infantil.

Eu entendo que precisa ter uma pessoa para cuidar dos brinquedos, mas eu acho que o hospital tinha que contratar um profissional só para isso, porque faz falta no convívio das crianças (P3_HB);

Acredito que a sala de recreação teria que ter a recreacionista num horário mais amplo (P5_HA).

Também, adaptações na estética da pediatria se fazem necessárias, no sentido de caracterizá-la como unidade específica ao tratamento de crianças. Os profissionais indicaram que pinturas coloridas e brinquedos, possibilitam a criança reconhecer que o hospital, mesmo sendo um ambiente de tratamento à saúde, pode ser um ambiente alegre e lhes ofertar momentos de felicidade.

Quando eu penso em pediatria, tem que ser colorido, tem que ter espaço para as crianças brincarem. Eu penso que o ambiente tem que ser diferente do resto do hospital. A criança não pode se sentir entrando no hospital. Ela tem que saber que ela veio tratar a saúde, mas que o ambiente é alegre (P3_HB);

[...] tornar o ambiente alegre e colorido, que não lembrasse um hospital, que fugisse daquela imagem que tu tens do hospital que é a parede branca, o cheiro, a roupa das pessoas, que é aquela coisa assim formal, que fugisse disso e lembrasse um momento de alegria e de felicidade. A Unidade de Pediatria é um lugar que tem coisas ruins, mas também tem coisas boas (P1_HA).

Discussão

Os resultados apontam que as crianças ficam receosas ao entrarem na Unidade de Pediatria e manifestam reações de pânico e estresse, demonstrando-se chorosas, agressivas e arredias. Tais reações ocorrem, na maioria das vezes, pelo fato da criança ainda não possuir maturidade suficiente para compreender sua doença, necessidade de tratamento e hospitalização. Além disso, o consequente afastamento de sua rotina, em que objetos, atividades e pessoas são retirados de seu convívio, contribui para que associe o hospital e o profissional de saúde a uma vivência triste e com sensações dolorosas.

A este respeito, estudo realizado com o objetivo de compreender a hospitalização pelo olhar da criança e do adolescente constatou que ela é percebida como uma experiência estressante por causar agravos emocionais, expressos como tristeza, sensação de prisão, saudade de casa, falta dos amigos, dos irmãos, dos parentes e impossibilidade de brincar⁹. Por esta razão, o acolhimento da criança no ambiente hospitalar é evidenciado como extremamente importante para que ela sinta-se protegida e perceba a pediatria e as rotinas de tratamento de forma menos traumática e agressiva.

Acolhê-la pressupõe a oferta de um ambiente confortável, cuja disposição promova a interação das crianças com os profissionais de enfermagem de maneira não intimidadora⁵, propiciando à criança manifestar suas ansiedades e necessidades. O cuidado à criança envolve atentar, para além dos aspectos clínicos, para um ser com inúmeras possibilidades de existência, que carrega consigo experiências e vivências, urdidas de emoções, sentimentos, paixões, sonhos e utopia¹⁰.

As crianças são sensíveis à forma como os profissionais de enfermagem interagem com elas. Logo, estabelecem sua relação a partir de suas percepções acerca de tal interação, aceitando ou não os cuidados ofertados pelos mesmos. Nesse sentido, pesquisa avaliativa sobre qualidade dos cuidados de enfermagem, realizada com crianças e adolescentes hospitalizados, apontou que os comportamentos adotados pelas enfermeiras influenciavam positiva ou negativamente a percepção da qualidade do cuidado ofertado. Os comportamentos avaliados positivamente foram aqueles que fizeram os respondentes sentirem-se bem, confortáveis, felizes e seguros, pois a enfermeira atendeu às suas necessidades quando precisaram dela, além de avaliá-los frequentemente, administrar medicamentos, ser amigável e escutá-los. Os comportamentos indicados como negativos foram os que fizeram eles se sentirem tristes, mal, com medo e irritados, incluindo acordá-lo e realizar procedimentos que ferem ou são desconfortáveis¹¹.

O cuidado à criança hospitalizada transcende as habilidades técnicas da profissão de enfermagem, envolvendo características humanas que potencializam a relação de cuidado, como receptividade, calma, carinho e atenção. De forma semelhante, estudo realizado com o objetivo de identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização no cuidado assinalou que cuidar de forma humanizada ocorre ao olhar a pessoa como um todo, abrangendo o olhar holístico, o acolhimento, a relação de vínculo e a comunicação¹².

Considerando que mesmo hospitalizada a criança não perde suas características infantis, aponta-se a brinquedoteca e a sala de recreação como espaços essenciais à Unidade de Pediatria, pois a possibilita sair do leito, sair da enfermaria e brincar, distraíndo-se das rotinas hospitalares. Assim, coloca-se como uma ferramenta capaz de amenizar as mudanças provocadas pela hospitalização e aproximar a criança do universo infantil, tornando o ambiente menos estressante e traumático.

Pesquisadores concluíram que a atividade lúdica possibilita a criança melhor adaptação e familiarização ao hospital, visto que ela pode manipular imaginariamente o ambiente e aproximar-se da realidade cotidiana, ou transformar a situação vivenciada em algo agradável e familiar¹³. O brincar durante a internação hospitalar constitui-se em um momento em que a criança apropria-se do espaço, preenchendo-o com suas fantasias, experimentando seus limites de tolerância, para encontrar e desenvolver estratégias de enfrentamento ao sofrimento, à dor e à doença¹⁴.

Os resultados do presente estudo apontaram que a brinquedoteca e a sala de recreação em conjunto com as ações voluntárias caracterizam a pediatria como espaço próprio para o tratamento de crianças, oportunizando as mesmas serem crianças, expressarem-se de acordo com sua idade e interagirem entre si, proporcionando-lhes momentos de alegria e diversão. Além disso, modificam a rotina hospitalar, tornando o ambiente mais leve e, conseqüentemente, deixando às crianças e seus familiares mais tranquilos e receptivos às ações de cuidado.

Pesquisa realizada com o objetivo de descrever a percepção da criança, acerca do lúdico no ambiente hospitalar destacou que a brinquedoteca é representada como um lugar de socialização, onde se pode resgatar momentos vivenciados no cotidiano normal por meio do brincar com outras crianças¹³. Ao assegurar à criança o direito de brincar e estimulá-la a processos de socialização com as demais, as atividades lúdicas desenvolvidas na Unidade de Pediatria transformam o aspecto triste da internação em momentos alegres, favorecendo as condições para sua recuperação¹⁴.

A criança revela por meio do brincar seu aspecto saudável, pois, tem acesso a uma linguagem de seu domínio, o que a possibilita elaborar a experiência de adoecimento e hospitalização, transpondo as limitações impostas pelas mesmas¹⁵. Assim, é possível estabelecer relações em saúde que não sejam pautadas no assujeitamento da criança à normatividade que é colocada sobre a concepção de saúde: regras e um estilo de vida que a impedem de agir de maneira infantil, própria a sua idade. Ao apostar na sua capacidade de expressão e compreensão, permite-se a criança a manifestação de sua subjetividade, bem como ser uma protagonista no enfrentamento da doença e da hospitalização.

De acordo com os entrevistados, ao preservarem-se aspectos do mundo infantil no ambiente hospitalar, contribui-se para que as crianças não se percebam como doentes e, em função disso, expressem comportamentos próprios à idade. Fato que leva os profissionais de enfermagem a considerarem que a busca por essas atividades constitui-se em um indicativo de melhora do seu quadro clínico. Nesse sentido, estudo com o objetivo de compreender a influência do ambiente do hospital em crianças hospitalizadas indicou que esse influencia no desfecho do processo de produção de saúde, pois, quando a criança sente que a Unidade de Pediatria é feita para ela a mesma se envolve ativamente no tratamento e adota novos hábitos².

Para ampliar as alternativas lúdicas e respeitar a individualidade das crianças, os entrevistados sugerem estender o horário de funcionamento da brinquedoteca e sala de recreação, assim reduzindo a ansiedade gerada nas crianças pela expectativa de poder usufruir do espaço, bem como, melhorar a estética da pediatria no sentido de caracterizá-la como unidade específica ao tratamento de crianças.

Considerações Finais

Os profissionais de enfermagem apontam que desde a entrada na Unidade de Pediatria há a produção de subjetividades nas crianças, sendo percebida por eles por meio de reações de estranhamento ao ambiente que, conseqüentemente, dificultam a interação com elas, bem como a realização das ações de cuidado. Portanto, faz-se necessário lançar mão, além dos aspectos técnicos da profissão, de aspectos humanos como acolhimento, receptividade, calma, carinho e atenção, de forma a contribuir para que ela sinta-se protegida, percebendo o ambiente hospitalar e os profissionais de enfermagem de forma menos traumática e agressiva.

Ademais, referiram como importante proporcionar espaços como a brinquedoteca, a sala de recreação e o envolvimento em ações desenvolvidas por voluntários que distraem a criança das rotinas hospitalares para melhorar os reflexos da ambiência da unidade de pediatria na produção de subjetividades nas crianças internadas. Nesses espaços a criança pode não se perceber como doente e manifestar sua subjetividade como criança, brincando e interagindo com as demais crianças. Assim, torna-se possível estabelecer relações em saúde que não sejam pautadas pelo assujeitamento da criança às rotinas hospitalares que a impeçam de agir de maneira infantil.

Adequar a ambiência da Unidade de Pediatria às necessidades das crianças e aproximá-la do universo infantil apresenta-se como uma importante ação em saúde, uma vez que poderá contribuir para que a criança possa perceber esse ambiente e os profissionais de enfermagem de forma positiva, podendo manifestar livremente suas subjetividades.

Referências

1. Soares BG, Silva BJR. O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. Rev esc enferm USP. 2008Sep; 42(3):422-429.
2. Ekra EMR, Gjengedal E. Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness - A phenomenological study of children's lifeworld in the hospital. Int J Qualitative Stud Health Well-being 2012; 7(17):18694.
3. Rojas AKA, Machuca RPA. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. Rev Ped Elec [Internet]. 2009[acesso 2015 mai 19]; 16(1):36-54. Disponível em: http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/pdf/4_FACTORES_AMBIENTALES.pdf
4. Magnabosco G, Tonelli ALNF, Souza SNDH. Abordagens no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: uma revisão de literatura. Cogitare. 2008;13(1):103-8.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006 [acesso 2015 mai 19]. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Ambi%C3%Aancia.pdf>

6. Flick W. Qualidade na pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.
7. Guizzo BS, Krzimirski CO, Oliveira DLLC. O Software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. Rev Gaúcha Enferm.[Internet] 2003[acesso 2015 mai 19];24(1):53-60. Disponível em: file:///C:/Users/Marina/Downloads/4437-14206-1-PB.pdf
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466. Diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012 [acesso 2015 mai 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
9. Gomes ILV, Queiroz MVO, Bezerra LLAL, Souza NPG. A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. CogitareEnferm.[Internet].2012[acesso 2015 mai 19];17(4):703-9. Disponível em: file:///C:/Users/Marina/Downloads/30378-111527-2-PB.pdfm
10. Boff L. O cuidado necessário: na vida, na saúde, na ecologia, na ética e na espiritualidade. Petrópolis:Vozes, 2012.
11. Ryan-Wenger NA, Gardner W. Hospitalized Children's Perspectives on the Quality and Equity of Their Nursing Care. J NursCare Qual 2012;27(1):35-42.
12. Reis LS, Silva EF, Waterkemper R, Lorenzini E, Cecchetto FH. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. Rev Gaúcha Enferm[Internet]. 2013[acesso 2015 mai 19]; 34(2):118-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200015&lng=en
13. Ferreira NAS, Esmeraldo JD, Blake MT, Antão JYFL, Raimundo RD, Abreu LC. Social representation of the hospital ludic: look of the child. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [Internet]. 2014[acesso 2015 mai 19];24(2):188-94. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/81171/84804>
14. Brito LS, Perinotto ARC. O brincar como promoção à saúde: a importância da brinquedoteca hospitalar no processo de recuperação de crianças hospitalizadas. Rev.hosp. [Internet]. 2014[acesso 2015 mai 19];XI(2):291-315. Disponível em: <http://www.revosp.org/ojs/index.php/hospitalidade/article/view/557/578>
15. Silva RCC, Oliveira ENB, Chagas MIO, Sousa SMM, Rodrigues TB, Vasconcelos DP. A leitura como método de cuidado humanizado na clínica neurológica pediátrica: um estudo qualitativo. Online braz.j.nurs [Internet].2010[acesso 2015 mai 19];9(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3002/677>

Juliane Portella Ribeiro

Endereço para correspondência – Rua: Gonçalves Chaves, nº: 65,

Bairro: Centro, CEP: 96015-560, Pelotas, RS, Brasil.

E-mail: ju_ribeiro1985@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9222593132496467>

Adriane Maria Netto de Oliveira – adrianeoliveira@furg.br

Giovana Calcagno Gomes – giovanacalcagno@furg.br

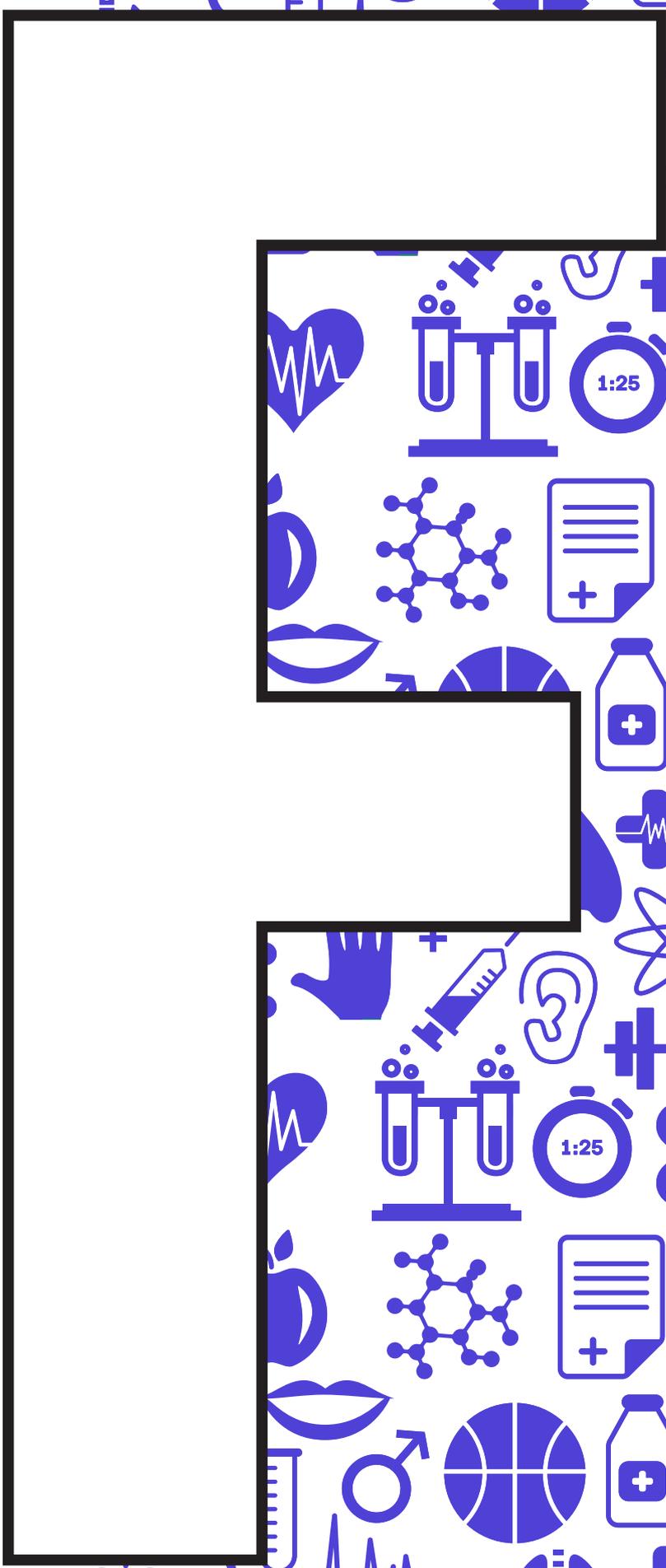
Maira Buss Thofehr – mairabusst@gmail.com

Marina Soares Mota – msm.mari.gro@gmail.com

Enviado em 24 de maio de 2016.

Aceito em 24 de abril de 2017.

FARMÁCIA



AVALIAÇÃO DOS EFEITOS ANTI-GENOTÓXICOS DE *Phyllanthus niruri* (EUPHORBIACEAE) EM LEUCÓCITOS HUMANOS EXPOSTOS A AGENTE AGRESSOR

ASSESSMENT OF ANTIGENOTOXIC EFFECTS OF *Phyllanthus niruri* (EUPHORBIACEAE) IN HUMAN LEUKOCYTE EXPOSED TO AGENT AGGRESSOR

**Maria Fernanda de Moura Leão¹, Camila Martins Güzé¹, Jonathaline Apollo Duarte¹,
Elizandra Gomes Schmitt¹, Luciane Dias Quintana¹, Léa Augusta de Bairros Zambrano¹,
Mariana Balhego Rocha¹, Luísa Zuravski¹, Luís Flávio Souza de Oliveira¹, Michel Mansur Machado¹.**

RESUMO

Em muitos lugares ao redor do mundo as plantas medicinais ou parte delas são usadas de forma paliativa ou curativa para o tratamento de diversas enfermidades, devido a dificuldade ao acesso a tratamentos convencionais. Nesse contexto, preparações a base de *Phyllanthus niruri*, que é popularmente conhecida como “Quebra-Pedra” ou “Erva-Pombinha” tem sido muito usadas no tratamento de diversas enfermidades como hipertensão, diabetes, cálculos renais, entre outros. O presente estudo visou avaliar a capacidade anti-genotóxica do extrato hidroalcoólico de *Phyllanthus niruri*, através da análise fitoquímica e dosagem de compostos, avaliação de parâmetros genotoxicológicos e oxidativos. Os resultados mostram que o *Phyllanthus niruri* possui uma grande quantidade de compostos antioxidantes, tendo estes ação na proteção em nível de DNA, onde o extrato mostrou-se capaz de aumentar a viabilidade celular e de parâmetro oxidativos, mostrando ser capaz de diminuir a peroxidação lipídica.

Descritores: *Phyllanthus niruri*; Cultura Celular; Leucócitos; Genotoxicidade

ABSTRACT

In many places around the world medicinal plants or parts of them are used for palliative or curative method for the treatment of various diseases due to difficult access to conventional treatments. In this context, based preparations *Phyllanthus niruri*, which is popularly known as “Break-Stone” or “Yerba Pombinha” has been widely used in the treatment of various diseases such as hypertension, diabetes, kidney stones, among others. This study aimed to evaluate the antigenotoxic ability of hydroalcoholic *Phyllanthus niruri* extract by phytochemical analysis and dosage of compounds, evaluation genotoxicologic and oxidative parameters. The results show that *Phyllanthus niruri* has a large amount of antioxidant compounds having such action on DNA level protection, where the extract proved to be able to increase cell viability and oxidative parameter showing be able to decrease lipid peroxidation.

Descriptors: *Phyllanthus niruri*; Cell Culture; Leukocytes; Genotoxicity.

¹ Graduada(o) em Farmácia pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Uruguaiiana, RS, Brasil.

Introdução

Em muitos países, principalmente os em desenvolvimento, onde a maioria da população não possui acesso a tratamentos convencionais a medicina tradicional baseada em crenças, experiências culturais e no conhecimento etnofarmacológico é adotada como uma das principais formas de tratamento, prevenção e cura para muitas doenças, estima-se que 80% da população ao redor do mundo não tenha acesso a tratamentos convencionais. Os tratamentos alternativos em sua maioria derivam de produtos naturais a base de plantas na sua forma natural ou porções da planta¹. Apesar de todas as novas descobertas médicas, as plantas medicinais ainda fazem parte do tratamento de milhões de pessoas ao redor do mundo. Aproximadamente 30% dos agentes com potencial terapêutico avaliado, derivam de produtos naturais².

Diversas plantas são utilizadas como tratamento ou adjuvantes de tratamento em diversas doenças, entre elas o *Phyllanthus niruri*. Conhecida popularmente como “Quebra-Pedra”, o *Phyllanthus niruri* pertence a família Euphorbiaceae, da qual fazem parte mais de 600 espécies. É uma planta rasteira encontrada em várias partes do mundo, inclusive países de clima tropical e subtropical como o Brasil, é conhecido pela sua capacidade de crescer entre as pedras, rachaduras, paredes e muros e por crescer em diferentes estações do ano. Possui muitos constituintes como, por exemplo, ácido gálico, rutina, ácido caféico, saponinas e polifenóis, o que favorece uma possível capacidade antioxidante^{3,4}. Esses constituintes são os responsáveis pela atividade antioxidante, antiinflamatória, antiespasmódica, antiviral, antihipertensiva, diurética e hiperglicêmica, a planta também é um auxiliar na eliminação e contra a formação de cálculos renais^{4,5}.

Sabe-se atualmente, que muitos efeitos deletérios tem origem nos radicais livres que são moléculas que possuem um ou mais elétrons desemparelhados na sua estrutura favorecendo assim a sua reação com membranas celulares, proteínas, material genético e demais componentes do organismo humano. São produtos gerados a partir do nosso metabolismo, principalmente em condições de estresse e exposição a compostos com potenciais tóxicos. Entre os radicais livres, os mais encontrados são as espécies reativas de oxigênio (EROs), que em excesso podem desencadear uma série de desordens como doenças neurodegenerativas, diabetes mellitus, além de câncer^{6,7}.

Por definição, uma substância antioxidante é aquela capaz de diminuir ou inibir a oxidação, mesmo presente em baixas concentrações em relação a seu substrato. Desta forma, estes compostos protegem os sistemas biológicos contra os efeitos deletérios dos processos ou das reações que levam à oxidação de macromoléculas ou estruturas celulares. Assim, os antioxidantes podem, teoricamente, prolongar a fase de iniciação ou então inibir a fase de propagação, mas não podem prevenir completamente a oxidação^{8,9}.

Levando em conta os riscos das reações entre os radicais livres e o material genético, este estudo foi realizado para demonstrar os efeitos anti-genotóxicos do extrato de Quebra-Pedra em cultura de leucócitos humanos frente aos efeitos deletérios do peróxido de hidrogênio.

Metodologia

Reagentes, material vegetal e equipamentos utilizados:

O material vegetal foi adquirido no comércio local, na forma de cápsulas de folhas secas na cidade de Uruguaiana, estado do Rio Grande do Sul, Brasil (latitude -29°45'17"; longitude -57°05'18"). Todos os reagentes foram de grau analítico. Metanol, ácido acético, ácido gálico, caféico e clorogênico, foram comprados a Merck (Darmstadt, Germany). Quercetina, Rutina e Campferol foram adquiridos da Sigma Chemical Co. (St. Louis, MO, USA). A Cromatografia Líquida de Alta Eficiência foi realizada em Sistema HPLC-DAD Shimadzu Prominence Auto Sampler (SIL-20A) HPLC system (Shimadzu, Kyoto, Japan), equipado com bombas Shimadzu LC-20AT conectadas a um desgaseificador DGU 20A5 com um integrador CBM 20A e um detector de arranjo de diodos SPD-M20A. O software utilizado foi o LC solution 1.22 SP1.

Preparação do extrato hidroalcoólico de *Phyllanthus niruri* (PnE):

O extrato contido nas cápsulas foi macerado em etanol 70%, sendo 100ml de solvente para cada 20g% de planta, em temperatura ambiente por uma semana com agitação diária. Este processo foi repetido por outras duas semanas a fim de se promover um maior esgotamento dos princípios ativos do material vegetal. Depois da extração, o extrato bruto foi filtrado e evaporado em evaporador rotatório. Foi obtido um extrato seco que foi usado nos testes.

Análise fitoquímica e quantificação de compostos:

O PnE foi analisado por Cromatografia Líquida de Alta Eficiência (HPLC/CLAE) utilizando técnicas já descritas pelo nosso grupo de pesquisa^{10,11}. De forma breve, As análises cromatográficas em fase reversa foram realizadas em condições de eluição por gradiente, utilizando coluna C18 (4,6mm x 150mm), empacotadas com partículas de 5µm de diâmetro. A fase móvel foi água contendo 2% de ácido acético (A) e metanol (B). A composição do gradiente foi 5% de B até 2 min e aumentando para obter 25%, 40%, 50%, 60%, 70% e 100% B em 10, 20, 30, 40, 50 e 80 min, respectivamente. A presença de seis compostos antioxidantes foi investigada. Foram eles: Ácido gálico, Caféico, Clorogênico, Quercetina, Rutina e Campferol. O fluxo de fase móvel foi de 0,7ml/min, o volume de injeção foi de 40 µl e o comprimento de onda analisado foi de 254 nm para o ácido gálico, 327 nm para os ácidos caféicos e clorogênicos, e 365 nm para quercetina, rutina e campferol. As amostras e a fase móvel foram filtradas em filtro de membranas 0,45 µm (Millipore) e desgaseificadas antes do uso em banho de ultrassom. Soluções estoque dos padrões de referência foram preparados em fase móvel de HPLC na concentração de 0,020 – 0,200 mg/ml para quercetina, rutina e campferol e de 0,050 – 0,250 mg/ml para ácidos gálico, caféico e clorogênico. Os picos cromatográficos foram confirmados pela comparação com os tempos de retenção de padrões e pelo espectro DAD das amostras (200 to 500 nm). As curvas de calibração foram, para o ácido gálico: $Y = 13260x + 1276,4$ ($R^2=0,9998$); Ácido Clorogênico: $Y = 12158x + 1174,9$ ($R^2=0,9996$); Ácido Caféico: $Y = 14034x + 1527,5$ ($R^2= 0,9995$); Rutina: $Y = 13721x + 1068,4$ ($R^2 = 0,9997$); Quercetina: $Y = 13794x + 1392,1$ ($R^2 =0,9999$) e Campferol: $Y = 12647x + 1178,3$ ($R^2 =0,9995$). Todas as operações cromatográficas foram realizadas em temperatura ambiente e em triplicata.

Preparação da cultura de leucócitos humanos para uso nos testes:

As culturas foram preparadas em triplicata usando métodos descritos em trabalho prévio¹². A cultura continha 10 mL de RPMI 1640 suplementado com 10% de soro fetal bovino, 1% de estreptomicina/penicilina e 1mL de sangue coletado de venopunção de doador voluntário e imediatamente introduzidas na cultura contendo suplementação. Depois de preparadas as culturas foram divididas em três grupos para o experimento: Grupo 1: foi o controle negativo (NC) que recebeu somente Tampão PBS 7,4 (100 µL/mL); Grupo 2: foi o controle positivo (PC) que recebeu somente peróxido de hidrogênio (100 µM) e o Grupo 3: recebeu o extrato seco de *Phyllanthus niruri* (100 µg/mL) e 100 µg/mL de peróxido de hidrogênio. Os grupos 1, 2 e 3 foram incubados por 72 horas afim de induzir o crescimento celular e para a posterior avaliação dos níveis de proteção do extrato de *Phyllanthus niruri*. A escolha da concentração de *Phyllanthus niruri* seguiu os relatos de Satya e colaboradores¹³. Nessa revisão, está descrita uma atividade anti-cancerígena na concentração de 100µg/mL.

Avaliação dos parâmetros genotoxicológicos:

Foi utilizada a cultura preparada anteriormente. A proliferação e viabilidade foram avaliadas através do método de Azul de Tripam¹⁴ que avalia a integridade da membrana. O teste de micronúcleo segue a técnica descrita por Schmid¹⁵ e o teste Cometa foi realizado de acordo com o relatado por Singh⁷.

Avaliação dos parâmetros oxidativos:

Foi utilizada a cultura preparada anteriormente. A peroxidação lipídica foi realizada através da quantificação da medida da formação de espécies reativas do ácido tiobarbitúrico (TBARS)¹⁶.

Análise estatística dos resultados:

As análises foram avaliadas por ANOVA seguido de *post hoc* de Tukey. Resultados com $p < 0.05$ foram considerados estatisticamente significantes.

Resultados e Discussão

A análise realizada do PnE por CLAE demonstrou a presença de polifenóis e flavonoides incluindo ácido gálico com tempo de retenção (T_R) de 11,09 min (pico 1), ácido clorogênico $T_R = 18,75$ min (pico 2), ácido caféico com $T_R = 27,83$ min (pico 3), Rutina com $T_R = 44,05$ min (pico 4), Quercetina com $T_R = 59,32$ min (pico 5) e Campferol com $T_R = 67,48$ min (pico 6). Estes resultados são mostrados na Figura 1 e na Tabela 1.

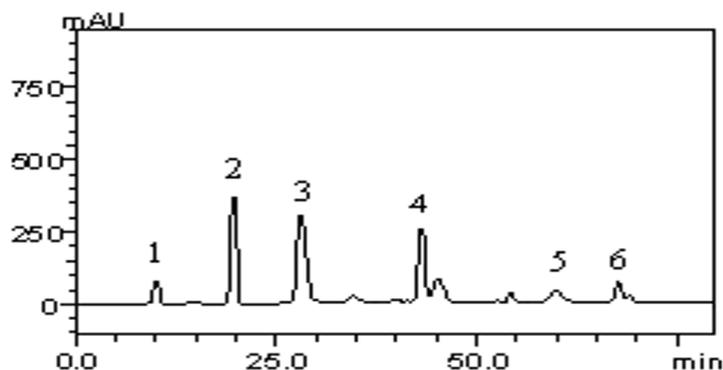


Figura 1 - Fingerprint do extrato de *Phyllanthus niruri* L. (PnE). A análise por CLAE mostra o tempo de retenção para o ácido gálico (1), ácido clorogênico (2), ácido caféico (3), rutina (4), quercetina (5) e Campferol (6), nas condições relatadas na seção Materiais e Métodos.

A presença de polifenóis em plantas de uso medicinal confere o efeito antioxidante, o que é fundamental na prevenção do estresse oxidativo e de doenças oriundas dele, além disso, devido a essa grande quantidade de compostos o *Phyllanthus niruri* tem sido utilizada no tratamento da hipertensão, diabetes, cirrose, entre outros^{4,17,18}.

Tabela 1 - Perfil fitoquímico preliminar com ênfase em compostos antioxidantes

Compostos Analisados	Concentração no extrato em $\mu\text{g/g}$ de Planta
Ácido Clorogênico	$414,20 \pm 1,15$
Quercetina	$734,71 \pm 54,91$
Camferol	$853,21 \pm 75,46$
Ácido Gálico	$1480,61 \pm 124,56$
Rutina	$15053,16 \pm 957,41$
Ácido Cafeico	$16617,57 \pm 1214,1$

Os resultados são apresentados na forma de Média \pm Desvio Padrão. Todas as análises foram realizadas em triplicada.

Na Figura 2, os dados referentes a proliferação celular mostraram que os leucócitos quando em contato com o PnE apresentaram um pequeno aumento da proliferação (PC $149,5 \pm 3,07$ e PnE $151,4 \pm 1,64$ % de aumento celular), sendo a diferença entre os controles foi de 42,28%. Na análise da viabilidade celular, houve uma significativa diferença entre a cultura tratada com o PnE ($99,00 \pm 1,00$ % de células viáveis) e a tratada apenas com o peróxido de hidrogênio (PC) ($76,67 \pm 4,16$). Quanto ao índice mitótico houve uma ampla diferença entre o PC e a cultura tratada com o PnE, $2,67 \pm 0,58\%$ e $6,0 \pm 1,00\%$, respectivamente, criando um aumento na taxa de mitose de 125,56% entre as duas amostras. Em estudos anteriores, foi demonstrado que os extratos aquoso ou etanólico de Quebra-Pedra não afetam a proliferação¹⁷. Já Prasad e colaboradores¹⁹ demonstraram que altas concentrações de ácido caféico (30, 40 e 50 μg) inibem *in vitro* a proliferação de células HT-1080, os testes também sugerem que estas altas concentrações de ácido caféico apresentam uma capacidade pró-oxidante, o que pode contribuir para que não ocorra o aumento celular, fato

este que poderia estar interferindo na proliferação celular realizada nesse estudo, já que o extrato em teste apresenta uma elevada concentração de ácido caféico. Gong e colaboradores²⁰ demonstraram que a rutina em concentrações de 50 e 100 μ M é capaz de aumentar a viabilidade de células endoteliais da veia umbilical de humanos em até 34,3%, os resultados obtidos no estudo sugerem que esse aumento na viabilidade deve-se ao fato de a rutina inibir a indução de EROS causada pelo peróxido de hidrogênio (tabela 1).

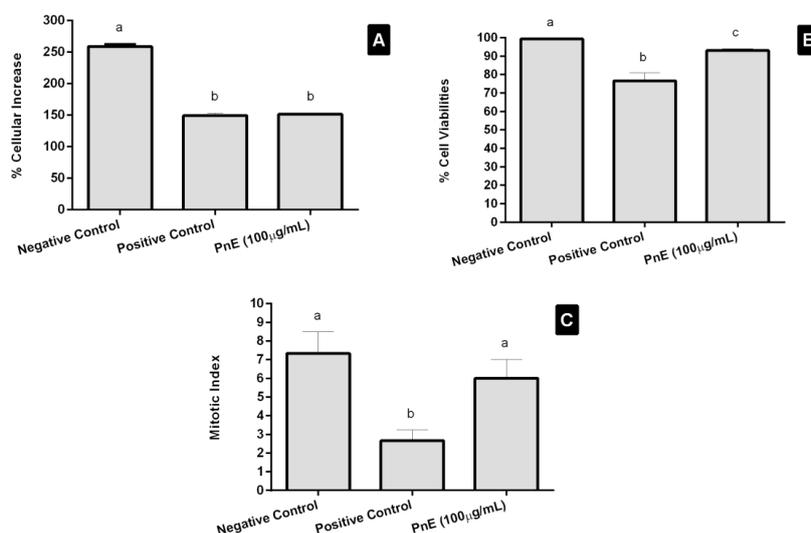


Figura 2 - Efeitos do PnE sobre culturas de leucócitos humanos expostos ao peróxido de hidrogênio. Os resultados para Aumento celular (A), Viabilidade celular (B) e Índice mitótico (C) são mostrados na figura. Os dados são expressos pela média \pm desvio padrão e para isso foi realizado a triplicata de cada teste. Em cada gráfico as letras diferentes representam uma diferença estatística significativa para $p < 0,05$.

Os testes para peroxidação lipídica demonstram que houve diferenças entre os três tratamentos: NC $0,81 \pm 0,24$ (nMol de MDA / mL de Eritrócito), PC $1,32 \pm 0,02$ e a cultura tratada com o PnE $0,48 \pm 0,03$. A diferença percentual entre o PC e o PnE foi de 63,25%. Estudos anteriores mostram que a administração do PnE diminui a peroxidação lipídica em ratos expostos ao DMBA – 7,12 dimetilbenz(a) antraceno²¹, bem como o extrato etanólico de *Phyllanthus niruri* pode diminuir a injúria hepática em ratos expostos a tioacetamida¹⁷. Para o teste cometa, a diferença percentual entre o PC e a cultura tratada com o PnE foi de 73,14% ($80,67 \pm 9,07$ e $21,67 \pm 1,53$, respectivamente). Para a frequência de micronúcleos os dados mostram que houve uma diminuição na formação destes quando a cultura foi tratada com o PnE ($5,0 \pm 1,0\%$) em relação ao PC ($9,68 \pm 0,58\%$), sendo o percentual de diferença 48,28%. Os dados para Instabilidade Cromossômica mostraram que o PnE foi eficaz ($7,33 \pm 1,53\%$) quando comparado ao PC ($23,00 \pm 2,00\%$), essa diferença obteve um percentual de 68,12%. Thakur e colaboradores²² demonstraram em um estudo prévio que tanto o extrato aquoso quanto o extrato etanólico de *Phyllanthus niruri*, nas concentrações de 100mg/Kg e 200mg/Kg foram capazes de reduzir a instabilidade cromossômica, como a quebra do DNA e de cromátides para testes realizado com ratos.

Estudos realizados por^{3,4} demonstram que a capacidade de diminuir a peroxidação lipídica, a frequência de micronúcleos e o dano ao DNA avaliado pelo teste cometa se deve aos constituintes presentes na planta e da sua capacidade de agir como agente antioxidante.

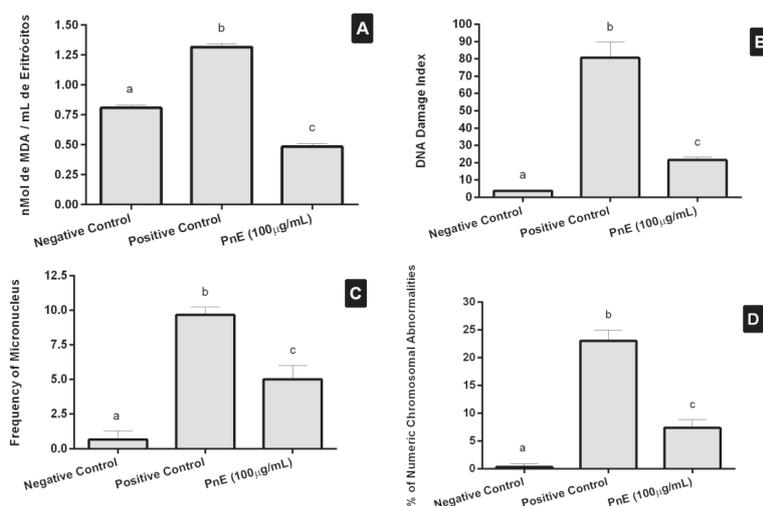


Figura 3 - Efeitos do EQP sobre culturas de leucócitos humanos expostos ao peróxido de hidrogênio. São mostrados na figura os resultados para os marcadores oxidativos. Em “A” temos a peroxidação lipídica, em “B” o Dano de DNA, em “C” a frequência de micronúcleos e em “D” as Anormalidades Cromossômicas. Os dados são expressos pela média±desvio padrão e para isso foi realizado a triplicata de cada teste. Em cada gráfico as letras diferentes representam uma diferença estatística significativa para $p < 0,05$.

Considerações Finais

Os resultados apresentados pelo trabalho mostram que o PnE foi eficaz na proteção celular, em nível de DNA e de parâmetros oxidativos, o que corrobora com estudos realizados anteriormente, tornando a planta um potencial adjuvante no tratamento de diversas doenças que tem origem no estresse oxidativo. Isto se deve a quantidade de constituintes químicos presentes na sua composição tornando-a um potente antioxidante.

Referências

1. Cordelia O. Evaluation of chemical constituents of *Phyllanthus Niruri*. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*. 2012;6(3):125-8.
2. Calixto JB. Twenty-five years of research on medicinal plants in Latin America: a personal view. *Journal of ethnopharmacology*. 2005;100(1):131-4.
3. Calixto JB, Santos AR, Filho VC, Yunes RA. A review of the plants of the genus *Phyllanthus*: their chemistry, pharmacology, and therapeutic potential. *Medicinal research reviews*. 1998;18(4):225-58.
4. Bagalkotkar G, Sagineedu SR, Saad MS, Stanslas J. Phytochemicals from *Phyllanthus niruri* Linn. and their pharmacological properties: a review. *Journal of pharmacy and pharmacology*. 2006;58(12):1559-70.
5. Campos AH, Schor N. *Phyllanthus niruri* inhibits calcium oxalate endocytosis by renal tubular cells: its role in urolithiasis. *Nephron*. 1999;81(4):393-7.
6. Pala FS, Gürkan H. The role of free radicals in ethiopathogenesis of diseases. *Advances in Molecular Biology*. 2008;2(1).
7. Singh NP, McCoy MT, Tice RR, Schneider EL. A simple technique for quantitation of low levels of DNA damage in individual cells. *Experimental cell research*. 1988;175(1):184-91.
8. Barreiros A, David JM, David JP. Estresse oxidativo: relação entre geração de espécies reativas e defesa do organismo. *Química nova*. 2006;29(1):113.
9. Gutteridge J, Halliwell B. Free radicals and antioxidants in the year 2000: a historical look to the future. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2000;899(1):136-47.
10. Boligon AA, Pereira RP, Feltrin AC, Machado MM, Janovik V, Rocha JBT, et al. Antioxidant activities of flavonol derivatives from the leaves and stem bark of *Scutia buxifolia* Reiss. *Bioresource technology*. 2009;100(24):6592-8.

11. Machado MM, Montagner GFFdS, Boligon A, Athayde ML, Rocha MIUMd, Lera JPB, et al. Determination of polyphenol contents and antioxidant capacity of no-alcoholic red grape products (*Vitis labrusca*) from conventional and organic crops. *Química Nova*. 2011;34(5):798-803.
12. dos Santos Montagner GFF, Sagrillo M, Machado MM, Almeida RC, Mostardeiro CP, Duarte MMMF, et al. Toxicological effects of ultraviolet radiation on lymphocyte cells with different manganese superoxide dismutase Ala16Val polymorphism genotypes. *Toxicology in Vitro*. 2010;24(5):1410-6.
13. Narendra K, Swathi J, Sowjanya K, Satya A. *Phyllanthus niruri*: a review on its ethno botanical, phytochemical and pharmacological profile. *Journal of Pharmacy Research*. 2012;5(9):4681-91.
14. Burow ME, Weldon CB, Tang Y, Navar GL, Krajewski S, Reed JC, et al. Differences in susceptibility to tumor necrosis factor α -induced apoptosis among MCF-7 breast cancer cell variants. *Cancer research*. 1998;58(21):4940-6.
15. Schmid W. The micronucleus test. *Mutation Research/Environmental Mutagenesis and Related Subjects*. 1975;31(1):9-15.
16. Ohkawa H, Ohishi N, Yagi K. Assay for lipid peroxides in animal tissues by thiobarbituric acid reaction. *Analytical biochemistry*. 1979;95(2):351-8.
17. Amin ZA, Abdulla MA, Ali HM, Alshawsh MA, Qadir SW. Assessment of in vitro antioxidant, antibacterial and immune activation potentials of aqueous and ethanol extracts of *Phyllanthus niruri*. *Journal of the Science of Food and Agriculture*. 2012;92(9):1874-7.
18. Okoli C, Ibiam A, Ezike A, Akah P, Okoye T. Evaluation of antidiabetic potentials of *Phyllanthus niruri* in alloxan diabetic rats. *African Journal of Biotechnology*. 2010;9(2).
19. Prasad NR, Karthikeyan A, Karthikeyan S, Reddy BV. Inhibitory effect of caffeic acid on cancer cell proliferation by oxidative mechanism in human HT-1080 fibrosarcoma cell line. *Molecular and cellular biochemistry*. 2011;349(1-2):11-9.
20. Gong G, Qin Y, Huang W, Zhou S, Yang X, Li D. Rutin inhibits hydrogen peroxide-induced apoptosis through regulating reactive oxygen species mediated mitochondrial dysfunction pathway in human umbilical vein endothelial cells. *European journal of pharmacology*. 2010;628(1):27-35.
21. Sharma P, Parmar J, Verma P, Sharma P, Goyal P. Protective Effect of *Phyllanthus niruri* on DMBA/Croton Oil Mediated Carcinogenic Response and Oxidative Damage in Accordance to Histopathological Studies in Skin of Mice. *Journal of Natural Sciences Research*. 2011;1:16-28.
22. Thakur I, Devi PU, Bigoniya P. Protection against radiation clastogenicity in mouse bone marrow by *Phyllanthus niruri*. 2011.

Michel Mansur Machado

Endereço para correspondência – Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

Caixa Postal 118, CEP: 97.500-970, Uruguaiana, RS, Brasil.

E-mail: michelmachado@unipampa.edu.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7651341120825287>

Maria Fernanda de Moura Leão – mafe.leao@yahoo.com.br

Camila Martins Güez – camila_mguez@hotmail.com

Jonathaline Apollo Duarte – jonathalineapollo@yahoo.com.br

Elizandra Gomes Schmitt – danda_schmitt2@hotmail.com

Luciane Dias Quintana – lucianequintana@hotmail.com

Léa Augusta de Bairros Zambrano – bize_zambrano@hotmail.com

Mariana Balhego Rocha – marianabalhego@hotmail.com

Luísa Zuravski – luisazuravski@gmail.com

Luís Flávio Souza de Oliveira – tcheluisoliveira@gmail.com

Enviado em 28 de julho de 2016.

Aceito em 03 de outubro de 2016.

PERSPECTIVA SOBRE O ENTENDIMENTO DO CUIDADO FARMACÊUTICO AO IDOSO EM UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA

PERSPECTIVE ON THE UNDERSTANDING OF PHARMACEUTICAL CARE TO THE ELDERLY IN A PHILANTHROPIC INSTITUTION

Hérick Hebert da Silva Alves¹, Sanny Ellen de Souza Pereira¹, Sandna Larissa Freitas dos Santos¹, Karla Bruna Nogueira Torres Barros², Maria Luísa Bezerra de Macedo Arraes³

RESUMO

Objetivo: Apresentar a perspectiva do idoso quanto a atenção farmacêutica. Metodologia: Estudo descritivo, transversal, com uma abordagem semi-quantitativa, realizado na casa de acolhida Remanso da Paz, no município de Quixadá-CE em agosto de 2016. Resultados: Foram avaliados 21 idosos de ambos os sexos, realizando atividades de educação e saúde, através do projeto de extensão Serviço de Atendimento Farmacêutico ao Idoso – SAFI. Dos idosos estudados, houve maior predominância de mulheres 13 (62%), viúvos 13 (62%), casa própria 15 (72%), com faixa etária entre 67 a 91 anos de idade e quanto a escolaridade 11 (56%) tinham o 1º grau completo. 17 (81%) relataram que o projeto vem influenciando e as orientações e palestras que são ministradas, contribuíram na vida de 18 (86%) dos idosos, onde 16 (76%) fazem o uso dos conhecimentos adquiridos em seu cotidiano, 3 (14%) afirmavam conhecer a expressão “Interação medicamentosa”, 7 (33%) “Sobredosagem” e “Automedicação”. Portanto, 19 (90%) afirmaram utilizar seus medicamentos de forma correta. Conclusão: Observa-se a intervenção positiva da atuação do projeto SAFI na vida dos idosos estudados.

Descritores: Saúde do Idoso; Automedicação; Atenção Farmacêutica.

ABSTRACT

Objective: To present the perspective of the elderly regarding pharmaceutical care. Methodology: A descriptive, cross-sectional study with a semi-quantitative approach, carried out at the Remanso da Paz shelter in the municipality of Quixadá-CE in August 2016. Results: Twenty-one elderly men and women were evaluated, performing education and Health, through the project of extension Service of Pharmaceutical Care to the Elderly - SAFI. Among the elderly studied, 13 (62%), 13 (62%), 15 (72%), 67-91 years of age, and 11 (56%) had The complete 1st grade. 17 (81%) reported that the project has been influencing and the guidelines and lectures given have contributed to the life of 18 (86%) of the elderly, where 16 (76%) use the knowledge acquired in their daily lives, 3 (14%) claimed to know the expression “Drug Interaction”, 7 (33%) “Overdose” and “Self-medication”. Therefore, 19 (90%) stated that they used their medications correctly. Conclusion: The positive intervention of the SAFI project in the life of the elderly studied is observed.

Descriptors: Health of the Elderly; Self Medication; Pharmaceutical Care.

¹ Acadêmico(a) de Farmácia no Centro Universitário Católica de Quixadá (Unicatólica), Quixadá, Ceará, Brasil.

² Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará, Brasil.

³ Mestre em Patologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

Introdução

O processo de envelhecimento populacional vem sendo alvo de atenção na maioria dos países, como uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida¹.

O cuidado ao idoso deve primeiramente surgir da família, porém quando esta falha em seu papel protetivo, o poder público e a sociedade, devem solidariamente desempenhar esta atribuição, devendo assegurar ao idoso, a efetivação do direito à vida, à saúde, à educação, ao lazer, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Atualmente sabe-se que em muitos casos, os idosos passam por um processo de solidão, em virtude das alterações que ocorrem na família, aumentando o número de pessoas maiores de sessenta e cinco anos de idade vivendo sozinhas, ou em casas de apoio².

A terceira idade é a fase da vida que requer uma atenção especial, pois é nesta etapa da vida em que ocorrem várias mudanças fisiológicas, colocando a maioria dos idosos em estado de sedentarismo e possibilitando o aumento de doenças crônicas. O uso de medicamentos, por serem muitas vezes deixado de lado pelos seus familiares e não ter acompanhamento em casa, muitos dos idosos não sabem a forma correta de tomar os medicamentos. Para o idoso, o aconselhamento acerca do uso racional de medicamento é essencial, em função da presença frequente de múltiplas patologias, requerendo terapias diferentes, as quais podem resultar no uso concomitante de vários medicamentos. Desse modo, torna-se necessária uma estratégia de administração que diminua os riscos de efeitos colaterais ou adversos e de interações medicamentosas^{3,4}.

Com isso, a intervenção do farmacêutico se torna importante, pois é um profissional que, além das habilidades humanísticas, detém os conhecimentos sobre medicamentos, e poderá orientar tanto o paciente quanto o familiar ou acompanhante em relação ao uso racional dos medicamentos, fazendo-os compreender desde a sua prescrição até as orientações quanto ao uso e possíveis interações⁵. A pesquisa teve como objetivo, apresentar a perspectiva do idoso em relação ao projeto de extensão acadêmica Serviço de Atendimento Farmacêutico ao Idoso (SAFI), da instituição de ensino Centro Universitário Católica de Quixadá (Unicatólica), desenvolvendo um levantamento sobre a mudança dos hábitos diários, em busca da prevenção de problemas relacionados à automedicação e o conhecimento a respeito da atuação do profissional farmacêutico no cuidado ao idoso.

Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo, transversal, consistindo em uma abordagem semi-quantitativa, na casa de acolhida aos idosos Remanso da Paz, no município de Quixadá-CE no mês de agosto de 2016, que possui assistência de profissionais médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros, e de serviços gerais. A instituição filantrópica conta com doações para manter suas ações realizando atividades ocupacionais e educativas, sendo mediadas por profissionais voluntários.

Foram entrevistados 21 idosos de ambos os sexos, que se encontravam na instituição no momento da pesquisa. Além disso, foram desenvolvidas atividades de educação e saúde, semanalmente, abordando assuntos sobre o uso de medicamentos, reações adversas, interações medicamentosas, plantas medicinais e doenças crônicas, inseridas no âmbito das perspectivas do projeto de extensão Serviço de Atendimento Farmacêutico ao Idoso - SAFI, da instituição de ensino Centro Universitário Católica de Quixadá (Unicatólica)⁶. As atividades do projeto são ministradas por acadêmicos do curso de Farmácia, em linguagem adaptadas aos idosos, para facilitar o entendimento e vincular a teoria abordada em sala de aula com a vivência no âmbito da profissão.

Os dados foram inseridos no banco de dados do software Microsoft Excel para viabilizar o processamento e análise das respostas obtidas. A abordagem quantitativa foi avaliada pelo método de SPSS e a qualitativa pelo método de Bardin⁷. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Católica de Quixadá com o parecer 1.659.170, através da Plataforma Brasil de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas da pesquisa em seres humanos⁸, seguindo as determinações desta que são especificidades das pesquisas com seres humanos.

Resultados

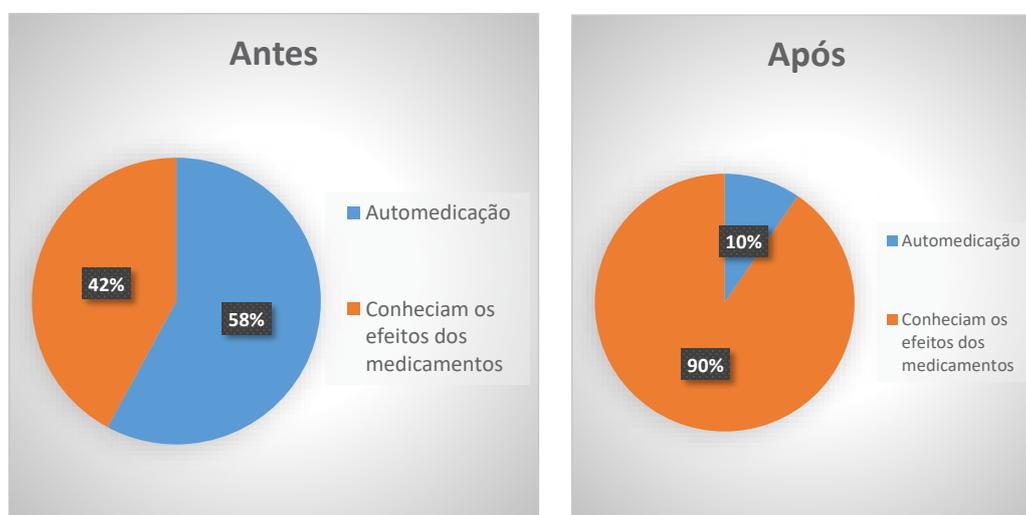
A identificação dos idosos participantes está descrita na tabela 1. No total 13 (62%) eram mulheres e 8 (38%) homens, com faixa etária entre 67 a 91 anos de idade.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos idosos estudados, Quixadá (CE), 2016.

Características sócio econômicas		
Idade	Frequência	%
67 a 72	10	48%
73 a 80	6	28%
81 a 91	5	24%
Escolaridade		
1º grau completo	11	53%
2º grau completo	6	28%
Não alfabetizado	4	19%
Estado civil		
Viúvos	13	62%
Casados	5	24%
Solteiro	2	9%
Separados	1	5%
Situação Habitacional		
Própria	15	72%
Familiares	3	14%
Alugada	2	9%
Cedida	1	5%

Antes da implantação do projeto de extensão SAFI (Gráfico 1), 3 (33%) dos idosos fazia automedicação, porém, apenas 5 (24%) conheciam os efeitos dos medicamentos que eles utilizavam e logo após a implantação 19 (90%) deles parou a automedicação mediante todas as informações que foram abordadas nos encontros com palestras e orientações sobre o risco da automedicação.

Gráfico 01 - Intervenção anterior e posterior ao Projeto SAFI dos idosos estudados. Quixadá (CE), 2016.



Entre as perspectivas sobre o projeto de extensão SAFI, afirmadas pelos participantes esta a influência do projeto na vida deles que foi relatada por 17 (81%) idosos. As orientações e palestras ministradas no projeto contribuíram na vida de 18 (86%) idosos. Cerca de 16 (76%) idosos fazem o uso dos conhecimentos adquiridos no SAFI no seu cotidiano. Com base nas atividades de educação e saúde realizadas semanalmente foram sendo explicados alguns termos sobre medicamentos para os idosos. Esses termos foram questionados durante a entrevista para avaliar se os pacientes tinham a compreensão da sua farmacoterapia. A tabela 2 descreve a percepção dos idosos quanto os termos questionados.

Tabela 2 - Percepção dos idosos quanto os termos relacionados a farmacoterapia, Remanso da Paz, Quixadá (CE), 2016.

Termos	Frequência	(%)
“Interação medicamentosa”	3	14%
“Efeito adverso”	2	10%
“Sobredosagem”	7	33%
“Automedicação”	7	33%

A tabela 3 descreve dados sobre o uso de medicamentos e plantas medicinais, como também as noções sobre a automedicação.

Tabela 3 - Questionário realizado com idosos na casa de acolhida Remanso da Paz, Quixadá (CE), 2016.

Entrevista feita com os idosos do projeto de extensão SAFI	Frequência	(%)
Faz o uso correto do medicamento	19	90%
Utiliza a mesma posologia prescrita pelo médico	21	100%
Já sentiu algum mal-estar após tomar algum medicamento	3	14%
Teve alguma reação alérgica	4	19%
Tem noção dos riscos da automedicação	10	48%
Faz uso de preparações medicinais	11	52%
Tem conhecimento de que o uso de plantas medicinais pode haver interação com seus medicamentos	12	57%

Discussão

Atualmente, o uso de medicamentos pelos idosos tem gerado preocupação quanto aos gastos excessivos no sistema de saúde e aos possíveis efeitos, benéficos ou indesejáveis. O perfil de uso obedece às peculiaridades de idade, gênero, inserção social, estado de saúde e classe terapêutica⁹.

Flores & Mengue¹⁰ avaliaram idosos, sendo 141 (66%) mulheres e 117 (54%) homens, na faixa etária entre 60 e 70 anos. A prevalência de uso de medicamentos foi de 91% (n=195). Na semana anterior à entrevista foram utilizados 697 medicamentos, com média de 3,2 (DP=2,5) medicamentos por pessoa. Do total da amostra, 187 (87%) haviam realizado no mínimo uma consulta médica no último ano, 71 (33%) pessoas usavam medicamento sem prescrição médica e em 57 (27%) casos foi caracterizada polifarmácia.

No presente estudo a população idosa, houve maior predominância de mulheres 13 (62%), idosos viúvos 13 (62%) e que habitavam em casa própria 15 (72%) com faixa etária de 67 a 91 anos. Evidencia-se quanto ao sexo, que, as mulheres são mais propensas a doenças, e quando a isso, maior probabilidade de uso de medicamentos. Em relação ao sexo, dados semelhantes foram encontrados no estudo de Oliveira *et al.*¹¹, onde à população estudada eram em maior predominância mulheres 866 (57,2%) e que a baixa escolaridade dos idosos foi considerada um importante fator de risco diante da complexidade dos esquemas medicamentosos utilizados pelos entrevistados, à medida que se constatou que 1,032 (68,1%) são analfabetos ou tiveram pouco tempo de escolaridade, já em nosso estudo foi visto que 11 (53%) dos idosos entrevistados tinha concluído o 1º grau e apenas 4 (19%) eram analfabetos o que mostra baixa prevalência de escolaridade comparado com este estudo.

Oliveira & Araujo¹² descreve que a maior incidência do sexo feminino deve-se ao fato de uma maior participação das mulheres no grupo de idosos pesquisado, sugerindo que as idosas aparentam um maior interesse em participar de atividades educativas e de lazer do que o idoso, ou ainda que, mesmo após a aposentadoria, os homens procuram exercer alguma profissão, preferindo dedicar seu tempo livre a alguma atividade remunerada, sobrando menos tempo para se dedicar a atividades de lazer e aos recursos da comunidade.

Em um estudo realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 182 (60,5%) afirmaram não esquecem de tomar os medicamentos, faziam uso de medicamentos por conta própria 111 (36,9%) idosos e, além disso, 225 (74,5%) afirmam ter recebido orientação quanto ao uso do medicamento e 246 (81,7%) afirmam que sabem a indicação do mesmo, enquanto apenas 82 (27,2%) dizem estar informados sobre os efeitos adversos dos medicamentos que utilizam³.

A educação em saúde baseia-se no diálogo e na troca de conhecimentos, associando-se entre o saber científico e o popular, tendo em vista que os processos comunicativos se baseiam em escutar o outro para compreender quais as suas crenças, sua situação e suas possibilidades de poder atuar conjuntamente. Portanto, a comunicação na atenção à saúde do idoso é algo que se constrói em uma ação intencional, dirigida e orientada para um único interesse⁶.

Observou-se que as ações de educação em saúde desenvolvidas através do projeto SAFI, incentivaram os idosos a minimização da prática da automedicação. Foram observadas influências positivas na vida pessoal dos idosos que participaram efetivamente dos encontros 17 (81%) e as informações obtidas pelas palestras foram utilizadas na vida diária de 16 (76%) dos mesmos.

Luz, Lima & Monteiro (2013)¹³ em uma pesquisa com 100 indivíduos de idade superior a 60 anos, 69 (69%) afirmaram ter conhecimentos sobre os medicamentos que usavam. Ainda, foi visto que os participantes buscam informações aos farmacêuticos, quando vão procurar os medicamentos e aos médicos no momento da consulta. Normalmente, não são informados sobre os efeitos adversos e muito menos sobre as interações medicamentosas que podem ocorrer com os medicamentos. Os autores ainda afirmaram que alguns idosos usam muitos medicamentos ao mesmo tempo e não estão prevenidos sobre os riscos disso, ou seja, não são alertados sobre como prevenir possíveis interações.

Andrade, Silva & Freitas¹⁴ afirmam que o profissional farmacêutico está mais próximo nessa atuação, esclarecendo informações sobre a posologia, interações com alimentos e/ou medicamentos, reações adversas e alérgicas e os perigos da automedicação, tendo em vista melhorar a qualidade de vida de cada paciente por meio de resultados definidos na terapia medicamentosa.

Peretta & Ciccio¹⁵ relatam que os problemas que costumam ocorrer no uso de medicamentos em idosos vão desde a escolha inadequada do medicamento, falha ao receber o medicamento, uso inadequado (esquecimento), dose sub-terapêutica, superdosagem, efeitos adversos, interações farmacológicas e automedicação.

Mochel *et al.*¹⁶ em entrevista com 462 idosos foi visto que 335 (75%) pacientes afirmaram que tomavam a medicação de acordo com a prescrição médica e que 111 (25%) pacientes diziam que não tomavam a medicação de acordo com o que havia sido prescrito. Diferindo do presente estudo, o qual 19 (90%) afirmaram usar corretamente os medicamentos, e 21 (100%) afirmaram seguir a mesma posologia prescrita pelo médico, o que reflete positivamente na conduta clínica do estado de saúde dos idosos, que por serem uma população com maior risco de comorbidades, na maioria das vezes esse cuidado e atenção a farmacoterapia não é realizado.

Oliveira *et al.*¹¹, entre os idosos que utilizavam medicamentos, 1.116 (91,1%) relataram ter consumido fármacos exclusivamente prescritos por médicos ou dentistas e 106 (8,9%; IC95%: 6,7- 11,5) referiram consumo simultâneo de medicamentos prescritos e não prescritos¹¹. O presente estudo apresenta que (10) 48% dos participantes afirmaram ter noção dos riscos da automedicação.

Na pesquisa de Luz, Lima & Monteiro¹³ o conhecimento das expressões foi visto que 4 (4%) de indivíduos que conheciam o termo “Interação Medicamentosa”, 94 (94%) que não a conheciam e 2 (2%) não responderam; para a expressão “Efeito Secundário” 7 (7%) a conheciam, 91 (91%) não a conheciam e 2 (2%) não responderam; relativamente à “Sobredosagem” 10 (10%) a conheciam, 88 (88%) não sabem o significado e 2 (2%) não responderam; “Efeitos Adversos” 8 (8%) afirmaram ter conhecimento do significado, 90 (90%) não conheciam o significado e 2 (2%) não responderam; para a “Automedicação” 9 (9%) teve conhecimentos do significado, 88 (88%) não sabem o significado e 3 (3%) não responderam. Os autores ainda revelaram uma necessidade de profissionais disponibilizar as devidas informações aos idosos para que esses consigam desenvolver o tratamento medicamentoso de forma efetiva.

No presente estudo na avaliação da compreensão da farmacoterapia sobre os termos questionados, percebe-se uma lacuna exposta na ausência de conhecimento das expressões. Sobre o termo “Interação medicamentosa” apenas 3 (14%) afirmavam conhece-lo, o que evidencia maiores riscos de fatores que possam influenciar na terapia, como os alimentos. Apenas 2 (10%) conheciam o que era “Efeito adverso” e 7 (33%) relataram saber o que era a expressão “Sobredosagem” o que por vezes, o paciente pode apresentar algum efeito negativo relacionado ao uso dos medicamentos, mas dificulta sua interpretação da real causa. Por fim, 7 (33%) conheciam sobre a prática da “Automedicação”, o que eleva a probabilidade de agravos à saúde dos idosos.

Os principais fatores que possibilitam a automedicação, de acordo com Bortolon, Karnikowski & Assis¹⁷, são a falta e/ou o desinteresse pela busca da informação, o mínimo empenho das identidades responsáveis na disponibilização das informações, a presença de estoque de medicamento nas residências e a globalização.

Uma das consequências relacionadas com o uso de medicamentos sem prescrições são as reações alérgicas que por vezes surgem com alguns indivíduos, devidas as distintas características individuais. Luz, Lima & Monteiro (2013)¹³ verificaram que 86 (86%) afirmaram que nunca tiveram nenhuma reação alérgica a qualquer medicamento, mas 10 (10%) afirmam já ter tido reações, essencialmente com as penicilinas e, 4 (4%) do total não responderam ou não sabem se já tiveram ou não interações¹¹.

A utilização de plantas medicinais pode trazer riscos relacionados à qualidade de vida e à segurança, já que no ato de obtenção pode ocorrer a identificação errônea da planta. Uma das estratégias em serviços de atenção básica à saúde para atenuar esse risco seria a adoção de hortos de plantas medicinais, cujas espécies seriam certificadas por botânicos, e sua indicação e uso ficariam sob a responsabilidade de equipe de saúde multiprofissional¹².

Assim, o emprego de plantas medicinais, apesar de constatado, parece ser ignorado pelos profissionais das equipes de saúde, visto que os homens idosos relataram não ter recebido orientações sobre possíveis riscos em relação ao uso conjunto com os medicamentos industrializados. A fonte de informações sobre plantas medicinais geralmente são amigos e parentes, paralelamente a consultas feitas a livros que possuíam em casa, sem, no entanto, atentar para questões relacionadas à dose da planta, complicações ou intoxicações decorrentes, levando a falta de conhecimento sobre interações entre medicamentos e plantas e que as consequências dessas associações podem interferir na eficácia dos medicamentos utilizados, principalmente, para tratar doenças crônicas, como a hipertensão e o diabetes¹⁸.

O profissional Farmacêutico tem a capacidade de orientar a respeito dos medicamentos prescritos e dispensados aos idosos, pois eles estão em contato frequente com os pacientes discutindo sobre os problemas de saúde, informando sobre a natureza da doença crônica e identificando as razões do tratamento. Além de educar quanto aos riscos da automedicação, as interações em idosos polimedicados e assim permitindo uma eficácia na terapêutica.

Cabe ressaltar que esta pesquisa foi realizada através da coleta de informações envolvendo a lembrança dos idosos, o que pode levar a subjetividade dos dados, pois, a recordação de fatos passados, de certa forma, pode não corresponder totalmente com a realidade.

Considerações Finais

Os resultados do estudo mostram baixa prevalência de automedicação entre os idosos e apontam a partir das atividades de educação em saúde, houve influência positivas nesses pacientes. Em relação ao fenômeno em estudo foi possível notar a ausência de conhecimento de algumas expressões para a compreensão das informações sobre os medicamentos, tais como efeito secundário, interação medicamentosa, efeito adverso, etc., mas uma proporção significativa 10 (48%) tem o discernimento dos riscos advindos da automedicação. Ressalta-se que 21 (100%) dos entrevistados demonstrou utilizar os medicamentos de acordo com a prescrição, o que reflete positivamente no manejo clínico do idoso.

Observa-se a intervenção positiva da atuação do projeto SAFI na vida dos idosos, e a crença de que a atenção farmacêutica fortalece a adesão da farmacoterapia, possibilitando a transmissão de informações sobre as doenças e o uso racional de medicamentos, e com isso ver-se a necessidade de desenvolver programas com fins de minimizar o consumo de medicamentos sem conhecimento prévio pela população idosa.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
2. Silva CAM, Almeida A. A importância da família no cuidado ao idoso. 2012; 6(6):1-12.
3. Marin JS, Cecilio LCO, PerezAEWU, Santella F, Silva CBA, Filho JRG, Roceti LC. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008; 24(7).
4. Marcieni AA, Marcos VSS, Osvaldo F. Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos. 2004; 25(1).
5. Cordeiro BC, Leite SN. O Farmacêutico na atenção à saúde. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí. 2005: 189 p.
6. Santos SLF, Almeida RO, Paiva CEQ, Barros KBNT, Arraes MLBM. Serviço de Atendimento Farmacêutico ao Idoso: relato de experiência de educação em saúde. Rev Santa Maria. 2016; 42(2):02-07.
7. Brites R. Manual de Técnicas e Métodos Quantitativos Tomo – I. INA – Instituto Nacional de Administração. Lisboa, Junho de 2007.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466.2012. Brasília: CNS; 2012.
9. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2003; 19(3):717-724.
10. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 2005; 39(6):924-929.
11. Oliveira MA, Francisco PMSB, Costa KS, Barros MBA. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2012; 28(2):335-345.
12. Oliveira CJ, Araujo TL. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2007; 9(1):93-105.
13. Luz DJ, Lima JAS, Monteiro LG. Automedicação no Idoso. Universidade do Mindelo. 2013: 10-60 p.
14. Andrade MA, Silva MVS, Freitas O. Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina. 2004; 25(1):55-64.
15. Peretta M, Ciccia G. Reengenharia farmacêutica - guia para implantar atenção farmacêutica. Brasília: Ethosfarma. 2000: 45-64 p.
16. Mochel EG, Andrade CF, Almeida DS, Tobias AF, Cabral R, Cossetti RD. Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública em São Luis (MA). Revista Baiana de Saúde Pública. 2007; 31(1):90-101.
17. Bortolon PC, Karnikowski MGO, Assis M. Automedicação versus indicação farmacêutica: O profissional de farmácia na atenção primária à saúde do idoso. Revista APS. 2007; 10(2):200-209.
18. Lima SCS, Arruda GO, Renovato RD, Alvarenga MRM. Representações e usos de plantas medicinais por homens idosos. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto. 2012; 20(4).

Hérick Hebert da Silva Alves

Endereço para correspondência – Rua: Tabelaão Enéas de Lima, nº 171,
Bairro: Centro, CEP: 63900-065, Quixadá, CE, Brasil.

E-mail: herick_hebert@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1186584354920031>

Sanny Ellen de Souza Pereira – sannyellenpereira@hotmail.com

Sandna Larissa Freitas dos Santos – sandy.lary@hotmail.com

Karla Bruna Nogueira Torres Barros – karlabruna1@hotmail.com

Maria Luísa Bezerra de Macedo Arraes – mariaarraes@fcrs.edu.br

Enviado em 18 de outubro de 2016.

Aceito em 30 de dezembro de 2016.

FREQUÊNCIA DE EXACERBAÇÃO EM PACIENTES PORTADORES DE DPOC SUBMETIDOS A UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR

FREQUENCY OF EXACERBATIONS IN PATIENTS DIAGNOSED WITH COPD SUBMITTED IN PULMONARY REHABILITATION PROGRAM

**Alice Pereira Freitas¹, Betina Brixner¹, Cristiane Carla Dressler Garske¹,
Andréa Lúcia Gonçalves da Silva², Dulciane Nunes Paiva³,
Dannuey Machado Cardoso⁴, Lisiane Lisboa Carvalho⁵**

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a frequência de exacerbação em pacientes diagnosticados com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) submetidos em Programa de Reabilitação Pulmonar (PRP) em hospital de ensino no interior do Rio Grande do Sul. Estudo transversal com 32 pacientes. A coleta de dados ocorreu em outubro de 2015, através do sistema computadorizado do hospital e banco de dados do PRP. A amostra foi estratificada em grupos, conforme o tempo de permanência no PRP: menos de dois meses (G1), de dois a 12 meses (G2) e mais de 12 meses (G3). Verificou-se que 59,4% eram do sexo masculino com idade média de 63,5 anos ($\pm 6,9$). No G1, 50% dos pacientes exacerbaram, no G2, 65% e no G3, 37,5%. Os resultados demonstraram que portadores de DPOC que frequentaram o PRP por tempo superior a 12 meses apresentaram menor frequência e menor intensidade de exacerbação da doença.

Descritores: Reabilitação; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Exacerbação dos Sintomas.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the frequency of exacerbations in patients diagnosed with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) submitted in Pulmonary Rehabilitation Program (PRP) in teaching hospital in the Rio Grande do Sul. Cross-sectional study with 32 patients. Data collection took place in October 2015, through the computerized system of the hospital and the PRP database. The sample was divided into groups according to the residence time in the PRP: less than two months (G1) of two to 12 months (G2) and more than 12 months (G3). It was found that 59.4% were male with a mean age of 63.5 years (± 6.9). In G1, 50% of exacerbated patients, G2, G3 and 65%, 37.5%. The results showed that patients with COPD who attended the PRP for longer than 12 months had a lower frequency and lower intensity of disease exacerbation.

Descriptors: Rehabilitation; Pulmonary Disease; Chronic Obstructive; Symptom Flare Up.

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

² Doutora em Biologia Celular e Molecular pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Doutora em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

⁵ Mestre em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Introdução

As doenças respiratórias crônicas como asma, rinite alérgica e a DPOC representam um dos maiores problemas de saúde mundial¹. De acordo com a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*² a DPOC caracteriza-se por obstrução persistente e geralmente progressiva que acomete as vias aéreas e os pulmões. É uma doença que não possui cura, mas com o tratamento adequado seu progresso pode ser retardado³. Outras comorbidades, bem como exacerbações podem contribuir para a gravidade dos pacientes. As exacerbações são recorrentes, manifestando-se através de alterações clínicas do paciente e um aumento dos sintomas respiratórios⁴.

As exacerbações da DPOC se apresentam como um fator de risco para a piora do paciente, e conseqüentemente um aumento da morbimortalidade⁵. Muitas vezes ocorrem desencadeadas por infecções, bacterianas ou virais, fatores ambientais, condições como pneumonia, tromboembolismo e insuficiência cardíaca aguda, ou ainda por fatores desconhecidos. O aumento da dispnéia em pacientes exacerbados ocorre devido a hiperinsuflação e aprisionamento de gás gerando a redução do fluxo respiratório³.

Conforme estudo⁴, as exacerbações podem ser leves, moderadas ou graves. As exacerbações leves podem ser descritas como aquelas em que o paciente tem um aumento da necessidade de medicação, podendo ser tratadas em domicílio, fato pelo qual as mesmas não foram consideradas nesse estudo. Nas exacerbações moderadas, o paciente tem aumento da necessidade de medicação e percebe a necessidade de auxílio médico adicional o que o faz antecipar uma consulta ou recorrer a um serviço de emergência. Na exacerbação grave, o paciente e/ou seu cuidador ao reconhecer uma piora significativa e/ou rápida da condição clínica procura atendimento sendo conduzido a internação hospitalar.

A DPOC afeta 210 milhões de pessoas, sendo considerada a quarta causa de mortalidade em todo o mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2012, a DPOC foi responsável por 6% dos óbitos no mundo, o que equivale ao acometimento de cerca de três milhões de pessoas, devendo ser ressaltado que cerca de 90% dos óbitos ocorreu em pacientes de baixa e média renda, afetando homens e mulheres de modo similar³.

No Brasil a DPOC encontra-se entre a quinta e sexta principal causa de morte e estima-se que 7,5 milhões de pessoas sejam portadoras de DPOC. No ano de 2008 foram realizadas 170 mil admissões no Sistema Único de Saúde (SUS) de pacientes com DPOC com a permanência média de internação de seis dias¹.

O crescente aumento da mortalidade causada pela DPOC impulsionou a busca de alternativas de tratamento farmacológico e não farmacológico. A reabilitação pulmonar se caracteriza por um tratamento não farmacológico capaz de reduzir os sintomas da doença, aumentar a qualidade de vida e reduzir custos de despesas relacionadas com a saúde, revertendo ou estabilizando os efeitos da doença². Dessa forma, o presente estudo objetivou avaliar a frequência de exacerbação por DPOC em sujeitos submetidos a um PRP em um hospital de ensino no interior do Rio Grande do Sul.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, realizado em um PRP, situado juntamente a um hospital de ensino no interior do Rio Grande do Sul - Brasil, com coleta de dados em outubro de 2015.

Dentre os critérios de inclusão estão: pacientes de ambos os sexos, idade acima de 18 anos e participantes do PPSUS. Como critérios de exclusão, os pacientes que possuíam convênios privados de saúde e os pacientes que não completaram as avaliações para iniciar as atividades no PRP.

Foram selecionados 38 pacientes para as atividades no Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), que visou acompanhar os pacientes previamente diagnosticados com DPOC por dois anos (setembro de 2013 a setembro de 2015). Cinco pacientes foram excluídos, pois não havia completado os testes necessários para iniciar o acompanhamento no programa e um foi excluído por apresentar convênio privado de saúde. Resultando em amostra final de 32 pacientes.

As informações foram coletadas através do sistema informatizado MV2000[®] e prontuários médicos, buscando identificar a causa e a frequência da exacerbação, e os dados dos pacientes e outras variáveis (sexo, idade, hábito tabagista, Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1, VEF1 predito) e estadiamento da doença) foram coletadas através de banco de dados do PRP. Comparou-se, também, a frequência da exacerbação com o tempo de permanência no PRP.

Os pacientes avaliados foram estratificados em três grupos: aqueles que não completaram dois meses das atividades (G1); aqueles que realizaram as atividades entre dois a doze meses (G2); e aqueles que realizaram as atividades por um período maior de doze meses (G3).

A exacerbação foi classificada quanto aos seus estádios de gravidade como moderada quando necessitou de atendimento ambulatorial e grave quando necessitou internação hospitalar, não sendo levado em consideração o estágio leve, pois este se trata de alterações que não necessitam atendimento, podendo ser resolvidas no próprio domicílio do paciente.

Utilizou-se o *software* Microsoft Excel 2007® para registrar os dados originais e para a análise exploratória, posteriormente gerando tabelas e gráficos.

Este estudo foi isento de termo de consentimento livre e esclarecido, devido ao anonimato dos pacientes e a isenção de intervenções, fazendo parte de uma pesquisa maior, que inclui desfechos não mencionados neste artigo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul sob o número 435.093/2013.

Resultados

Dos 32 pacientes participantes do estudo, a idade média encontrada foi de 63,5±6,9 anos, sendo a idade mínima e máxima, respectivamente, 50 e 79 anos. Referente ao sexo, 19 (59,4%) era paciente do sexo masculino e 13 (40,6%) do sexo feminino.

Dos indivíduos participantes do estudo, 2 (6,3%) continuam com o hábito tabagista e 30 (93,7%) pararam de fumar; 8 (25%) pacientes eram de estadiamento moderado, 14 (43,7%) eram grave e 10 (31,3%) muito grave; o VEF 1 predito variou de 12 a 72%, com média de 39,4%±15,7%, o VEF 1 de 0,25 a 2,12, com média de 1,03±0,48.

Os resultados encontrados com a frequência de exacerbações estão descritos na Tabela 1, onde exacerbaram 50% dos quatro pacientes pertencentes ao G1, 65% dos vinte pacientes do G2 e 37,5% dos oito pacientes do G3.

Tabela 1 - Frequência de exacerbações em pacientes diagnosticados com DPOC durante o período da pesquisa no PRP do hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul – Brasil, conforme estratificações dos grupos de permanência no PRP

	G1	G2	G3	Total
Sem exacerbação	2 (50%)	7 (35%)	5 (62,5%)	14 (43,7%)
Exacerbação	1 (25%) - 1*	7 (35%) - 1*	2 (25%) - 2*	18 (56,3%)
	1 (25%) - 4*	2 (10%) - 6* / 1**	1 (12,5%) - 1*	
		2 (10%) - 3* / 1**		
		1 (5%) - 14* / 2**		
		1 (5%) - 2*		
Total	4 (100%)	20 (100%)	8 (100%)	32 (100%)

*Número de exacerbação moderada.

**Paciente que, além de exacerbação moderada, apresentou exacerbação grave.

Ao longo dos dois anos de extensão do projeto, 19 pacientes desistiram do programa, sendo assim, 11 pacientes continuaram em acompanhamento das atividades e 2 foram a óbito.

Discussão

Um dos principais achados deste estudo em portadores de DPOC acompanhados durante dois anos em PRP é que os pacientes que frequentaram por mais de doze meses o PRP apresentaram menores frequências e menor intensidade de exacerbações.

Neste estudo, a prevalência de pacientes com DPOC foi do sexo masculino (59,4%) e a idade média encontrada entre os participantes foi de 63,5±6,9 anos. Estes resultados encontrados são próximos ao de um estudo⁶ realizado

no Hospital Masih-Daneshvari, no Irã, com 66 pacientes portadores de DPOC realizando atividades de reabilitação pulmonar, onde a média de idade foi de $56,6 \pm 8,8$ anos e 71,2% eram pertencentes ao sexo masculino.

No estudo, dos 32 pacientes, somente 2(6,3%) continuaram com o hábito tabagista ao longo do PRP, e 30 (93,7%) pararam de fumar, estudos demonstram que frequentando o PRP, os pacientes recebem estímulo da equipe para cessar o hábito e também dos próprios ex-fumantes participantes do PRP⁷. Outro estudo descreve que aqueles pacientes com função pulmonar mais debilitada ou que apresentam exacerbações frequentes tendem a deixar de fumar, diferentemente daqueles pacientes com menos severidade da doença⁸.

Em relação aos valores médios encontrados para VEF1(1,03) e VEF1 predito (39,7), obtidos através dos testes de espirometria que os pacientes realizaram, é possível verificar a gravidade da obstrução do fluxo aéreo. Estes resultados demonstram que a população atendida no PRP possui uma capacidade respiratória diminuída e, além disso, segundo os critérios de GOLD, a relação de VEF1/Capacidade de Volume Forçado (CVF) $\leq 70\%$ do valor previsto já é considerado como um diagnóstico de DPOC, onde os estágios da DPOC são baseados no VEF1 pós-broncodilatador².

A reabilitação pulmonar é uma importante estratégia para mudança de comportamentos em saúde, o qual é vital para melhorar e manter os benefícios de intervenções em pacientes com DPOC. Dentre os benefícios que a reabilitação pulmonar traz aos pacientes, citam-se: melhora da sensação de dispneia, aumento da qualidade de vida, melhor capacidade de realizar exercícios, diminuição de internações hospitalares e dos episódios de depressão e ansiedade⁹. Estas informações condizem com o resultado encontrado no presente estudo, uma vez que os pacientes que permaneceram por um período mais longo no programa (G3), realizando as atividades de reabilitação pulmonar, apresentaram menos episódios de exacerbações (37,5%) quando comparado ao G2 (65%); sendo que no G3 a intensidade da exacerbação também foi menor, onde nenhum paciente apresentou exacerbação grave.

Os pacientes com DPOC, participantes de um PRP apresentam redução na frequência de exacerbação e hospitalização, o que influencia positivamente na progressão da doença e na redução dos custos com saúde¹⁰. Sabe-se que o aumento do número de exacerbações está diretamente relacionado com a gravidade da DPOC e com diminuição da função pulmonar; dessa forma, a exacerbação deve ser reconhecida e tratada rapidamente de forma que o paciente tenha a menor perda funcional possível¹¹. Para o tratamento ideal da DPOC é necessária persistência nas mudanças de hábitos e estilo de vida, e a participação em PRP promove melhorias na qualidade de vida do paciente a curto e longo prazo¹².

Neste estudo, consegue-se observar a melhoria da qualidade de vida desses pacientes submetidos a PRP, confirmando que quanto mais tempo permanecer no programa realizando as atividades físicas, menos exacerbações irão apresentar ao longo da vida. Como os pacientes do G1 permaneceram por menos de dois meses, não houve seguimento das atividades no PRP sendo acompanhados somente quando retornaram ao hospital para atendimento de suas exacerbações. Os pacientes do G2, além de exacerbações moderadas, apresentaram também exacerbações graves, o que pode sugerir a falta de adesão do tratamento farmacológico, pois, apesar de não ter sido um dado levantado nos pacientes em questão, estudos¹³ destacam a importância dos medicamentos na melhora da função pulmonar dos pacientes com DPOC. Já os do G3, foram os que menos apresentaram exacerbações moderadas durante o estudo e nenhum paciente deste grupo necessitou de internação hospitalar (exacerbação grave).

Este estudo reforça que são necessárias medidas que possam minimizar a piora dos sintomas e o trabalho deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, o que permitirá a evolução de outros aspectos nos pacientes portadores de DPOC¹⁴.

Considerações Finais

Com o presente estudo, concluiu-se que pacientes que frequentaram por mais de doze meses o PRP apresentaram menor frequência e intensidade de exacerbação. Desta forma, as evidências sugerem que o programa de reabilitação, em regime ambulatorial, com equipe multiprofissional, citado neste estudo, contribui para este resultado.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 160 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25).

2. GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2015. National Institutes of Health and National Heart, Lung and Blood Institute.
3. World Health Organization. Programmes and Projects. Chronic respiratory diseases - Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Fact Sheet, 315. January, 2015.
4. Cardoso AP. Exacerbação da DPOC. *Pulmão*. 2013;22(2):60-64.
5. Galhardo, M. Corticoterapia exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica – qual a melhor opção: duração curta ou convencional? *Ver Port Med Geral Fam*. 2013;29(5):344-346.
6. Khoshkesht S, Zakerimoghadam M, Ghiyasvandian S, Kazemnejad A, Hashemian M. The effect of home-based pulmonary rehabilitation on self-efficacy in chronic obstructive pulmonary disease patient. *J Pak Med Assoc*. 2015;65(10):1041-1046.
7. Squassoni SD, Lapa MS, Fiss E. Efeitos da reabilitação pulmonar em pacientes fumantes e ex-fumantes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Arq Bras Ciên Saúde*. 2011;36(1):18-23.
8. Niewoehner DE, Lokhngina Y, Rice K, Kuschner WG, Sharafkhaneh A, Sarosi GA et al. Risk indexes for exacerbations and hospitalizations due to COPD. *Chest*. 2007;131(1):20-28.
9. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;189(12):1570.
10. Ranst DV, Stoop WA, Meijer JW, Otten HJ, Port IGV. Reduction of exacerbation frequency in patients with COPD after participation in a comprehensive pulmonary rehabilitation program. *International Journal of COPD*. 2014;9(1):1059-1067.
11. Costa CH, Rufino, R. Tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica. *Rev HUPE*. 2013;12(2):71-77.
12. Ochmann U, Rudolf AJ, Dennis N. Long-term Efficacy of Pulmonary Rehabilitation: a state of the art review. *Jou Cardiopul Rehab Prev*. 2012;32(1):117-126.
13. Wehrmeister FC, Knorst M, Jardim JR, Macedo EC, Noal RB, Martinez-Mesa J et al. Pulmonary rehabilitation programs for patients with COPD. *J Bras Pneumol*. 2011;37(4):544-555.
14. Campos AA, Cabrera R, Osvaldo CR. Rehabilitación respiratoria en pacientes EPOC: experiencia en Atención Primaria de Salud. *Rev Chil Enferm Respir*. 2015;31:77-85.

Alice Pereira Freitas

Endereço para correspondência – Rua: São João, n° 66,
Bairro: Centro, CEP: 95820000, General Câmara, RS, Brasil.

E-mail: alicefreit@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9653671435069536>

Betina Brixner – betinabrixner@yahoo.com.br

Cristiane Carla Dressler Garske – crisdressler2005@yahoo.com.br

Andréa Lúcia Gonçalves da Silva – andreag@unisc.br

Dulciane Nunes Paiva – dulciane@unisc.br

Dannuey Machado Cardoso – dannueyc@unisc.br

Lisiane Lisboa Carvalho – lisianecarvalho@unisc.br

Enviado em 07 de outubro de 2016.

Aceito em 15 de março de 2017.

SISTEMAS NANOESTRUTURADOS CONTENDO ÓLEO DE LINHAÇA: desenvolvimento tecnológico e caracterização físico-química de nanoemulsões e nanocápsulas poliméricas

NANOSTRUCTURED SYSTEMS CONTAINING LINSEED OIL: technological development and physicochemical characterization of nanoemulsions and polymeric nanocapsules

**Cristina Rigon¹, Laura Minussi Giuliani¹, Mônica Fabiele Lorensi Stangarlin², Juliane Mattiazzi²,
Felipe Pereira Gomes¹, Natháli Schopf Pegoraro², Letícia Cruz³, Luana Mota Ferreira²**

RESUMO

Objetivo: O óleo de linhaça apresenta diversas propriedades terapêuticas, principalmente devido à presença de ácidos poli-insaturados em sua composição. Para melhor eficácia e/ou aumento da estabilidade de óleos vegetais farmacologicamente ativos, sistemas nanoestruturados são desenvolvidos para veiculação deste tipo de substância. Este estudo objetivou desenvolver e caracterizar sistemas nanoestruturados contendo óleo de linhaça. Foram preparadas nanocápsulas poliméricas e nanoemulsões, avaliando-se duas concentrações de óleo (1,5% e 3,0%) em ambas as formulações e dois polímeros, Poli(ϵ -caprolactona) e Eudragit[®] RL100, no desenvolvimento das nanocápsulas. Ambas as formulações apresentaram características adequadas para sistemas coloidais. Em relação às nanoemulsões, houve diferença significativa das características entre as quantidades de óleo, sendo que 1,5% de óleo de linhaça foi a concentração mais satisfatória. Em relação à presença dos polímeros, houve variação apenas dos valores de potencial zeta e pH. Concluindo, as formulações foram consideradas adequadas para o encapsulamento do óleo de linhaça, sendo carreadores promissores para outras substâncias ativas.

Descritores: Óleos Vegetais; Óleo de Linhaça; Nanoemulsões; Nanocápsulas Poliméricas.

ABSTRACT

Objective: Linseed oil has several therapeutic properties, mainly due to the presence of polyunsaturated acids in its composition. For best efficiency and/or increasing the stability of vegetable oils pharmacologically active, nanostructured systems are developed to vehicle this type of substance. This study aimed to develop and characterize nanostructured systems containing linseed oil. Polymeric nanocapsules, and nanoemulsions were prepared, evaluating two oil concentrations (1.5% and 3.0%) in both formulations and two polymers, Poli(ϵ -caprolactona) e Eudragit[®] RL100, of the nanocapsules development. Both formulations showed appropriate properties for colloidal systems. Regarding the nanoemulsions, there was a significant difference in characteristics between the amounts of oil, while 1.5% linseed oil was the most satisfying concentration. About presence of polymers, there was variation only of zeta potential and pH values. In conclusion, the formulations were considered suitable for the encapsulation of the linseed oil, being promising carriers for other active substances.

Descriptors: Vegetables Oils; Linseed Oil; Nanoemulsions; Polymeric Nanocapsules.

¹ Graduanda(o) em Farmácia na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

³ Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Introdução

Óleos vegetais, em sua grande maioria, apresentam inúmeras propriedades nutricionais benéficas ao organismo humano. A linhaça (*Linum sitatissimum L.*) é uma planta cultivada por séculos em países do Mediterrâneo e representa a semente do linho. É através dela que após os processamentos pode-se obter o óleo de linhaça (OL)¹. A semente de linhaça apresenta componentes biologicamente ativos importantes como ácido α -linolênico (ALA), diglicosídeo secoisolaricresinol e fibras dietéticas, o que vem gerando interesse de estudos em diferentes áreas, procurando associar estes princípios ativos aos efeitos benéficos para a saúde². A presença destas substâncias conferem ao OL algumas atividades farmacológicas como potencial anti-inflamatório e redução de tumores, especialmente os hormônios-sensíveis^{2,3}.

O OL possui insaturações em sua estrutura e apresenta quantidade abundante de ácido α -linolênico⁴. Ácidos graxos que apresentam múltiplas insaturações abrangem os tipos ômega-3 e ômega-6, dependendo da localização da dupla ligação, e pela proximidade do grupamento metil da extremidade da cadeia⁵. Esses ácidos graxos são denominados essenciais, e devem fazer parte da dieta humana, já que o organismo é incapaz de sintetizá-los. Além disso, os ácidos graxos poli-insaturados estão associados à prevenção de doenças cardiovasculares e inflamatórias⁶.

Devido às potencialidades do OL, torna-se relevante sua incorporação em formulações que favoreçam sua absorção no organismo e protejam-no contra eventuais fenômenos de degradação. Nesse sentido, por ser um óleo vegetal com propriedades nutricionais e energéticas tão relevantes à saúde humana, é importante que seus constituintes sejam protegidos de processos como a oxidação lipídica, uma vez que trata-se de um óleo poli-insaturado⁷. A foto-oxidação e a oxidação enzimática interferem diretamente nas características organolépticas, no valor nutricional do óleo e até mesmo, podem gerar compostos nocivos à saúde⁷.

O crescente interesse no desenvolvimento de nanoestruturas coloca esta área em destaque, principalmente devido às vantagens que estes sistemas coloidais apresentam frente às formulações convencionais. Os sistemas nanoestruturados são capazes de controlar a liberação dos ativos/fármacos incorporados, proteger tais substâncias frente à degradação química, física e enzimática, e melhorar a absorção no trato gastrointestinal^{8,9}. A nanotecnologia, na área da indústria alimentar, tem se mostrado promissora no que diz respeito ao encapsulamento de aromas, sabores e substâncias nutracêuticas¹⁰⁻¹². Além disso, os nanossistemas influenciam aspectos como a liberação de ingredientes funcionais presentes no alimento até um sítio de ação específico e ainda contribuem para mantê-los em seu estado ativo durante o seu processamento. Ainda, cabe ressaltar também que a nanotecnologia pode estar presente nas etapas pós-colheita e durante o processamento¹³. Dentre os sistemas nanotecnológicos mais estudados é relevante destacar as nanoemulsões e as nanopartículas poliméricas^{14,15}.

Por definição, nanopartículas poliméricas são consideradas partículas sólidas coloidais, e dividem-se em nanoesferas e nanocápsulas¹⁶, de acordo com a estrutura e composição. As nanocápsulas são constituídas por um invólucro polimérico em torno de um núcleo oleoso, sendo que o princípio ativo pode estar dissolvido no núcleo e/ou adsorvido ao polímero. Já as nanoesferas são matrizes poliméricas, nas quais o princípio ativo pode ficar retido ou adsorvido no polímero^{14,17}. As nanoemulsões correspondem a gotículas de óleo de tamanho nanométrico dispersas em uma fase aquosa¹⁸.

Tendo em vista que os componentes das formulações influenciam nas características, a escolha do tipo e concentração deve ser feita de forma criteriosa. No caso das nanocápsulas, a escolha dos polímeros é muito importante, uma vez que além de existir uma variedade dos mesmos, eles podem influenciar no perfil de liberação, tamanho de partícula e potencial zeta do sistema nanoestruturado¹⁹. O polímero deve ser biocompatível, podendo ou não ser biodegradável, de acordo com a via de administração que se deseja. Dentre estes, pode-se citar a poli(ϵ -caprolactona) (PCL), um poliéster biocompatível e biodegradável, e o Eudragit® RL100 (EUD RL100), um derivado do ácido metacrílico de característica catiônica.

Considerando o que foi exposto, o objetivo deste trabalho foi delinear uma formulação de base nanotecnológica para veicular o OL, bem como avaliar a influência do tipo e concentração dos componentes escolhidos no desenvolvimento das nanocápsulas e nanoemulsões através da caracterização físico-química das mesmas.

Metodologia

Matérias-primas

O óleo de linhaça foi obtido da Campestre, a Poli(ϵ -caprolactona) e o monooleato de sorbitano (Span[®] 80) da Sigma Aldrich. Eudragit[®] RL100 foi fornecido pela Degussa, o polissorbato 80 (Tween[®] 80) pela Delaware e acetona foi obtida da Nuclear.

Teste de inchamento/dissolução dos filmes poliméricos de PCL e EUD RL100

Filmes de PCL foram obtidos por prensagem hidráulica e de EUD RL100 obtidos por dispersão em acetona. Após, foram imersos completamente em 2 mL de OL. Os filmes foram cuidadosamente retirados do contato com o OL, secos com papel e pesados em balança analítica calibrada após 1, 3, 5, 7, 11, 28 e 60 dias de imersão. O ensaio foi realizado em triplicata²⁰⁻²¹.

Perfil Espectrofotométrico do óleo de linhaça na região ultravioleta

Os espectros de absorção do OL foram obtidos através da varredura de uma solução etanólica contendo o óleo a uma concentração de 1,5 mg/mL em espectrofotômetro na faixa de 190 - 400 nm, abrangendo os espectros de absorção das radiações UVC, UVB e UVA (Shimadzu, modelo UV-1800).

Preparação dos sistemas nanoestruturados

Foram preparadas nanoemulsões (NE) e suspensões de nanocápsulas (NC) com os polímeros PCL ou EUD RL100, contendo OL. As suspensões de nanocápsulas foram preparadas através do método da deposição interfacial do polímero pré-formado²². Uma fase orgânica, composta de acetona, Span[®] 80, PCL ou EUD RL100 e óleo de linhaça foi mantida sob agitação magnética por 60 minutos a 40°C e, em seguida, vertida em uma fase aquosa contendo polisorbato 80. A mistura permaneceu sob agitação magnética por 10 minutos e foi levada ao evaporador rotatório para remoção do solvente orgânico e ajuste do volume final para 10 mL de formulação. As nanoemulsões foram preparadas através do método da emulsificação espontânea²³, como descrito para nanocápsulas, excluindo-se o polímero da formulação. A composição quali e quantitativa das formulações, bem como suas respectivas nomenclaturas, encontram-se na tabela 1.

Tabela 1 - Composição das nanoestruturas

	NE-A	NE-B	NC-PCL-A	NC-PCL-B	NC-EUD-A	NC-EUD-B
Fase aquosa						
Tween [®] 80 (g)	0,077	0,077	0,077	0,077	0,077	0,077
Água destilada (mL)	53	53	53	53	53	53
Fase orgânica						
EUD (g)	-	-	-	-	0,100	0,100
PCL (g)	-	-	0,100	0,100	-	-
Span [®] 80 (g)	0,077	0,077	0,077	0,077	0,077	0,077
Acetona (mL)	27	27	27	27	27	27
OL (g)	0,3	0,15	0,3	0,15	0,3	0,15

EUD: Eudragit RL100; PCL: Poli(ϵ -caprolactona), OL: Óleo de linhaça.

Caracterização Físico-Química

As técnicas de caracterização físico-química empregadas neste estudo são aquelas consideradas essenciais para descrever um sistema nanoestruturado¹⁴. Tais metodologias já vem sendo utilizadas pelo nosso grupo de pesquisa para avaliar as características dos sistemas nanométricos^{20, 24, 25, 26}.

Determinação do pH

O pH foi determinado diretamente nas amostras mediante a utilização de potenciômetro (HANNA, modelo pH 21), calibrado com soluções tampão de pH 4,0 e 7,0, sem diluição.

Determinação do tamanho, índice de polidispersão e potencial zeta

A avaliação do tamanho das partículas e das gotículas e o índice de polidispersão (IPD) das mesmas foi realizada por espectroscopia de correlação de fótons (25 °C), após diluição adequada de uma alíquota dos sistemas nanoestruturados em água (equipamento Zetasizer Nanoseries Malvern Instruments, modelo ZEN 3600). Por sua vez, os valores de potencial zeta foram determinados por microeletroforese, após diluição das amostras em NaCl (10 mM) no mesmo equipamento²⁰⁻²⁶.

Análise estatística

As formulações foram preparadas e analisadas em triplicata e os resultados foram analisados por Teste *t* (para comparação do tempo inicial e final de teste de inchamento/dissolução dos filmes poliméricos) e análise de variância (ANOVA) de uma via, seguida de *post-hoc Tukey* (para as análises de caracterização físico-química), utilizando o programa GraphPad Prism, versão 6. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados

Após a preparação, as nanoemulsões e as suspensões de nanocápsulas apresentaram aspecto branco-leitoso e efeito *Tyndall*, o qual é resultado do movimento browniano de sistemas coloidais. Não foram observados precipitados ou quaisquer outras alterações nas formulações.

Os filmes poliméricos de EUD RL100 e PCL foram imersos no OL com o intuito de verificar alterações ou interações ao longo de 60 dias. Após o período de imersão, nenhuma alteração significativa foi observada (Teste *t*, $p > 0,05$). Os resultados são demonstrados na figura 1.

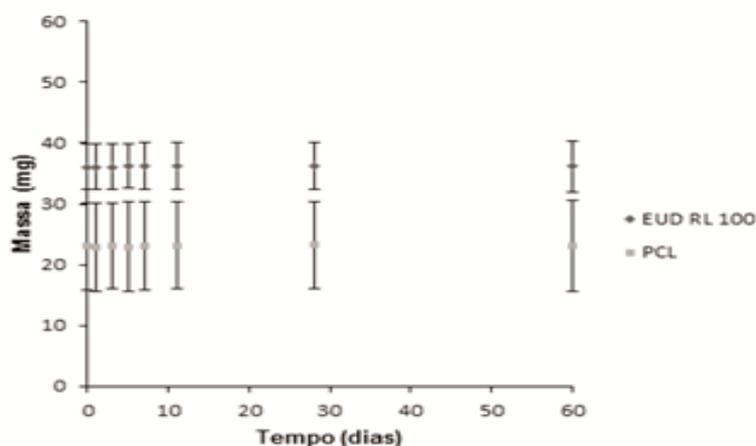


Figura 1 - Massa dos filmes de Eudragit® RL100 e de Poli (ε-caprolactona) no decorrer de 60 dias de imersão em óleo de linhaça.

Outra etapa de pré-formulação a ser determinada é o perfil de absorção espectrofotométrica da substância em estudo. O espectro de absorção do óleo de linhaça em solução etanólica pode ser observado na figura 2, na faixa de comprimento de onda entre 190 a 400 nm, a partir do qual nota-se que a maior absorção encontra-se entre 190 a 290 nm.

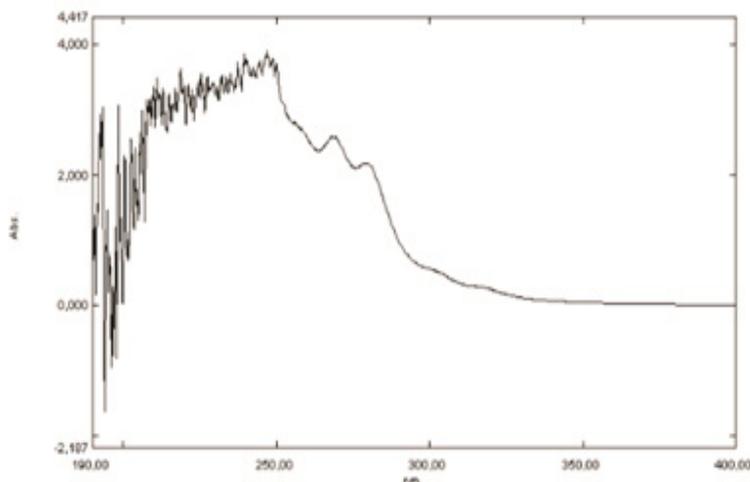


Figura 2 - Perfil de absorção espectrofotométrica do óleo de linhaça.

Após a realização destes estudos preliminares, foram avaliadas as características físico-químicas dos nanossistemas desenvolvidos, conforme mostra a tabela 2. O diâmetro das partículas/gotículas permaneceu em escala nanométrica, variando entre 295 ± 32 a 191 ± 6 nm. Por sua vez, o índice de polidispersão esteve em torno de 0,2. Os valores de potencial zeta para as formulações contendo PCL foram negativos, assim como para as nanoemulsões, enquanto que as nanocápsulas compostas por EUD RL100 apresentaram valores positivos. Os resultados do pH das formulações variaram de $5,46 \pm 0,33$ a $6,86 \pm 0,12$, sendo que as suspensões de nanocápsulas de EUD RL100 apresentaram valores na faixa ácida.

Tabela 2 - Caracterização físico-química das formulações

Formulação	Tamanho (nm)	Índice de polidispersão	Potencial Zeta (mV)	pH
NE-A	263 ± 28	$0,28 \pm 0,06^a$	$-18,68 \pm 3,19$	$6,73 \pm 0,15$
NE-B	191 ± 6	$0,12 \pm 0,03$	$-15,07 \pm 3,76$	$6,41 \pm 0,26$
NC-PCL-A	295 ± 32	$0,19 \pm 0,03$	$-17,66 \pm 7,23$	$6,86 \pm 0,12$
NC-PLC-B	260 ± 39	$0,20 \pm 0,05$	$-20,90 \pm 1,40$	$6,85 \pm 0,01$
NC-EUD-A	236 ± 23	$0,25 \pm 0,05$	$15,38 \pm 1,54$	$5,63 \pm 1,08^b$
NC-EUD-B	193 ± 9	$0,16 \pm 0,02$	$16,67 \pm 2,07$	$5,46 \pm 0,33^b$

a = diferença significativa entre NE-A e NE-B; b = diferença estatística entre NC-EUD-A e NC-EUD-B com as demais formulações.

Discussão

A combinação dos constituintes de uma formulação e também o método de preparação interferem diretamente em propriedades importantes das nanoestruturas e, conseqüentemente, na estabilidade¹⁴. Este trabalho demonstra o desenvolvimento de formulações de base nanotecnológica bem como a avaliação da influência do tipo e da quantidade dos componentes nas características físico-químicas dos sistemas contendo OL.

No desenvolvimento de um sistema nanoestruturado como as nanocápsulas é importante elucidar as possíveis interações existentes entre o polímero e o óleo de escolha em termos de inchamento e dissolução. Óleos podem compor o núcleo oleoso de nanocápsulas desde que o polímero empregado não sofra dissolução ou inchamento quando em contato com o óleo²⁷. A partir dos resultados pode-se verificar que os polímeros são adequados para a preparação das nanocápsulas de óleo de linhaça, pois não houve alteração significativa no peso dos filmes poliméricos, indicando que não ocorreu nenhuma interação entre as matérias-primas (Teste *t*, $p > 0,05$).

Como outra etapa de pré-formulação o perfil de absorção espectrofotométrica do OL foi avaliado. Este teste é simples, fácil e pode ser útil para prever fenômenos de instabilidade pela absorção de radiação. Com base na análise do espectro, observou-se uma maior absorção da radiação ultravioleta na faixa de comprimento de onda de 190 a 290 nm. Esta faixa de absorção compreende a região UVC e, assim, sugere-se que o OL seja capaz de proteger substâncias fotoinstáveis associadas às nanoestruturas. Em alguns estudos que empregam óleos vegetais como componente oleoso de sistemas nanoestruturados é possível observar aumento na estabilidade de ativos como, por exemplo, dipropionato de beclometasona, clotrimazol e cetoprofeno²⁰⁻²¹⁻²⁵.

Após os estudos de pré-formulação, as nanoestruturas foram preparadas por métodos que já estão bem descritos na literatura e que são considerados fáceis e rápidos para a obtenção das partículas/gotículas coloidais. As nanoemulsões contendo óleo de linhaça foram preparadas através do método de emulsificação espontânea nas concentrações de óleo de 3,0% (NE-A) e de 1,5% (NE-B). As formulações NE-B apresentaram resultados de tamanho de gotícula menores que NE-A, mas não foi observada diferença significativa entre as formulações (ANOVA, 1 via, $p < 0,05$). Nanoemulsões geralmente apresentam-se na faixa de tamanho de 100 a 600 nm, sendo relevante mencionar que o tamanho reduzido das nanoemulsões garante além de estabilidade cinética, formulações mais translúcidas e de menor viscosidade²³⁻²⁸. Tamanho de gotícula semelhante ao encontrado nas NE-B também foi observado em outro estudo, no qual incorporaram o óleo de linhaça em nanoemulsões que apresentaram diâmetro de gotícula de $176,6 \pm 18,2$ nm²⁹.

Valores elevados de índice de polidispersão caracterizam um sistema com heterogeneidade no tamanho das partículas/gotículas. Sendo assim as nanoemulsões contendo 1,5% de óleo apresentaram uma distribuição de tamanho mais homogênea em relação a NE-A, uma vez que valores de índice de polidispersão em torno de 0,2 mostram uma estreita faixa de distribuição de diâmetro³⁰. Houve uma redução significativa no índice de polidispersão pela diminuição da concentração do óleo (ANOVA, 1 via, $p < 0,05$). Alguns autores relatam que com o aumento da viscosidade da fase oleosa, a difusão do solvente é mais lenta durante a preparação e, conseqüentemente, ocorre a formação de gotículas maiores e menos homogêneas^{23, 31}.

Quanto ao estudo do potencial zeta, este, em módulo, quanto mais distante de zero indica boa estabilidade físico-química ao evitar a agregação das suspensões¹⁴. Assim, para ambas as concentrações de óleo estudadas, os valores foram negativos. Através do monitoramento do pH das suspensões ao longo do tempo também é possível prever a estabilidade das formulações e explicar fenômenos de instabilidade que podem estar relacionados, por exemplo, a processos de degradação dos constituintes ou compatibilidade com a via de administração¹⁴. Conforme observou-se nas análises, o pH das formulações manteve-se na faixa ácida, o que pode ser explicado pela presença dos ácidos graxos existentes no OL, e, no caso de administração oral da formulação, os valores encontram-se em uma faixa de pH bastante semelhante com a do intestino delgado e, mais especificamente, no duodeno, a qual varia entre 6,5 a 7,6³². Ademais, não houve diferença significativa entre as formulações para esses parâmetros (ANOVA, 1 via, $p > 0,05$).

Com relação às NC de PCL, o tamanho das partículas manteve-se na faixa de 260 ± 39 nm para as de menor concentração de OL, enquanto que as formulações contendo 3,0 % de OL apresentaram valores mais elevados (295 ± 32 nm). Na literatura são encontrados trabalhos que mostram a associação de diferentes óleos a nanoestruturas de PCL como polímero nos quais também foram avaliados o tamanho das partículas em suspensão^{20, 33,34}. Em outro trabalho no qual foram desenvolvidas suspensões de nanocápsulas também pelo método de deposição interfacial do polímero PCL, observou-se partículas com tamanhos menores que 270 nm, valores estes bastante semelhantes aos encontrados neste estudo para a formulação NC-PCL-B³⁰.

O índice de polidispersão mostrou que as nanocápsulas de PCL são homogêneas quanto ao tamanho, uma vez que os valores ficaram abaixo ou igual a 0,2. Quanto ao potencial zeta, apresentou-se negativo, o qual pode ser justificado pela presença de grupo carboxílicos terminais do polímero empregado e pelos ácidos graxos livres do óleo de linhaça¹⁶. O pH de ambas as nanocápsulas de PCL mostram valores bem semelhantes e levemente ácidos. A comparação das médias dos parâmetros estudados: tamanho, índice de polidispersão, potencial zeta e pH, demonstra que não houve diferenças significativas entre as nanocápsulas contendo PCL e OL (ANOVA, 1 via, $p > 0,05$).

As nanocápsulas desenvolvidas com o polímero EUD RL100 não apresentaram diferença significativa entre si em todos os parâmetros avaliados (ANOVA, 1 via, $p > 0,05$). Os resultados para o tamanho de gotícula demonstram que ambas apresentam valores satisfatórios, porém os valores foram menores nas formulações contendo metade da concentração de óleo (1,5%). Essa observação pode ser explicada novamente pela alteração na viscosidade da fase orgânica que, por empregar uma menor quantidade do óleo, facilita a formação das partículas, apresentando diâmetros menores^{23,31}. Nos resultados de índice de polidispersão observou-se que os valores da formulação NC-EUD-A foi mais elevado, indicando baixa homogeneidade do sistema. O polímero EUD RL100 apresenta características catiônicas decorrentes do grupo amônio quaternário presente em sua estrutura, o que justifica o potencial zeta positivo encontrado nas análises³⁵. Quanto ao pH das suspensões de nanocápsulas, foram observados valores levemente ácidos.

Comparando as três formulações, não foram observadas diferenças significativas nos parâmetros de diâmetro médio e índice de polidispersão. No entanto, as avaliações de pH mostraram uma redução significativa nos valores quando o EUD RL100 foi empregado. Uma vez que a presença do polímero pode apresentar vantagens no desempenho da formulação, as partículas contendo polímeros podem ser consideradas promissoras para a veiculação do OL sendo um sistema de liberação promissor para futuros estudos, podendo ser incorporado em formulações para uso oral e então o OL adequadamente absorvido através trato gastrointestinal.

Considerações Finais

Este estudo demonstrou a viabilidade de preparação de nanoemulsões contendo óleo de linhaça em duas concentrações, bem como de suspensões nanocápsulas utilizando polímeros de diferentes naturezas (EUD RL100 e PCL). As formulações apresentaram características físico-químicas satisfatórias para sistemas coloidais. É importante ressaltar ainda, que as formulações com menor concentração de óleo de linhaça apresentaram tamanho e índice de polidispersão mais adequados. Desta forma, as formulações desenvolvidas são promissoras para a veiculação do óleo de linhaça para ampliar suas aplicações nutracêuticas e farmacológicas.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Professora Dra. Cristiane de Bona da Silva pelo empréstimo de equipamento para as análises de tamanho de partícula/gotícula, IPD e potencial zeta.

Referências

1. Galvão EL, Silva DC, Silva JO, Moreira AVB, Sousa EMB. Evaluation of the antioxidant potential and sub-critical extraction of linseed oil. *Food Sci. Technol.* 2008; 28 (3): 551–557.
2. Touré A, Xueming X. Flaxseed: source, biosynthesis, metabolism, antioxidant, activity, bio-activity, components, and health benefits. *CRFSFS.* 2010; 9:261-269.
3. Andrade PMM, Carmo MGT. Ácidos graxos n-3: um link entre eicosanoides, inflamação e imunidade. *INJC, UFRJ.* 2006; 8(3):135-143.
4. Nykter M, Kymäläinen H, Gates F. Quality characteristics of edible linseed oil. *Agr. Food Sci. Finland.* 2006;15:402–413.
5. Martin CA, Almeida VV, Ruiz MR, Visentainer JEL, Matshushita M, Souza NE et al. Ácidos graxos poliinsaturados ômega 3 e ômega 6: importância e ocorrência em alimentos. *Rev. Nutrição.* 2006; 19(6): 761-770.
6. Martins MB, Suaiden AS, Piotto RF, Barbosa, M. Propriedades dos ácidos graxos poliinsaturados–Omega3 obtidos de óleo de peixe e óleo de linhaça. *J. Health Sci. Inst* 2008; 26(2): 153-56.
7. Silva FAM, Borges MFM, Ferreira MA. Métodos para avaliação do grau de oxidação lipídica e da capacidade antioxidante. *Quím.Nova.* 1999; 22(1):94-103.
8. ROSSI-BERGMANN, B. A nanotecnologia: da saúde para além do determinismo tecnológico. *Cienc. Cult.* 2008; 60(2): 54-57.
9. SESSA, M. Nanoencapsulation of bioactive compounds for food applications. 2012. 178p. Tese (Doutorado) – Universidade de Salerno, 2012.
10. Couvreur P, Vauthier C. Nanotechnology: intelligent design to treat complex disease. *Pharm. Res.* 2006; 23:1417-1450.

11. Wu L, Zhang J, Watanabe W. Physical and chemical stability of drug nanoparticles. *Adva. Drug Delivery Rev.* 2011; 63:456–469.
12. Koroleva, MY, Yurtov, EV. Nanoemulsions: the properties, methods of preparation and promising applications. *Russ. Chem. Rev.* 2012; 81(1): 21-43.
13. Bromberg R. Aspectos relacionados ao uso da nanotecnologia na indústria de alimentos. *TecnoCarnes Expresso.* 2010;72-76.
14. Schaffazick SR, Guterres SS, Freitas LL, Pohlmann AR. Caracterização e estabilidade físico-química de sistemas poliméricos nanoparticulados. *Quím. Nova.* 2003;5:726-737.
15. Guterres SS, Schaffazick SR, Pohlmann AR. Preparação e aplicações de nanopartículas para liberação controlada de fármacos. In: Morales MM . *Terapias Avançadas - células-tronco, terapia gênica e nanotecnologia aplicada à saúde.* São Paulo: Atheneu. 2007; 247-264.
16. Mora-Huertas CE, Fessi H, Elaissari A. Polymer-based nanocapsules for drug delivery. *Int. J. Pharm.* 2010;385:113-142.
17. Couvreur P, Barratt G, Fattal E, Legrand P, Vauthier C. Nanocapsule technology: a review. *Crit. Rev. Therap. Drug Delivery Syst.* 2002; 19:99-134.
18. Bouyer E, Mekhloufi GM, rosilio V, grossiord J, agnely F. Proteins, polysaccharides, and their complexes used as stabilizers of emulsions: Alternatives to synthetic surfactants in the pharmaceutical field? *Int. J. Pharm.* 2012; 436:359 – 378.
19. Rieux A, Fievez V, Garinot M, Schneider YJ, Préat V. Nanoparticles as potential oral delivery systems of proteins and vaccines: a mechanistic approach. *J. Control. Release.* 2006;116:1-27.
20. Chassot JM, Ribas D, Silveira EF, Grunspan LD, Pires CC, Farago PV et al. Beclomethasone dipropionate-loaded polymeric nanocapsules: development, in vitro cytotoxicity, and in vivo evaluation of acute lung injury. *J. Nanosci. Nanotechnol.* 2014; 15:855–864.
21. Santos SS, Lorenzoni A, Ferreira LM, Mattiazzi J, Adams AI, Denardi LB et al. Clotrimazole-loaded Eudragit® RS100 nanocapsules: Preparation, characterization and in vitro evaluation of antifungal activity against *Candida* species. *Mater Sci Eng C.* 2013; 33: 1389–1394.
22. Fessi H, Puisieux F, Devissaguet JP, Ammoury N, Benita S. Nanocapsule formation by Interfacial Polymer Deposition following solvent displacement. *Int. J. Pharm.* 1989; 55:1-4.
23. Bouchemal K, Briançon S, Perrier E, Fessi H. Nano-emulsion formulation using spontaneous emulsification: solvent, oil and surfactant optimisation. *Int. J. Pharm.* 2004; 280:241-251.
24. Santos SS, Lorenzoni A, Pegoraro NS, Denardi LB, Alves SH, Schaffazick SR et al. Formulation and in vitro evaluation of coconut oil-core cationic nanocapsules intended for vaginal delivery of clotrimazole. *Colloids Surf. B Biointerfaces.* 2014; 116: 270-276.
25. Ferreira LM, Cervi VF, Gehrcke M, Da Silveira EF, Azambuja JH, Braganhol E et al. Ketoprofen-loaded pomegranate seed oil nanoemulsion stabilized by pullulan: selective antiangioma formulation for intravenous administration. *Colloids Surf. B Biointerfaces.* 2015; 130:272–277.
26. Ferreira LM, Sari MHM, Cervi, VF, Gehrck M, Barbieri AV, Zborowski VA et al. Pomegranate seed oil nanoemulsions improve the photostability and in vivo antinociceptive effect of a non-steroidal antiinflammatory drug. *Colloids Surf. B Biointerfaces.* 2016; 144: 214-221.
27. Camargo ZT, Caballero NED, Guterres SS. Nanocápsulas poliméricas deformáveis no encapsulamento de bioativos. *PI 0905347*, 15 dez. 2009, 07 jul. 2013.
28. Solans, C, Izquierdo, P, Nolla, J, Azemar, N, Garcia-Celma, MJ, Nano-emulsions. *Curr. Opin. Colloid Interface Sci.* 2005; 10: 102 – 110.
29. Vyas TK, Shahiwala A& Amiji MM. Improved oral bioavailability and brain transport of Saquinavir upon administration in novel nanoemulsion formulations. *Int. J. Pharm.* 2008; 347: 93–101.
30. Silveira EF, Chassot JM, Teixeira FC, Azambuja JH, Debom G, Beira FT et al. Ketoprofen-loaded polymeric nanocapsules selectively inhibit cancer cell growth in vitro and in preclinical model of glioblastoma multiforme. *Investig. New Drugs.* 2013; 31:1424–1435.
31. Sadurni N, Solans C, Azemar N, Garcia-Celma MJ. Studies on the formation of O/W nano-emulsions, by low-energy emulsification methods, suitable for pharmaceutical applications. *Eur. J. Pharm. Sci.* 2005; 26:438–445.
32. Larini, L. *Fármacos e medicamentos.* Porto Alegre: Artmed; 2008.

33. Almeida JS, Lima F, Da Ros S, Bulhões LOS, Carvalho LM, Beck RCR. Nanostructured Systems Containing Rutin: In Vitro Antioxidant Activity and Photostability Studies. *Nanoscale Res Lett.* 2010; 5:1603–1610.
34. Rigo LA, Silva CR, Oliveira SM, Cabreira TN, Da Silva, CB, Ferreira J et al. Nanoencapsulation of rice bran oil increases its protective effects against UVB-radiation induced skin injury in mice. *Eur. J. Pharm. Biopharm.* 2015; 93,11-17.
35. Wulff R, Leopold CS. Coatings from blends of Eudragit® RL and L55 : A novel approach in pH-controlled drug release. *Int. J. Pharm.* 2014;476(1-2), 78–87.

Cristina Rigon

Endereço para correspondência – Universidade Federal de Santa Maria,
Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Farmácia Industrial - Prédio 26,
Bairro: Camobi, CEP: 97105900, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: cristinarigon@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0048655224986199>

Laura Minussi Giuliani – laura.mgiuliani@gmail.com

Mônica Fabiele Lorensi Stangarlin – monica_stangarlin@yahoo.com.br

Juliane Mattiazzi – jujumattiazzi@yahoo.com.br

Felipe Pereira Gomes – felipe.pereiragomes@gmail.com

Natháli Schopf Pegoraro – nathali.farmacia@hotmail.com

Letícia Cruz – leli.cs@gmail.com

Luana Mota Ferreira – luanamotaferreira@yahoo.com.br

Enviado em 22 de junho de 2016.

Aceito em 17 de janeiro de 2017.

A MASTECTOMIA E SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA AFETIVA, FAMILIAR E SOCIAL DA MULHER

THE MASTECTOMY AND ITS EFFECTS ON AFFECTIVE, FAMILY AND SOCIAL LIFE OF WOMEN

Elisa da Luz Adorna¹, Elhane Glass Morari-Cassol², Nara Maria Severo Ferraz²

RESUMO

Objetivos: Identificar os problemas enfrentados pela mulher mastectomizada na vida afetiva, familiar e social. **Metodologia:** Realizou-se um estudo descritivo de caráter qualitativo, com 10 mulheres mastectomizadas, participantes do grupo de apoio Renascer. A coleta de dados deu-se por meio de entrevista, tendo como instrumento um questionário elaborado pela pesquisadora. Os dados foram posteriormente analisados de forma qualitativa conforme proposta de sistematização de Minayo. **Resultados:** Foram identificadas seis categorias. Neste artigo serão abordadas as categorias: vida afetiva, vida familiar e vida social. **Conclusão:** Identificou-se como problemas mais comuns no relacionamento da mulher mastectomizada, com familiares, companheiro e amigos, o afastamento das pessoas, a dificuldade de diálogo sobre o câncer de mama, e o preconceito. As mudanças positivas foram o fortalecimento dos laços familiares e de amizade e o apoio recebido pelas mulheres. As mulheres passaram a ser mais valorizadas e admiradas, pela família, companheiro e amigos.

Descritores: Neoplasias da Mama; Mastectomia; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objectives: To identify the problems faced by mastectomy in life, emotional, social and family woman. **Methodology:** We conducted a descriptive qualitative study, with women mastectomies, participants support group Renascer. Data collection took place through interviews, with the instrument a questionnaire prepared by the researcher. The data were subsequently analyzed qualitatively as proposed to systematization of Minayo. **Results:** six categories were identified. In this paper the categories will be addressed: love life, family life and social life. **Conclusion:** It was identified as the most common relationship problems in women with mastectomies with family, partner and friends, withdrawal from people, the difficulty of dialogue on breast cancer, and prejudice. The positive changes were the strengthening of family ties and friendship and the support received by women. Women have become more valued and admired by family, partner and friends.

Descriptors: Breast Cancer; Mastectomy; Women's Health.

¹ Especialista Profissional em Fisioterapia Respiratória pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

² Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil.

Introdução

No Brasil o número de casos novos de câncer de mama esperado para o ano de 2016 é de 57.960, com um risco estimado de aproximadamente 56 ocorrências a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Nordeste. Na região Norte é o segundo tumor mais incidente^{1,2}.

O diagnóstico de qualquer tipo de câncer causa medo e apreensão, pois, muitas vezes, é visto como uma condenação à morte. O tratamento do câncer de mama inclui cirurgia, quimioterapia, radioterapia e/ou hormonioterapia e pode causar sequelas físicas e psicológicas importantes que variam conforme o tipo de tratamento³.

A mama está relacionada à feminilidade, à sexualidade e à maternidade e, a mastectomia, pode afetar a identidade da mulher e repercutir na sua vida pessoal, afetiva, familiar e social, na autoestima e na imagem corporal.

É necessário que o fisioterapeuta, juntamente com os demais profissionais da saúde, identifique as repercussões do câncer de mama e do seu tratamento, especialmente em relação ao corpo e nas relações interpessoais da mulher, além das sequelas físicas, para compreender as necessidades e dificuldades da mulher mastectomizada. A interferência desses fatores poderá se manifestar não somente durante o tratamento ou imediatamente após este, mas também num período tardio, já que esta mulher poderá viver muitos anos e terá que readaptar-se para buscar melhor qualidade de vida.

Com base no exposto objetivou-se nesse estudo identificar as repercussões do câncer e seu tratamento na vida afetiva, na vida familiar, na vida social da mulher.

Metodologia

Realizou-se um estudo descritivo, de caráter prospectivo, com análise qualitativa dos dados.

Este estudo é parte da pesquisa intitulada "A mastectomia e suas repercussões na vida da mulher", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria sob o número CAAE 0163.0.243.000-09. Neste artigo serão apresentadas as análises referentes à vida afetiva, familiar e social.

O grupo de estudo foi constituído por dez mulheres submetidas à mastectomia por câncer de mama, participantes do Grupo de Apoio às Pacientes com Câncer de Mama do HUSM (Hospital Universitário de Santa Maria-RS) – grupo Renascer.

Como critérios de inclusão foram adotados: idade superior a 18 anos, realizado a cirurgia há no mínimo um ano e ser participante do grupo Renascer. Os critérios de exclusão foram: idade inferior a 18 anos, dificuldade de compreensão e estar em tratamento quimioterápico ou radioterápico.

Como instrumento de pesquisa utilizou-se um questionário elaborado pela pesquisadora com embasamento nos questionários EORTC QLQ-C30 (*version 3*) e EORTC QLQ-BR23⁴. O questionário foi composto de duas partes, a primeira referente a informações gerais sobre a entrevistada, e a segunda com 36 questões estruturadas e abertas. Essas questões contemplaram alguns aspectos pessoais que poderiam influenciar a qualidade de vida da mulher com câncer de mama os quais foram utilizados como categorias para a apresentação e a análise dos resultados. O questionário foi submetido a um teste piloto com duas mulheres para verificar a sua aplicabilidade.

Inicialmente obteve-se acesso à lista nominal das 25 participantes do grupo e números de telefones de 15 dessas mulheres. Buscou-se o contato com todas as mulheres, obteve-se a resposta de 13, três delas não preenchiam os critérios de inclusão e as outras dez aceitaram participar da pesquisa. A pesquisadora participou de algumas reuniões do Grupo Renascer para facilitar a aproximação com as mulheres.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, domiciliarmente, nos meses de fevereiro e março de 2010, com exceção de uma que foi realizada no ambulatório do HUSM, em uma sala reservada.

Após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, realizava-se a entrevista que foi gravada em áudio. Os dados foram posteriormente transcritos e analisados de forma qualitativa conforme proposta de sistematização de Minayo⁵, que consiste em ordenação de dados, classificação de dados e análise final.

Resultados e discussão

Apresentam-se a seguir as características gerais das dez mulheres que participaram deste estudo. A faixa etária variou de 46 a 77 anos; cinco eram casadas, quatro viúvas e uma separada. Todas tinham filhos, variando de um a quatro. Quanto à escolaridade, três mulheres apresentavam ensino fundamental incompleto e três com ensino fundamental completo, três com ensino médio completo e uma com ensino superior completo.

Quatro eram donas de casa e seis trabalhavam fora de casa, sendo que uma era aposentada.

O tempo de pós-operatório variou num intervalo entre um e 21 anos. Seis mulheres eram mastectomizadas à direita. Quatro haviam feito reconstrução mamária, sendo que dentre essas, três com retalho abdominal e uma com colocação de prótese de silicone. Nove mulheres necessitaram de tratamento adjuvante (quimioterapia, radioterapia e/ou hormonioterapia) e apenas uma realizou somente a cirurgia. Oito entrevistadas foram submetidas à fisioterapia por um período de tempo variável e em diferentes épocas do pós-operatório.

Os resultados obtidos serão apresentados por categorias de análise e discutidos a seguir.

Vida afetiva

Nesta categoria destacam-se os relatos sobre o relacionamento com o companheiro.

A maioria das mulheres recebeu apoio do companheiro, este fato também foi observado por Talhaferro *et al*⁶; Kappaun e Ferreira⁷. Neste estudo também se encontrou uma situação na qual a entrevistada deu apoio ao companheiro. Apenas uma mulher disse ter se afastado do marido na época do tratamento. O parceiro pode ser fonte de suporte ou de estresse, dependendo da qualidade do relacionamento do casal⁸. A dificuldade de dar apoio à companheira e o afastamento do casal foram aspectos encontrados por Biffi e Mamede⁹ e relacionados pelos autores com a dificuldade de diálogo entre os casais.

E10 "Foi extremamente parceiro, até acho que sentiu mais a doença que eu..."

Apenas três mulheres disseram que seus companheiros ficaram nervosos ou apreensivos com o diagnóstico de câncer de mama.

E7 "Ele ficou assustado, quieto, mas depois que eu falei o que ia acontecer ele disse (não, eu vou contigo até a hora que terminar), ele foi muito companheiro".

A maioria das entrevistadas disse que conversava com o companheiro a respeito do câncer na época do tratamento. Atualmente, a maioria disse não conversar mais sobre o assunto por considerarem uma fase superada ou por, talvez, não gostarem de falar no assunto com o companheiro.

A maioria das mulheres acredita que seus companheiros passaram a vê-las com admiração e a tratá-las com mais cuidado e atenção, como se observa nos relatos seguintes.

E5 "Ele acha que eu sou uma pessoa muito forte, porque qualquer outra pessoa sucumbiria, iria se entregar, se achar uma coitadinha, eu nunca fui coitadinha".

E6 "Com mais cuidado, mais atenção, porque ele me ajuda em tudo, serviço pesado que tiver que fazer ele faz, ele tá sempre me protegendo".

E7 "... parece que ele respeita mais, não como mulher, mas como ser humano..."

Huguet *et al*¹⁰, em uma pesquisa com 110 mulheres portadoras de câncer de mama, observaram que aquelas que possuíam uniões estáveis apresentavam melhores escores no domínio psíquico, relações sociais e sexualidade, o que corrobora a importância do companheiro na recuperação dessas mulheres.

De forma geral observou-se que após o câncer houve certos acréscimos positivos para o relacionamento dos casais. Segundo a literatura o momento da doença trás a oportunidade de reavaliar sentimentos e posturas dentro da relação conjugal e reencontrar a sua qualidade de vida desejada.

Vida familiar

Neste aspecto foi observado o relacionamento das entrevistadas com seus familiares e, em especial, com seus filhos, os quais foram os mais citados nos relatos.

A maioria das mulheres disse que seus familiares ficaram nervosos e preocupados ao saberem do diagnóstico de câncer de mama, principalmente os filhos. Este aspecto também foi encontrado na pesquisa de Bervian e Girardon-Perlini¹¹ e pode ser observado nas seguintes falas:

E5 “Olha a minha família ficou mais abalada do que eu...”.

E9 “Minhas filhas ficaram nervosas, quer dizer ficaram transtornadas, abaladas”.

E6 “... perto de mim nunca choraram, mas eles diziam que depois saiam de perto, cada um ia prum lado, choravam muito, ficaram muito abalados e eu não, e eu dando força pra eles...”.

As mulheres tanto receberam apoio como apoiaram os filhos, inclusive uma delas relatou que a filha solicitou seu apoio:

E1 “... ela (a filha) falou (mãe eu quero ter um filho, quero ter minha mãe do lado, ter alguém que me ajude)...”.

A família precisa da mãe porque ela é um ponto de apoio da família, desempenha um papel de provedora e cuidadora, por isso a família, e os filhos principalmente, ficam com medo de perdê-la.

Apenas uma entrevistada disse ter se afastado das filhas após a cirurgia.

E9 “Eu até ficava mais isolada, mas elas respeitavam que eu queria ficar naquele canto, queria ficar mais sozinha”.

Sete acreditam que passaram a serem vistas com admiração pela família.

A maioria das entrevistadas não falava com a família a respeito do câncer tanto na época do diagnóstico quanto atualmente, elas não queriam falar com a família a respeito do câncer ou a família não queria lembrá-las do assunto, tornando a doença um assunto proibido no núcleo familiar durante o tratamento, embora algumas mulheres falem sobre o assunto porque os filhos cobram que elas cuidem da saúde.

E5 “... eles procuravam não tocar no assunto pra não me lembrar. Agora normal, tranquilo, isso passou ninguém mais fala nisso...”.

E10 “... falava assim (a radio é assim, a quimio é assim, eu tô assim) não é um falar, ficar cozinhando”.

As mulheres demonstraram que receberam apoio da família e que houve maior aproximação e estreitamento nas relações familiares após o câncer de mama. Este aspecto também foi observado em outros estudos^{11,12}, verificando-se a importância que o apoio familiar tem nas distintas fases após um diagnóstico de câncer de mama, já que a manutenção da estrutura de suporte emocional oferecida pela presença da família e dos amigos constitui um importante fator terapêutico, alicerçado no incentivo à aceitação e luta contra a doença^{13,14}.

A doença é uma situação de crise na família, podendo contribuir ou dificultar as resoluções dos conflitos¹². Diante desta situação a família procura elaborar estratégias para tentar reorganizar-se e/ou manter a estrutura familiar, fazendo com que esta permaneça unida¹¹, por isso da necessidade de apoio também à família.

Vida social

Observou-se a relação da mulher com seus amigos e atividades sociais.

A maioria das entrevistadas recebeu apoio dos amigos e pessoas próximas. Para Melo *et al*¹² o apoio de amigos é importante como suporte emocional, ajudando no enfrentamento da doença, tanto para a mulher quanto para a sua família.

E2 "... saía cinco e entrava dez pra me visitar, naqueles dias, eu tive visita que não deu tempo nem de pensar muito... é a melhor coisa que a gente tem."

As mulheres disseram que passaram a ser tratadas com mais atenção por parte dos amigos e pessoas conhecidas e acreditam que os amigos passaram a vê-las de maneira mais positiva (com admiração, como exemplo de vida ou uma pessoa forte).

E10 "... talvez no sentido de eu ser mais penalizada, mais cuidada, mais tentando colocar (tu tem que se cuidar), nessa linha aí".

E5 "Eles me veem como exemplo de vida, e eu sempre passo pra eles que tem que ser forte, muitos outros já tiveram... então eles veem falar comigo....".

Em alguns momentos foi observado que as entrevistadas distinguiam os amigos dos amigos "verdadeiros", sendo que esses realmente deram apoio a elas. Talhaferro *et al*⁶ também verificaram esta distinção em seu estudo.

Uma delas disse que não falava muito sobre o assunto por causa de "pessoas negativas", esse fato foi citado por mais três mulheres como motivo para terem escolhido para quem contar sobre o câncer ou o que contar a cada pessoa.

E1 "Eu não falava muito porque tem pessoas que ficam achando que vai morrer, deu aqui já vai dar em outro lugar...".

E10 "... eu não queria pena, eu não queria que ficassem (ai coitadinha, pobrezinha, não merecia ou merecia)...".

Todas as mulheres disseram ter retornado às suas atividades sociais, como festas, jantares e bailes. Acredita-se que este fato possa estar relacionado ao apoio e estímulo recebido tanto dos familiares quanto dos amigos. Em estudo realizado por Pinto e Gióia-Martins¹⁵, a maioria das mulheres acompanhadas também retornou com facilidade às suas atividades sociais de costume. Duarte e Andrade¹⁶ não observaram o mesmo, e dizem que é a partir da retomada dos relacionamentos sociais, atividades de lazer, trabalho e família que surgem as preocupações relacionadas ao próprio corpo, ao defrontar-se com a realidade, as mulheres passam a reavaliar e reelaborar suas potencialidades e as formas diferenciadas de relacionar-se com o próprio corpo e com os outros.

Considerações Finais

O câncer de mama e o seu tratamento são momentos difíceis na vida da mulher, familiares e também amigos.

Neste estudo identificaram-se como problemas mais comuns no relacionamento da mulher mastectomizada com familiares, companheiro e amigos, o afastamento das pessoas, a dificuldade de diálogo sobre o câncer de mama, durante ou após o tratamento, e o preconceito ou medo deste.

As mudanças positivas nos relacionamentos que foram observadas neste estudo foram o fortalecimento dos laços familiares e de amizade e o apoio recebido pelas mulheres. Passaram a ser mais valorizadas e admiradas, pela família, companheiro e amigos.

Este estudo tem como relevância apresentar aos profissionais de fisioterapia e de outras áreas da saúde algumas situações e dificuldades vivenciadas pela mulher mastectomizada para que possam ser consideradas, como auxílio à recuperação física e emocional da mulher.

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>. Acesso em 31/01/2016.
2. Fundação do câncer. <http://cancer.org.br/>. Acesso em 17/01/2016
3. Correia GN, Oliveira J; Mesquita-Ferrari RA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia radical e segmentar. *Fisioterapia e Pesquisa*; 2007; 14(3): 31-36.
4. European Organization for Research and Treatment of Cancer. http://groups.eortc.be/qol/questionnaires_modules.htm. Acesso em 21/06/2009.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento-Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1992.
6. Talhaferro B, Lemos SS, Oliveira E. Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher. *Arq Ciênc Saúde*; 2007; 14(1): 17-22.
7. Kappaun NRC, Ferreira MEC. A imagem corporal de mulheres mastectomizadas. *HU Revista*; 2008; 34(4): 243-248.
8. Conde DM, Pinto-Neto AM, Júnior RF, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*; 2006; 28(3): 195-204.
9. Biffi RG, Mamede MV. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. *Rev Esc Enferm*. 2004; 38(3): 262-269.
10. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*; 2009; 31(2): 61-67.
11. Bervian PI, Girardon-Perlini NMO. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Rev Bras Cancerol*: 2006; 52(2): 121-128.
12. Melo EM, Silva RM, Fernandes AFC. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. *Rev Bras Cancerol*; 2005; 51(3): 219-225.
13. Stumm EMF, Maçalai C, Leite MT, Loro MM. Mecanismos de coping utilizados por mulheres mastectomizadas para lidar com o estresse. *Scientia Medica*; 2009; 19(3): 108-114.
14. Andrade GN, Panza AR, Vargens OMC. As redes de apoio no enfrentamento do câncer de mama: uma abordagem compreensiva. *Cienc Cuid Saude*; 2011; Jan/Mar; 10(1): 82-88.
15. Pinto AC, Gióia-Martins DF. Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica. Universidade Presbiteriana Mackenzie; [s.d.].
16. Duarte TP, Andrade NA. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos e Psicologia*; 2003; 8(1): 155-163.

Elisa da Luz Adorna

Endereço para correspondência – Rua: Guilherme Alves, nº 469, Ap 216,
Bairro: Partenon, CEP: 90690-001, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: elisa_adorna@hotmail.com

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

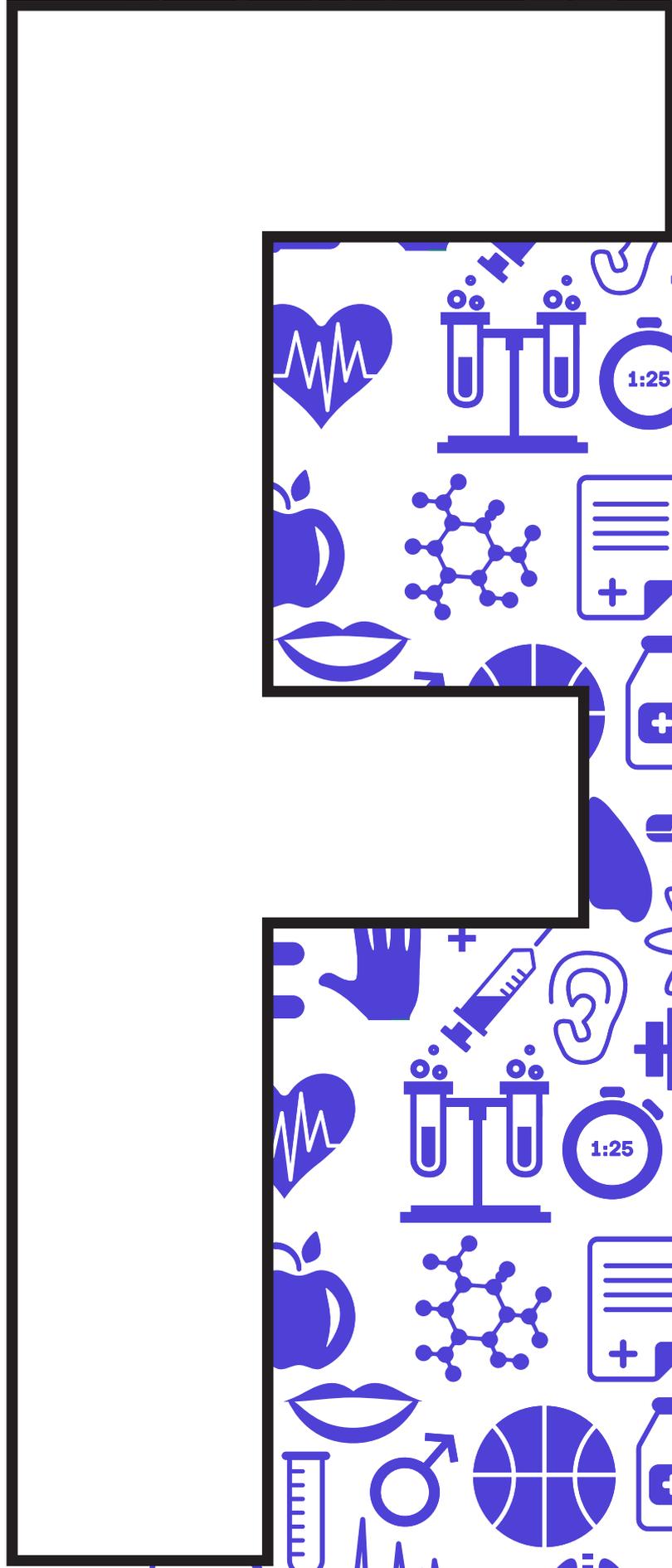
Elhane Glass Morari-Cassol – elhanegmc@gmail.com

Nara Maria Severo Ferraz – nsferraz@gmail.com

Enviado em 01 de agosto de 2016.

Aceito em 17 de outubro de 2016.

FONOAUDILOGIA



PERCEPÇÃO DOS PAIS DE CRIANÇAS COM IMPLANTE COCLEAR USUÁRIAS DA LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS

PARENTS PERCEPTION OF CHILDREN WITH COCHLEAR IMPLANT USERS OF BRAZILIAN SIGN LANGUAGE

Lauriene Franchi Dionisio¹, Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima²

RESUMO

Objetivo: O objetivo do estudo foi conhecer a percepção dos pais em relação ao implante coclear utilizado por seus filhos e o processo de aquisição da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). Os participantes foram familiares de crianças usuárias de implante coclear atendidas em Instituição pública do Estado de São Paulo. Pesquisa do tipo transversal, análise qualitativa. Aplicou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, sendo as entrevistas gravadas e transcritas para categorização e análise dos dados, por meio da análise conteúdo. Os familiares relataram que estão satisfeitos com a escolha pelo implante coclear; o processo de aprendizagem da LIBRAS foi natural e benéfico e relataram expectativas positivas sobre o futuro das crianças. Concluiu-se que os pais veem a escolha pelo implante coclear como algo positivo, devido ao desenvolvimento da comunicação das crianças e que a LIBRAS contribuiu para o processo de desenvolvimento de linguagem das crianças.

Descritores: Implante Coclear; Linguagem de Sinais; Criança; Surdez; Perda Auditiva.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to know the parents perception about their children with cochlear implant and Brazilian Sign Language (LIBRAS). Participants were parents of children with cochlear implants attended in a public institution of the State of São Paulo. Cross sectional research with qualitative analysis. We applied a semi-structured interview, which were recorded and transcribed for categorizing and analyzing data, by analyzing content. The families were satisfied with the choice of the cochlear implant; the language learning process was natural and beneficial and for their future, relatives reported positive expectations for the children. Thus, it was concluded that parents see the choice of cochlear implant as something positive due to the communication development of children and that LIBRAS contributed to the language development process of children.

Descriptors: Cochlear Implantation; Sign Language; Child; Deafness; Hearing Loss.

¹ Fonoaudióloga pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil.

² Fonoaudióloga pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC), Campinas, SP, Brasil.

Introdução

O implante coclear é definido como um “dispositivo eletrônico de alta tecnologia, que estimula eletricamente as fibras nervosas remanescentes, permitindo a transmissão do sinal elétrico ao nervo auditivo, para que seja codificado pelo córtex cerebral”¹. Esse dispositivo veio como alternativa para os indivíduos que tem perda auditiva de grau severo a profundo e que o aparelho de amplificação sonora não apresenta os resultados satisfatórios em discriminação de palavras e sentenças².

É fundamental ressaltar a importância da avaliação fonoaudiológica nesse processo, pois a família do paciente que receberá o implante deve ter conhecimento do funcionamento do implante, benefícios e limitações. Além disso, ressalta-se a importância da avaliação pelo profissional da área de assistência social sobre as condições socioeconômicas da família para investimentos em manutenção e cuidados do implante coclear e da avaliação psicológica, a fim de se trabalhar as expectativas reais da família e a motivação do paciente para o longo caminho da reabilitação auditiva³.

De modo geral, os defensores do implante coclear acreditam que a abordagem oralista deve ser utilizada com o sujeito com deficiência auditiva, ou seja, o sujeito deve adquirir a língua oral apenas por meio da reabilitação da audição e estratégias como a leitura orofacial. Por outro lado, há estudos que mostram o desenvolvimento efetivo da área cognitiva e da linguagem quando há o aprendizado da língua de sinais pelo indivíduo surdo no mesmo período em que ocorre a aquisição da língua oral na criança ouvinte. A não aquisição de uma língua (oral ou de sinais) durante os primeiros anos de vida do sujeito pode causar prejuízos psicossociais de isolamento e frustração por falta de habilidades linguísticas⁴. A privação de uma língua pode trazer prejuízos pela própria diminuição de experiência linguística. Isso quer dizer que após os cinco primeiros anos de vida a plasticidade do cérebro diminui tornando mais difícil a aquisição de uma primeira língua⁴.

No Brasil, a Lei nº 10.436 de 24 de abril de 2002 traz a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) como língua de fato, com sistema linguístico de natureza visuo-motora, com estrutura gramatical própria e capaz de transmitir ideias⁵.

Na literatura, é apontada a diferença de identidades em relação à pessoa com deficiência auditiva e a pessoa surda⁶. É importante levar em conta o sujeito que se identifica como pessoa com deficiência auditiva (visão de ter uma doença, uma defasagem e, por isso, o foco em recursos para reestabelecer audição e adquirir a Língua Portuguesa como primeira língua - L1) e do sujeito que se identifica como surdo (se apropria de cultura própria e se vê com uma diferença linguística em que a L1 é a LIBRAS). Sendo assim, é possível refletir sobre a relevância da convivência com os semelhantes para a aquisição da língua assim como da identidade⁶.

É de simples compreensão que a língua oral é mais complexa de ser adquirida pela criança surda nos primeiros anos de vida. Desse modo, o surdo terá facilidade em aprender uma língua visual como primeira língua tendo desenvolvimento cognitivo suficiente para aprender outras línguas, sendo elas orais ou não. É necessário refletir que a criança, enquanto não descoberta a surdez e/ou durante o processo de decisão pelo implante coclear ou pelos aparelhos de amplificação sonora ou até mesmo levando em conta a localização e recursos disponíveis para essa família, fica com um intervalo de tempo importante durante o desenvolvimento da linguagem, ou seja, o período em que deveria adquirir uma língua fica prejudicado e após os cinco primeiros anos de vida - como citado anteriormente - o sujeito tem dificuldade de adquirir qualquer língua e fazer uso dela de maneira efetiva.

Dias e Lourenço (2016), em um estudo recente, trazem que crianças que fizeram a cirurgia de implante coclear tardiamente e que tiveram apoio da língua de sinais desenvolveram oralidade e competências linguísticas tão bem quanto crianças que implantaram precocemente e não tiveram a língua de sinais⁷.

O desejo da família ouvinte de querer um filho ouvinte pode trazer situações conflitantes durante a descoberta da surdez da criança. Vindo de uma família ouvinte, é de se esperar expectativa maior em relação à fala. Porém, à medida que a interação vai acontecendo a modalidade usada será determinada, ou seja, pela língua oral ou gestual⁸.

Assim, o objetivo do estudo foi conhecer a percepção dos pais em relação ao implante coclear utilizado por seus filhos e o processo de aquisição de LIBRAS.

Metodologia

Pesquisa do tipo transversal, com abordagem qualitativa. A técnica de análise utilizada foi pela análise de conteúdo, segundo Bardin¹². O desenho deste estudo trabalha com o universo de significados, dos motivos, atitudes, pois o indivíduo se diferencia não só por agir, mas por pensar sobre o que realiza e por interpretar ações a partir da realidade vivida e

compartilhada⁹. A pesquisa qualitativa se preocupa com o contexto histórico, a cultura, a política e ideologias e não pode ser contida apenas em dados numéricos e estatísticos, considerando que o objeto de estudo é subjetivo, contraditório e permanece em constante transformação¹⁰.

A pesquisa foi realizada em um Centro de Estudos de uma instituição pública no estado de São Paulo que atende pessoas surdas de todas as faixas etárias nas áreas de pedagogia, fonoaudiologia e linguística. Essa instituição foi escolhida, pois, a pesquisadora fazia parte do programa de aprimoramento que era oferecido nesse local.

Os sujeitos da pesquisa consistiram em cinco familiares (quatro mães e um pai) de crianças que fizeram implante coclear há mais de um ano, atendidas em um Programa intitulado Desenvolvimento Infantil, Linguagem e Surdez do Centro descrito acima. Foram coletados dados relacionados a grau de parentesco, idade, naturalidade e escolaridade.

Foram inclusos na pesquisa todos os familiares de crianças que fizeram parte do Programa Desenvolvimento Infantil, Linguagem e Surdez, usuários de implante coclear, que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no período de outubro e novembro de 2015. Foram excluídos da pesquisa os familiares das crianças que não estavam inseridas no Programa de Desenvolvimento Infantil, Linguagem e Surdez e usuárias de próteses auditivas.

O procedimento para coleta de dados consistiu na aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturado. As entrevistas foram compostas por perguntas-guias para que o entrevistado se sentisse a vontade para relatar o que sentia em relação aos assuntos colocados e, dessa forma, possa ter maior explanação das histórias de vida e ao mesmo tempo o entrevistador guiando as questões para alcançar os objetivos. As perguntas-guias abordaram o processo da descoberta da surdez, informações e orientações recebidas sobre o implante coclear, aspectos sobre a Língua Brasileira de Sinais e expectativas em relação ao futuro das crianças. O roteiro utilizado continha as seguintes perguntas: 1. Quem percebeu a dificuldade de escutar da criança? 2. Como foi dado o diagnóstico? 3. Quais as orientações recebidas sobre o IC? 4. Está satisfeito com essa escolha? Porque? 5. Alguém explicitou os valores de manutenção do IC? 6. Como a criança se comunica agora? 7. Como você se sentiu quando a LIBRAS foi introduzida? 8. Teve alguma diferença na comunicação da criança depois da introdução da LIBRAS? Se sim, quais? 9. Quais as expectativas em relação ao futuro da criança?

Inicialmente, o roteiro semiestruturado foi aplicado a um sujeito a fim de realizar um estudo exploratório para possíveis modificações, por exemplo, adicionar questionamentos relevantes, tornar as perguntas mais claras. O sujeito se encontrava dentro dos critérios de inclusão (relatados anteriormente). Após o estudo exploratório e as devidas modificações, o roteiro semiestruturado foi aplicado aos sujeitos em forma de entrevista por um único/mesmo pesquisador. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e os dados foram analisados pelo mesmo pesquisador que aplicou as entrevistas. Data e local das entrevistas foram marcados de acordo com a disponibilidade dos familiares. Para garantia da privacidade e sigilo dos sujeitos todos foram numerados para discorrer sobre os resultados e discussão.

Considerando que a pesquisa qualitativa lida com sujeitos e sua subjetividade, é possível compreender que o objeto da pesquisa se constituiu e é constituído na e pela linguagem. Desse modo, quando se quer compreender além dos significados que os dados apresentam é necessário se utilizar da análise de conteúdo, ou seja, é preciso descobrir, ir além das aparências¹¹.

Os dados qualitativos foram agrupados de acordo com as categorias selecionadas, procedendo-se à análise do conteúdo que segundo Bardin¹², é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”, ou seja, é através da análise de conteúdo que é possível ir além das aparências do que está sendo comunicado.

Foram elaboradas quatro categorias: a) percepção sobre o processo da descoberta da surdez; b) informações e orientações recebidas sobre o implante coclear; c) percepção sobre LIBRAS; d) expectativas em relação ao futuro da criança.

A categorização é uma operação classificatória de informações e seguida por um reagrupamento, que tem como objetivo fornecer, por adensamento, uma representação simplificada dos dados em bruto¹¹. Sendo as categorias classes que reúnem elementos com características em comum, as categorias foram estabelecidas no processo de inventário – em que os elementos são isolados – e a classificação – em que os elementos são repartidos e impostos em certa organização¹².

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, sob o número do CAAE: 48181115.5.0000.5404, em 03/09/2015.

Resultados e Discussão

A média de idade dessas crianças foi de 8,8 anos de idade e o grupo foi composto por três crianças com surdez adquirida, uma criança com surdez congênita e uma criança sem diagnóstico concluído. Todas as crianças cursavam o ensino fundamental e apenas duas delas fizeram a mesma série mais de uma vez. As hipóteses diagnósticas variaram entre rubéola congênita, medicamento ototóxico, prematuridade, meningite e diagnóstico não fechado (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização das crianças quanto à idade, escolaridade, hipótese diagnóstica e tempo de uso do implante coclear

Criança	Idade	Escolaridade/ ensino fundamental	Hipótese Diagnóstica	Tempo de uso do Implante Coclear
Criança 1	10 anos	4º ano	Rubéola Congênita	Unilateral: 5 anos
Criança 2	7 anos	2º ano	Medicamento ototóxico	OD: 2 anos
Criança 3	6 anos	1º ano	Sem diagnóstico definido	Unilateral: 3 anos
Criança 4	9 anos	3º ano	Meningite	Unilateral: 6 anos
Criança 5	12 anos	4º ano	Prematuridade e presença em UTI	Unilateral: 6 anos

Legenda: OD-Orelha Direita, OE-Orelha Esquerda, UTI-Unidade de Terapia Intensiva

Foram entrevistados cinco familiares de crianças usuárias de implante coclear, sendo quatro mães e um pai. As crianças eram atendidas no Centro de Estudos e as entrevistas foram realizadas enquanto as crianças eram atendidas.

A faixa etária dos familiares permaneceu entre 20 e 40 anos. A maioria deles cursou o ensino médio completo. A seguir, a tabela de caracterização dos familiares.

Tabela 2 - Caracterização dos familiares quanto ao grau de parentesco, idade, naturalidade e escolaridade

Familiar	Grau de parentesco	Idade	Naturalidade	Escolaridade
Sujeito 1	Mãe	32 anos	Hortolândia - SP*	Ensino Médio Completo
Sujeito 2	Mãe	40 anos	Campinas - SP*	Ensino Fundamental Incompleto
Sujeito 3	Mãe	26 anos	Bueno Brandão - MG**	Ensino Médio Completo
Sujeito 4	Pai	35 anos	Monte Mor - SP*	Ensino Médio Completo
Sujeito 5	Mãe	34 anos	Hortolândia - SP*	Ensino Médio Completo

*SP- São Paulo, **MG- Minas Gerais

Para análise dos resultados, os dados foram divididos em quatro categorias, descritas a seguir:

1. Percepções sobre o processo da descoberta da surdez

Para muitas famílias, o nascimento de uma criança pode significar momentos de alegria, felicidade e união entre os membros da família. Porém, quando nasce uma criança com alguma deficiência pode significar momentos de lágrimas, tristeza, medo, confusão e desespero¹³. No estudo, foi possível observar relatos dos familiares sobre os sentimentos negativos durante o momento do diagnóstico.

O sujeito 1, por exemplo, relatou que no momento em que foi dado o diagnóstico da perda auditiva pelo médico, não queria aceitar o que estava sendo dito:

“No momento eu não queria aceitar. Eu falei não, não.” (Sujeito1)

Um estudo de Vieira, Bevilacqua, Ferreira e Dupas mostrou o aparecimento de sentimentos negativos na família como revolta, medo, frustração, não aceitação, susto, chateação, desespero, angústia, confusão, tristeza, culpa, contrariedade, preconceito, uma sensação de vazio interior, choque, vergonha, depressão e ansiedade¹⁴. Na pesquisa em questão, mesmo os cinco familiares não sendo questionados diretamente sobre os sentimentos que o momento do diagnóstico provocou, foi possível observar nos relatos dos pais a negação no início do processo de habilitação/reabilitação auditiva da criança.

Quatro familiares relataram que foi alguém da família que percebeu que a criança tinha dificuldades de ouvir. Todas as crianças tinham dois anos de idade ou menos quando alguém desconfiou da perda auditiva. Porém, todos os familiares indicaram que o diagnóstico e/ou a intervenção foram tardias, sendo que as crianças foram encaminhadas para o implante coclear e acompanhamento com profissionais da saúde pelo menos um ano depois da descoberta da surdez. Ao pensar em desenvolvimento de linguagem e fala da criança podemos destacar a importância da intervenção precoce. A identificação tardia da deficiência auditiva pode acarretar em muitas dificuldades (de linguagem, escolares, sociais) para a criança, o que a deixa distante de um desempenho como a de uma criança ouvinte¹⁴.

Três familiares relataram que consultaram vários profissionais que disseram que o filho ouvia normalmente. Um desses familiares relatou que o pediatra encaminhou o filho para o neurologista, pois, desconfiou que a criança tivesse autismo. O neurologista fez alguns testes auditivos e encaminhou para o otorrinolaringologista para avaliação e conduta adequadas.

Portanto, pode-se observar o aparecimento de sentimentos negativos em comum entre os familiares, sendo possível pressupor a importância do acompanhamento dos familiares por profissionais da saúde quanto ao processo de descoberta do diagnóstico, pois, muitos são os sentimentos que precisam ser trabalhados. É necessário também destacar a relevância do diagnóstico e intervenção precoce para o desenvolvimento da criança.

2. Informações e orientações recebidas sobre o implante coclear

Em relação ao implante coclear, os cinco familiares relataram que receberam orientações, sendo que cuidados em relação à limpeza e manutenção foram os mais citados.

É possível observar em protocolos médicos e audiológicos fator importante quando se trata da preparação da família e do candidato ao implante coclear, a questão das informações e orientações sobre o funcionamento do aparelho, os benefícios e limites que ele pode trazer².

Todos os familiares relataram estar satisfeitos com a escolha pelo implante coclear. Encontrou-se na literatura o estudo que mostrou que as crianças que utilizavam o implante coclear por mais de 4 anos em idade escolar (as crianças da pesquisa apresentaram faixa etária de 4 a 6 anos de idade), apresentaram sucesso em demandas sociais e escolares, além dos benefícios de fala e linguagem¹⁵. Ou seja, os pais apresentaram-se satisfeitos com a escolha pelo implante coclear e com os resultados que observaram na vida cotidiana da criança.

Foi possível observar também discursos contraditórios da maioria dos familiares (quatro) sobre essa mesma questão. Durante o discurso apareceram falas sobre o implante coclear estar quebrado e sem previsão para conserto, três crianças estavam sem implante coclear, orçamentos que não foram possíveis pagar e também apareceu a LIBRAS como protagonista na questão do implante coclear. Sobre o investimento relacionado à quebra de peças do implante

coclear, três familiares disseram que sabiam sobre os preços. Porém, dois familiares disseram que não foram alertados sobre os custos. Um desses familiares relatou que descobriu o valor apenas agora que o implante está quebrado.

“Eu to satisfeita com a escolha pelo implante, só que agora que quebrou, faz 2 anos que quebrou a gente ta com protocolo na prefeitura pra poder arrumar esse aparelho. Agora parece que vai sair. Porque o aparelhinho dele quebrou e ficou quase, ficou em R\$7.385,00, o conserto e a gente não tem esse dinheiro. Aí, agora a gente tentou com processo na prefeitura e aí se eles negativar a gente vai com aquele mandato de segurança.” (Sujeito 1)

Conclui-se que os familiares ficaram satisfeitos em relação à escolha pelo implante coclear já que os avanços no desenvolvimento das crianças foram observados. Também demonstraram satisfação ao receber informações e orientações gerais de uso. Importante refletir sobre a questão dos custos do implante coclear.

3. Percepções sobre a Língua Brasileira de Sinais

Ao serem questionadas sobre a introdução da LIBRAS, quatro familiares relataram que o processo de aprendizagem da língua foi natural e benéfico para as crianças. Uma das mães relatou resistência no início, porém, foi observando avanços na comunicação da filha e aceitou que a mesma adquirisse a língua de sinais. Sendo assim, três familiares disseram que a principal forma de comunicação é por meio da língua de sinais e dois familiares disseram que as crianças se comunicam tanto por língua portuguesa quanto por língua de sinais, de forma que quando a criança não sabe oralizar determinado léxico utiliza sinal.

Tem-se ainda – de forma unânime – a diferença que a língua de sinais fez na linguagem das crianças. Todos os pais afirmaram que a criança está mais comunicativa e compreensível.

Nessa fala, fica clara a satisfação mesmo com a quebra do aparelho e com a dificuldade que será pagar o conserto do implante coclear. Alguns autores¹⁶ trazem como condições fundamentais para o desenvolvimento do potencial auditivo do indivíduo a adaptação ao implante coclear juntamente com o apoio e disponibilidade da família e profissionais habilitados para o trabalho. Neste momento, se faz necessária a reflexão sobre o que acontecerá com a audição em si, o desenvolvimento da linguagem e a evolução da criança que está com implante coclear quebrado, pois, a plasticidade cerebral durante a infância muda e quando a criança não adquire a primeira língua no tempo ideal não existe fluência dessa língua⁴.

“To. To bem satisfeita. Assim, sabe, eu sei que a Libras seria uma língua, é uma língua normal pra... agora pra mim, é uma língua normal, né?. Mas, assim, ouvir as palavras da minha filha: mamãe, papai é uma coisa muito boa. Pra vários otorrinos que falou que minha filha não ia falar nada e minha filha ta falando bastante coisinha já, é muito bom.” (Sujeito 2)

“To muito, muito[satisfeita]. Na verdade a gente optou pela Libras porque ele tava demorando muito pra falar. Porque ele tava fazendo fonoaudióloga na minha cidade. Mas, estava demorando muito pra aprender a falar. Então já ta na fase de... já ta na escola, tudo e eu e meu marido optamos pelo Libras porque preciso de uma linguagem, né? Não tem como viver o resto da vida com gesto caseiro. Mas daí através da Libras ele começou a falar. Ainda ta falando pouco é lógico mas já ta num bom começo.” (Sujeito 3)

Nos discursos dos sujeitos 2 e 3, é possível observar o significado que a LIBRAS teve na vida das crianças. Houve mudanças positivas em relação à linguagem e à própria fala. Na literatura, alguns autores⁴, trazem como prejuízo a falta de uma primeira língua para o indivíduo. A privação linguística pode acarretar em prejuízos cognitivos, psicossociais como isolamento e frustração pela própria diminuição de experiência linguística. Desse modo, é de fácil compreensão a aceitação dos familiares pela língua de sinais (língua visuo-motora), portanto, mais acessível que língua oral- para os filhos surdos.

Desde 2002, o Brasil reconhece a LIBRAS como língua de fato, ou seja, tem sistema linguístico, com estrutura gramatical própria e é capaz de transmitir ideias⁵. Em uma pesquisa realizada em 2012 em países desenvolvidos, os autores⁴ mostram que por volta de 80% das crianças surdas já estão implantadas. Mostram também que os prejuízos que essas crianças têm não se caracterizam apenas pela falta de sucesso com o implante coclear, mas também pela falta de contato

com a língua de sinais. Segundo essa pesquisa, foi possível demonstrar que a Língua de Sinais é um idioma humano adquirido e utilizado da mesma forma como línguas faladas, com todas as propriedades gramaticais necessárias.

Em nosso trabalho, a LIBRAS entrou como uma alternativa já que as crianças estavam demorando a falar e demorando a desenvolver a linguagem como um todo. Uma mãe relatou ter optado por LIBRAS, pois não queria o filho crescendo apenas com gestos caseiros.

Ao serem questionados sobre a introdução de LIBRAS, quatro familiares relataram que o processo de aprendizagem da língua foi natural e benéfico para as crianças. Uma das mães relatou resistência no início, porém, foi observando avanços na comunicação da filha e aceitou que a mesma adquirisse a língua de sinais. Assim, três familiares disseram que a principal forma de comunicação é por meio da língua de sinais e dois familiares disseram que as crianças se comunicam tanto por língua portuguesa quanto por língua de sinais, de forma que quando a criança não sabe oralizar determinado léxico utiliza sinal. Segue relatos dos familiares quando questionados sobre a introdução da LIBRAS:

“Ah, bem melhor. Porque a fono la de São Paulo, a que ligou o aparelho, ela falou que ele precisava fazer a Libras porque ela queria se comunicar com ele e ela não conseguia. Porque o dele era caseiro, os sinais eram caseiros. Porque onde a gente morava não tinha Libras, ele não tinha.. ele não tinha fono la. Não tinha grupo igual tem aqui. Só ficava na APAE, desde pequenininho sempre ficava na APAE. Aí, eu vim pra cá pra fazer uma cirurgia e vi que aqui pra cá tinha escola, tudo. Daí, ele começou a fazer Libras pra cá porque pra lá não tem ainda.” (Sujeito 5)

“Olha, se eu soubesse tinha introduzido a Libras quando ele fez o implante eu tinha introduzido junto. Porque eu acho que se tivesse introduzido junto ele já tava falando, falando e entendendo mais rápido. Fazendo tipo, só oralizando dificultou pra ele. Agora que a gente foi perceber isso. Mas se tivesse colocado os dois junto, tipo o sinal com a palavra, é melhor pra ele. Porque se você fizer ‘bola’ (com sinal) aí se fazer assim ele já fala. E se eu não fizer ele fica... Entao, ele sabendo o sinal ele fala, ele soletra.” (Sujeito 1)

“Ah, eu percebo, viu? Muito...agora da pra entender melhor as coisas que ele fala, que ele quer, entendeu? Porque eu sei pouco também mas da pra conversar com ele. Então eu entendo melhor ele. Da pra gente comunicar muito melhor.” (Sujeito 3)

É importante esclarecer que a língua de sinais deu às crianças a oportunidade de desenvolver a linguagem em tempo menor que acontecerá com a língua oral. Ou seja, a partir do momento em que as habilidades para a comunicação foram adquiridas, as crianças se viram prontas para o aprendizado de mundo. Como já dito nesse estudo, é de extrema importância respeitar os cinco primeiros anos de vida da criança, pois é onde se encontra a maior plasticidade cerebral⁴.

4. Expectativas em relação ao futuro da criança

Em relação às expectativas sobre o futuro das crianças, os cinco familiares relataram expectativas positivas, como o desejo que os filhos tenham oportunidades de estudo, tenham sucesso na carreira profissional e que sejam independentes.

Um estudo realizado em uma instituição pública⁸ revela que quando uma criança surda nasce em uma família ouvinte já são esperadas as expectativas em relação à língua que a criança irá usar para se comunicar. Geralmente as famílias esperam que em uma educação bilíngue as crianças usem a língua de sinais para se comunicar com os surdos e a língua Portuguesa na modalidade oral para se comunicar com ouvintes. Os familiares da pesquisa descreveram as respectivas expectativas de forma mais geral e sem citar diretamente o que ainda esperam do implante coclear (melhora da fala, por exemplo).

“Nossa, eu quero que ele seja... não importa se por fala ou se através de Libras eu quero que ele, sabe, que ele seja independente, quero que ele estude, entendeu? Quero que ele seja alguém na vida. Independente se ele falar ou não.” (Sujeito 3)

“Que quero que ele seja livre porque até hoje, assim, se eu to dentro de casa eu quero que ele fique dentro de casa. Pra eu ver ele, pra eu saber o que ele ta fazendo. Quando ele ta sem aparelho. Agora, quando ele ta com aparelho eu deixo ele brincar na rua, ele vai na pracinha que é do lado de casa, ele vai no parquinho, ele brinca, normal, anda de bicicleta e eu quero que ele seja livre. Eu não quero que ele fique sufocado igual ele fica... agora que quebrou o aparelho eu não confio muito de deixar ele na rua porque eu tenho medo de vir um carro e ele não escutar, né? E é a única coisa que eu quero que ele seja livre, independente que ele estude. Igual ele fala que ele vai trabalhar. Ele quer dinheiro. Apesar que ele recebe, né? Tem o BPC, aí ele fala que não, que quer trabalhar igual o pai dele.” (Sujeito 5)

Em outro estudo realizado com pais de crianças que usam implante coclear, os resultados obtidos com o implante coclear estavam de acordo com as expectativas da maioria deles. Os autores concluíram que as informações dadas em relação ao implante coclear contribuíram para expectativas mais realistas¹⁷.

As expectativas dos familiares podem ser resumidas em buscar qualidade de vida para os filhos. Um estudo que aplicou o questionário “*Children with Cochlear Implants: Parent’s Perspectives*” (com tradução e adaptação cultural para Português Brasileiro) sobre qualidade de vida de crianças usuárias de implante coclear, obteve como resultado a melhoria que esse dispositivo proporciona na vida das crianças. Os pais mostraram maior satisfação em relação à autoconfiança da criança, nas relações sociais, bem-estar e felicidade, funcionamento geral e comunicação¹⁸.

Considerações Finais

Tem-se o implante coclear como um dispositivo ainda pouco conhecido no Brasil, com poucas cirurgias realizadas e como alternativa para os indivíduos com deficiência auditiva de grau severo e profundo. Nesse estudo é possível encontrar limitações já que o numero de sujeitos é reduzido, a instituição em que o trabalho foi realizado é conhecida como instituição bilíngue e, assim, os indivíduos com implante coclear não são encaminhados, pois, espera-se que a reabilitação seja oralista. É necessário que haja mais estudos na área do implante coclear para melhor compreensão do processo de reabilitação auditiva e como obter melhores resultados na aquisição da língua portuguesa de forma que o indivíduo participe de forma efetiva na sociedade. Isso porque o implante coclear por si só não traz pleno sucesso na habilitação auditiva, sendo que outros fatores precisam ser levados em conta como: etiologia da surdez, tempo de privação sensorial auditiva, idade da criança, acesso à terapia interdisciplinar especializada, etc. São necessárias também novas pesquisas nas áreas que incluam o implante coclear e a aquisição de LIBRAS como primeira língua para obtermos possíveis soluções para o desenvolvimento da linguagem das crianças.

Como os familiares deste estudo demonstraram, é importante refletir sobre ter a língua de sinais (língua visuo-motora) como primeira língua das crianças que nasceram surdas ou perderam a audição nos primeiros anos de vida para que adquiram conhecimento de mundo e conceitos.

Conclui-se que a escolha pelo implante coclear foi algo que os pais acreditaram ter valido a pena e que acaba se unindo à Língua Brasileira de Sinais para que a criança desenvolva a linguagem de forma mais efetiva. Em relação ao diagnóstico, os familiares relataram sentimentos negativos; indicaram que o diagnóstico foi tardio; estão satisfeitos com a escolha pelo implante coclear; o processo de aprendizagem da língua foi natural e benéfico e relataram expectativas positivas sobre o futuro das crianças.

Referências

1. Pinto ESM. Análises dos procedimentos de seleção de crianças para o implante coclear [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007.
2. Bento RF, Neto RB, Castilho AM, Gómez VG, Giorgi SB, Guedes MC. Resultados auditivos com o implante coclear multicanal em pacientes submetidos a cirurgia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 2004 set/out; 70 (5): 632-637.
3. Gomez MVSG, Guedes MC, Santanna SBG, Peralta CGO, Tsuji RK, Castilho AM, Neto RVB, Bento RF. Critérios de seleção e avaliação médica e audiológica dos candidatos ao implante coclear: protocolo HC-FMUSP. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2004 out/dez; 8 (4): 295-317.

4. Humphries T, Kushalnagar P, Mathur G, Napoli DJ, Padden C, Rathmann C, Smith SR. Language acquisition for deaf children: Reducing the harms of zero tolerance to the use of alternative approaches. *Harm Reduct J.* 2012 abr; 9 (16): 2-9.
5. BRASIL. Lei Nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10436.htm
6. Perlin GTT. Identidades surdas. In: Carlos Skliar. *A surdez: um olhar sobre as diferenças.* Porto Alegre: Mediação; 2010. p. 51-73.
7. Dias AB, Lourenço EA. Implante coclear precoce e tardio: desenvolvimento da audição e da linguagem com e sem o apoio da Língua Brasileira de Sinais [apresentação no 31º Encontro Internacional de Audiologia; 2016 mai; São Paulo, Brasil].
8. Silva ABP, Zanolli ML, Pereira MCC. Mães Ouvintes com Filhos Surdos: Concepção de Surdez e Escolha da Modalidade de Linguagem. *Psicol teor pesqui.* 2007 23 (3): 279-286.
9. Minayo MCS, Gomes SFDR. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 29ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 4. ed. Lisboa: Editora 70; 2004.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Buscaglia L. *Os deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento.* Rio de Janeiro: Record; 1993.
14. Vieira SS, Bevilacqua MC, Ferreira NMLA, Dupas G. Descoberta da deficiência auditiva pela família: vendo o futuro idealizado desmoronar. *Acta paul enferm.* 2012 25(2): 82-8.
15. Nicholas JG, Geers AE. Personal, social, and Family adjustment in school-aged children with a cochlear implant. *Ear Hear.* 2003 24(1): 69-81.
16. Yamada MO, Valle ERM. *Vivência de mães na trajetória de seus filhos com implante coclear: fatores afetivos e emocionais.* 2ªed. Ribeirão Preto: Book Toy; 2014.
17. Sach TH, Whyne DK. Pediatric cochlear implantation: the views of parents. *Int J Audiol.* 2005 44(7): 400-407.
18. Tavares TF, Lopes DB, Bento RF, Andrade CRF. Crianças com implante coclear: habilidades comunicativas e qualidade de vida. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2012 78 (1): 15-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v78n1/v78n1a03.pdf>.

Lauriene Franchi Dionísio

Endereço para correspondência – Ana Jacinta de Andrade Couto, nº 732,
Bairro: Parque Industrial, CEP: 13031- 400, Campinas, SP, Brasil.

E-mail: fono.lauriene@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0762614471904793>

Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima – ceclima@fcm.unicamp.br

Enviado em 06 de abril de 2016.
Aceito em 30 de dezembro de 2016.

CORRELAÇÃO DOS LIMIARES DO PEATE-FE E DA AUDIOMETRIA INFANTIL EM LACTENTES COM PERDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL

CORRELATION OF THE THRESHOLDS OF FREQUENCY-SPECIFIC BRAINSTEM AUDITORY EVOKED POTENTIALS AND THE AUDIOMETRY IN INFANTS WITH SENSORINEURAL HEARING LOSS

**Pricila Sleifer¹, Bruna Fiorenzano Herzog Conrado², Dayane Domeneghini Didoné³,
Luciane Ferreira Pauletti⁴, Cristina Fernandes Diehl Krimberg⁴**

RESUMO

Objetivo: Comparar e correlacionar os níveis mínimos de resposta (NMR) da audiometria infantil em campo livre e os limiares do potencial evocado auditivo de tronco encefálico por frequência específica (PEATE-FE) em 500 e 2000Hz em lactentes com perda auditiva. **Metodologia:** Estudo transversal, individual e observacional. Foram avaliados 30 lactentes entre dois e seis meses de idade com perda auditiva neurosensorial. Foram realizadas as seguintes avaliações: otorrinolaringológica, emissões otoacústicas, medidas de imitância acústica, audiometria infantil em campo livre e PEATE-FE, nas frequências de 500Hz e 2000Hz. **Resultados:** Houve correlação entre os limiares obtidos no PEATE-FE e na audiometria infantil em campo livre nas frequências de 500Hz e 2000Hz. Os limiares do PEATE-FE podem ser considerados estatisticamente iguais aos NMR da audiometria infantil em campo livre. Não houve diferença estatisticamente significativa dos resultados entre orelhas e nas diferentes faixas etárias pesquisadas. **Conclusão:** Houve correlação significativa entre os limiares encontrados no PEATE-FE e os NMR obtidos na audiometria infantil em campo livre em lactentes de dois a seis meses de idade com perda auditiva neurosensorial.

Descritores: Eletrofisiologia; Audiometria; Lactentes; Perda Auditiva; Potenciais Evocados Auditivos.

ABSTRACT

Purpose: To compare and correlate the minimum response levels obtained in free field audiometry and the thresholds found in the frequency-specific brainstem auditory evoked potential to 500 and 2000Hz in infants hearing loss. **Methodology:** This research is characterized as a cross-sectional, individually, and observational study. 30 infants aged between 2 and 6 months with sensorineural hearing loss were evaluated. The following assessments were conducted: otorhinolaryngological, otoacoustic emissions tests, acoustic impedance, frequency-specific brainstem auditory evoked potentials, free field children audiometry and frequency-specific brainstem auditory evoked potentials at 500Hz and 2000Hz. **Results:** A correlation was found between the thresholds obtained in frequency-specific ABR and in free field children audiometry at 500Hz and 2000Hz. There was no significant difference in the results between the ears and in different age groups. **Conclusion:** There was correlation between the thresholds found in frequency-specific ABR and the MRL obtained in free field audiometry in infants from two to six months with sensorineural hearing loss.

Descriptors: Electrophysiology; Audiometry; Infants; Hearing Loss; Evoked Potentials Auditory.

¹ Doutora em Ciências Médicas: Pediatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

² Acadêmica do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

⁴ Fonoaudióloga do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, RS, Brasil.

Introdução

O potencial evocado auditivo de troco encefálico (PEATE) consiste no registro e análise da atividade eletrofisiológica do sistema auditivo até o tronco encefálico¹⁻³. Por ser um procedimento objetivo torna-se relevante na pesquisa dos limiares auditivos na população infantil⁴⁻⁶.

No PEATE, as respostas eletrofisiológicas são obtidas entre zero e 10 milissegundos após a estimulação acústica⁴. As respostas são obtidas por eletrodos de superfície, os quais registram a atividade elétrica de diferentes tratos do sistema auditivo até o tronco encefálico⁷.

O PEATE é recomendado no diagnóstico audiológico de crianças com idade inferior à seis meses devido à pouca confiabilidade das respostas comportamentais nessa faixa etária^{8,9}. Tal procedimento eletrofisiológico permite a pesquisa dos limiares auditivos e avaliação da integridade das vias auditivas^{4,10}.

O potencial evocado auditivo de tronco encefálico por frequência específica (PEATE-FE) é considerado padrão-ouro para estimar a configuração da perda auditiva, sendo utilizado na predição dos limiares auditivos por frequência específica, principalmente na população infantil e em pacientes que não respondem à avaliação comportamental^{7,10,11,12,13}. Utiliza-se o estímulo *tone burst* nas faixas de frequências de 500, 1000, 2000 e 4000Hz, ou 500, 1500 e 4000Hz para estabelecer os limiares eletrofisiológicos e configuração da perda auditiva, quando presente^{9,13}. Cada frequência é pesquisada unilateralmente e isoladamente tornando a realização dos testes auditivos mais específicos^{10,12}. O traçado deste potencial é analisado por meio da morfologia, latência³ e amplitude das ondas¹⁴. Apesar da fidedignidade das respostas, a avaliação comportamental torna-se imprescindível como método complementar no diagnóstico audiológico.

A audiometria infantil em campo livre busca identificar respostas comportamentais a estímulos sonoros¹⁵ de tom puro modulado em frequência (*warble*) apresentados em campo livre, por meio de autofalantes para determinar o nível mínimo de resposta (NMR)¹⁶. Tal avaliação permite identificar a perda auditiva, quando presente, avaliar o desenvolvimento da função auditiva e a maturação do sistema auditivo central¹³. Estabelecer a configuração audiométrica de crianças até seis meses de idade é uma tarefa bastante complexa, devido à fatores de confusão das respostas obtidas de forma comportamental^{17,18}. Dessa forma, o princípio de cruzamento dos resultados das avaliações é imprescindível para o correto diagnóstico audiológico.

A diferença observada entre os limiares eletrofisiológicos e limiares audiométricos justifica-se pela natureza da resposta e método de registro¹³. Acredita-se que seja relevante a comparação dos NMR obtidos na audiometria infantil em campo livre com os limiares eletrofisiológicos encontrados no PEATE-FE, já que a utilização das duas avaliações complementa o diagnóstico audiológico infantil. A literatura relata que os limiares eletrofisiológicos obtidos com o estímulo *tone burst* são compatíveis com os limiares para tons puros^{7,9,18,19}.

Justifica-se esse estudo devido à escassez de trabalhos em lactentes com perda auditiva. A partir do exposto, o objetivo do presente estudo foi comparar e correlacionar os limiares do PEATE-FE e o nível mínimo de resposta obtido na audiometria infantil em campo livre em 500 e 2000Hz, em lactentes com perda auditiva neurossensorial.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, individual e observacional, onde o desfecho clínico foi a comparação e correlação das respostas eletrofisiológicas e comportamentais de lactentes com perda auditiva neurossensorial. O modelo metodológico foi escolhido a partir do desfecho clínico pretendido e de acordo com a literatura sobre pesquisa clínica²⁰. O estudo foi caracterizado como transversal e individual, pois cada sujeito foi avaliado em um único momento, e observacional, pois houve apenas descrição das variáveis analisadas em relação ao desfecho clínico²⁰.

Esta pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de um hospital do Rio Grande do Sul sob protocolo de número 11-137 e de uma Universidade Federal do mesmo estado sob protocolo 2011039. Os pais/responsáveis dos lactentes foram orientados sobre os procedimentos e, a partir do consentimento com os objetivos da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A amostra foi de conveniência²⁰ e a coleta de dados realizada no ambulatório de saúde auditiva do serviço de fonoaudiologia do hospital. Os pais foram orientados sobre as etapas da Triagem Auditiva Neonatal (TAN), importância do diagnóstico e intervenção precoces, sendo cada procedimento detalhado aos mesmos, a fim de que pudessem compreender a relevância da identificação precoce da perda auditiva, quando presente.

Inicialmente foram selecionados os lactentes que falharam no reteste da triagem auditiva neonatal (TAN) realizada no ambulatório de saúde auditiva do serviço de fonoaudiologia do hospital. Após o consentimento dos pais, os lactentes foram submetidos aos seguintes exames: emissões otoacústicas evocadas transientes (EOAT), avaliação otorrinolaringológica, medidas de imitância acústica, com sonda de 1000Hz, PEATE-FE e a audiometria infantil em campo livre, seguindo os procedimentos de rotina do hospital.

Foram incluídos neste estudo 30 lactentes, de dois a seis meses de idade com perda auditiva neurossensorial em ambas as orelhas, sendo a mesma simétrica. Destes 16 eram do gênero masculino e 15 do gênero feminino.

A avaliação das condições de orelha externa e média foi realizada pelo médico otorrinolaringologista, que faz parte do serviço de fonoaudiologia, e pela pesquisa das medidas de imitância acústica, com sonda de 1000Hz, conforme protocolo proposto por outros autores²¹, utilizando equipamento modelo AT235H da marca *Interacoustics*.

O PEATE-FE foi realizado com o equipamento *SmartEP*, da marca *Intelligent Hearing Systems* (IHS). Foram pesquisados os limiares eletrofisiológicos para as frequências de 500 e 2000Hz. Os eletrodos de referência foram dispostos nas mastóides direita (M2) e esquerda (M1) e os eletrodos ativo (Fz) e terra (Fpz) na frente. Para a colocação dos eletrodos foi realizada a limpeza da pele com pasta abrasiva (*Nuprep*[®]). A impedância foi mantida igual ou inferior à três KΩ. As crianças permaneceram em sono natural e foram posicionadas de forma confortável no colo da mãe ou cuidador, em uma poltrona reclinável.

Utilizou-se o estímulo *tone burst* nas frequências de 500 e 2000Hz. O critério de normalidade para as frequências pesquisadas foram de 35 e 30dBnNA, respectivamente. Utilizou-se fone de inserção ER-3, os quais foram adaptados bilateralmente, porém a pesquisa das respostas foi realizada de forma monoaural. O PEATE-FE teve início na frequência de 2000Hz, seguida de 500Hz, sendo pesquisada a onda V, sequencialmente. A intensidade inicial foi de 80dBnNA, sendo diminuída de 10 em 10 dB até que a onda V não fosse mais visualizada. A partir disso, aumentou-se a intensidade de 10 em 10 dB até a determinação da intensidade em que a onda V fosse visualizada. Um mínimo de 2000 estímulos foi utilizado para registrar a resposta. O protocolo utilizado encontra-se descrito no quadro 1. Quando necessário, os procedimentos foram realizadas em mais de um dia de atendimento.

Quadro 1 - Parâmetros do PEATE-FE nas frequências de 500 e 2000Hz

PEATE-FE	
Transdutor	Fone de inserção ER-3
Estímulo	<i>Tone burst</i> (500 e 2000Hz)
Polaridade	Alternada
Número de estímulos	2000 a 4000
Frequência de repetição	37 estímulos por segundo
Janela	25ms
Envelope	<i>Blackman</i>
Amplificação	100.000
Impedância	Menor que 3Kohms

A audiometria infantil em campo livre foi realizada com audiômetro *Interacoustics* modelo AC30, e foram estimados os níveis mínimos de resposta das frequências de 500, 1000, 2000 e 4000Hz, porém apenas os NMR de 500 e 2000Hz foram utilizados para o presente estudo. Com intensidade inicial de 80dBNA, com pesquisa descendente de 10 em 10dB e ascendente de 5 em 5dB, dentro de cabine acústica em campo livre, em cadeira específica ou no colo do responsável em posição medial às caixas de som. Foram consideradas, como reação comportamental frente aos estímulos sonoros, as seguintes respostas: reflexo cocleopalpebral, movimento ocular lateral, localização sonora lateral, aumento ou diminuição da sucção da chupeta, sorriso, choro, atenção, susto, franzir a testa, movimentos generalizados do corpo, entre outros, conforme descrito pela literatura consultada^{13,16}.

A observação destes comportamentos e as demais testagens foram realizadas por duas fonoaudiólogas avaliadoras e uma estagiária.

Por meio dos resultados obtidos nas avaliações, realizou-se a comparação e correlação dos limiares obtidos no PEATE-FE para cada orelha com os NMR da audiometria em campo livre para as frequências de 500 e 2000Hz. No presente estudo, apenas os limiares das frequências de 500 e 2000Hz foram pesquisados devido ao objetivo da pesquisa, o qual foi de pesquisar uma frequência grave e uma aguda, devido ao tempo do exame. Pesquisa recente²² propõe critérios de normalidade para as frequências de 500, 1000, 2000 e 4000Hz em neonatos, facilitando a classificação das perdas auditivas, quando presentes.

O Coeficiente de Correlação Linear de *Pearson* foi utilizado para verificar a correlação das variáveis quantitativas contínuas. Devido à simetria dos dados, a comparação das variáveis foi realizada por meio do teste *t* de *Student* para amostras pareadas e teste *t* de *Student* para amostras não pareadas, sendo o de amostras não pareadas utilizado na comparação dos resultados entre os gêneros. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$), e as análises foram realizadas no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0.

Resultados

A média de idade das 30 crianças avaliadas foi de quatro meses, sendo o mínimo 2 o máximo 6 meses. Dentre os participantes, 11 encontravam-se na faixa etária de dois a três meses e 19 na faixa etária de quatro a seis meses de idade.

Os valores descritivos dos resultados das frequências de 500 e 2000Hz para o PEATE-FE e os NMR estão descritos na tabela 1. A figura 1 complementa a descrição dos resultados da tabela referida para os dois procedimentos realizados.

Tabela 1 - Dados descritivos do PEATE-FE e dos NMR para as frequências de 500 e 2000Hz

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PEATE-FE 500 OD	30	30*	70*	59,73*	11,42*
PEATE-FE 500 O	30	40*	90*	64,33*	13,41*
PEATE-FE 2000 OD	30	50*	90*	65,76*	11,59*
PEATE-FE 2000 OE	30	40*	90*	72,43*	14,96*
Campo livre 500Hz	30	40**	85**	58,50**	10,26**
Campo livre 2000Hz	30	50**	100**	77,17**	14,06**

Legenda: PEATE-FE= Potencial evocado auditivo de tronco encefálico por frequência específica; OD= orelha direita; OE= orelha esquerda; *dBnNA; **dBNA

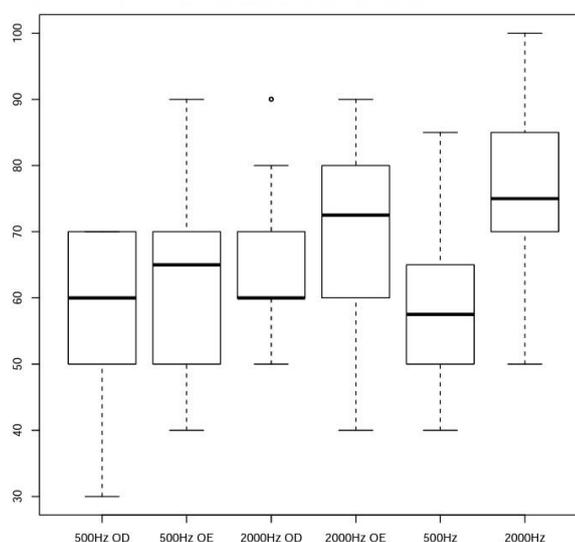


Figura 1: Representação dos diferentes testes utilizados
 Legenda: frequências com OD e OE limiares do PEATE-FE, demais frequências audiometria infantil em campo livre. Correlação Linear de Pearson e Teste t de Student

Na correlação entre os limiares do PEATE-FE e os NMR da audiometria infantil em campo livre, verificou-se significância estatística para as frequências avaliadas (tabela 2).

Tabela 2 - Correlação entre os limiares do PEATE-FE e os NMR da audiometria em campo livre

Comparações	r de Pearson	p*
PEATE-FE OD e campo livre 500Hz	0.91	0.001
PEATE-FE OE e campo livre 500Hz	0.73	0.001
PEATE-FE OD e campo livre 2000Hz	0.72	0.001
PEATE-FE OE e campo livre 2000Hz	0.82	0.001

Legenda: PEATE-FE= Potencial evocado auditivo de tronco encefálico por frequência específica; NMR= nível mínimo de resposta; OD= orelha direita; OE= orelha esquerda; *Correlação Linear de *Pearson*

Na comparação entre os limiares do PEATE-FE e os NMR da audiometria infantil em campo livre verificou-se diferenças estatisticamente significantes (tabela 3). A ordem das diferenças foi sempre PEATE-FE menos audiometria infantil em campo livre. Desta forma, diferenças médias estimadas positivas indicaram maior limiar PEATE-FE e diferenças médias estimadas negativas maior NMR da audiometria infantil em campo livre. Observou-se que para a frequência de 500Hz as médias foram maiores para o PEATE-FE, e para a frequência de 2000Hz maiores para os NMR da avaliação comportamental.

Tabela 3 - Comparação entre os limiares do PEATE-FE e os NMR da audiometria infantil em campo livre

Limiares	NMR	Média Limiares (dBnNA)	Média NMR (dBNA)	p*
PEATE-FE 500Hz OD	Campo livre 500Hz	59,73	58,45	0.001
PEATE-FE 500Hz OE	Campo livre 500Hz	64,33	59,13	0.001
PEATE-FE 2000Hz OD	Campo livre 2000Hz	65,76	78,24	0.001
PEATE-FE 2000Hz OE	Campo livre 2000Hz	72,43	77,17	0.001

Legenda: PEATE-FE= Potencial evocado auditivo de tronco encefálico por frequência específica; NMR= nível mínimo de resposta; OD= orelha direita; OE= orelha esquerda; * Teste t de *Student*, pareado

Não houve diferenças estatisticamente significantes na comparação entre gênero, faixa etária e orelhas, para ambas frequências pesquisadas (tabela 4,5 e 6).

Tabela 4 - Comparação dos limiares do PEATE-FE e os NMR da audiometria infantil em campo livre entre os gêneros.

Testagem	Média Masculino	Média Feminino	p*
PEATE-FE 500Hz OD**	60.34	54.29	0.069
PEATE-FE 500Hz OE**	70.31	58.25	0.092
Campo livre 500Hz***	63.81	58.73	0.061
PEATE-FE 2000Hz OD**	67.51	61.42	0.152
PEATE-FE 2000Hz OE**	75.32	67.14	0.162
Campo livre 2000Hz***	82.63	78.45	0.097

Legenda: PEATE-FE= Potencial evocado auditivo de tronco encefálico por frequência específica; NMR= nível mínimo de resposta; OD= orelha direita; OE= orelha esquerda; **dBnNa; ***dBNA; *Teste t de *Student*, não pareado

Tabela 5 - Comparação entre os limiares do PEATE-FE e os NMR da audiometria infantil em campo livre por grupos etários

	Média 2 a 3 meses (n=11)	Média 4 a 6 meses (n=19)	p*
PEATE-FE 500Hz OD**	54.55	58.95	0.364
PEATE-FE 500Hz OE**	62.27	63.95	0.757
Campo livre 500Hz***	58.64	58.42	0.962
PEATE-FE 2000Hz OD**	65	64.47	0.912
PEATE-FE 2000Hz OE**	69.55	72.37	0.635
Campo livre 2000Hz***	76.82	77.36	0.922

Legenda: PEATE-FE= Potencial evocado auditivo de tronco encefálico por frequência específica; NMR= nível mínimo de resposta; OD= orelha direita; OE= orelha esquerda; **dBnNa; ***dBNA; *Teste t de *Student*, não pareado

Tabela 6 - Comparação das frequências testadas do PEATE-FE entre as orelhas

Frequência	Média Orelha Direita	Média Orelha Esquerda	p*
500Hz	58.33	62.13	0.059
2000Hz	68.73	70.23	0.062

Legenda: PEATE-FE= Potencial evocado auditivo de tronco encefálico por frequência específica; *Teste t de *Student*, não pareado

Discussão

A utilização de métodos objetivos para a avaliação de lactentes e crianças muito pequenas é relevante para a detecção precoce da perda auditiva antes dos seis meses de idade²³, diminuindo assim o tempo de privação auditiva e evitando possíveis déficits no seu desenvolvimento²⁴. As habilidades auditivas desenvolvem-se nos primeiros dois anos de vida, tornando clara a importância da detecção e do monitoramento de lactentes de risco²⁵.

Dentre os procedimentos utilizados para a avaliação audiológica infantil, o PEATE-FE ganha destaque, e outros estudos vêm sendo desenvolvidos devido as suas vantagens, dentre as quais pode-se citar a objetividade de respostas em cada frequência pesquisada, principalmente em lactentes, fornecendo um limiar eletrofisiológico fidedigno^{7,12,23}.

Em relação aos coeficientes de correlação encontrados entre os limiares obtidos na pesquisa do PEATE-FE e os NMR da audiometria infantil em campo livre, constatou-se correlação estatisticamente significativa. Verificou-se que o p-valor (p=0,001) indicou correlação semelhante para as frequências de 500 e 2000Hz. O limiar encontrado no PEATE-FE de 500Hz e 2000Hz pode ser considerado estatisticamente igual aos níveis mínimos de resposta obtidos na audiometria infantil em campo livre. Os resultados apresentados confirmam a existência de forte correlação entre os limiares do PEATE-FE e os NMR da audiometria infantil em campo livre, por meio da observação das respostas comportamentais nos lactentes avaliados. Esses resultados corroboram com os achados descritos em estudos semelhantes encontrados na literatura^{18,19,26}. Esta forte correlação entre os níveis mínimos de resposta apresentados pela audiometria infantil em campo livre os limiares auditivos do PEATE-FE de lactentes com perda auditiva, sugerem a aplicabilidade clínica do PEATE-FE no diagnóstico de perda auditiva em lactentes que não respondem satisfatoriamente na audiometria infantil em campo livre¹⁹.

Na comparação entre as respostas observou-se limiares maiores para a frequência de 500Hz no PEATE-FE e maiores na avaliação comportamental para a frequência de 2000Hz. Esses resultados concordam com outros estudos, os

quais relatam a dificuldade de identificar a onda V em intensidades muito fracas, decorrentes principalmente da morfologia mais arredondada e menor amplitude da onda V e da maior contaminação pelo ruído em fracas intensidades e em frequências mais graves^{18,19}. Os melhores resultados eletrofisiológicos em comparação com a avaliação comportamental da frequência de 2000Hz também corroboram com outro estudo⁹, já que melhores respostas eletrofisiológicas são esperadas à medida que o espectro de frequência aumenta.

A obtenção do PEATE-FE em 500Hz, para avaliar as frequências baixas e do PEATE-FE em 2000Hz para avaliar as frequências altas, em conjunto com a audiometria infantil em campo livre é fundamental para se obter a configuração²³ da perda auditiva¹⁸ e confirmar o diagnóstico da mesma, quando presente. Tais avaliações são complementares, e evidenciam a relevância do PEATE-FE na prática clínica¹⁹.

Para as respostas obtidas entre os gêneros, na frequência de 500 e 2000Hz não foi observada diferença estatisticamente significativa, corroborando com estudos semelhantes com estímulo *tone burst*^{26,27} e com outros envolvendo potenciais de tronco encefálico em lactentes^{28,29}. Os resultados do presente estudo discordam de alguns autores, os quais relatam que as respostas cocleares podem ser mais rápidas no gênero feminino, influenciando na precocidade observada no tronco encefálico³⁰.

Para os grupos etários, formados por lactentes de dois a três meses e de quatro a seis meses, não houve diferença estatisticamente significativa em relação à idade dos lactentes corroborando com outra pesquisa³¹. Autores referem que a audiometria infantil em campo livre é realizada de forma mais adequada na faixa etária acima de cinco anos, mas é possível realizar em lactentes, sendo necessário a aplicação do PEATE-FE como teste indicado para confirmação dos limiares auditivos obtidos por meio da audiometria em campo livre. Os resultados da presente pesquisa evidenciam que as respostas eletrofisiológicas do PEATE-FE são fidedignas e semelhantes ao descrito na literatura²⁷.

Alguns estudos referem que a mielinização da via auditiva ocorre de forma semelhante entre as orelhas. Na presente pesquisa não houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre as orelhas, corroborando com a literatura^{26,32}. Tais resultados podem ser justificados pela simetria da perda auditiva entre as orelhas dos lactentes, o que torna semelhante a chegada do estímulo acústico em nível central.

A relevância da presente pesquisa está na possibilidade de contribuir para o aprimoramento dos procedimentos de diagnóstico audiológico em crianças menores de seis meses de idade³³. O estímulo *tone burst* apresenta espectro de frequência com energia centrada na frequência de estimulação, possibilitando a identificação de respostas em regiões específicas da cóclea^{12,19,34}.

No presente estudo o PEATE-FE permitiu definir os limiares eletrofisiológicos para as frequências de 500 e 2000Hz em lactentes com até seis meses de vida, evidenciando sua utilidade para o correto diagnóstico audiológico dessa população. Além disto, os limiares obtidos na audiometria infantil em campo livre foram complementares ao PEATE-FE. A correlação existente entre os procedimentos reforça a utilidade do PEATE-FE e dos NMR em campo livre no diagnóstico audiológico infantil.

Considerações Finais

Houve correlação estatisticamente significativa entre os limiares encontrados no PEATE-FE e os NMR obtidos na audiometria infantil em campo livre para as frequências de 500 e 2000Hz em lactentes de dois a seis meses com perda auditiva neurossensorial.

Referências

1. Soares IA, Menezes PL, Carnaúba ATL, Pereira LD. Padronização do potencial evocado auditivo de tronco encefálico utilizando um novo equipamento. J Soc Bras Fonoaudiol. 2010; 22(4): 421-26.
2. Lourenço EA, Oliveira MH de, Umemura A, Vargas AL, Lopes KC, Pontes JAV de. Audiometria de resposta evocada de acordo com sexo e idade: achados e aplicabilidade. Rev Bras Otorrinolaringol. 2008; 74(4): 545-51.
3. Magliaro FCL, Scheuer CI, Assupção Junior FB, Matas CG. Estudo dos potenciais evocados auditivos em autismo. J Soc Bras Fonoaudiol. 2010; 22(1): 31-36.

4. Matas CG, Magliaro FCL. Introdução aos Potenciais Evocados Auditivos e Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico. In: Bevilaqua MC, Martinez MAN, Balen SA, Pupo AC, Reis ACMB, Frota S. Tratado de Audiologia. São Paulo: Santos; 2011. p 181-95.
5. Munaro G, Silveira AF, Rossi AG, Korbes D, Finkler AD. Contribuição do potencial evocado auditivo em pacientes com vertigem. Braz J Otorhinolaryngol.2010; 76(3): 384-91.
6. Sleifer, P. Avaliação eletrofisiológica da audição em crianças. In: Cardoso MC (Org.). Fonoaudiologia na infância: avaliação e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2014. p.171-94
7. Pauletti LF. Estudo comparativo entre os potenciais evocados auditivos de estado estável e potenciais evocados auditivos de tronco encefálico por frequência específica em lactentes com perda auditiva. Porto Alegre: Monografia [Especialização em fonoaudiologia – ênfase em infância] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
8. Porto MAA, Azevedo MF de, Gil D. Auditory evoked potentials in premature and full-term infants. Braz j otorhinolaryngol 2011; 77(5): 622-27.
9. Pinto FR, Matas CG. Comparação entre limiares de audibilidade e eletrofisiológico por estímulo toneburst. Rev Bras Otorrinolaringol. 2007; 73(4): 513-22.
10. Rodrigues GRI, Lewis DR, Fichino SN. Potenciais Evocados Auditivos de Estado Estável no diagnóstico audiológico infantil: uma comparação com os Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico. Braz J Otorhinolaryngol 2010; 76(1): 96-101.
11. Linares AE, Costa Filho OA, Martinez MANS. Potencial evocado auditivo de estado estável em audiologia pediátrica. Braz j otorhinolaryngol. 2010; 76(6): 723-28.
12. Soares JC, Carvalho RMM. Emissões otoacústicas evocadas por estímulo “toneburst” em neonatos. Braz j Otorhinolaryngol. 2009; 75(3): 441-48.
13. Alvarenga KF, Araújo ES. Avaliação audiológica de 0 a 1 ano de idade. In: Boéchat EM, Menezes PL, do Couto CM, Frizzo ACF, Scharlach RC, Anastasio ART. Tratado de Audiologia. São Paulo: Santos; 2015. p 395-406.
14. Matas CG, Leite RA, Gonçalves IC, Neves IF. Brainstem Auditory Evoked Potential in Individuals with Conductive and Sensorineural Hearing Losses. Int Arch Otorhinolaryngol. 2005; 9(4): 280-86.
15. Santos TMM dos. Diagnóstico Audiológico em Crianças. In: Bevilaqua MC, Martinez MAN, Balen SA, Pupo AC, Reis ACMB, Frota S. Tratado de Audiologia. São Paulo: Santos; 2011. p 533-47.
16. Vieira EP, Azevedo MF de. Audiometria de reforço visual com diferentes estímulos sonoros em crianças. J Soc Bras Fonoaudiol. 2007; 19(2):185-94.
17. Fortes, Pereira, Azevedo 2007 Fortes AB, Pereira LD, Azevedo MF de. Resolução temporal: análise em pré-escolares nascidos a termo e pré-termo. J Soc Bras Fonoaudiol. 2007; 19(1): 87-96.
18. Almeida MG, Rodrigues GRI, Lewis DR. Potenciais evocados auditivos por frequência específica em lactentes com audição normal. Rev CEFAC. 2011;13(3): 489-95.
19. Ramos N, Almeida MG, Lewis DR. Correlação dos achados do PEATE-FE e da avaliação comportamental em crianças com deficiência auditiva. Rev CEFAC. 2013; 15(4):796-802.
20. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
21. Teixeira BN, Sleifer P, Pauletti LF, Krimberg CFD. Estudo das medidas de imitância acústica com tom sonda de 226 e 1000Hz em neonatos. Audiol Commun Res. 2013; 18(2): 126-32.
22. Ramos N, Lewis DR. Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico por frequência específica por via aérea e via óssea em neonatos ouvintes normais. Rev CEFAC. 2014;16:757-67.
23. Fernandes LCBC, Gil D, Santa Maria SL de, Azevedo MF. Potencial evocado auditivo de tronco encefálico por via óssea em indivíduos com perda auditiva neurossensorial. Rev CEFAC. 2013; 15(3): 538-45
24. Farias VB de. Correlação dos achados do potencial evocado auditivo de estado estável e da avaliação auditiva comportamental em lactentes com perda auditiva sensorineural. Porto Alegre: Monografia [trabalho de conclusão de curso] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
25. Angrisani RMG, Azevedo MF de, Carvalho RMM, Diniz EMA, Ferraro AA, Guinsburg R, Matas CG. Caracterização eletrofisiológica da audição em prematuros nascidos pequenos para a idade gestacional. CoDAS. 2013; 25(1): 22-8.
26. Sleifer P, Conrado BFH, Krimberg CFD, Pauletti LF, Carminatti M. Comparison study between frequency-specific auditory brainstem responses and child audiometry in the open field in infants with hearing loss. Int Arch Otorhinolaryngol. 2013;17(suppl.1):105.

27. Lourenço EA, Oliveira MH de, Umemura A, Vargas AI, Lopes KC, Pontes Júnior AV de. Audiometria de resposta evocada de acordo com sexo e idade: achados e aplicabilidade. Rev Bras Otorrinolaringol. 2008; 74(4): 545-51.
28. Fichino SN, Lewis DR, Fávero ML. Electrophysiologic threshold study in air and bone conduction in children with 2 months or less age. Braz J Otorhinolaryngol. 2007; 73(2): 251-6
29. Casali RL, Santos MFC dos. Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico: padrão de respostas de lactentes termos e prematuros. Braz J otorhinolaryngol. 2010;76(6):729-38.
30. Pinto FR, Matas CG. Comparação entre limiares de audibilidade e eletrofisiológico por estímulo tone burst. Braz J Otorhinolaryngol. 2007; 73(4): 513-22.
31. Romero ACL, Delecode CR, Cardoso ACV, Frizzo ACF. Brainstem auditive evoked potential in children referred to a neonatal auditive triage program. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2012; 12(2): 145-53 .
32. Esteves MCBN, Dell'Aringa AHB, Arruda GV, Dell'Aringa AR, Nardi JC. Audiometria de tronco encefálico de resposta em indivíduos com audição normal. Braz J Otorhinolaryngol 2009; 75(3): 420-25.
33. Alvarenga KF, Araújo ES, Melo TM, Martinez MAN, Bevilacqua MC. Questionário para monitoramento do desenvolvimento auditivo e de linguagem no primeiro ano de vida. CoDAS. 2013; 25(1): 16-21.
34. Angrisani RMG, Suzuki MR, Pifaia GR, Testa JR, Souza EC, Gil D, Azevedo MF. PEATE automático em recém nascidos de risco: estudo da sensibilidade e especificidade. Rev CEFAC. 2012; 14(2): 223-33.

Pricila Sleifer

Endereço para correspondência – Rua: Ramiro Barcelos, n° 2600,
Bairro: Santana, CEP: 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: pricilasleifer@uol.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0248404832688265>

Bruna Fiorenzano Herzog Conrado – brunafiorenzano@hotmail.com

Dayane Domeneghini Didoné – dayanedidone@yahoo.com.br

Luciane Ferreira Pauletti – lupauletti@gmail.com

Cristina Fernandes Diehl Krimberg – cristinakrimberg@gmail.com

Enviado em 13 de janeiro de 2015.

Aceito em 30 de dezembro de 2016.

HEMODIÁLISE E SEUS IMPACTOS PSICOSSOCIAIS EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL

HEMODIALYSIS AND ITS PSYCHOSOCIAL IMPACTS IN CHILDBEARING AGE WOMEN

Jordana Carla Cabral e Silva¹, Soliel Shandy Costa Paiva¹, Rogério José de Almeida²

RESUMO

Objetivou compreender os impactos psicossociais da hemodiálise na vivência de mulheres em idade fértil. É um estudo transversal descritivo com abordagem qualitativa e exploratória. Foram feitas entrevistas semiestruturadas com oito mulheres em idade fértil em tratamento de hemodiálise por um período mínimo de 24 meses em um hospital escola. As entrevistas foram analisadas na perspectiva da Teoria Fundamentada nos Dados. As categorias que emergiram da codificação dos discursos foram: enfrentamento e suporte social; mudanças na vida cotidiana; autoimagem e sexualidade; perspectivas futuras. Evidenciou-se que as principais estratégias de enfrentamento se referem ao suporte familiar e religioso. Dentre as mudanças cotidianas, destacaram-se a indisposição para as tarefas diárias, o comprometimento profissional e o prejuízo da participação na vida dos filhos. A forma como vivenciam sua sexualidade e autoimagem impacta diretamente em seu meio familiar e conjugal. As perspectivas de futuro das mulheres se vinculam principalmente à esperança de um transplante renal.

Descritores: Diálise Renal; Impacto Psicossocial; Insuficiência Renal Crônica; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Aimed to understand the psychosocial impacts of hemodialysis in the experience of childbearing age women. This is a descriptive cross-sectional study with qualitative and exploratory approach. Were made eight semi-structured interviews with childbearing age women undergoing dialysis treatment for a minimum of 24 months in a teaching hospital. The interviews were analyzed from the perspective of Grounded Theory. The categories that emerged from the coding of the speeches were coping and social support; changes in everyday life; self-image and sexuality; future perspectives. It became clear that the main coping strategies are found in the family and religious support. Among the everyday changes, the highlights were the unwillingness for everyday tasks, professional commitment and less participation in the children lives. The way they experience their sexuality and self-image has a direct impact on your family and conjugal environment. Finally, the future prospects are linked to the hope of a kidney transplant.

Descriptors: Renal Dialysis; Psychosocial Impact; Renal Insufficiency, Chronic; Women's Health.

¹ Graduada em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, GO, Brasil.

² Doutor em Sociologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, GO, Brasil.

Introdução

Definida como lesão renal e perda progressiva e irreversível da função glomerular tubular e endócrina dos rins por um período igual ou superior a três meses, a doença renal crônica (DRC) apresenta índices de prevalência cada dia mais elevados, tornando-se um problema de saúde pública nacional e mundial¹. Em estágios avançados da doença, um dos tratamentos disponíveis de terapia substitutiva renal é a hemodiálise, que possui o objetivo de filtrar substâncias nitrogenadas no sangue e, assim, reestabelecer a homeostase do organismo, prejudicada pela perda da função renal¹.

A hemodiálise surgiu no Brasil em maio de 1949. A partir de então, os pacientes passaram a dispor de uma nova oportunidade de tratamento, que foi sendo aperfeiçoada ao longo dos anos. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) de 2015², o número de unidades de hemodiálise no Brasil vem crescendo ao longo dos anos, passando de 510 no ano de 2000 para 726 unidades em 2015, o que demonstra uma demanda crescente de pacientes com necessidade desse tratamento. No ano 2000, havia um total de 42.695 pacientes em hemodiálise e, em 2015, este número chegou a 111.303 pacientes. Entre as patologias de base mais prevalentes e associadas à DRC e à necessidade de hemodiálise foram a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o *Diabetes Mellitus* (DM)².

A restrição das atividades diárias, as modificações na vida produtiva e pessoal, bem como no papel desempenhado pelo paciente antes e após o início da hemodiálise, são questões que afetam a percepção da qualidade de vida e favorecem a desabilidade funcional destes indivíduos. Pacientes portadores de DRC em tratamento hemodialítico apresentam déficits significativos no que se refere à saúde geral e mental³.

O presente artigo parte da hipótese de que o tratamento hemodialítico pode ocasionar impactos profundos na vida cotidiana das pacientes, em especial no grupo específico investigado que é das mulheres em idade fértil. Esse período de vida da mulher compreende a faixa etária entre 10 a 49 anos. Internacionalmente essa faixa está entre 15 a 49 anos, mas no Brasil essa estimativa de idade foi alterada com base nos registros de óbito materno e em casos de gravidez em menores de 15 anos⁴. Esta é uma parte da vida considerada como a de maior energia e abundância, mas também como a de maior paradoxo e estresse. É uma etapa marcada por escolhas, decisões e projetos que visam alcançar os objetivos de estudar, construir uma carreira, tornar-se financeiramente independente, casar, ter filhos, ou seja, adquirir estabilidade profissional, financeira, emocional e social. Logo, consiste em um estágio repleto de escolhas e responsabilidades⁵.

Em se tratando especificamente de mulheres em idade fértil, percebe-se que o seu papel, anseios e responsabilidades perante a civilização sofreram modificações no decorrer dos tempos. Durante séculos o sexo feminino teve o seu lugar na sociedade designado unicamente por meio da sua função de maternidade. Constituía-se como sua identidade principal, impulsionada por interesses políticos e sociais, que atribuía à mulher o papel submisso e biologicamente pré-determinado de gestar e cuidar da prole e ao homem o de prover o sustento da família⁶.

O gênero feminino deixa de ter como responsabilidade única as tarefas domésticas e de procriação, passou a adquirir novos desafios e escolhas. Na família contemporânea, independentemente de o casal possuir filhos, cada vez mais se confundem os papéis masculino e feminino. Sendo que hoje, além da maternidade, vislumbra-se também a realização profissional, independência, sucesso financeiro, satisfação sexual e beleza física⁷.

Parte-se da hipótese de que na contemporaneidade essas mulheres carregam novos valores e anseiam novas posições sociais. Assim, é possível afirmar que o fato de serem portadoras de DRC e precisarem se submeter ao tratamento hemodialítico pode suscitar sentimentos controversos e consequências irreparáveis para a vida cotidiana^{8,9}.

Nesse sentido, tendo como foco da análise da problematização empreendida as consequências do tratamento hemodialítico nesta população e com o intuito de aprofundar nas repercussões desse fenômeno, este estudo teve por objetivo compreender os impactos psicossociais da hemodiálise na vivência de mulheres em idade fértil.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem qualitativa e exploratória que visa proporcionar uma compreensão crítica perante os relatos das pacientes. A opção por este tipo de estudo foi a possibilidade de apreensão dos diversos significados que as pacientes atribuem ao fenômeno. Essa perspectiva de pesquisa é hoje uma aliada ao entendimento das questões relacionadas ao campo da saúde¹⁰. Este enfoque metodológico possibilitou a apreensão de “instantâneos” em relação ao grupo investigado¹¹, ou seja, dados que não podiam ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, fatos, significados, valores e atitudes das mulheres entrevistadas¹².

O procedimento metodológico utilizado nesse estudo compreendeu a realização de entrevistas com oito mulheres em idade fértil, que estavam na faixa etária dos 18 a 49 anos e que estavam em tratamento hemodialítico por pelo menos 24 meses. A seleção para as entrevistas se deu em três momentos: 1) foram selecionadas prováveis participantes por meio de prontuários do serviço de hemodiálise de um hospital escola terciário da cidade de Goiânia/GO; 2) as pacientes foram abordadas individualmente antes do início do procedimento da hemodiálise, sendo explicados os objetivos da pesquisa e fornecidas orientações sobre as questões éticas que envolveram o projeto; 3) as pacientes que concordaram em dar entrevistas, foi agendado novo encontro entre pesquisadora e participante.

No dia agendado, por questões de sigilo ético da pesquisa, as entrevistas não foram realizadas no setor de hemodiálise do hospital. As pacientes foram conduzidas a uma sala privativa dentro das dependências do hospital para a realização da entrevista onde se encontravam presentes pesquisadora e participante. Foram feitas entrevistas até que houvesse uma recorrência das informações (saturação).

Dentre as várias técnicas qualitativas de investigação, optou-se por utilizar a entrevista semiestruturada, que tem como característica a utilização de um roteiro de temas previamente elaborado. A entrevista semiestruturada permite um planejamento da coleta de informações por meio da elaboração de um roteiro de temas que atinjam os objetivos pretendidos, sendo esta uma maneira da pesquisadora organizar-se para o processo de interação com a paciente¹³. Assim, a fim de evitar influência da pesquisadora nas respostas, deixava-se a participante livre para discorrer sobre os temas, realizando apenas interferências pontuais, não se limitando a perguntas pré-elaboradas.

As entrevistas tiveram uma duração média de 40 minutos e foram realizadas entre os meses de setembro e novembro de 2016. Para garantir o anonimato das participantes, todas as entrevistas foram codificadas sendo substituídos os nomes verdadeiros pela letra P referente ao termo “participante”.

A análise das entrevistas baseou-se na perspectiva da Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*), que visa compreender a realidade a partir da percepção ou significado que certo contexto ou objeto tem para a pessoa, gerando conhecimentos, aumentando a compreensão e proporcionando um guia significativo para a ação. Essa técnica de análise consiste em uma abordagem de pesquisa qualitativa, cujo objetivo é descrever os fenômenos investigados baseando-se nos dados coletados e nas experiências vivenciadas pelos atores sociais, ao invés da utilização de padrões predeterminados¹⁴.

Após a transcrição das entrevistas, as etapas chamadas de codificação dos discursos foram seguidas¹⁵. Na primeira, chamada de codificação aberta, as entrevistas foram lidas de forma rigorosa pelas pesquisadoras, selecionando os núcleos de sentido mais relevantes, criando assim categorias de análise.

A segunda etapa consistiu na codificação axial em que foram destacadas as principais categorias explicativas do fenômeno e também criadas subcategorias analíticas. E, na terceira e última etapa, foi realizada a codificação seletiva que consistiu na organização de uma narrativa descritiva sobre o fenômeno central do estudo, selecionando o que realmente importa no desenvolvimento do modelo teórico representativo do fenômeno pesquisado.

Em acordo com a resolução 466/2012, antes de cada entrevista as participantes foram devidamente orientadas em relação às questões éticas da pesquisa. Após orientação, a paciente lia e assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deixava claro a garantia de sigilo sobre a identidade da participante. A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde sob protocolo CAAE: 48486915.9.0000.0037, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás com o parecer nº 1.230.068 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia com o parecer nº 1.291.661.

Resultados

As categorias explicativas do fenômeno que emergiram da codificação dos discursos das entrevistadas foram: 1) enfrentamento e suporte social; 2) mudanças na vida cotidiana; 3) autoimagem e sexualidade; 4) perspectivas futuras.

Enfrentamento e suporte social

Em razão da hemodiálise consistir em um tratamento prolongado que impõe duras limitações em todos os âmbitos da vida destas mulheres, dispor de um suporte social adequado é essencial para o enfrentamento positivo frente a doença. Assim, ao analisar os discursos dessas pacientes foi possível evidenciar o quanto o amparo da família, particularmente dos pais, filhos e esposos, exerce uma influência positiva na vivência em hemodiálise, permitindo que

as dificuldades, sofrimentos e angústias sejam, ao menos, amenizados. *Foi uma surpresa pra mim, eu não esperava. Eu fiquei muito ruim na época. Até achei que eu não ia dar conta. Se não fosse pela minha família, eu tinha entrado em depressão, porque foi um choque muito grande (P3). Meu marido sempre esteve comigo e é meu companheiro pra todas as horas (P5). Ele (meu esposo) soube ter paciência, me ajudava e sempre foi muito presente, companheiro. Se eu chegar em casa e não estiver bem ele me deixa descansar, cuida de mim. Ele e meus filhos são uma benção na minha vida (P7).*

Além do apoio familiar, muitas mulheres revelaram recorrer à religião como estratégia de enfrentamento e adaptação à doença e ao tratamento hemodialítico, apegando-se à fé a fim de aliviar o sofrimento e adquirir forças para prosseguir. *Primeiro foi Deus, depois os meus filhos. Eu busquei Deus, comecei a frequentar mais a igreja (P4). Eu agradeço muito a Deus pelo tratamento, porque eles (meus filhos) eram muito pequenos e eu achava que estava me despedindo deles, toda vez que eu saía de casa eu achava que não os veria mais (P5).*

No entanto, o mesmo suporte positivo proporcionado pela família e pela religião não é fornecido pela sociedade, que ainda demonstra grande preconceito em relação às marcas e cicatrizes causadas pelo tratamento. Dessa maneira, além de lidar com as dificuldades e limitações inerentes à própria doença, as pacientes devem ainda aprender a conviver diariamente com os estigmas aparentes deixados pela hemodiálise, como pode ser evidenciado na narrativa: *Na rua, nos lugares que você vai, principalmente quando você usa o cateter, todo mundo te olha com outros olhos. Ninguém quer encostar em você porque pensa que é uma doença que contagia (P1).* Tal situação se reflete de maneira negativa atrapalhando sobremaneira o processo de enfrentamento e adaptação dessas pacientes, mesmo nas mulheres que estão há muito tempo fazendo tratamento. *Mesmo depois de 17 anos fazendo hemodiálise, até hoje a gente sente preconceito, na rua, dentro do ônibus, em um monte de lugar. As pessoas às vezes saem de perto da gente pensando que vai pegar. E quando você está com cateter é pior ainda (P4).*

Observou-se que as vivências relatadas por essas pacientes ratificam total desconhecimento da sociedade sobre o assunto, agravando e dando continuidade à discriminação contra aquelas que, ao contrário, deveriam ter na sociedade um suporte social positivo. *Tem gente que não entende. Eu acho que é muito pouco divulgado e as pessoas não tem informação. Alguns acham que a gente troca o sangue toda semana. Tem gente que acha que é contagioso, que só de sentar onde nós estamos sentados eles se contaminam (P5).*

O apoio familiar, a fé e a religiosidade foram evidenciados como os efetivos protagonistas do enfrentamento positivo diante da doença. Representam mecanismos sociais que possibilitam uma melhor adaptação e adesão ao tratamento, além de amenizar dores, angústias e sofrimentos. Já o preconceito e desconhecimento social acerca da hemodiálise refletem de maneira negativa no enfrentamento da doença por parte desta população específica de pacientes.

Mudanças na vida cotidiana

Submeter-se ao tratamento hemodialítico implica em diversas mudanças repentinas no cotidiano das pacientes (limitações físicas, sociais, laborais, familiares e psicológicas), além de impor um novo estilo de vida.

A impossibilidade de programar passeios/viagens e o comprometimento da atividade profissional foram às limitações mais presentes nos discursos dessas mulheres, uma vez que a hemodiálise exige a presença das pacientes três vezes na semana por um período de três a quatro horas. *Mudou tanta coisa. Eu não trabalhava, só estudava. Mas parei os estudos. Mudou minha rotina toda (P1). Você não passeia, não pode viajar com a família, você não vai pra lugar nenhum. Só fica nesse hospital, fica presa (P4). Na hemodiálise tem dia que você está bem, outros que você está péssima e isso complica no trabalho. E eu sinto falta de trabalhar igual antes (P6).*

Outra modificação no cotidiano ocasionada pelo tratamento diz respeito à falta de disposição para as atividades diárias e da sensação de fraqueza generalizada, que muitas vezes prejudica as ocupações laborais e também as relações familiares, interferindo no convívio com os filhos e com o esposo. *Mudou com os meus filhos. Mudou com o meu marido. Minha relação toda. Quando eu faço hemodiálise, eu chego em casa toda vez ruim. Não dou tanta atenção mais para os meus filhos, como eu dava antigamente. Eu não tenho mais disposição, parece que não tenho forças, ânimo (P1). Hoje em dia eu não tenho mais aquela disposição que eu tinha antes. Tanto que hoje eu não trabalho (P3).*

Relatos das pacientes revelaram impacto negativo do processo da hemodiálise sobre o casamento, culminando em alguns casos com abandono e separação. *Ele me largou na hora que eu comecei a hemodiálise. Eu não entendi porque ele me abandonou. Nós nunca conversamos sobre isso (P4). Eu tinha um marido que me maltratava demais e me humilhava muito, e quando eu fiquei doente a gente se separou (P8).* Entretanto, algumas das pacientes afirmaram

mudanças positivas na relação conjugal. *Na verdade, eu percebi mudança pra melhor em nós dois. Depois que comecei a hemodiálise, percebi que ele ficou mais carinhoso, mais cuidadoso e preocupado comigo (P2). Na época que eu tinha o cateter, meu cabelo era bem grande e ele (esposo) que lavava pra mim e me ajudava. E ele ao contrário de muitos maridos de pacientes, ele não acha que estou com manha (P7).*

Com as experiências descritas por uma das pacientes entrevistadas, percebeu-se que tanto a doença quanto o tratamento em si provocam perdas de funções fisiológicas básicas, como o ato de beber água e apresentar diurese, ocasionando grande angústia e sofrimento: *Não poder beber água pra mim é uma luta, uma dificuldade muito grande. O que mais me incomoda é a sede. Às vezes eu estou no ônibus e vejo alguém com uma garrafa de água bebendo devagar, e eu penso “meu Deus porque ele não vira logo tudo de uma vez”. Quando eu estou em casa e escuto quando meu marido ou meu filho vão fazer xixi, o barulho deles fazendo xixi me dá muita tristeza, porque é algo que eu não faço mais. Não fazer xixi me faz muita falta e me traz sofrimento (P7).* O relato retrata de forma contundente que a perda de funções biológicas aparentemente simples pode acarretar consequências psicossociais drásticas para a vida toda, que podem influenciar negativamente, inclusive, na adaptação ao tratamento.

Os relatos das vivências descritos pelas pacientes revelaram que todas as esferas da vida da mulher em idade fértil sofrem transformações advindas do tratamento hemodialítico. Dentre as principais, destaca-se a indisposição para as tarefas diárias, a profunda sensação de cansaço após as sessões, a inviabilidade para programar passeios e viagens, o prejuízo nas atividades acadêmicas e profissionais e o comprometimento na participação da vida da família. Some-se a isso, outras mudanças descritas que se referem à relação conjugal, em que algumas pacientes sofreram abandono de seus companheiros, enquanto outras passaram a dispor de um maior cuidado por parte dos cônjuges, tendo seus casamentos fortalecidos após o início do processo de hemodiálise. Observou-se que foram mudanças repentinas e drásticas, transformações que, embora simples para muitos, são significativas para elas.

Autoimagem e sexualidade

Entre tantas vivências, perdas e ganhos que o processo da hemodiálise possa vir a causar na vida dessas pacientes, as mais marcantes foram as transformações físicas e mudanças na percepção sobre a autoimagem e autoestima. *Antes eu era muito vaidosa, usava maquiagem, hoje eu não uso mais, hoje é raro eu passar um batom. Não uso brinco, não uso anel, não uso nada. Não tenho vaidade mais (P1).*

Mulheres que traziam consigo as marcas da feminilidade, a vaidade diária traduzida em detalhes como o cabelo, unhas bem-feitas e um corpo harmônico com o bem-estar, por meio da doença renal e do tratamento hemodialítico deram lugar a rostos que repudiam espelhos e corpos que carregam cicatrizes e marcas do tratamento. São mulheres que ao longo dos anos foram se transformando, como elas mesmas afirmaram: *Eu não me olho no espelho, para falar a verdade eu não gosto de espelho. Eu era mais clara, minha pele escureceu demais, fiquei encardida, tanto que as pessoas que me conheceram antes da hemodiálise às vezes me olham e até comentam (P5). Quando eu usei o corticoide eu tinha tanto pelo que parecia um macaco, o pescoço fica grosso, os olhos para fora, eu fiquei enorme (P5).*

As entrevistadas relataram que a presença da fístula ou do cateter de diálise causam em terceiros e em si mesmas, sentimentos de vergonha, tristeza e embotamento social. *Quando eu olho no espelho e vejo esse trem (a fístula) aqui no meu braço, eu não gosto do que vejo (P1). Essa fístula eu odeio, eu morro de vergonha desse corte, acho ela horrível e só uso roupa de manga (P8).*

Toda essa transformação corporal e emocional impactou de forma ampla e negativa no modo como elas vivenciavam a sexualidade dentro de seus relacionamentos e no seio conjugal. Diminuição da libido, da afetividade, dificuldade em sentir desejo, de se realizar sexualmente, desânimo e desgaste físico causados pelos anos de hemodiálise foram problemas que cercavam essas mulheres. *A gente fica fria, não quer nada, não sente vontade de fazer nada, perde o desejo (P1). Tem muita gente que fala que a paciente que começa a fazer diálise não dá conta mais de ter relação sexual, nos dias de hemodiálise é verdade, eu só quero chegar em casa, deitar e dormir (P8).*

Os achados da presente pesquisa identificaram que por vezes as mulheres em tratamento hemodialítico carregavam consigo o medo de não satisfazerem o parceiro, a vergonha do próprio corpo e o sentimento da obrigatoriedade em manter relações sexuais como forma de recompensa e gratidão, diante da lealdade daquele que não a abandonou, mesmo estando ela doente. *Por ele ser muito bom companheiro eu faço para servir ele, porque é nossa obrigação de mulher e se não tem em casa ele vai procurar fora (P5). Quando eu usava cateter ele teve que ter muita paciência comigo porque eu não tinha vontade nenhuma de ter relação sexual e nem ânimo para isso (P7).*

A doença renal por si, os anos de terapias dialíticas somados a incerteza diante da realização do transplante e da obtenção de cura acabavam fazendo com que essas mulheres adotassem uma postura de insegurança e fuga de relacionamentos estáveis e duradouros. Em alguns casos, as entrevistadas escolheram viver uma vida solitária por medo do abandono, por desvalorização própria e incerteza diante de uma relação amorosa que requer dos parceiros atitudes de resiliência e sacrifício. *A gente pensa se um rapaz vai querer namorar uma pessoa doente, que faz hemodiálise três vezes na semana, que não pode viajar, passear, que não vive uma vida normal. A pessoa já te olha e pensa que você é doente (P3).*

Nesse sentido, a autoimagem e a sexualidade acabavam sendo condicionadas pela vivência do processo de hemodiálise e suas consequências corporais e sociais. As transformações na perspectiva de autoavaliação dessas mulheres exercia impacto direto nos padrões de qualidade de vida. As formas como elas se relacionavam física e sentimentalmente com elas próprias e com terceiros se modificaram e se adaptaram à realidade que lhes foi imposta pela patologia e seu tratamento.

Perspectivas futuras

O tratamento hemodialítico oferece a estas pacientes a oportunidade de se manterem estáveis clinicamente até o momento de receber um transplante renal. A esperança de encontrar um doador vivo ou a espera em lista para o transplante de rim de um doador falecido é talvez o maior anseio na vida dessas pacientes. O órgão recebido representa a “libertação” e a chance de recomeçar uma vida “livre da máquina”. *Eu tenho esperança que depois que eu fizer o transplante vai melhorar muita coisa (P4). Fazer o transplante é o que eu mais quero, ficar tranquila e deixar de fazer hemodiálise, continuar minha vida (P6).*

As longas horas permanecidas semanalmente no hospital para realizar as sessões de hemodiálise, o desgaste físico da própria doença e as intercorrências do tratamento são fatos que na grande maioria dos casos gerava a interrupção de projetos de vida pessoais, profissionais e familiares. Muitas vivenciavam o sentimento de incapacidade e o forte desejo de retomar seus sonhos de realização pessoal, como pode-se perceber nas falas. *Antes da doença meu sonho era terminar os estudos e fazer arquitetura, hoje não. Hoje eu não quero fazer mais nada (P1). Eu planejava fazer um curso, mas depois que comecei a hemodiálise eu parei de pensar nisso. Vou voltar a estudar pra que? Vou formar pra que? Se agora nem trabalhar eu posso (P3).*

Se por um lado havia a esperança do transplante para livrá-las do processo da hemodiálise, por outro lado, apareciam também sentimentos como medo eminente e constante da morte, desapego frente a projetos a longo prazo e supervalorização do momento presente. Estas foram atitudes frequentes quanto ao presente e futuro. *Eu agradeço a Deus por ter conseguido o tratamento, mas expectativa assim para o futuro eu não tenho, eu não gosto de pensar no futuro (P5). Eu não consigo me imaginar daqui a cinco anos. Sempre no fim do ano é como se fosse pra mim o último dia, eu não tenho planos para o futuro (P7).*

A revolta com o próprio tratamento realizado e a não aceitação da doença também foram percebidos nas narrativas. *O doutor mostra a hemodiálise pra pessoa e fala que é um tratamento. Isso aqui não é um tratamento porque não traz cura. Eu digo Doutor isso chama “Morrimento”, cada dia você vai morrendo um pouquinho, a hemodiálise é assim (P4).*

As perspectivas futuras que essas mulheres alimentavam em relação a si mesmas e aos projetos de vida pessoal tornaram-se vinculados de forma íntima a esperança de realização do transplante renal, sendo este a única chance real de uma vida futura. Aquelas que não traziam consigo a esperança da realização do transplante, vivenciavam uma dificuldade em ter planos e projetos futuros, e tinham no seu momento presente, a valorização do convívio com seus familiares como sendo a forma mais importante de enfrentamento da doença e do tratamento hemodialítico.

Discussão

Conceitualmente, entende-se por enfrentamento o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que visam controlar, reduzir ou tolerar demandas sociais e psicológicas que são avaliadas, dando respostas aos agentes estressores, propiciando uma adaptação adequada e minimizando as possíveis consequências negativas da doença^{16,17}.

As pacientes com doença renal em tratamento hemodialítico relataram que eram constantemente desafiadas por muitos agentes estressores, os quais contribuíam de forma drástica para a redução da qualidade de vida^{3,9,16,18}. Logo, dispor de estratégias de enfrentamento é essencial para a se promover a adaptação positiva frente a doença renal

e ao tratamento hemodialítico, sendo que, segundo estudos, esses modos de enfrentamento e suporte social estão, geralmente, relacionados ao apoio encontrado nas pessoas e no ambiente^{16,18}.

Sendo assim, a partir das vivências relatadas pelas pacientes deste estudo, foi possível perceber que tais modos de enfrentamento foram amparados pelo apoio familiar e religioso. Da mesma maneira, em um estudo foram identificados que os modos de enfrentamento mais referidos foram relacionados ao fator reavaliação positiva (enfrentamento focado na emoção). Além disso, os melhores níveis foram encontrados em mulheres que expuseram ter companheiro, morar com familiares e ter apoio no tratamento¹⁶.

De forma geral, há influência da religiosidade na qualidade de vida das pacientes renais crônicas, concluindo que a religiosidade é fonte de conforto e esperança para as pacientes, fortalecendo-as, promovendo bem-estar geral e ajudando na aceitação da condição inevitável¹⁹. Apesar de o conceito de enfrentamento religioso ter uma conotação positiva, ele pode ser tanto positivo como negativo, trazendo benefícios à paciente, mas também podendo ser gerador de consequências prejudiciais ao indivíduo, como por exemplo, delegar a Deus a resolução dos próprios problemas, fazendo com que a paciente não adote atitudes proativas diante do próprio tratamento¹⁷.

Submeter-se ao tratamento hemodialítico implicava em diversas mudanças repentinas no cotidiano das pacientes, provocando impactos e limitações físicas, sociais, laborais, familiares e psicológicas, além de impor um novo estilo de vida. A necessidade do tratamento hemodialítico exigiu diversas mudanças agudas e repentinas no cotidiano e estilo de vida das pacientes entrevistadas, gerando restrições não somente físicas, mas sexuais, sociais, financeiras e psicológicas, desencadeando, inclusive, transtornos de ansiedade e depressivos que podem dificultar a adaptação, adesão e efetividade do tratamento.

Por trás das vivências narradas pelas mulheres deste estudo, constatou-se várias modificações, sendo as principais o comprometimento da atividade profissional e a impossibilidade para se programar em relação a passeios e viagens. As limitações da funcionalidade laboral e produtividade profissional destas pacientes pode acabar gerando uma relação de restrição e dependência, ocasionando um desgaste e uma pressão psicológica tanto para a paciente quanto para familiares²⁰. Estudos vem afirmando que esse comprometimento laboral, em que a paciente é forçada a um ritual terapêutico repetitivo de longa duração, torna o cotidiano monótono e restrito, dificultando a pessoa a se manter em uma atividade remunerada^{3,8,16,18}.

Outra alteração cotidiana ocasionada pelo tratamento e pela própria doença renal, evidenciada pelas falas de nossas pacientes, diz respeito à falta de disposição para as atividades diárias e da sensação de cansaço generalizado, que muitas vezes prejudicava as atividades do lar e também as relações familiares, interferindo no convívio com os filhos e com o cônjuge. O tratamento hemodialítico proporciona diminuição na capacidade funcional, resultando em prejuízos na qualidade de vida, tanto física quanto mental em atividades diárias como tomar banho, vestir, varrer a casa e subir escadas. Como consequência, ocorre no organismo uma fraqueza generalizada, causada pela perda de força, levando a paciente a ter diminuição na tolerância ao exercício físico⁸.

Nesse sentido, todas as complicações físicas geradas pela própria doença e pelo tratamento hemodialítico, como o desgaste após as sessões, as restrições alimentares e hídricas, as mudanças da própria imagem corporal promovida pela presença das fistulas, as limitações de atividades físicas, a ociosidade e o sedentarismo impostos podem levar as pacientes a arquitetar sentimentos de inutilidade, baixa autoestima, desvalorização da própria vida e depressão. Vários estudos ratificaram a relação entre hemodiálise e sintomas depressivos, tais como medo, tristeza, choro fácil e desânimo, tudo contribuindo para a diminuição expressiva da qualidade de vida^{18,20-22}.

Ressalta-se por meio dos resultados da presente pesquisa que muitas foram as mudanças que afetavam o cotidiano e a vida das mulheres em idade fértil em hemodiálise. Entre eles estavam a relação com a autoimagem e às alterações na sexualidade, ocasionando sequelas físicas e emocionas. Estudos demonstraram que a perturbação da autoimagem corporal aliada a baixa autoestima, especialmente em pacientes do sexo feminino é uma realidade que persegue negativamente essas mulheres em tratamento dialítico^{23,24}.

A diminuição da vaidade, o descontentamento com o próprio corpo, com o seu bem-estar e o medo de não satisfazer o parceiro apareceram nos discursos como catalisadores de uma má qualidade de vida. A disfunção sexual é comum entre pacientes em hemodiálise. Além disso, o nível de funcionalidade e a diminuição do interesse sexual afeta a percepção de saúde do próprio paciente e contribui para uma decrescente expectativa quanto a qualidade de vida²⁵. O uso de medicações e tratamento em si retardam e por vezes até impedem o orgasmo nas pacientes e isso afeta de forma significativa a autopercepção de saúde, causando ainda transtornos físicos, de depressão e ansiedade^{8,18}.

Sobre o aparecimento dessa sintomatologia psiquiátrica, pesquisas revelaram que os níveis de depressão e sintomas psicológicos além de distúrbios de ansiedade são mais frequentes e mais intensos em mulheres portadoras de DRC e em tratamento hemodialítico^{22,26}.

As narrativas mostraram que as longas horas de sessões de hemodiálise, a cronicidade do tratamento somado à incerteza de uma cura, conferia a estas pacientes características como medo do futuro, valorização do presente, angústia e pouca perspectiva diante de projetos em longo prazo. A não certeza de cura diante de uma doença crônica e grave, como a DRC, somados a um tratamento limitante como a hemodiálise traz a incerteza de uma vida no futuro, medo e espera constante da morte e sensação de desânimo e desamparo profundos²⁰.

Demostrou-se que a idade fértil e produtiva em que se encontravam as pacientes trazia a elas as características de desejar e ver no transplante renal a possibilidade de cura e de futuro viável, além de conferir certa ansiedade e maior dificuldade em lidar com as limitações do tratamento. Sobre esse fato, estudos identificaram que o tempo de hemodiálise e a idade mais avançada das pacientes estão diretamente ligados a uma maior capacidade de gerir e lidar com a doença e o tratamento, sendo capazes de ver com maior clareza e enfrentar os agentes estressores da doença^{27,28}.

Os resultados revelaram que as pacientes mais jovens, com menos tempo de tratamento hemodialítico tinham maior dificuldade em manejar as limitações e entraves sociais, laborais, familiares e afetivos causados pelo tratamento, sendo bastante incidente nesse grupo de pacientes sentimentos como insatisfação, revolta e incapacidade. Importante ressaltar que essa realidade tende a causar um impacto negativo quanto à vitalidade e energia que a própria doença impõe, podendo limitar as interações sociais e familiares destas pacientes, o que pode levar à consolidação de sentimentos de medo e incerteza quanto ao futuro²³.

Considerações Finais

Após analisar as vivências relatadas pelas pacientes do presente estudo, foi possível identificar que as mulheres em tratamento hemodialítico pactuam de estratégias de enfrentamento positivas a fim de se adaptar adequadamente e amenizar os sofrimentos inerentes à doença e ao tratamento, principalmente o suporte familiar e religioso. Foi possível constatar que o preconceito ainda vigente na sociedade e o desconhecimento a respeito da hemodiálise influenciam negativamente no processo de enfrentamento e adaptação das pacientes frente a doença renal crônica.

Os relatos ratificaram a diversidade de mudanças que o tratamento hemodialítico exige no cotidiano dessas mulheres em idade fértil, sendo as principais aquelas relacionadas à indisposição para tarefas diárias, o cansaço generalizado, as alterações das funções corporais, o comprometimento acadêmico e laboral, a inviabilidade de programar viagens longas e o prejuízo na participação e convívio com os filhos. Além disso, observou-se uma diferença ao que se refere às transformações ocorridas dentro da relação conjugal, em algumas pacientes com efeitos positivos e em outras com efeitos negativos não oferecendo o suporte necessário ao enfrentamento da doença e do tratamento.

Assim, todo o cotidiano dessas mulheres que estavam fazendo hemodiálise se modificou em resposta à doença e ao tratamento. A forma como vivenciavam sua sexualidade e se relacionavam com seu próprio corpo, impactava diretamente na qualidade de vida das mesmas, assim como acarretava consequências em seu meio familiar e conjugal. Os planos e projetos futuros passavam a estar vinculados de forma muito íntima à esperança de realização do transplante renal, e este passava a ser para muitas a garantia de uma perspectiva de vida a longo prazo. As mulheres desenvolveram uma supervalorização dos momentos presentes e uma maior dedicação e intensidade no convívio familiar e social.

Baseando-se em todos esses impactos ocorridos na vida da mulher em idade fértil em tratamento hemodialítico é de extrema relevância que a população em geral disponha de informações corretas, a fim de oferecer um suporte social adequado para essas pacientes e de extinguir o preconceito ainda tão presente. Além disso, é imprescindível que os profissionais de saúde compreendam tal realidade e que possam atuar de maneira acolhedora e humanizada, direcionando ações para o correto manejo das questões psicossociais inerentes ao tratamento, favorecendo assim o desenvolvimento de sentimentos positivos de enfrentamento com vistas à melhoria da qualidade de vida.

A limitação do presente artigo é o alcance atribuído aos dados coletados. Por ser um estudo qualitativo e exploratório não há a pretensão de generalizar os dados aqui apresentados, mas tão somente a compreensão de fatos e significados subjetivos atribuídos pelas participantes e que devem ser levados em consideração para novas investigações com outras abordagens metodológicas.

Referências

1. Marchesan M, Krug RR, Krug MR, Romitti JC. Análise da qualidade de vida de pacientes em hemodiálise: um estudo qualitativo. *Arq. Catarin. Med.* 2011;40(1):77-81.
2. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo Brasileiro de Diálise 2015. [online]. 2015 [acesso 2015 mar 12]. Disponível em: <http://www.censo-sbn.org.br/inicio>.
3. Grasselli CSM, Chaves ECL, Siimão TP, Botelho PB, Silva RR. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Clin Med.* 2012;10(6):503-7.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília; 2007. [online]. 2007 [acesso 2016 fev 14]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf.
5. Lefkowitz ES. Things have gotten better: developmental changes among emerging adults after the transition to university. *J Adolescent Res.* 2007;20(1):40-63.
6. Borsa JC, Feil CF. O papel da mulher no contexto familiar: uma breve reflexão. [online]. 2008 [acesso 2016 jan 21]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0419.pdf>
7. Costa IH, Androsio VO. As transformações do papel da mulher na contemporaneidade. [online]. 2010. [acesso 2016 jan 21]. Disponível em: <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Astransformacoesdopapeldamulheracontemporaneidade.pdf>
8. Caveião C, Visentin A, Hey AP, Sales WB, Ferreira ML, Passos RL. Qualidade de vida em mulheres com doença renal crônica submetida à hemodiálise. *Cad. da Esc. de Saúde.* 2011;1(11):20-33.
9. Frazão CMFQ, Bezerra CMB, Paiva MGMN, Lira ALBC. Alterações no modo autoconceito de mulheres submetidas à hemodiálise: um estudo descritivo. *Online braz J nurs.* 2014;13(2):219-26.
10. Turato E. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 4. ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
11. Sitta EI, Arakawa AM, Caldana ML, Peres, SHCS. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. *Rev. CEFAC.* 2010;12(6):1059-66.
12. Silveira DT, Córdova FP. A pesquisa científica. In: Gerhardt TE, Silveira DT (orgs.). *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: UFRGS; 2009. p. 31:42.
13. Manzini EJ. Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros. [online]. 2015 [acesso 2016 jan 12]. Disponível em: www.sepq.org.br/lsipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf
14. Dantas CC, Leite JL, Lima SBS, Stipp MAC. Teoria fundamentada nos dados – aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(4):573-9.
15. Garque KCGD. Teoria fundamentada: nova perspectiva à pesquisa exploratória. In: Mueller SPM. (Org.) *Métodos para a pesquisa em ciências da informação*. Brasília: Thesaurus; 2007. p. 107-42.
16. Bertolin DC, Pace AE, Kusumota L, Haas V. Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. *Rev. esc. enferm. USP.* 2011;45(5):1070-6.
17. Valcanti CC, Chaves ECL, Mesquita AC, Nogueira DA, Carvalho EC. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012;46(4):838-45.
18. Nabolsi MM, Wardam L, Al-Halabi JO. Quality of life, depression, adherence to treatment and illness perception of patients on haemodialysis. *Int J Nurs Pract.* 2015;21(1):1-10.
19. Nepomuceno FCL, Melo Júnior IM, Silva EA, Lucena KDT. Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Saúde debate.* 2014;38(100):119-28.
20. Nifa S, Rudnicki T. Depressão em pacientes crônicos em tratamento de hemodiálise. *Rev. SBPH.* 2010;13(1):64-75.
21. Pop-Jordanova N, Polenakovic MH. Psychological characteristics of patients treated by chronic maintenance hemodialysis. *Int J Artif Organs.* 2013;36(2):77-86.
22. Katayama A, Miyatake N, Nishi H, Hashimoto H, Uzike K, Sakano N. et al. Evaluation of psychological distress using the K6 in patients on chronic hemodialysis. *Environ Health Prev Med.* 2015;20(2):2102-7.
23. Lopez SGR, Silva DMGV. Narrativas de mulheres em hemodiálise: à espera do transplante renal. *Texto contexto – enferm.* 2014;23(3):680-7.
24. Mor MK, Sevic MA, Shields AM, Green JA, Palevsky PM, Arnold RM. et al. Sexual function activity, and satisfaction among women receiving maintenance hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2014;9(1):128-34.

25. Sabanciogullari S, Yilmaz FT, Gungor FI, Soylemez S, Benli RB. Sexual function in patients with chronic renal failure on hemodialysis and its effects on patient's perception of health and life satisfaction. *Sex Disabil.* 2015;33(2):175-86.
26. Peng YS, Huang JW, Hung KY, Lin BS, Lin CY, Yang CS. et al. Woman on hemodialysis have lower self-report health-related quality of life scores but better survival than men. *J Nephrol.* 2013;26(2):366-74.
27. Urzua A, Alejandra CU, Margarita QJ, Vinaccia AS, Nicole P. Do personal resources influence health-related quality of life for people receiving hemodialysis treatment in Latin Americana. *Soc Behav Pers.* 2015;43(3):367-82.
28. Wang SY, Zang XY, Liu JD, Cheng M, Shi YX, Zhao Y. Indicators and correlates of psychological disturbance in chineses patients receiving maintenance hemodialysis a cross-sectional study. *Int Urol Nephrol.* 2015;47(4):679-89.

Jordana Carla Cabral e Silva

Endereço para correspondência – Av. Universitária, nº 1440, Área 4,
Bloco K – Setor Universitário, CEP: 74605-010, Goiânia, GO, Brasil.

E-mail: jordanacarla@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6307440905484215>

Soliel Shandy Costa Paiva – solielshandy@gmail.com

Rogério José de Almeida – rogeriopucgo@gmail.com

Enviado em 25 de agosto de 2016.

Aceito em 06 de outubro de 2016.

A PERCEÇÃO DOS TRABALHADORES RURAIS SOBRE A AUTOEXPOSIÇÃO AOS AGROTÓXICOS

PERCEPTION OF RURAL WORKERS ON AUTO EXPOSURE TO PESTICIDES

Jéssica Vilela Silva¹, Loraine Pires Vilela¹, Maiara Silva Moraes¹, Cristiane Aparecida Silveira²

RESUMO

Objetivo: identificar a percepção dos trabalhadores rurais sobre os sinais e sintomas que podem estar relacionados as intoxicações, conhecimento e uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e dos riscos dos agrotóxicos. Metodologia: pesquisa quantitativa, descritiva, epidemiológica, desenvolvida em uma cidade do interior de Minas Gerais com 72 trabalhadores rurais utilizando um instrumento semiestruturado. A análise dos dados foi através de estatística descritiva. Resultados: a maioria dos participantes foi composta por homens, 66 (91,67%) dos trabalhadores relatam conhecer os EPIs, porém 44 (61,11%) relatam não usar sequer um tipo dos equipamentos necessários, sete (9,72%) não conheciam nenhum tipo de dano a saúde, 65 (90,28%) dos entrevistados nunca se intoxicaram, enquanto sete (9,72%) já se intoxicaram pelo menos uma vez. Conclusão: são necessárias intervenções visando a redução das intoxicações e a conscientização sobre a utilização dos EPIs assim como dos agravos e danos que o uso de agrotóxicos pode trazer a saúde.

Descritores: Saúde do Trabalhador; Agrotóxicos; Equipamento de Proteção Individual.

ABSTRACT

Objective: To identify the perception of rural workers of signs and symptoms that may be related poisonings, knowledge and use of Personal Protective Equipment (PPE) and the risks of pesticides. Methodology: Quantitative, descriptive, epidemiological research, developed in a city in Minas Gerais with 72 rural workers using a semi-structured instrument. Data analysis was using descriptive statistics. Results: The majority was made up of men, 66 (91.67%) of workers report knowing the PPE, but 44 (61.11%) reported not even use a type of equipment needed, 7 (9.72%) did not know any health damage, 65 (90.28%) of respondents never poisoned, while seven (9.72%) already were intoxicated at least once. Conclusion: are necessary interventions to reduce poisoning and awareness of the use of PPE as well as the injuries and damage that the use of pesticides can bring health.

Descriptors: Occupational Health; Pesticides; Personal Protective Equipment.

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

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

Introdução

A exposição aos agrotóxicos constitui um grave problema de saúde pública no Brasil, especialmente entre trabalhadores rurais¹. Fatores como: monitoramento deficitário da exposição ocupacional aos agrotóxicos, elevadas taxas de subnotificação de casos de intoxicação, a não consideração de determinantes sociais e econômicos na avaliação de riscos químicos e a falta de conhecimento dos trabalhadores rurais quanto ao risco da exposição agravam este problema².

A Organização Mundial de Saúde estima que ocorra no mundo, cerca de três milhões de intoxicações agudas por agrotóxicos, sendo 70% nos países em desenvolvimento como o Brasil, ocorrendo com trabalhadores que tem contato direto ou indireto com esses produtos³.

De acordo com dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o Brasil está entre os maiores consumidores mundiais de agrotóxicos⁴. Sua utilização descontrolada traz, há várias décadas, incalculáveis prejuízos ao ambiente e ao homem. Os riscos de intoxicação humana acontecem não somente através do trabalho na agricultura, como também, durante a atividade de pulverização, em que acontece uma dispersão destes produtos no ambiente, bem como na alimentação¹.

As intoxicações causadas pelos agrotóxicos podem ser agudas, aquelas que os sintomas aparecem subitamente ou crônica, caracterizada por aparecimento tardio, mediante exposição pequena, moderada e contínua. Há ainda sintomas da intoxicação subaguda, associada a uma exposição moderada, os quais são subjetivos e vagos como, por exemplo, dor de cabeça, mal-estar, dor no estômago, fraqueza e sonolência, entre outros⁵.

A literatura relata que, a longo prazo, os agrotóxicos podem causar: patologias de pele, teratogênese, carcinogênese, desregulação endócrina, neurotoxicidade, efeitos na reprodução humana e no sistema imunológico⁶.

A situação se agrava ao se constatar que os trabalhadores rurais não fazem uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados ao se exporem aos agrotóxicos, assim se tornando cada vez mais vulneráveis as intoxicações. Além disso, os riscos decorrentes da não utilização de EPI durante as atividades e do desconhecimento de sua importância são subestimados pelos trabalhadores, os quais, sem proteção adequada, se expõem aos riscos de adoecimentos e acidentes⁷.

O fato de que a saúde dos trabalhadores rurais é afetada pela exposição direta aos agrotóxicos aponta a necessidade de medidas para redução de riscos na utilização dos produtos, visando à melhoria na qualidade do trabalho e evitando danos futuros a esses trabalhadores⁸.

É necessário que os profissionais de saúde compreendam que o trabalho é um importante fator determinante da saúde⁹. Esse conhecimento acerca dos agravos de saúde que acometem a população trabalhadora contribui para o planejamento de estratégias para lidar com os problemas laborais em todos os níveis de atenção.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi identificar a percepção dos trabalhadores rurais sobre os sinais e sintomas que podem estar relacionados as intoxicações, conhecimento dos riscos dos agrotóxicos e uso dos EPIs.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, de natureza epidemiológica, desenvolvida em uma cidade do interior de Minas Gerais que tem uma economia primária baseada na agricultura, particularmente batata, com alto índice de uso de agrotóxicos.

Fizeram parte deste estudo trabalhadores rurais, adotando-se critérios de inclusão o trabalhador estar envolvido(a) com a agricultura há mais de cinco anos (justifica-se por ser o tempo médio para aparecimento dos primeiros sinais e sintomas a longo prazo); ser maior de 23 anos de idade (o trabalho com agrotóxicos só é permitido aos maiores de 18 anos mais os cinco anos para o possível aparecimento de sintomas), ter carga horária semanal de 40 horas (por ser trabalho contínuo como rural). Utilizou-se como critério de exclusão, ser caracterizado como trabalho não contínuo como rural (carga horária variável menor que 40 horas semanais) ou trabalhar há menos de cinco anos seguidos ou intercalados.

Os participantes foram selecionados mediante sorteio manual, realizado pela pesquisadora, em posse da lista preenchida dos profissionais cadastrados na Estratégia de Saúde da Família como trabalhadores Rurais. Após o sorteio, os mesmos foram contatados no próprio local de trabalho sobre a possibilidade de participarem da pesquisa, bem como questionados quanto ao atendimento dos critérios de inclusão e esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa. Dos 100 trabalhadores sorteados, quinze não preenchiam os critérios de inclusão, sete não foram encontrados depois de duas visitas e seis não aceitaram participar da pesquisa, chegando-se a 72 participantes.

Para a realização deste estudo, foram respeitadas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, emanadas da Resolução nº 466/12, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (CAAE 0004.0.213.000).

Para a coleta de dados os sujeitos da pesquisa foram abordados pelas pesquisadoras em suas residências para responder o instrumento de pesquisa. Após serem orientados sobre os objetivos da pesquisa, os participantes que consentiram assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam o questionário.

Foi utilizado um questionário semiestruturado para a coleta de dados primários para caracterização da amostra. Para avaliação da exposição ocupacional aos agrotóxicos, foram coletadas informações sobre a utilização desses produtos, se os indivíduos receberam orientação técnica sobre a utilização dos agrotóxicos, se conhecem e utilizam EPIs preconizados para proteção química. Para a classificação de intoxicação aguda foi solicitado aos trabalhadores que marcassem os sinais e sintomas identificados em até 24 horas após o contato com agrotóxicos. Os sinais e sintomas foram: cefaléia, irritação cutâneo-mucosa, dermatite de contato irritativa ou por hipersensibilização, náusea, vômitos, cólicas abdominais, tontura mais intensa, fraqueza generalizada, parestesia, dispneia, salivação e sudorese aumentadas, hipotensão, arritmias cardíacas, insuficiência respiratória, edema agudo de pulmão, pneumonite química, convulsões, alterações da consciência, choque, coma. Não foi feita a classificação de gravidade.

Para a identificação da intoxicação crônica foi solicitado aos trabalhadores que marcassem os sinais e sintomas identificados em algum momento após trabalharem com agrotóxico. Foram considerados sinais e sintomas imunológicos, hematológicos, hepáticos, neurológicos, malformações congênitas e tumores conforme o Protocolo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos a Agrotóxicos, elaborado pelo Ministério da Saúde¹⁰.

A análise dos dados foi através de estatística descritiva. A tabulação dos dados e as análises estatísticas realizadas no presente estudo, foram feitas através dos programas Excel 2010 e SPSS 21.0 (*Statistical Package for Social Sciences*). Foram realizadas análises descritivas para todas as variáveis. Análises de Qui-Quadrado foram realizadas para avaliar a existência de associação não aleatória entre variáveis categóricas.

Resultados

Foram entrevistados 72 trabalhadores, os quais têm seus dados biopsicossociais apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos trabalhadores rurais, segundo dados biopsicossociais. Minas Gerais. (n=72)

Variáveis		Total n	%
Sexo	Feminino	3	4,17
	Masculino	69	95,83
	Total	72	100,00
Faixa etária	25 a 35 anos	25	34,72
	35 a 45 anos	21	29,17
	45 a 60 anos	26	36,11
	Total	72	100,00
Escolaridade	Alfabetizados	47	65,28
	Ensino Fundamental	19	26,39
	Ensino Médio	6	8,33
	Total	72	100,00

Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com o sexo, 69 (95,83%) dos entrevistados eram homens e apenas três (4,17%) mulheres. Quanto à faixa etária, 25 (34,72%) tinham idade compreendida entre 25 a 35 anos. De acordo com a escolaridade, 47 (65,28%) eram apenas alfabetizados, 19 (26,39%) possuíam Ensino Fundamental e seis (8,33%) Ensino Médio.

Tabela 2 - Distribuição dos trabalhadores rurais, segundo exposição aos agrotóxicos, conhecimento e uso de EPIS, efeitos e intoxicações. Minas Gerais. (n=72)

Variáveis	Total		
	n	%	
Tempo de trabalho com agrotóxicos	5 a 9 anos	11	15,28
	10 a 14 anos	5	6,94
	Mais de 14 anos	56	77,78
	Total	72	100
Frequência do trabalho com agrotóxicos	Todos os dias	4	5,56
	Duas vezes por semana	53	73,61
	Uma vez por mês	15	20,83
	Total	72	100
Sobre EPIS	Teve treinamento, conhece todos e faz uso	20	27,78
	Sem treinamento, conhece pela prática e faz uso	8	11,11
	Teve treinamento, conhece todos, mas não faz uso	34	47,22
	Não teve treinamento, não conhece todos, mas faz uso de alguns	4	5,56
	Não teve treinamento, não conhece, nem faz uso	6	8,33
	Total	72	100,00
Identificação de sinais e sintomas	Sinais e/ou sintomas agudos	24	33,33
	Sinais e/ou sintomas crônicos	10	13,89
	Não se aplica	38	52,78
	Total	72	100,00

Fonte: dados da pesquisa.

Do total, 56 (77,78%) trabalham com agrotóxicos há mais de 14 anos, sendo 53 (73,61%) pelo menos uma vez por semana.

Apesar da maioria dos trabalhadores relatarem conhecer os EPIS, apenas 28 (38,89%) fazem uso de todos os EPIS e somente 54 (75%) trabalhadores receberam orientações sobre o uso dos mesmos. A maioria (83,33%) relatou que não faz uso porque os EPIS incomodam.

Dos 72 trabalhadores, 65 (90,28%) trabalhadores rurais disseram ter conhecimento quanto aos danos à saúde.

Em relação à identificação de sinais e sintomas que podem estar relacionados à intoxicação aguda, 24 (33,33%) relataram que já identificaram, sendo 10 (26,39%) pelo menos uma vez e cinco (6,94%) duas vezes ou mais. Quanto ao procurar atendimento médico devido a intoxicação aguda, dos 24 (33,33%) trabalhadores que já se intoxicaram pelo menos uma vez, 18 (25%) procuraram atendimento médico, enquanto seis (8,33%) não procuraram nenhum tipo de atendimento.

Em relação à identificação de sinais e sintomas que podem estar relacionados a intoxicação crônica, 10 (13,89%) relataram danos à saúde que podem estar relacionados ao uso do agrotóxico.

Não foi constatada associação significativa entre escolaridade e uso de EPI, conhecimento/treinamento sobre EPI e intoxicação.

Discussão

A maioria dos trabalhadores do meio rural é formada por homens, maioria também estes que utilizam agrotóxicos¹¹. Pessoas de 30 a 44 anos de idade e do contingente de 45 a 59 anos de idade representam os maiores contingentes de indivíduos na agricultura¹².

A escolaridade é um fator marcante para a saúde do trabalhador rural e para a prevenção da intoxicação. Entretanto, o elevado número de agricultores que têm baixa escolaridade leva a questionar o quanto ele está preparado para entender as instruções da bula do produto, não só em relação à periculosidade, mas também quanto à sua forma de aplicação¹³.

Isso se torna mais grave ao analisar a exposição contínua destes trabalhadores e o fato dos mesmos a entenderem como um fator inerente à sua profissão, preocupando-se mais com a produtividade e a obtenção do lucro mínimo, do que com sua própria saúde¹⁴.

A questão de conhecer, mas não usar EPI é grave. A análise dos dados mostra que frequentemente o EPI é negligenciado ou é usado inadequadamente, pois em geral é tido pelos agricultores como incômodo e inadequado para o clima quente⁸.

De acordo com um estudo realizado sobre a contaminação por agrotóxicos e uso do EPI, os mesmos são projetados de forma a garantir proteção contra agentes químicos externos, ou seja, para manter certas substâncias “fora” do organismo. As mesmas propriedades físicas e químicas que fornecem aos EPI essa característica de proteção também os transformam, frequentemente, em equipamentos desconfortáveis e/ou inadequados¹⁵. Esse desconforto no uso pode tornar a utilização de alguns EPIs um verdadeiro incômodo¹⁶.

Outra questão é que o uso adequado de EPI compreende a utilização de todos os itens que o compõem, chapéu, óculos, máscara, protetor solar, macacão, avental, botas e luvas. Entretanto, o mais comum é usarem em ordem de frequência decrescente: chapéu, seguido de bota, máscara, luva e macacão¹⁶.

Além da questão da falta de informação em alguns casos, as orientações sobre métodos de uso, manutenção e armazenagem dos EPIs não são validadas nos diversos tipos de situações de trabalho¹⁵. Em consequência, os métodos prescritos não correspondem aos métodos praticados. Orientações sobre uso do EPI, rótulos e bulas dos agrotóxicos podem não apresentar uma boa legibilidade, com dimensões de letras inadequadas aos usuários. A redação também pode dificultar a comunicação das informações relevantes para o usuário, considerando-se a escolaridade da maioria dos trabalhadores rurais.

É preciso esclarecer e conscientizar através de cursos e palestras quanto aos riscos da exposição dos trabalhadores aos agrotóxicos, assim como exposição de animais e ambiente aos efeitos dos mesmos, pois na maioria das vezes os trabalhadores negam a ocorrência de problemas de saúde relacionados ao uso de agrotóxicos⁸.

Os trabalhadores não se protegem não por não terem conhecimento do risco que correm, mas sim por não acreditarem no mesmo. Sendo assim se torna importante perceber o risco relacionado a uma determinada tarefa, pois pode fazer com que alguma medida de proteção seja tomada por aqueles que a estão realizando, como o uso de algum equipamento de proteção¹⁶.

Quando percebido sintomas de intoxicação aguda, a atitude mais frequente foi a busca pelo serviço de saúde. Porém, observa-se que o principal entendimento sobre “intoxicação” para a grande maioria dos trabalhadores rurais se refere a situações que necessitam de acompanhamento médico. Ou seja, sintomas mais brandos, como dor de cabeça e enjoo, parecem não ser reconhecido como sintomas de intoxicação, o que demonstra uma naturalização do uso de agrotóxicos¹⁷. A questão da falta de auto percepção do problema de saúde pode impactar de forma bem expressiva na subnotificação dos casos¹⁸.

Entretanto, trabalhadores já internados por intoxicação por agrotóxicos tem 6,03 vezes mais chances de novamente apresentar sintomas comparados àqueles que não vivenciaram esse episódio⁵, seja por viés de informação, seja porque fica mais atento aos sinais.

Quanto à intoxicação crônica percebeu-se a escassez de informações. A percepção dos agricultores sobre os problemas de saúde só apresenta relação com sintomatologias na intoxicação aguda, isso quando fazem essa conexão. Entretanto, a intoxicação crônica é silente, um significativo motivador de alerta para a saúde pública¹⁶. No entanto, há efeitos oncogênicos, cutâneos, oculares, neurológicos e gastrointestinais¹⁹, além de transtornos mentais²⁰.

Destaca-se que também há despreparo das equipes de saúde para diagnosticar estes problemas, sendo necessária a capacitação desses profissionais quanto ao tema. Apesar da Portaria N ° 777/2004, do Ministério da Saúde, definir as intoxicações exógenas, dentre as quais, as causadas por agrotóxicos, como de notificação compulsória segundo o fluxo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), ainda não é uma atividade incorporada pelo profissional de saúde¹⁰.

Além da notificação, o profissional de saúde deve sensibilizar os trabalhadores rurais para a importância do uso correto de EPI, de práticas mais seguras diante da gravidade do emprego indiscriminado e incorreto de pesticidas. Abordar a relação entre as inúmeras patologias e os praguicidas, por meio de intoxicações agudas e crônicas, também pode ser uma estratégia útil, almejando à promoção de saúde e prevenção de agravos⁸.

A equipe de saúde cuidadora necessita aliar assistência e educação em saúde, de forma permanente. Assim, pode-se contribuir na prevenção, atenção, proteção e promoção da saúde, principalmente, de agricultores que utilizam agrotóxicos na lavoura, extensivo aos seus familiares e comunidade²¹.

Considerações Finais

Apesar da pequena amostra estudada e da impossibilidade de se fazer uma ampla generalização dos resultados deste trabalho, dados preocupantes foram obtidos, os quais necessitam de intervenções. Dados como a quantidade dos trabalhadores rurais que possuem conhecimento sobre os EPIs, mas não usam, além daqueles que não os conhecem e não possuem consciência da importância do seu uso mostram a necessidade de se fazer uma intervenção neste meio.

Outra preocupação é que a maioria dos trabalhadores relata conhecer os efeitos dos agrotóxicos, porém ignora que muitos dos sinais e sintomas apresentados podem estar relacionados ao uso dos agrotóxicos. Isso mostra que, ao contrário do que relataram os trabalhadores rurais entrevistados, os mesmos não possuem conhecimento sobre os danos causados à saúde e até mesmo confundem os sintomas causados pela utilização dos agrotóxicos com qualquer outro tipo de patologia.

Pode-se perceber que a grande maioria dos trabalhadores rurais possui baixa escolaridade, o que faz com que essa classe de trabalhadores, seja desvalorizada e não vista pela sociedade, o que acarreta um sério problema de saúde pública no Brasil, tendo em vista que o analfabetismo está diretamente ligado ao conhecimento sobre agrotóxicos, já que as instruções de uso dos mesmos veem em bulas na embalagem.

Os profissionais de saúde devem trabalhar na conscientização para a prevenção de danos a saúde desses trabalhadores a curto e a longo prazo. É necessário que após a identificação das causas mais comuns, a equipe saiba planejar e atuar afim de que os problemas existentes sejam minimizados tanto quanto a exposição, bem como a prevenção.

Referências

1. Ferreira de Siqueira D, Moura RM de, Laurentino C, Elizabeth G, Araújo AJ de, Lopes Cruz S. Analysis of rural workers' exposure to pesticides. *Rev Bras Em Promoção Saúde*. 2013;26(2):182–91.
2. Barbosa R dos S, Silveira HF da, Cerqueira GS, Junior HLR, Carvalho SS de, Alves G rlos S. Exposição ocupacional aos agrotóxicos : um estudo bibliográfico. *RevInter Rev Intertox Toxicol Risco Ambient E Soc*. 2014;7(1):50–61.
3. International Labor Organization. World Day for Safety and Health at Work: A Background Paper. In: Focus Programme on SafeWork. Geneva: International Labour Office, The World Health Organization; 2005.
4. Cassal VB, Azevedo LF de, Ferreira RP, Silva DG da, Simão RS. Agrotóxicos: uma revisão de suas consequências para a saúde pública. *Rev Eletrônica Em Gest Educ E Tecnol Ambient*. 2014;18(1):437–45.
5. Mello CM de, Silva LF. Fatores associados à intoxicação por agrotóxicos: estudo transversal com trabalhadores da cafeicultura no sul de Minas Gerais. *Epidemiol E Serviços Saúde* 2013;22(4):609–20.
6. Begnini S, Taveira ADVA. Agrotóxicos agrícolas: do uso às intoxicações. *Rev Ibero-Am Ciênc Ambient*. 2014;5(2):86.
7. Martins CL, Jacondino MB, Antonioli L, Braz DL, Bazzan JS, Guanilo MEE. Equipamentos de proteção individual na perspectiva de trabalhadores que sofreram queimaduras no trabalho. *Rev Enferm UFSM* 2013; 3(Esp): 668-78
8. Viero CM, Camponogara S, Cezar-Vaz MR, Costa VZ da, Beck CLC. Risk society: the use of pesticides and implications for the health of rural workers. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):99–105.
9. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - Saúde do trabalhador [Internet]. Vol. 5. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 68 p.

10. Ministério da Saúde. Diretrizes para Atenção Integral à Saúde do Trabalhador de Complexidade Diferenciada: Protocolo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos a agrotóxicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Moura LTR de, Moraes RJL de, Dias ACS, Bedor CNG. Perfil epidemiológico dos casos de intoxicação por agrotóxicos. Rev Enferm UFPE Online. 2014;8(supl. 1):2333–41.
12. Sales EC, Ramos JCL, organizadores. Guia para Análise da Situação de Saúde do Trabalhador – SUS/Bahia. Salvador: DIVAST; 2014. 92 p.
13. Silva FM da, Sobrinho LG de A, Coelho DC, Ferreira PM de L, Azevedo PB de. Percepção de risco no uso de agrotóxicos em cinco comunidades rurais no município de Pombal–PB. Rev Verde Agroecol E Desenvol Sustentável. 2015;9(5):01–9.
14. Rangel C de F, Rosa ACS, Sarcinelli P de N. Uso de agrotóxicos e suas implicações na exposição ocupacional e contaminação ambiental. Cad Saúde Coletiva. 2011;19(4):435–42.
15. Ismael LL, Garcia HRM, Martins WA, Augusto J. Saúde, meio ambiente e segurança do trabalho associado ao uso de agrotóxicos. Rev Verde Agroecol E Desenvol Sustentável. 2015;10(5):28.
16. Ubessi LD, Ubessi C, Kirchner RM, da Rosa Jardim VM, Fernandes Stumm EM. Use of protective equipment by farmers who use pesticides in relation to health problems. J Nurs UFPE Line. 2015;9(4):7230–8.
17. Germano G de J, Pimentel MS, Machado NG, Mello GJ. Meio ambiente, dialética da agroecologia e hortaliças não convencionais como tema transversal no ensino de ciências. Rev Monogr Ambient. 2015;14:135–46.
18. Brouwer M, Schinasi L, Freeman LEB, Baldi I, Lebailly P, Ferro G, et al. Assessment of occupational exposure to pesticides in a pooled analysis of agricultural cohorts within the AGRICOH consortium. Occup Environ Med. 2016;73(6):359–67.
19. Marangoni SR, Selegim MR, Santos JAT, Buriola AA, Ballani T da SL, Oliveira MLF de. Intoxications by pesticides recorded at a poisoning control center. J Nurs UFPE Online 2011;5(8):1884–90.
20. Araújo JNG, Greggio MR, Pinheiro TMM. Agrotóxicos: a semente plantada no corpo e na mente dos trabalhadores rurais. Psicol em Rev. 2014;19(3):389–406.
21. Rigotto RM, Vasconcelos DP e, Rocha MM, Rigotto RM, Vasconcelos DP e, Rocha MM. Pesticide use in Brazil and problems for public health. Cad Saúde Pública. 2014;30(7):1360–2.

Cristiane Aparecida Silveira

Endereço para correspondência – Rua: Pe. Francis Cletus Cox, nº 1661,
Bairro: Jardim Country Club, CEP: 37701-355, Poços de Caldas, MG, Brasil.

E-mail: casilve@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8840798305145545>

Jéssica Vilela Silva – je-vilela@hotmail.com

Loraine Pires Vilela – loraine_vilela@hotmail.com

Maiara Silva Moraes – maiarahff@hotmail.com

Enviado em 12 de maio de 2016.
Aceito em 11 de novembro de 2016.

PERCEPÇÃO DE RISCOS E EFEITOS PARA A SAÚDE OCUPACIONAL DE MOTOCICLISTAS PROFISSIONAIS

PERCEPTION OF RISKS AND EFFECTS FOR OCCUPATIONAL HEALTH MOTORCYCLIST WORKERS

Ramon Antônio Oliveira¹, Cristiane Aparecida Silveira²

RESUMO

Objetivo: Identificar a percepção dos riscos e consequências do trabalho de motociclistas profissionais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, utilizando um instrumento semiestruturado. Realizou-se a estatística descritiva para os dados quantitativos e para os qualitativos a análise temática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa (CAAE 0026.0.213.000-09). **Resultado:** Constatou-se que, dentre 131 motociclistas entrevistados, sendo 95,4% do sexo masculino, média 32,5 anos; 54,2% casados; 45% com ensino médio completo, 23 (17,6%) tem outro vínculo empregatício e 12 (9,2%) são celetistas. Quanto aos dados qualitativos, os motociclistas identificaram como riscos: aqueles relacionados à violência, ao trânsito e os ocupacionais propriamente ditos e como consequências do trabalho: os impactos físicos, financeiros e previdenciários. **Conclusão:** Os *motoboy*s conhecem parte dos riscos aos quais estão expostos, porém nem sempre usam equipamentos de proteção ou adotam práticas preventivas. Melhorar suas condições de trabalho e de vida é o grande desafio, tanto para os próprios *motoboy*s como para a sociedade em geral.

Descritores: Acidentes de Trabalho; Saúde do Trabalhador; Acidentes de Trânsito.

ABSTRACT

Objective: To identify the perception of the risks and consequences of the work of professional bikers. **Methodology:** Descriptive study using a semi-structured instrument, built by the authors and validated by experts. It was analyzed to descriptive statistics and the qualitative thematic analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee (CAAE 0026.0.213.000-09). **Results:** It was found that among 131 motorcyclists interviewed, 95.4% of males, mean 32.5 years; 54.2% married; 45% with complete secondary education, 23 (17.6%) have another employment relationship and 12 (9.2%) are full-time employees. As for the qualitative data, motorcyclists identified as risks: those related to violence, traffic and occupational hazards themselves and the consequences of work: physical impacts, financing and social security. **Conclusion:** The motoboy's know a part of the risks to which they are exposed, but they do not always wear protective gear or adopt preventive practices. To improve their work conditions is the great challenge, as much for these workers, as for the general society.

Descriptors: Accidents at Work; Occupational Health; Traffic Accidents.

¹ Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil.

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

Introdução

Nos últimos anos é expressivo o crescimento da frota de motocicletas brasileiras, seja devido ao baixo custo para aquisição, financiamento e manutenção da mesma, seja por outros motivos econômicos ou sociais¹. Além disso, a motocicleta serve também como instrumento de trabalho, para transporte de pessoas (mototáxi) ou de mercadorias (motofrete ou motoentrega).

Grande parte destes motociclistas trabalha por encomendas/deslocamento fazendo com que os mesmos percorram grandes distâncias a um ritmo de trabalho intenso². Neste contexto, representam uma população de grande risco de envolvimento em acidentes, sendo a maioria dos afetados pelos acidentes de trânsito³.

Entretanto, o risco de acidente é percebido como intrínseco à ocupação, o que leva alguns trabalhadores a naturalizá-lo. A distinção feita entre acidentes de trabalho “graves” e acidentes ditos “normais” remete à naturalização dos pequenos acidentes e incidentes que ocorrem no dia-a-dia⁴. O acidente, para ser considerado “grave”, tem que impedir o trabalhador de continuar desempenhando sua atividade. Este processo remete a um mecanismo de defesa psíquica frente às condições agressivas do trabalho, pois os trabalhadores têm consciência dos riscos a que estão expostos, mas, como as medidas de proteção não os evitam totalmente, terminam por dispensá-las para não carregar um símbolo concreto dos perigos presentes no seu trabalho⁵.

Investigar situações de trabalho para a promoção da segurança, para a redução de acidentes, bem como à atenção integral à saúde são estratégias que conferem valor à vida do trabalhador e que devem ser incentivadas e organizadas pelos profissionais de saúde⁵. Além das precárias condições de trabalho, há ainda a informalidade, marca desta categoria profissional⁶.

Diante do exposto, este estudo justifica-se por buscar uma reflexão acerca dos riscos presentes no cotidiano de trabalho dos motociclistas profissionais e como eles são percebidos pelos trabalhadores. Busca-se sensibilizar trabalhadores e gestores que atuam em saúde do trabalhador acerca da construção de políticas e estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças decorrentes destas atividades. Sendo assim, teve-se como objetivo identificar a percepção dos riscos e consequências do trabalho de motociclistas profissionais.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantiqualitativa. Considerando o cálculo da associação de classe havia 300 motociclistas profissionais atuando em 16 estabelecimentos de uma cidade de porte médio do interior de Minas Gerais. Todos os estabelecimentos cadastrados foram visitados e foi utilizada a amostra probabilística aleatória simples, cuja principal característica é a realização de sorteio a partir de uma lista da população, da qual foi escolhida a amostra desejada, sendo que cada elemento tinha a mesma chance de ser sorteado. Para cada sujeito sorteado foram realizadas até três tentativas de entrevista com o mesmo.

Para este estudo, utilizou-se as seguintes variáveis: *motoboy* é aquele que utiliza a motocicleta no mercado formal ou informal de trabalho, no serviço de tele-entrega de mercadorias e documentos e *mototaxista* é o que efetua o transporte de passageiros⁷. Seguindo o disposto na Classificação Brasileira de Ocupação, ambos os termos (*mototaxista* e o *motoboy*) foram tratados como sinônimos e definidos como motociclista profissional⁸. Não foram avaliadas variáveis de comportamento como o uso de celular ou o desrespeito a leis de trânsito.

Respeitou-se os critérios de inclusão: motociclistas há mais de um ano, maiores de 18 anos e exclusão: todos aqueles com atuação há menos de um ano e/ou menores de 18 anos.

Para a realização deste estudo, foram seguidas as Diretrizes da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁹. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 0026.0.213.000-09) e pelo presidente da associação de motociclistas profissionais da cidade. Todos os participantes do estudo foram esclarecidos sobre a pesquisa e após o consentimento, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram sorteados 184 motociclistas profissionais, 10 recusaram-se a participar da pesquisa, 10 não se encaixavam nos critérios de inclusão e 33 não foram encontrados após três tentativas, resultando em 131 trabalhadores entrevistados.

A entrevista foi gravada utilizando um instrumento tipo questionário semiestruturado. Utilizou-se um Mp4 da Marca Sony. Procedeu-se a transcrição das respostas gravadas, sem correção da linguagem. Posteriormente, foi feita a categorização das respostas das questões norteadoras. As falas foram identificadas pela letra “E” e numeradas consecutivamente.

Para a discussão dos dados qualitativos foi utilizada a Análise de Discurso segundo Bardin¹⁰. A transcrição e organização dos relatos obtidos pelas entrevistas com os sujeitos compuseram a ordenação dos dados e a classificação deu-se a partir da leitura exaustiva destes materiais, identificando-se estruturas de relevância, de onde emergiram as categorias. Já os dados quantitativos foram analisados a partir da estatística descritiva.

Resultados

Foram entrevistados 131 motociclistas, cujos resultados da avaliação sociodemográfica estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos motociclistas profissionais de um município do interior de Minas Gerais segundo características sócio-demográficas (n=131).

Variáveis	Total		
	f	%	
Sexo	Masculino	125	95,4
	Feminino	6	4,6
	Total	131	100,0
Faixa Etária	Até 30 anos	73	55,73
	31-40 anos	39	29,7
	41-50 anos	12	9,2
	Acima 51	7	5,4
	Total	131	100,0
Estado Civil	Solteiro	49	37,4
	Casado/Amasiado	71	54,2
	Divorciado	11	8,4
	Total	131	100,0
Escolaridade	Ens. Fundamental Incompleto	16	12,2
	Ens. Fundamental Completo	29	22,1
	Ens. Médio Incompleto	17	13,0
	Ens. Médio Completo	59	45,0
	Ens. Superior Incompleto	8	6,1
	Ens. Superior Completo	2	1,5
Total	131	100,0	
Tempo de habilitação para conduzir motocicleta	Menos de 1 ano	6	4,6
	Entre 1 e 2 anos	15	11,5
	Entre 3 e 5 anos	31	23,7
	Total	131	100,0
Outro vínculo profissional	Sim	23	17,6
	Não	108	82,4
	Total	131	100,0

Participaram do estudo 131 mototaxistas, sendo 95,4% do sexo masculino, 55,7% com idade entre 21 a 30 anos, com média 32,5 anos; 54,2% casados; 45% com ensino médio completo.

Analisando o perfil destes trabalhadores, constata-se que a maioria é jovem e tem baixa escolaridade, casada e chefes de família.

Constatou-se ainda que 23 (17,6%) dos motociclistas tinham outro vínculo empregatício, trabalhando inclusive aos finais de semana, além da sobrecarga de trabalho e da carga horária estendida, o que aumenta a predisposição aos acidentes.

Somente 12 (9,2%) indivíduos são trabalhadores celetistas e 50 (38,2%) contribuem para a previdência como autônomos (contribuintes individuais). Os outros 62 (47,3%) não possuíam nenhum tipo de suporte (caso se acidentem) e nenhum tipo de previsão para a aposentadoria.

Ao equiparar as horas trabalhadas e o número de acidentes com motociclistas profissionais, constatou-se que do total de trabalhadores que desempenhavam sua função por mais de 12 horas diárias, 68% sofreram três ou mais acidentes, o que demonstra relação do excesso de carga de trabalho ao número de Acidentes de Trabalho (AT) vivenciados por estes profissionais.

Quanto aos dados qualitativos, os motociclistas identificaram como riscos: aqueles relacionados à violência, ao trânsito e os ocupacionais propriamente ditos e como consequências do trabalho: os impactos físicos, financeiros e previdenciários, conforme Quadro 1.

Quadro 1- Distribuição dos motociclistas profissionais de um município do interior de Minas Gerais segundo as categorias identificadas quanto aos riscos e consequências do trabalho.

Riscos do trabalho	Sujeito	
	f	%
Violência	65	49,6
Trânsito	64	48,9
Ocupacionais	53	40,5
Outras	20	15,3
Consequências do trabalho		
Físicos	85	64,9
Financeiros	60	45,8
Previdenciários	30	22,9

Há grande preocupação com o roubo da motocicleta, o instrumento de trabalho e sobrevivência do trabalhador e dependentes. Uma das falas expressa bem esta preocupação:

A gente corre risco [...] de assalto, tem gente que pede moto rouba a moto e deixa a gente [...]. (E7)

[...] passageiros que você não conhece, as vezes o pessoal tá levando drogas e você não sabe que tá levando drogas, tá levando bandido você não sabe que é bandido, tá; “ce” tá se prejudicando por causa disso, “ce” tá trabalhando honesto e tá carregando um “cara” desonesto sem saber. (E1)

Bom primeiro risco é o risco de você virar um cara traficante por que aqui muita gente que, não os motoqueiros, as pessoas que anda com a gente muita gente que não presta, gente da cadeia, gente carregando drogas para tudo que é lado, é gente perigoso de mal humor [...]. (E45)

A questão do trânsito foi relatada pelos profissionais que dizem conhecer bem o ambiente viário e seus fatores de risco. Os sujeitos relatam os diversos fatores que caracterizam como riscos, conforme a fala dos sujeitos:

[...] você pode pegar uma mancha de óleo, cachorro, você pode pegar uma areia, [...] qualquer motoqueiro pode passar numa mancha de óleo cair e machucar. (E39)

[...] Uma vez, todas as duas vezes com neblina... atrapalhou a visibilidade e eu acabei todas as duas vezes encostando no meio fio [...]. (E35)

Apesar de impactar no risco de acidentes, os fatores “desrespeito, desatenção e negligência” dos demais motoristas nas vias, foram pouco apontados pelos profissionais. Um dos que reconheceu a influência comportamental na gênese dos acidentes, disse:

A eu acho que o principal é a negligência, a imprudência dos motoristas, tanto de carro quanto esses veículos de transportes urbanos, ônibus, circulares, por que eles desrespeitam o limite da moto, por ser menores, jogam em cima. É a falta de habilidade na condução, eles não usam seta, sinalização [...]. (E4)

Outro risco apontado é a longa jornada de trabalho:

[...] a carga horária que a gente tem de 12 horas de trabalho [apesar da Lei Nº 12.619 de 30 de Abril de 2012 dispor sobre o exercício da profissão de motorista, prevê a cada jornada de 12 horas de trabalho, 36 horas de descanso] que a gente não pode, como motorista, trabalhar 12 horas de trabalho né, então isso traz um problema pra nossa saúde, tanto problema físico como um cansaço muito mental. (E25)

Apontaram ainda o calor/frio:

A gente pega muito vento, sol, isso machuca a pele, na época de chuva, no frio, resfriados, gripes [...]. (E21)

E por fim o risco ergonômico:

[...] tem né, os riscos ergonômico também que, esses problemas aí, muita dor na perna essas coisa assim né, muita dor no corpo, e também tá muito exposto a poluição aí né, o dia todo aí, a cabeça às vezes dói [...]. (E8).

Os riscos a gente podemos ter problema de coluna por andar muito na moto, ficar encurvado na moto, risco de acidente e ter uma fratura. São esses daí mesmo. (E33)

[...] coluna, da problema na coluna, da no pescoço, isso aí é coisa que é eterno nunca mais melhora [...]. (E50)

Quando questionados sobre as consequências do trabalho para os mesmos, eles destacaram: as físicas, financeiras e previdenciárias tais como: lesão corporal, afastamento do trabalho, prejuízos financeiros:

Eu tive uma fratura exposta, foram seis meses de recuperação, e agora depois de um ano e meio eu ainda faço fisioterapia, pra reabilitação do, da perna esquerda, pra recuperar os movimentos (E4).

Eu tive, eu tenho uma dor no pé que eu não tinha antes. Ganhei peso, porque eu fiquei muito tempo parado, fiquei quase um ano andando de muleta. Essas é uma das piores consequências, no começo teve consequências financeiras mas depois foram resolvidos, que eu recebi ajuda do pessoal aí e salário família do INSS (E40).

Discussão

A predominância de homens nesta categoria é marcante. Em um estudo realizado em Rio Branco com vítimas motociclistas constatou-se que 89,8% eram do sexo masculino¹¹. Em estudo feito em Feira de Santana, Bahia, constatou-se que dos acidentes entre mototaxistas no trânsito 99,3% eram referentes ao sexo masculino⁶.

O homem se sente mais competente na direção do que as mulheres e, percebendo menos os riscos enquanto dirige. O homem tende também a ser mais agressivo, fazendo manobras mais arriscadas; as mulheres são mais prudentes, correm menos e sabem esperar para entrar com segurança em uma via¹².

A maioria nesta profissão é jovem. Segundo um estudo feito na Feira de Santana, Bahia, a média de idade dos mototaxistas entrevistados foi de 37,4 anos evidenciando a alta taxa de adultos jovens efetuando esse trabalho⁶. Em outro estudo, maior percentual referente à idade foi de 49,5% compreendidas de 20 a 29 anos¹².

Referente ao estado civil de trabalhadores mototaxistas de um estudo realizado no Rio Grande do Sul constatou-se que 33,4% são casados, dados semelhantes ao deste estudo¹³.

Verificou-se que 52,8% possuíam ensino médio completo e apenas um tinha ensino superior, sugerindo a baixa escolaridade da categoria⁶. Em outro estudo, a ocorrência de acidentes moto ciclísticos foi associada significativamente com escolaridade¹⁴.

Em um estudo foi constatado que 82,9% dos acidentes ocorreram durante o trabalho. Considerando que a maioria das jornadas laborais destes trabalhadores são superiores a 10 horas (SOARES *et al.*, 2011, compreende-se que o cansaço durante o expediente e a falta de intervalos intrajornadas podem ser fatores associados à maior ocorrência de acidentes nesse período.

Os motociclistas profissionais consideram sua profissão insegura e arriscada, embora relevante para a manutenção financeira da família¹³. Além disso, más condições de conservação das vias, presença de animais e de substâncias tornam o asfalto escorregadio e aumentam os fatores de risco para estes sujeitos. Outras questões como a existência de vias de largura imprópria, a baixa iluminação e presença de neblina podem contribuir para a ocorrência de acidentes.

De qualquer modo, às más condições de trânsito no país, alia-se a precariedade das condições de trabalho dos motoboys, o que torna o trabalho nessa profissão realmente muito perigoso.

A cidade em estudo possui as quatro estações do ano em um dia só, sendo o inverno muito rigoroso, agravando os riscos à saúde: os condutores ficam expostos ao frio e também ao calor, devido as variações climáticas intensas. Assim sendo, podem surgir doenças como gripe, dor de garganta, resfriado e/ou bronquite. Além disso, os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) utilizados por estes trabalhadores no desenvolvimento de suas funções restringem-se ao capacete, que muitas vezes gera mais calor, e as capas de chuva, que úmidas facilitam a exposição às doenças respiratórias.

Os EPIs protegem os trabalhadores contra riscos de acidentes, mas não se refere a outros equipamentos contra as intempéries. Conforme a Lei nº 12.009/09, os mototaxistas devem usar colete de segurança com dispositivo refletivo e instalar equipamentos de segurança nas motos, tais como “protetor de motor mata-cachorro, fixado no chassi do veículo, destinado a proteger o motor e a perna do condutor em caso de tombamento [...] e aparador de linha antena corta-pipas”⁷. É válido ressaltar que, mesmo já sendo obrigatória a utilização destes equipamentos, persiste a negligência por parte dos profissionais e dos órgãos fiscalizadores¹⁵.

O constante movimento do condutor e um ambiente cujos outros condutores e suas máquinas também se movimentam; o ambiente do condutor está continuamente em mudança, surgindo sempre novas situações de risco durante o seu trabalho, da qual o leva sempre a uma reação, gerando por muitas vezes comportamentos que colocam em risco a integridade física¹⁶.

A percepção das causas de acidentes de moto são multidimensionais, incluindo as áreas relacionadas com a condução, o meio ambiente e as crenças¹⁷.

Muitos mototaxistas trabalham doentes ou com mal-estar físico, a fim de cumprir com seus compromissos financeiros, o que agrava o problema. Sabe-se que dificuldades relacionadas ao próprio transporte, carga horária elevada e a precariedade das condições de trabalho são alguns dos fatores que contribuem para o sofrimento e adoecimento tais como cansaço, dores no corpo, calor, sono, medo e estresse¹³.

As consequências em saúde representam um grave problema de saúde pública brasileira, levando o Brasil a ter as maiores taxas de mortalidade por acidentes com veículos automotores¹². Tanto no país, como no mundo, há um grande impacto financeiro destes acidentes¹⁸.

Esses custos dos acidentes estão associados a fatores diretos como a internação e a diminuição da renda familiar do trabalhador e indiretos como a interrupção prematura de vidas, a incapacidade física e emocional dos vitimados sobreviventes, a perda por produção e atrasos gerados em função dos acidentes¹⁹.

Os motociclistas apresentam, em comparação às vítimas dos demais mecanismos de trauma, significativamente maior frequência e gravidade das lesões em extremidades e de custos para o sistema de saúde por serem mais severos²⁰.

Os riscos ocupacionais na atividade laboral destes sujeitos são descritos como uma realidade difícil de conviver devido à frequente ocorrência de acidentes. Em um estudo, 40% dos motociclistas profissionais referiram pelo menos um acidente nos últimos 12 meses. A reincidência de acidente de trânsito é uma característica presente nessa classe de trabalhadores, visto que 39,6% dos que relataram acidentes referiram envolvimento em dois ou mais acidentes¹⁶, o que explicaria a alta morbimortalidade ocupacional da categoria²¹.

Considerações Finais

As condições de trabalho e de vida dos motociclistas propiciam diversos riscos à sua saúde, bem como acidentes e adoecimentos. Os *motoboys* conhecem parte dos riscos aos quais estão expostos, assim como sabem que os acidentes caracterizam-se como uma constante em sua prática profissional.

Desta forma, estes profissionais identificam como riscos a violência à qual estão sujeitos, reconhecendo a profissão como insegura e arriscada por estarem vulneráveis. Já os riscos ocupacionais apontados são a longa jornada de trabalho, as variações climáticas que agravam as condições de saúde e riscos ergonômicos, que podem causar dores em todo corpo ou determinadas regiões²².

Constatou-se ainda que os trabalhadores pouco relatam a influencia do desrespeito, desatenção, negligência e imprudência dos motoristas no trânsito.

Para além dos riscos ocupacionais, o trânsito, a imprudência, a falta de fiscalização do trabalho e a informalidade são condições que prejudicam ainda mais a saúde e as condições de vida destes trabalhadores.

São necessárias mudanças na legislação e especialmente na fiscalização trabalhista e previdenciária no sentido de reduzir a informalidade, bem como melhorar a proteção social e sanitária desta classe trabalhadora e, conseqüentemente, reduzir o impacto na saúde pública. Melhorar suas condições de trabalho e de vida é o grande desafio, tanto para os próprios *motoboys* como para a sociedade em geral.

Referências

1. Marín-León L, Belon AP, Barros MB de A, Almeida SD de M, Restitutti MC. Trends in traffic accidents in Campinas, São Paulo State, Brazil: the increasing involvement of motorcyclists. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(1):39–51.
2. Godoi SC, Godoi SC. Suffering and working in the city in forced march. *Cad Metrôpole*. dezembro de 2016;18(36):345–64.
3. Souto CC, Reis FKW, Bertolini RPT, Lins RS de MA, Souza SLB de. Perfil das vítimas de acidentes de transporte terrestre relacionados ao trabalho em unidades de saúde sentinelas de Pernambuco, 2012 - 2014. *Epidemiol E Serviços Saúde*. junho de 2016;25(2):1–2.
4. Silva EJ da, Lima M da G, Marziale MHP. The concept of risk and its symbolic effects in accidents with sharp instruments. *Rev Bras Enferm*. outubro de 2012;65(5):809–14.
5. Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. Sao Paulo: Cortez; 1992. (5).
6. Amorim CR, Araújo EM de, Araújo TM de, Oliveira NF de. Occupational accidents among mototaxi drivers. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1):25–37.
7. Brasil. Lei n.º 12.009 de 29 de julho de 2009. Regulamenta o exercício das atividades dos profissionais em transporte de passageiros, “mototaxista”, em entrega de mercadorias e em serviço comunitário de rua, e “motoboy”, com o uso de motocicleta, altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, para dispor sobre regras de segurança dos serviços de transporte remunerado de mercadorias em motocicletas e motonetas – moto-frete –, estabelece regras gerais para a regulação deste serviço e dá outras providências. [Internet]. 2009. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12009.htm
8. Brasil. Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) [Internet]. Ministério do Trabalho e Emprego. 2014 [citado 17 de setembro de 2014]. Available at: <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>
9. Brasil. Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece as diretrizes e normas brasileiras regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora 70; 2005.

11. Rocha G da S, Schor N. Motorcycle accidents in the municipality of Rio Branco in the State of Acre: characterization and trends. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(3):721–31.
12. Rodrigues CL, Armond J de E, Gorios C, Souza PC. Acidentes que envolvem motociclistas e ciclistas no município de São Paulo: caracterização e tendências. *Rev Bras Ortop*. novembro de 2014;49(6):602–6.
13. Silva MB da, Oliveira MB de, Fontana RT. Activity of motorcycle taxi driver: risks and weaknesses self referred. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(6):1048–55.
14. Almeida GCM de, Medeiros F da CD de, Pinto LO, Moura JMB de O, Lima KC. Prevalência e fatores associados a acidentes de trânsito com mototaxistas. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):382–8.
15. Vasconcelos MV, Freitas CF, Silveira CA. Caracterização do uso de agrotóxico entre trabalhadores rurais. *Saúde St Maria*. 2014;40(2):87–96.
16. Soares DFP de P, Mathias TA de F, Silva DW da, Andrade SM de. Motorcycle couriers: characteristics of traffic accidents in southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. setembro de 2011;14(3):435–44.
17. Cheng ASK, Ng TCK. Risky driving and the perception of motorcycle accident causes among Chinese motorcyclists in Hong Kong. *Traffic Inj Prev*. setembro de 2012;13(5):485–92.
18. Sisimwo PK, Mwaniki PK, Bii C. Crash characteristics and injury patterns among commercial motorcycle users attending Kitale level IV district hospital, Kenya. *Pan Afr Med J [Internet]*. 17 de novembro de 2014 [citado 25 de agosto de 2016];19. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4393968/>
19. Bacchieri G, Barros AJD. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *Rev Saúde Pública*. outubro de 2011;45(5):949–63.
20. Parreira JG, Martins RK, Slongo J, Perlingeiro J a. G, Soldá SC, Assef JC, et al. Comparative analysis of the frequency and the severity of diagnosed lesions between pedestrians struck by motor vehicles and other blunt trauma mechanisms victims. *Rev Colégio Bras Cir*. agosto de 2015;42(4):253–8.
21. Cardoso EM. Morbimortalidade relacionada ao trabalho no estado do Amazonas, Brasil, 2000-2011 [Internet]. 2014 [citado 23 de agosto de 2016]. Available at: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100014
22. Miziara ID, Miziara CSMG, Rocha LE. Acidentes de Motocicletas e sua relação com o trabalho: revisão da literatura. *Saúde Ética Justiça*. 2014;19(2):52–9.

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>

Ramon Antônio Oliveira – oliveiraramon@yahoo.com.br

Enviado em 30 de agosto de 2016.
Aceito em 17 de novembro de 2016.

ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: estudo com colaboradores de uma instituição privada

ANALYSIS OF THE RISK FACTORS FOR CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASE: study with employees of a private institution

**Veronilde da Silva Oliveira¹, Paula Christianne Gomes Gouveia Souto Maia²,
Joselito Santos³, Milena Nunes Alves de Sousa⁴**

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre colaboradores de uma instituição privada. Trata-se de um estudo descritivo, documental, com abordagem quantitativa, realizado a partir de uma investigação em um banco de dados. Os dados foram tabulados por meio do Software de Gestão – Infomed e apresentados em gráficos e tabelas. O tratamento dos dados se deu através de análise estatística descritiva. Os resultados evidenciaram alta prevalência de excesso de peso (61%), tabagismo (2%), etilismo (58%), sedentarismo (72%) e alimentação não saudável (83%). Nas doenças já instaladas evidenciou-se hipertensão arterial sistêmica em 10% dos entrevistados, 11% com dislipidemia, 7% têm problemas respiratórios, 2,8% são diabéticos e 0,8% têm depressão. Foi possível constatar que os colaboradores apresentam alto risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis em decorrência da alta prevalência dos fatores de risco observados no estudo.

Descritores: Saúde do Trabalhador; Saúde Suplementar; Fatores de Risco.

ABSTRACT

Objective: To analyze the risk factors for chronic diseases among employees of a private institution. This is a descriptive study, documentary, with a quantitative approach, carried out from an investigation into a database. The data were tabulated through Management Software – Infomed and presented in graphs and tables. The processing of data through descriptive statistical analysis. The results showed a high prevalence of overweight (61%), smoking (2%), alcohol (58%), physical inactivity (72%) and unhealthy diet (83%). The already installed disease showed up arterial hypertension in 10% of subjects, 11% had dyslipidemia, 7% have respiratory problems, diabetics are 2.8% and 0.8% have depression. It was found that the employees have high risk for developing chronic non-communicable diseases due to the high prevalence of risk factors observed in the study.

Descriptors: Occupational Health; Supplemental Health; Risk Factors.

¹ Mestre em Saúde Coletiva e Gestão Hospitalar pela Fundação Universitária de Apoio ao Ensino Pesquisa e Extensão (FURNE), Campina Grande, PB, Brasil.

² Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil.

³ Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil.

⁴ Pós-Doutora em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN), Franca, SP, Brasil.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de óbitos no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida (QV) com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza¹⁻².

Apesar do rápido crescimento das DCNT, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde, para redução de seus fatores de risco e pela melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno³.

Das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões – ou 63,0% – aconteceram em razão das DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus (DM), câncer e doença respiratória crônica. Cerca de 80,0% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29,0% das pessoas têm menos de 60 anos de idade. Nos países de renda alta, apenas 13,0% são mortes precoces².

No Brasil, como em outros países, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude^{1,4}. São responsáveis por 72,0% das causas de óbitos, com destaque para doenças do aparelho circulatório (DAC) (31,3%), câncer (16,3%), DM (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%)⁴ e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos, os de baixa escolaridade e renda³.

Existem evidências de que a exposição crônica a condições estressantes de trabalho, como aumento da demanda de atividade laboral; ambientes de trabalho com frágil nível organizacional, com altos níveis de ruído e elevadas temperaturas; longas jornadas de trabalho; e trabalho por turno podem ser responsáveis pelos aumentos expressivos e persistentes no aparecimento das DCNT. Fatores ambientais, como estilo de vida e dieta, desempenham papel fundamental, ou seja, a genética não é uma rota determinante e cada vez mais pode ser “manipulada” em benefício da saúde⁵.

A exposição aos fatores de risco e de proteção para DCNT são diferentes entre homens e mulheres. Segundo dados do “Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para DCNT por meio de Inquérito Telefônico 2010”, os cinco fatores de risco selecionados para estudo (tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, excesso de peso, consumo de carnes com excesso de gordura e inatividade física) foram mais frequentes em homens do que em mulheres. Já o fator de proteção consumo regular de frutas e hortaliças foi mais comum em mulheres do que em homens⁶.

As elevadas taxas de morbimortalidade por DCNT acarretam em altos custos econômicos e sociais em decorrência dos gastos com cuidados médicos e uso dos serviços de saúde, demanda aumentada por pensões por incapacidade e compensação do seguro social. Isto ocorre devido ao grande número de pessoas que se aposentam precocemente ou que se tornam incapazes para o trabalho de forma definitiva ou temporária, às elevadas taxas de absenteísmo, e à diminuição da produtividade no trabalho. Tais ônus afetam não só os indivíduos acometidos pelas doenças, como também suas famílias, o governo, a sociedade e as empresas⁷.

Os principais fatores de risco para as DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e pelo colesterol alto³.

As doenças cardiovasculares (DCV) são, atualmente, as causas mais comuns de morbimortalidade no mundo. Na perspectiva da prevenção de doenças e agravos, tornam-se fundamentais ações que criem ambientes favoráveis à saúde e favoreçam escolhas saudáveis⁸. Anualmente, a cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais (AVC), HAS e outras cardiopatias são responsáveis por 15,9 milhões de óbitos⁹.

O Brasil, por meio de diferentes inquéritos de saúde, vem construindo bases de dados para o monitoramento contínuo dos fatores de risco e de proteção das DCNT. As campanhas de detecção de suspeitos de HAS e DM realizadas nos anos de 2001 e 2002 no Brasil, parte do Plano de Reorganização da Atenção à HAS e ao DM do Ministério da Saúde (MS), configuraram a primeira iniciativa mundial de realização de uma campanha populacional massiva para o rastreamento de DCNT¹⁰.

Na saúde privada os estudos sobre os fatores de risco entre usuários de planos de saúde são pouco frequentes. Pesquisa contemplou a associação entre filiação aos planos de saúde e estilos de vida e uso de serviços preventivos em Belo Horizonte e encontrou que os indivíduos que possuíam planos de saúde apresentaram hábitos mais saudáveis de vida, sendo também a prevalência de uso de serviços preventivos mais altos¹¹.

Diante do contexto, indagam-se quais os fatores de risco para DCNT entre colaboradores de uma instituição privada? A identificação prévia destes elementos nos beneficiários pode auxiliar na promoção da modificação de comportamento, corroborando com a redução de riscos de doença e custos relacionados. As ações permitem uma gestão mais customizada e eficiente dos benefícios oferecidos e, assim, atinge o objetivo de melhorar a saúde e a QV dos colaboradores/beneficiários.

Assim sendo, objetiva-se analisar os fatores de risco para DCNT entre colaboradores de uma instituição privada.

Metodologia

Estudo descritivo, documental, com abordagem quantitativa. O local de escolha para o desenvolvimento deste estudo foi o banco de dados da Unimed Norte Nordeste - Federação Interfederativa de Trabalhos Médicos. A mesma adotou a estratégia de promoção da saúde e prevenção de doença, em fevereiro de 2013, criando o Núcleo de Atenção à Saúde, criado a partir da necessidade de concepção de um novo modelo de atenção à saúde, para assistir e orientar de maneira integral os beneficiários e colaboradores-beneficiários¹².

A população constituiu-se de 278 beneficiários-colaboradores que atuam desde a operacionalização até a gestão. Neste estudo foi utilizada a amostragem intencional para selecionar os sujeitos da amostra. Essa forma de seleção pode ser traduzida como aquela em que o pesquisador seleciona os sujeitos que considera relevantes para seu estudo¹³. Portanto, participaram do estudo 256 indivíduos (92,08%).

Os critérios de inclusão atenderam aos seguintes parâmetros: ser colaborador ativo independente do cargo e participar dos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças disponibilizadas pela empresa. Excluíram os cadastros incompletos.

A coleta de dados ocorreu entre julho e setembro de 2015 e os dados dispostos no banco de dados da Unimed Norte Nordeste - Federação Interfederativa de Trabalhos Médicos foi coletada em 2015, a partir de um questionário aplicado durante entrevistas, o qual abordava as características demográficas e socioeconômicas, padrão de alimentação e de atividade física, peso e altura, estes possibilitando o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), hábito tabagista e de consumo de bebida alcoólica, autoavaliação do estado de saúde, prevenção de câncer e morbidade referida¹⁴. As variáveis do estudo foram:

- Tabagismo: proporção de indivíduos que fumam, independente da frequência e intensidade do hábito de fumar. Ex-fumantes: proporção de indivíduos que já fumaram e não fumam mais.

- Consumo de bebidas alcoólicas: frequência de uso da bebida alcoólica.

- Excesso de peso: proporção de indivíduos com IMC igual ou superior a 25 Kg/m². Para calcular o IMC, divide-se o peso pela altura ao quadrado. Obesidade: proporção de indivíduos com IMC igual ou superior a 30 Kg/m². Para calcular o IMC, divide-se o peso pela altura ao quadrado.

- Alimentação Saudável: proporção de indivíduos com alimentação saudável. Considera-se alimentação saudável o indivíduo que come frutas de duas a três porções diárias, legumes e verduras no mínimo três porções diárias. Aquele indivíduo que ao consumir carne retira a gordura ou pele; ou aquele que consome alimentos desnatados e não comem frituras durante os cinco a sete dias na semana.

- Prática suficiente de atividade física: proporção de indivíduos que praticam atividades físicas acima de 30 minutos diários em três ou mais dias por semana.

- Morbidade autorreferida: proporção de indivíduos que relatam diagnóstico médico de: HAS, DM, dislipidemia, doenças cardíacas, depressão, câncer, doenças respiratórias.

- Autoavaliação do estado de saúde como Fraca: proporção de indivíduos que consideram seu estado de saúde como fraca. Autoavaliação do estado de saúde como Regular: proporção de indivíduos que consideram seu estado de saúde como regular. Autoavaliação do estado de saúde como Péssima: proporção de indivíduos que consideram seu estado de saúde como péssima. Autoavaliação do estado de saúde como Boa: proporção de indivíduos que consideram seu estado de saúde como boa. Autoavaliação do estado de saúde como Muito Boa: proporção de indivíduos que consideram seu estado de saúde como muito boa. Autoavaliação do estado de saúde como ótima: proporção de indivíduos que consideram seu estado de saúde como ótima.

- Exame de Papanicolau/Preventivo de Câncer de Colo Uterino (PCCU): proporção de mulheres com idade entre 25 e 59 anos que declaram ter realizado o PCCU alguma vez na vida ou nos três últimos anos.

- Exame de mamografia: proporção de mulheres com idade entre 50 e 59 anos que declararam ter realizado exame de mamografia alguma vez na vida e nos últimos dois anos.

Para análise dos dados, adotou-se a estatística descritiva por meio de medidas de tendência central (MTC) (Média Aritmética [MA], Moda [Mo] e Mediana [Me]) e medidas de dispersão (MD) (Desvio Padrão [DP]), sendo-os expressos em frequência absoluta (n) e relativa/percentual (%).

O estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Apoio ao Ensino, à Pesquisa e à Extensão (CEP FURNE), Protocolo nº 1.153.211/2015, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 46842715.1.0000.5693. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos os participantes.

Resultados

A tabela 1 apresenta a distribuição segundo a idade dos colaboradores. Verificou-se que a média de idade dos profissionais é de 34 a 38 anos, com idade mínima de 18 anos e a idade máxima 70 anos, sendo 54% do sexo feminino e 46% do sexo masculino.

Tabela 1 - Perfil etário dos colaboradores beneficiários de planos de saúde conforme diferenciação do gênero

Gênero	Faixa Etária									Total
	0-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-44	45-53	54-58	59-120	
Feminino	-	11	23	28	35	23	15	02	02	139
Masculino	01	08	22	22	24	12	16	07	05	117

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na tabela 2 têm-se os dados sobre a realização de PCCU e mamografia por ano, em que se constatou haver uma queda no ano de 2014, e após um aumento considerável na realização dos exames preventivos no ano de 2015. No exame de mamografia, a faixa etária que mais realizou está entre 39 e 44 anos; no PCCU, as maiores realizações de exames foram entre as idades de 34 a 38 anos. Observa-se também nestes dados que as mulheres entre 54 a 58 anos se preocupam pouco com a realização desses exames, pois apenas 3% das participantes realizaram a mamografia e o PCCU nesta faixa etária.

Tabela 2 - Perfil clínico das mulheres que realizaram o PCCU e a mamografia conforme distribuição etária e ano de avaliação

Quantidade por idade X Ano de avaliação							
Variável	Quantidade por idade	2013		2014		2015	
		n	%	n	%	n	%
Mamografia Faixa etária (anos)							
19-13	11	-	-	-	-	-	-
24-28	23	-	-	-	-	-	-
29-33	28	-	-	-	-	-	-
34-38	35	08	-	01	-	16	-
39-44	23	13	-	01	-	11	-
45-53	15	13	-	03	-	15	-
54-58	02	01	-	-	-	01	-
59-120	02	01	-	-	-	03	-
Total	139	33	24	05	04	46	33

Continua...

Quantidade por idade X Ano de avaliação							
Variável	Quantidade por idade	2013		2014		2015	
		n	%	n	%	n	%
PCCU Faixa etária (anos)							
19-13	11	-	-	-	-	-	-
24-28	23	04	-	01	-	17	-
29-33	28	11	-	04	-	28	-
34-38	35	16	-	05	-	33	-
39-44	23	15	-	01	-	23	-
45-53	15	10	-	03	-	15	-
54-58	02	01	-	-	-	01	-
59-120	02	-	-	-	-	01	-
Total	139	57	41	14	10	118	85

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na tabela 3, verifica-se que 55% dos pesquisados responderam ter boa saúde boa.

Tabela 3 – Análise dos colaboradores quanto à avaliação do perfil de percepção sobre sua saúde

Variáveis		Excelente		Muito Boa		Boa		Fraca		Regular	
Faixa etária	Sexo	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-18	M	-		-		-		-		01	
	F	-		-		-		-		-	
19-23	M	-		01		06		-		01	
	F	-		-		06		-		02	
24-28	M	01		05		12		-		04	
	F	02		05		14		01		05	
29-33	M	-		06		10		01		04	
	F	02		08		16		-		03	
34-38	M	01		05		12		01		02	
	F	01		09		22		01		02	
39-44	M	01		02		04		01		01	
	F	-		05		10		01		06	
45-53	M	-		01		10		01		02	
	F	-		05		06		-		02	
54-58	M	-		01		05		-		-	
	F	-		-		01		-		01	
59-120	M	02		-		01		-		01	
	F	01		-		01		-		-	
Total	M	05	05	21	20	60	57	04	04	15	14
	F	06	04	32	23	76	55	03	02	21	16

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na tabela 4, 2% afirmaram que são tabagistas, sendo mais homens que mulheres. Já na realização de atividades físicas, o inverso acontece, onde teve um percentual de 44% de mulheres sedentárias. Quanto ao etilismo, 58% dos

avaliados responderam que bebem, sendo 29% homens e 30% mulheres. Em relação à alimentação inadequada, 83% da população têm uma alimentação não saudável.

Tabela 4 – Distribuição da prevalência dos fatores de risco para DCNT entre a população conforme o sexo

Fatores de risco		Sexo				Total	
		Masculino		Feminino			
		n	%	n	%	n	%
Tabagismo	Sim	04	02	02	01	06	02
	Não	104	42	140	56	244	98
Sedentarismo	Sim	70	28	110	44	180	72
	Não	38	15	32	13	70	28
Etilismo	Sim	72	29	74	30	146	58
	Não	36	14	68	27	104	42
Alimentação inadequada	Sim	89	36	118	47	207	83
	Não	16	06	27	11	43	17

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na tabela 5, 1% dos entrevistados na faixa etária de 29 a 44 anos é fumante, enquanto na faixa etária de 45 a 120 anos apresentou 2%. Com relação ao sedentarismo, etilismo e alimentação inadequada, a faixa etária com maior prevalência de inatividade física está entre os 29 a 44 anos.

Tabela 5 – Distribuição da prevalência dos fatores de risco para DCNT entre a população conforme a faixa etária

Fatores de risco		Faixa Etária						Total	
		18-28		29-44		45-120			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Tabagismo	Sim	00	00	02	01	04	02	06	02
	Não	65	26	139	56	40	16	244	98
Sedentarismo	Sim	39	16	103	41	38	15	180	72
	Não	26	10	38	15	06	02	70	28
Etilismo	Sim	36	14	81	32	29	12	146	58
	Não	29	12	60	24	15	06	104	42
Alimentação inadequada	Sim	58	23	113	45	36	14	207	83
	Não	05	02	28	11	10	04	43	17

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na tabela 6 apresenta-se o resultado do IMC, demonstrando que 62% da população estavam com excesso de peso e os homens apresentaram maior excesso de peso (71%) que as mulheres (55%). Entre os indivíduos com mais de 24 anos, o homens também apresentaram maior excesso de peso do que as mulheres. Observou-se que as mulheres na faixa etária entre 24 a 28 anos de idade apresentaram percentual maior de excesso de peso.

O inverso ocorreu entre os homens, em que aqueles entre 29 e 33 anos são os que apresentam o maior percentual de excesso de peso. A obesidade foi de 30% entre homens na faixa etária de 19 a 44 anos. Nas mulheres, este percentual foi de 18% na faixa etária de 19 a 38 anos. Independente da faixa etária, 18% das mulheres estavam obesas e 30% dos homens.

Tabela 6 – Perfil de indivíduos com sobrepeso (IMC > 25 kg/m²) e obesidade (IMC > 30 kg/m²) conforme a faixa etária.

FAIXA ETÁRIA											
HOMENS	0-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-44	45-53	54-58	59-120	Total	%
Baixo peso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Normal	01	03	04	08	07	03	05	02	01	34	29
Sobrepeso	-	03	09	07	08	06	07	04	04	48	41
Obesidade grau I	-	-	06	04	04	-	04	01	-	19	16
Obesidade grau II	-	02	03	02	03	02	-	-	-	12	11
Obesidade grau III	-	-	-	01	02	01	-	-	-	04	03
MULHERES											
Baixo peso	-	-	01	01	-	-	-	-	-	02	01
Normal	-	07	10	09	17	07	08	01	02	61	44
Sobrepeso	-	03	08	12	13	12	04	-	-	52	37
Obesidade grau I	-	-	03	05	04	04	03	01	-	20	14
Obesidade grau II	-	-	-	01	-	-	-	-	-	01	01
Obesidade grau III	-	01	01	-	01	-	-	-	-	03	03

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quanto à morbidade autorreferida, a proporção de indivíduos que relatam diagnóstico médico para DCNT foi: 11% relataram dislipidemia, 10% HAS, 7% doenças respiratórias, 2,8% DM e 0,8% para depressão. No mais, 12,9% afirmaram possuir outras doenças e 55,5% relataram não possuir quaisquer agravos.

Discussão

As organizações ao conhecerem a distribuição dos fatores de risco e de proteção para DCNT entre os colaboradores podem identificar situações de risco e direcionar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças. Dentre as ações, merece destaque a avaliação nutricional na empresa a cada seis meses, atividade física na praia três vezes por semana por uma hora cada, com um educador físico; palestras educativas, distribuição anual de requisições para realização de exames laboratoriais e preventivos. Avaliações de saúde semestrais para acompanhamento da evolução de saúde e avaliação dos indicadores de monitoramento e resultados. O monitoramento dos fatores de risco para DCNT é importante para a abordagem populacional, indicando os benefícios das ações de promoção à saúde¹⁴.

Os resultados deste estudo demonstram que, em geral, a amostra avaliada apresenta perfil de risco intermediário para as DCNT. Porém, considera-se que tal variável é insatisfatória para determinar a ausência de risco cardiovascular entre os indivíduos que compuseram a amostra, uma vez que os mesmos apresentam perfil alimentar inadequado, bem como apresentaram um IMC acima do peso, o que aponta para um preditor de risco, embora, este resultado assemelhe-se com os achados da população adulta brasileira, a qual apresenta alta prevalência de sobrepeso e obesidade¹⁵.

Os níveis séricos de colesterol e triglicérides se elevam em função do consumo alimentar aumentado de colesterol, de carboidratos, de ácidos graxos saturados, de ácidos graxos trans e de excessiva quantidade de calorias. Por isso a seleção adequada destes itens poderá contribuir de maneira eficaz no controle das dislipidemias¹⁶.

O sedentarismo, a adesão a uma dieta ocidentalizada, com hábitos alimentares ruins tem contribuído para o aumento da população obesa¹⁷. A obesidade representa o maior agravante de saúde e é vista como a doença crônico-degenerativa que mais afeta a população^{16,18}.

Entretanto, destaca-se que o IMC é considerado por diversos autores como indicador importante para o risco cardiovascular, mas que apresenta algumas limitações, fato que dificulta a estimativa precisa de tal risco, haja vista que ao se utilizar este método tem-se uma dificuldade de diferenciação entre o tecido adiposo e o muscular dos indivíduos, com uma massa muscular aumentada, por exemplo, resultando em uma classificação inadequada para risco cardiovascular¹⁹.

Os achados evidenciaram alta prevalência de excesso de peso (61%), tabagismo (2%), etilismo (58%), sedentarismo (72%) e alimentação não saudável (83%). Nas doenças já instaladas evidenciou-se HAS em 10% dos entrevistados, 11% com dislipidemia, 7% têm problemas respiratórios, 2,8% são diabéticos e 0,8% tem depressão.

Os valores observados quanto aos indivíduos hipertensos foram semelhantes aos encontrados em outro estudo epidemiológico, o qual demonstrou taxa de prevalência em torno de 20%, sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de aumento com a idade²⁰.

A HAS é apontada como um dos mais relevantes fatores de risco cardiovascular, uma vez que está relacionada à ocorrência de uma diversidade de DCV, e responde por cerca de 40% dos óbitos por acidente vascular encefálico (AVE), 25% dos ocorridos por doenças arteriais coronarianas e quando associada ao DM, estima-se que seja responsável por metade dos casos de desenvolvimento de insuficiência renal terminal².

Dos 72% casos de óbito no Brasil, em 2005, tiveram como causas as DCNT. Desse total, 45% foram consideradas mortes prematuras, ocorridas antes dos 70 anos. Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 80% dos casos de DM2, problemas prematuros do coração e AVC, bem como 40% dos casos de câncer, podem ser evitados, se for adotada uma alimentação adequada, hábitos regulares de atividade física e redução do uso do tabaco²¹.

Apesar de apresentar perfil de risco negativo para tabagismo e a população mínima possuírem já doenças crônicas, considerando-se uma elevação de mais da metade da população consumirem bebidas alcoólicas, a amostra avaliada apresenta perfil alimentar e inatividade física de alto risco, haja vista os hábitos alimentares inadequados observados, que certamente são influenciados pelo ritmo de vida adotado pela sociedade, apresentando-se como importante preditor de risco para doenças crônicas e estando comumente associada à elevação dos índices de sobrepeso e obesidade na população²².

Os dados encontrados neste estudo, em relação à alimentação inadequada, são compatíveis com dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o MS em 55.970 domicílios brasileiros. Essa pesquisa revelou que 90% dos avaliados apresentou consumo de frutas em quantidades menores do que é recomendado pelo MS, que é de cinco porções de frutas diariamente. A pesquisa revelou outro dado preocupante, haja vista que dos 260 indivíduos avaliados, 21,9% relataram não consumir frutas diariamente, fato que contribui para a vulnerabilidade dos indivíduos no que se refere ao acometimento por DCNT, como é o caso das DCV¹⁵.

Na população estudada, 26 colaboradores apresentaram HAS, representando 10% do total dos avaliados. A HAS, descrita como uma síndrome multifatorial e que costuma não apresentar sintomas, é comumente determinada pela presença de níveis de pressão arterial (PA) permanentemente elevados, em que se identifica valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) maiores que 140 mmHg ou de Pressão Arterial Diastólica (PAD) maiores que 90 mmHg, sendo necessária a realização de no mínimo três aferições com um intervalo de tempo de uma semana entre as aferições para se estabelecer o diagnóstico de HAS. Esta doença encontra-se comumente associada a alterações metabólicas, funcionais e estruturais do encéfalo, coração, vasos sanguíneos e rins, resultando no desenvolvimento de DCV com desfechos que podem apresentar-se de forma fatal ou não²³.

Na relação dos avaliados, 3% são diabéticos. O DM compreende um relevante problema de saúde mundial que possui incidência crescente e alta morbimortalidade, resultando na perda significativa da QV do indivíduo. Dados do MS indicam que o DM figura entre as 10 principais causas de morte na população brasileira (BRASIL, 2006b). Dados apontam que o DM foi responsável por 4,6% do total de mortes registradas no Brasil em 2007⁶.

Na Holanda, foi iniciado em 1998, o projeto *Hartslag Limburg* na região de Maastricht, que teve como objetivo reduzir a prevalência de DCNT, encorajando os habitantes a aumentarem a atividade física, a reduzirem a ingestão de gordura, e acessarem o tabagismo⁸. Desde 2002, a OMS está envolvida no esforço mundial de priorizar a vigilância das DCNT, com ênfase nos principais fatores de risco tais como o tabagismo, a HAS, a alimentação inadequada, a obesidade, o sedentarismo, entre outros. Diante das experiências exitosas em vários países na redução da morbimortalidade por DCNT por meio da vigilância e das ações integradas sobre os fatores de risco²⁴.

A síndrome metabólica, caracterizada pela associação de HAS, obesidade abdominal, intolerância à glicose, dislipidemias, apresenta índices elevados entre a população brasileira, incluindo a população jovem. Por outro lado, alterações no estilo de vida, como dieta adequada, prática regular de atividade física e abandono do tabagismo, podem aumentar a qualidade e a expectativa de vida dos indivíduos²⁵⁻⁶.

A adesão à dieta, às correções no estilo de vida – perda de peso, atividade física e cessação do tabagismo. Essas mudanças de comportamentos adequados são fundamentais para a prevenção das DCNT¹⁶.

O aumento da incidência desse tipo de doença no país gera impacto em muitos setores, como no econômico, uma vez que os cuidados com a doença crônica envolvem o uso de medicações e hospitalizações. Também se têm mudanças na organização social, alterando-se rotinas de trabalho, organização de tarefas, estrutura de locais públicos, aumento do número de aposentadorias por invalidez, entre outras coisas; além de efeitos na organização da família, com a reestruturação de papéis, criação de novas rotinas, possíveis mudanças econômicas; em aspectos mais individuais, como passar a conviver com mudanças e limites postos pela doença; e na própria cultura, que contemplará novos hábitos, significados compartilhados e a criação de novos espaços para aqueles que têm uma doença¹⁷.

A estruturação desses programas não deve esbarrar no estabelecimento de metas inalcançáveis. Cabe ressaltar que as metas preconizadas nos principais estudos para prevenção de doenças crônicas não são tão rigorosas que não possam ser atingidas. Há evidências convincentes de que pequena redução de peso (5% do peso inicial), atividade física (150 minutos na semana) e hábitos alimentares saudáveis (> 15 g/1.000 kcal de fibras e < 10% de gorduras saturadas) promovem significativos benefícios cardiometabólicos. O alcance de apenas uma das metas já resulta em redução de risco; hipoteticamente, atingindo o conjunto das mudanças propostas, cerca de 90% dos casos seriam prevenidos²⁷.

Ante aos achados, ressalta-se a “necessidade de reunir estas informações para a construção de políticas institucionais de promoção, prevenção, recuperação da saúde por meio de ações educativas”^{28:15}.

Considerações Finais

Foi possível constatar que os colaboradores estão em risco para o desenvolvimento de DCNT, pois muitos são os fatores relacionados.

Os principais fatores ambientais modificáveis das DCNT são os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo e a obesidade, associados às mudanças no estilo de vida como a cessação do tabagismo e o controle do *stress*. Dentro da prevenção, o monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DCNT, especialmente os de natureza comportamental permitem, por meio das evidências observadas, a implementação de ações preventivas com maior custo-efetividade.

Portanto, programar ações de atenção à saúde e prevenção de doenças para colaboradores e beneficiários é o caminho eficaz para uma redução nos custos associados com o cuidado à saúde e absenteísmo, além de melhorias na saúde dos trabalhadores, ocasionando melhor QV. Mudanças sustentadas de comportamentos de risco estão entre os maiores desafios dos profissionais e dos órgãos e saúde.

Os resultados deste estudo permitem direcionar sobre novos caminhos a percorrer na promoção da saúde como estratégia de redução de doenças. Deste modo, não apenas visando redução de custos assistenciais das operadoras de planos de saúde, mas visando primordialmente a QV dos participantes desenvolvendo a consciência de sua responsabilidade e autonomia sobre o processo saúde-doença.

Referências

1. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI et al . Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública. 2012;46(1):126-34.
2. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: WHO, 2011.
3. Malta DC, Moraes Neto, OL; Silva Júnior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv Saúde. 2011;20(4):425-38.
4. Schmidt MI, Duncan BB. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. Epidemiol. Serv Saúde. 2011;20(4):421-3.

5. Orlando R, Pinheiro TLF, Volkweis DSH, Colussi EL. Avaliação da alimentação e sua relação com as doenças crônicas não transmissíveis de um grupo de idosos de um município da região norte do Estado do RS. *Rev Enferm Frederico Westphalen*. 2011;6(7):203-17.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigilância Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2011.
7. Andrade JC. Fatores associados à hipertensão arterial e ao excesso de peso em trabalhadores de uma indústria metalúrgica [Dissertação]. Escola de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2012.
8. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(1):7-17.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília: OPAS; 2003.
10. Malta DC, Cezario AC, Moura L. 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.
11. Lima-Costa MF. Estilos de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de saúde de Belo Horizonte). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(4):857-64.
12. Unimed Norte Nordeste. Federação Interfederativa de Trabalhos Médicos. *A cooperativa – 15 de setembro de 1977* [cited 2014 Aug 08]. Três Pontas (MG): UNIMED/FITM, 2014. Available from: <http://unimednne.com.br/a-cooperativa/>
13. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):388-94.
14. Malta DC, Moura EC, Castro AM, Cruz DKA, Morais Neto OL, Monteiro CA. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009;18(1):7-16.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008- 2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
16. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(4):1-20.
17. Guimarães AA, Bortolozzo EAFQ, Lima DFR. Prevenção de fatores de risco para doenças cardiovasculares: programa de nutrição e prática de atividade física para servidores de uma universidade pública do estado do Paraná. *Rev Eletr Fafit/Facic*. 2013;4(1):10-8.
18. Wanderley EN, Ferreira VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):185-94.
19. Rezende FAC, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Rosado GP, Ribeiro RCL. Aplicabilidade do índice de massa corporal na avaliação da gordura corporal. *Rev Bras Med Esporte*. 2010;16(2):90-4.
20. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Serv Saúde*. 2006;15(1):35-45.
21. World Health Organization. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: WHO; 2009.
22. Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(5):343-50.
23. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(1 supl.1):1-51.
24. World Health Organization. *Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke*. Geneva: WHO; 2010.
25. Ciolac EG, Guimarães GV. Exercício físico e síndrome metabólica. *Rev Bras Med Esporte*. 2004;10(4):48-52.
26. Pimenta AM, Gazzinelli A, Velásquez-Meléndez G. Prevalência da síndrome metabólica e seus fatores associados em área rural de Minas Gerais (MG, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7): 3297-306.
27. Mozaffarian D, Kamineni A, Carnethon M, Djoussé L, MukamalKJ, Siscovick D. Lifestyle risk factors and new-onset diabetes mellitus in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med*. 2009;169(8):798-807.
28. Moura AL, Haddad MCL, Dalmas JC, Martins JT, Pissinati PSC. Avaliação do risco cardiovascular em trabalhadores de um campus universitário público. *Saúde (Santa Maria)*. 2016;42(2):10-7.

Veronilde da Silva Oliveira

Endereço para correspondência – Rua: Severino Soares, SN, Q13, L08,
Condomínio Vilas do Lago, CEP: 58701-380, Patos, PB, Brasil.

E-mail: veraenfe@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9784511556032462>

Paula Christianne Gomes Gouveia Souto Maia – pcggsm@gmail.com

Joselito Santos – jslito2012@gmail.com

Milena Nunes Alves de Sousa – minualsa@hotmail.com

Enviado em 02 de setembro de 2016.

Aceito em 21 de novembro de 2016.

LEITURA DO MUNDO DE GESTANTES ADOLESCENTES: descobrimo universo vocabular baseado no círculo de cultura

THE WORLD READING OF PREGNANT TEENAGERS: discovering the vocabulary universe based on circle of culture

**Glicia Mesquita Martiniano Mendonça¹, Maria Adelane Monteiro da Silva², Leidy Dayane Paiva de Abreu³,
Rebeca Sales Viana⁴, Francisca Alanny Araújo Rocha⁵, Antonio Rodrigues Ferreira Junior⁶**

RESUMO

Objetivo: O artigo objetiva revelar o universo vocabular de leitura do mundo de gestantes adolescentes, baseado nos Círculos de Cultura de Paulo Freire. Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa realizada de outubro/2012 a maio/2013 com quatorze adolescentes. Para coleta das informações utilizou-se observação participante e diário de campo nos encontros grupais. A análise dos achados se deu mediante aplicação do método de Análise Temática de Minayo. A partir do diálogo, foi possível identificar palavras do universo vocabular das adolescentes, para então propiciar conscientização crítica e rica discussão quanto a amamentação, família e grupalidade. O estudo permitiu conhecer as palavras geradoras do universo vocabular de adolescentes grávidas: amamentação, apoio familiar, gravidez e história de vida. Destacaram-se palavras que possibilitam melhor atuação profissional no desenvolvimento de cuidados em saúde para gestantes adolescentes.

Descritores: Gravidez na Adolescência; Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: This article aims to expose the world of reading vocabulary universe of pregnant adolescents, based on Paulo Freire Cultural Circles. This is an exploratory research with qualitative approach carried out from October 2012 to May 2013 with fourteen teenagers. For data collection were used the participant observation and field diary. The analysis process of the information was made through thematic analysis. From the dialogue, it was possible to identify words and generative themes immersed in the universal vocabulary of these pregnant teenagers providing critical awareness and rich discussion on breastfeeding, family, and also groupality. The learning group was the center of discussions in order to provide change of attitude of adolescents. Therefore, the research study allowed know the generative words of universal vocabulary of pregnant teenagers: breastfeeding, family support, pregnancy and life story. Words stood out that enable better professional role in the development of health care for pregnant adolescents.

Descriptors: Pregnant Teenager; Health Education; Primary Health Care.

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE, Brasil.

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil.

³ Especialista em Gestão Ambiental pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE), Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Mestre em Gestão e Modernização Pública pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE, Brasil.

⁵ Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Sobral, CE, Brasil.

⁶ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil.

Introdução

A adolescência é uma fase sociocultural, construída historicamente a partir de critérios múltiplos que abrangem as dimensões biopsicológica, cronológica e social. Estar na adolescência é viver um período bastante conturbado na maioria das vezes, em razão das descobertas, das ideias opostas às dos pais e irmãos, formação da identidade, fase na qual as conversas envolvem namoro, brincadeiras e tabus¹.

A adolescente, ao engravidar, convive com dois eventos estressores, que ocorrem sinergicamente: a adolescência e a gestação. A adolescência, por si só, implica investimentos pessoais e sociais para lidar com as mudanças físicas e emocionais, mas também com o posicionamento social, familiar e sexual. Em relação à gestação, a adolescente se vê desafiada a assumir um maior grau de independência e de responsabilidade pela provisão de cuidados com o desenvolvimento da gestação².

A gravidez na adolescência acontece em todas as classes sociais, mas prevalece de forma mais contundente em populações mais carentes. As dificuldades comunicativas internas à família, além da inexistência de educação sexual específica favorecem o aumento desta problemática, podendo ocasionar uma série de situações e dúvidas as quais os adolescentes não estão preparados para enfrentar, como por exemplo: interromper a gestação ou não, abandonar os estudos, mesmo que temporariamente, e assumir responsabilidades de pais quando ainda se veem como filhos³.

Este acontecimento é importante para a saúde pública em âmbito nacional, pelo impacto que causa na vida dos envolvidos na situação. Embora o país tenha melhorado significativamente o acesso ao pré-natal, a qualidade deste serviço ainda é questionável, especialmente na adolescência quando há especificidades individuais que devem ser consideradas⁴.

Diante desta realidade e reconhecendo que o estilo de vida da adolescente é considerado crucial para o trabalho em saúde, destacamos a necessidade de enaltecer o complexo processo que representa a gravidez na adolescência e que este exige à aplicação de tecnologias efetivas, que contemplem uma política de atenção próxima do contexto no qual estas adolescentes estão inseridas.

Partindo desta premissa, ressalta-se a etimologia do termo tecnologia que vem de *techné*, que significa o saber fazer, e *logia* que vem de *logos*, razão. Dessa forma, o termo é definido como a razão do saber fazer. Estendendo o conceito para o trabalho em saúde, pode-se associar a equipamentos e máquinas (tecnologia dura), a certos saberes estruturados (tecnologia leve-dura) ou a relações humanas (tecnologia leve). Sendo este último trabalhado na aplicação do círculo de cultura⁵.

Acredita-se que o uso de tecnologias contribua para a promoção e educação em saúde e manifeste nas gestantes adolescentes a oportunidade de favorecer o apoio mútuo, a partilha de dificuldades comuns vivenciadas por pessoas em situações semelhantes, o aprendizado e a adoção/manutenção de comportamentos saudáveis⁶. Nesse sentido, uma importante proposição está diretamente associada ao desenvolvimento pessoal e social que pode ser conquistado por meio de informação, educação para a saúde e intensificação de habilidades pessoais, capacitando a adolescente grávida para que essa exerça maior controle sobre sua saúde e a do seu futuro filho.

As experiências promissoras desencadeadas por Paulo Freire, ante a efetivação prática desse conjunto de pensamentos e atitudes, buscaram uma legítima educação como processo de inclusão e cidadania e fomentaram o movimento de Educação Popular. Essa educação frutífera transcende a modificação dos métodos de educar e transforma as pessoas antes passivas em partícipes na transformação da realidade, pois ao mesmo tempo educa e politiza as pessoas, despertando-as para a consciência crítica das possibilidades e dos compromissos com a construção de um mundo mais solidário⁷.

Reescrevendo páginas de uma história, onde todos são sujeitos e agentes de um contexto em transformação, no ideário da promoção a saúde, com justiça e humanização da sociedade, os Círculos de Cultura adentram as ações de Educação em Saúde, com intuito de fortalecer a ação de todos que fazem parte da troca de experiências, por fortalecer processos de *empowerment* dos profissionais e dos usuários no exercício de sua cidadania como sujeitos de uma história em transformação⁷.

A utilização efetiva do Círculo de Cultura como estratégia de Educação em Saúde tem sido experimentada. Além de proporcionar a exploração e discussão de diversos temas com adolescentes, também, permite diálogo com este público, possibilitando a autonomia dos participantes e a reflexão crítica da realidade com o compromisso político para sua transformação. A rigor, não se ensina, se aprende em reciprocidade de consciências; não há um professor, há um coordenador, que tem por função dar as informações solicitadas pelos respectivos participantes e propiciar condições favoráveis à dinâmica do grupo, reduzindo ao mínimo sua intervenção direta no curso do diálogo⁸.

Freire realizou pequenas pesquisas de construção do conhecimento da realidade local com o objetivo de envolver-se com o trabalho de alfabetização nas comunidades. Esta primeira etapa pedagógica do método foi denominada por Freire com diversos termos semelhantes: “levantamento do universo vocabular” (em *Educação como Prática da Liberdade*), “descoberta do universo vocabular” (em *Conscientização*), “pesquisa do universo vocabular” (em *Conscientização e Alfabetização*), “investigação do universo temático” (em *Pedagogia do Oprimido*)⁹. O objetivo da pesquisa do universo vocabular é de impressionar quanto à maneira como uma realidade social existia na vida e no pensamento dos seus participantes. É a descoberta coletiva da vida por meio da fala, do mundo através da palavra.

Portanto, este estudo busca levantar o universo vocabular a partir da leitura do mundo de adolescentes grávidas de um grupo de gestantes adolescentes com base nos Círculos de Cultura de Paulo Freire.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa¹⁰, que adota como perspectiva promover uma familiarização com o problema investigado, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses¹¹.

Refere-se à primeira etapa do Círculo de Cultura do método Paulo Freire¹², o levantamento do universo vocabular, no processo de implantação de um grupo de 20 gestantes adolescentes em um Centro de Saúde da Família (CSF) de município polo no norte do Ceará, no período de outubro de 2012 a maio de 2013.

Para ter acesso à população que iria compor os participantes desta pesquisa, inicialmente, foi realizada visita ao CSF do estudo, para conhecimento da área, contato inicial com a equipe de saúde para verificação dos prontuários das gestantes e informações quanto aos dias e horários de consulta pré-natal. Nessa oportunidade, foram esclarecidos os objetivos do estudo para a equipe do serviço.

A seleção dos participantes atendeu aos seguintes critérios de inclusão: ser adolescente conforme o Ministério da Saúde, na faixa etária entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias; estar em processo gravídico durante o período do estudo; apresentar condições física e psíquica para participar da pesquisa.

Ao considerar que se trata de pesquisa qualitativa, esta articula questões de ordem subjetiva como raízes culturais, sentimentos, emoções, comportamentos, reflexões e colocações pessoais, discussões e síntese resultante da produção coletiva¹³. Neste sentido, foram utilizados para coleta de informações nas reuniões mensais: a observação participante, o registro em diário de campo e a utilização de gravador. As informações de cada encontro foram transcritas na íntegra mediante as falas captadas e passaram por avaliação dos profissionais de saúde que acompanhavam as gestantes durante o pré-natal. Buscou-se com isso, confirmação das temáticas comumente verbalizadas pelo grupo, evitando inferências dos pesquisadores.

Para seu criador, o Círculo de Cultura, era o espaço em que dialogicamente se ensinava e se aprendia que não havia espaço para transferência de conhecimento, mas a construção do saber do educando com suas hipóteses de leitura de mundo. Ele propicia um ambiente dialógico, em grupos específicos, onde há interação entre os participantes e permite a percepção de situações vivenciadas por estes, por meio do universo vocabular utilizado na comunicação¹².

A primeira etapa da investigação dos “temas geradores” ou da “temática significativa” de uma determinada área inicia pelas fontes secundárias, universo vocabular. Essa investigação se dá por meio de conversas informais com os moradores da região sobre o objetivo de sua presença no local durante uma reunião. O objeto fundamental dessa primeira etapa é estudar a percepção e o núcleo de contradição dos indivíduos da área. Essas contradições não são mais que “situações limites”. Esse conjunto de contradições ainda não é suficiente para a estruturação do conteúdo programático da ação educativa. Segundo Freire “esta visão é deles ainda, e não a dos indivíduos em face de sua realidade”¹⁴.

A fase seguinte da investigação começa quando os investigadores, a partir dos dados que colheram, chegam à apreensão daquele conjunto de situações-limites. Em equipe, escolheram algumas dessas situações ou contradições para serem codificadas. Preparadas as codificações os investigadores iniciam a terceira fase com a decodificação do material elaborado. Nesta, voltam à área para inaugurar os diálogos decodificadores, nos “círculos de investigação temática” ou “círculos de cultura”. Feito isso inicia a quarta fase, quando os investigadores, terminadas as decodificações nos círculos, dão começo ao estudo sistemático e interdisciplinar de seus achados. Os investigadores a princípio ouviram todas as gravações, as decodificações e os comentários elaborados pelos observadores feitas nos “círculos de investigação”¹².

Desse modo, as atividades desenvolvidas no Círculo de Cultura são momentos de encontro entre a vivência prática e a teoria em que a intenção dada à direção pedagógica se materializa na concretização da teoria em vida, no

existenciar-se. Importante destacar que a seleção/organização do conteúdo programático assume papel de destaque e deve se dar a partir de uma situação presente, existencial e concreta em que se propõe, por meio das contradições nela presentes, sua problematização na busca do universo temático e seu conjunto dos temas geradores. A investigação/busca dos temas geradores implica, necessariamente, uma metodologia que não pode contradizer a dialogicidade da educação libertadora. Daí que seja igualmente dialógica¹⁴.

Apresentamos as etapas do método Paulo Freire¹² para melhor entendimento e detalharmos os seus desdobramentos, no entanto, como prevalece o sentido dialético em toda a sua extensão, essas etapas se entrelaçam e se misturam; não são estanques. Possuem, no entanto, uma ordem cronológica para que o processo de ensino-aprendizagem aconteça de maneira completa e significativa tanto para quem aprende, quanto para quem ensina.

Neste estudo, a descrição e organização dos resultados constaram da transcrição das informações coletadas, com registros de falas na íntegra, ordenadas mediante narração e discussão, permitindo assim, a análise das informações coletadas mediante os pressupostos do método Paulo Freire¹² e a Análise Temática¹⁰.

A técnica de Análise Temática¹⁰ consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso.

As integrantes foram elucidadas sobre os objetivos deste trabalho, de forma adequada à compreensão, a fim de convidá-las a participarem do estudo. Logo, foi garantido o sigilo e anonimato, no intuito de preservá-las em sua identidade e privacidade, considerando o que preconiza a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sobre diretrizes e normas regulamentadoras que tratam de pesquisas com seres humanos¹⁵. Para a garantia do anonimato das participantes utilizou-se nomes de espécies de aves para identificá-las: Andorinha, Gaivota, Garça, Sabiá, entre outros.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, obtendo aprovação, conforme Parecer nº 19748, datado de 09 de maio de 2012.

Resultados e Discussão

A base que fundamenta o Círculo de Cultura, numa visão antropológica Freiriana, é o diálogo. É na palavra pronunciada, que os participantes se fazem ao fazer e refazer o próprio mundo, a ação educativa¹⁶.

É necessária esta discussão à medida que acreditamos que conhecer o universo vocabular das adolescentes, para procedermos com a tematização em grupo, proporcionará um envolvimento e estabelecimento de vínculo mais efetivo entre pesquisador/facilitador e adolescente, além de favorecer a obtenção de resultados positivos a partir de fatores terapêuticos envolvidos.

Para Freire esse momento é essencial para concretização de cada uma das fases do Método, pois consiste no levantamento de vocábulos do universo das participantes do grupo a desenvolver-se. Ademais refere-se a uma pesquisa que permite uma aproximação entre educador e educando numa relação mais informal, porém carregada de sentimentos e emoções. É igualmente importante para o contato mais aproximado com a linguagem, com os falares típicos do povo, com sua cultura¹².

Conhecendo as adolescentes

Para o desenvolvimento do trabalho com a aplicação do Círculo de Cultura, é essencial que o pesquisador esteja atento para o que se fala. As conversas, as entrevistas e as discussões, tudo, intrinsecamente, relacionado com a vida daquelas pessoas que participam¹².

Partindo desses pressupostos de Freire, identificamos vinte gestantes adolescentes que atendiam aos critérios de inclusão do estudo, com idades que variavam de 14 a 19 anos. Onze viviam em união estável, cinco moravam com os pais e quatro eram casadas, onze estavam desempregadas e a renda provinha de seus parceiros, vivendo com menos de um salário mínimo, por meio de trabalho informal.

Das adolescentes, oito estudam, cinco no ensino médio e três no ensino fundamental; e seis pararam de estudar. Dez são primigestas, com idade gestacional entre 16 e 36 semanas e uma adolescente relatou já ter sofrido um aborto.

Nas consultas de pré-natal, doze fizeram de 1 a 5 consultas e oito gestantes tinham feito seis consultas. Dez das entrevistadas estavam no segundo trimestre gestacional.

Freire propõe, como primeira situação a ser debatida no processo de alfabetização de adultos no Círculo de Cultura, o entendimento do ser humano como um ser que transforma a realidade pelo papel ativo que desempenha nela e com ela¹⁷. Isto porque é com seu trabalho que o ser humano vem historicamente alterando o mundo natural de acordo com suas necessidades, e estas mediações propiciam não apenas a emergência da transformação, mas o processo de conhecimento, que é cultural.

Em seguida, definiram-se as estratégias em que as informações obtidas por intermédio da observação participante e das conversas informais permitiram o levantamento do universo vocabular das adolescentes. Observou-se que o grupo estava inserido em uma realidade que envolvia palavras relacionadas com o contexto da saúde da mulher, do bebê e da adolescência¹².

Leitura do mundo das adolescentes

A leitura do mundo é a primeira etapa do Método Paulo Freire¹². Por meio dessa leitura se torna possível mergulhar no universo das adolescentes buscando conhecer suas vivências e anseios, praticando o estudo da realidade. Torna possível o diálogo, sem o qual a leitura do mundo torna-se incompleta e insuficiente. As falas reveladas a seguir representam o universo da população em questão, as quais direcionaram a discussão, sendo escolhidas as que potencializaram otimização do diálogo no grupo de gestantes.

Durante os encontros revelaram a ansiedade em relação à 'amamentação' e dúvidas quanto ao processo, sendo esta a primeira palavra geradora encontrada. Estudos evidenciam não haver associação entre o desmame e a primiparidade. Contudo, verifica-se que as mães primíparas são as que menos amamentam exclusivamente ao seio, fazendo-se necessário o estabelecimento de um olhar mais atento da equipe de saúde para estas mulheres, aliado a uma educação no pré-natal mais qualificada e fundamentada em uma escuta acolhedora. Estas ações podem se configurar em estratégias a fim de capacitá-las e empoderá-las para que resistam às pressões sociais do desmame¹⁸⁻²⁰.

O universo vocabular das adolescentes envolto aos mitos e dúvidas perpassados no âmbito familiar primário relacionados à amamentação, possibilitam a observação da palavra geradora para a segunda fase do Método Paulo Freire¹², que integra a escolha dos temas levantados do universo vocabular das pesquisadas.

A amamentação e seu incentivo ainda são desafios na sociedade. Muitas mães e avós não criaram seus filhos exclusivamente no seio, utilizando a introdução de chá e leite artificial associado com cereal nos primeiros dias de vida da criança. Por conta disso, estas apresentam resistência à amamentação exclusiva, valorizando as dificuldades dessa prática, no intuito de "proteger" suas filhas/noras¹⁸. O trabalho em grupo quanto à temática amamentação, proporciona o esclarecimento e o incentivo necessário à amamentação exclusiva, munindo as adolescentes de argumentos sobre os benefícios obtidos para a mãe e o bebê, o que possibilita melhor tomada de decisão destas acerca do ato de alimentar o filho.

"Nunca amamentei e não sei como vou fazer, minha mãe falou que nunca me amamentou"(Andorinha)

Quanto ao desejo do apoio da família e do companheiro no processo gravídico, os discursos correlacionavam o bem-estar materno e fetal ao ambiente familiar agradável e equilibrado, verificado pela emoção suscitadas nas falas. As relações vivenciadas no entorno intra e extrafamiliar, revelaram a palavra geradora 'apoio familiar' para discussão em grupo, disparando no coordenador/animador do Círculo de Cultura a necessidade de olhar essas gestantes para além do processo gravídico e, percebê-las como integrantes de relações interpessoais que exercem influência sobre a gravidez-parto-puerpério.

"Quería que meu namorado e meus pais me dessem mais atenção e ao meu filho também, estamos precisando agora. É importante né o apoio da família para meu filho nascer bem?"(Gaivota)

A família e o companheiro se mostram importantes como fonte de apoio para a gestante adolescente, pois ampliam o fortalecimento dos vínculos, minorando a ansiedade, medo e dúvida acerca do processo gravídico e futuro papel materno²¹⁻²².

E em consonância com as singularidades dos adolescentes, as gestantes expuseram a importância da implantação de um grupo de gestantes destinado especificamente ao público adolescente.

“Eu acho muito importante ter um grupo só nosso.” (Sabiá)

“Eu não me sinto bem no grupo de todas as gestantes, tenho dúvidas que fico com vergonha de falar porque elas tudo já sabe, porque já tiveram outros filhos.” (Garça)

A discussão do aprendizado em grupo é associada à criação de um espaço de diálogo onde as participantes têm as mesmas características, as mesmas dúvidas e anseios quanto à gravidez, ampliando a empatia. Neste cenário a formação de vínculo pode se tornar maior do que em grupos mistos, com gestantes adultas e adolescentes.

Quanto ao aprendizado em grupo, as adolescentes demonstraram desejo em aprender assuntos relacionados à ‘gravidez’ e que consideram importantes para o seu autocuidado e sua autonomização no processo gravídico, gerando a terceira palavra geradora.

“Tenho vontade de saber sobre a minha saúde que também é importante.” (Cegonha)

“Queria aprender sobre os medos e dores que nos dá quando a gente tá grávida.” (Águia)

O Ministério da Saúde preconiza a realização de práticas educativas individuais e coletivas durante a conduta do pré-natal de baixo-risco, enfatizando que os grupos educativos para adolescentes devem ser exclusivos desta faixa etária, onde se deve abordar temas de interesse das participantes. Sugere ainda, para uma maior obtenção de resultados, que estes grupos sejam divididos em faixas de 10-14 anos e de 15-19 anos²³.

A formação de grupos com gestantes adolescentes se constitui em uma oportunidade preciosa para os profissionais da saúde discutirem assuntos importantes para este público, pois ao se apoiarem em iguais, os adolescentes conseguem participar de forma efetiva das construções coletivas, com impacto em sua saúde individual²⁴.

Na perspectiva do Método Paulo Freire, o Círculo de Cultura, é um espaço que dialogicamente se ensina e se aprende, onde não há espaços para transferência de conhecimentos, mas para a construção de um saber. Portanto, essas gestantes adolescentes têm muito a contribuir com o grupo, pois serão disparadoras de discussão e poderão envolver todos os participantes nestes momentos de dialogicidade e enriquecimento mútuo¹⁴.

Os diálogos emergidos no grupo, possibilitaram a percepção de sentimentos, valores e sonhos das adolescentes, explicitando a quarta palavra geradora: história de vida. Além de sentimentos de alegria e expectativa pela gravidez, as adolescentes expressam receios e angústias naturais a essa fase. Seus medos estão ligados a questionamentos como: estarei preparada para receber a criança que vai nascer? Saberei cuidar dela? Como será o parto? Sentirei dor? Enfrentarei preconceitos por ser mãe tão jovem? Serei aceita pela Igreja que frequento? Entre os valores destaca-se a noção de responsabilidade, muitas vezes desafiada diante de situações difíceis como enfrentar a oposição da mãe à união com o pai da criança, estar com o parceiro aprisionado, ou ter que percorrer um longo trajeto para frequentar as reuniões de grupo. Seus sonhos, parecem mais integrados a uma visão de futuro ligada a maternidade, mas não só a isso. Elas também sonham em ser universitárias, estudar, ter uma profissão de sucesso.

Compreende-se que o educar na saúde também precisa transcender o sujeito, entender sua intimidade para com isso trabalhar as relações que são indispensáveis para efetivar o cuidado. Neste âmbito, conhecer o universo vocabular de adolescentes grávidas, pode propiciar melhora no cuidado implementado, especialmente ao considerar as palavras geradoras deste universo: amamentação; apoio familiar; gravidez; história de vida.

Para Paulo Freire¹² é preciso construir um conhecimento autêntico (que partisse da realidade brasileira, que desse respostas aos problemas vividos pelo povo) e orgânico (em estreita relação com a realidade vivida, buscando transformá-la). Daí o papel da educação é, então, o da conscientização e o conhecimento construído por meio do processo educativo teria a função de motivador e impulsionador da ação transformadora. Nessa perspectiva, o ser humano deveria entender a realidade como modificável e a si mesmo como capaz de modificá-la.

É a “leitura do mundo” que vai possibilitando a decifração cada vez mais crítica da ou das “situações-limites”. É preciso, porém, fazer da leitura um exercício dialógico entre os indivíduos com respeito ao saber individual e a partir desta experiência, realizar construções positivas para os envolvidos¹².

Considerações Finais

Este estudo propôs o levantamento do universo vocabular por intermédio da leitura do mundo de gestantes adolescentes, e esse mergulho permitiu interação coletiva no processo, ajudando a definir o ponto de partida para que o tema gerador desse grupo pudesse ser desenvolvido. Salienta-se que esse processo está vinculado a ideia de interdisciplinaridade e é subjacente à noção integral de cuidado e aos desafios de agregar conhecimento, transformação social e o aprendizado.

Amamentação, apoio familiar, gravidez e história de vida se apresentaram como pilares do universo vocabular das gestantes adolescentes, denotando áreas específicas que merecem ser discutidas com os profissionais que as acompanham no processo gravídico.

Foi possível observar que as adolescentes inicialmente se mostraram tímidas e pouco responsivas neste processo do círculo de cultura, no entanto paulatinamente a experiência foi aprimorada durante o exercício da prática e o aprofundamento teórico do método aplicado.

As limitações do estudo estão pautadas nas especificidades do cenário, porém são as experiências individuais valoradas que permitem uma troca dialógica de saberes, potencializando o cuidado em saúde às adolescentes que engravidam nos mais diversos e complexos territórios.

O desenvolvimento desta atividade possibilitou construir conhecimentos, por gerar um cenário onde os envolvidos foram sujeitos de trabalho comum, ao dialogar acerca dos pensamentos freireanos e da sua aplicabilidade, de vivenciar desafios análogos em um mesmo espaço de discussão.

Referências

1. Duberg A, Möller M, Sunvisson H. "I feel free": Experiences of a dance intervention for adolescent girls with internalizing problems. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2016; 11:31946.
2. Wall-Wieler E, Roos LL, Nickel NC. Teenage pregnancy: the impact of maternal adolescent childbearing and older sister's teenage pregnancy on a younger sister. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):120.
3. Santos AG, Gomes KRO, Gama SGN, Silva JMN. Pré-natal e parto: diferenças entre as adolescentes e jovens usuárias da saúde suplementar e as do Sistema Único de Saúde. *Adolesc. Saude, Rio de Janeiro*. 2015; 12 (4): 19-28.
4. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2014; 30(Sup):S85-S100.
5. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onoko, R, organizadores. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2002. 113-50
6. Mendonça GMM, Abreu LDP, Rocha FAA, Silva MAM. Abordagem grupal como estratégia de cuidado no pré-natal. *SANARE, Sobral*. 2014; 13(2): 78-85.
7. Monteiro EMLM. (Re)Construção de Ações de Educação em Saúde a partir de Círculos de Cultura: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife/PE [Tese]. Fortaleza: Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; 2007. 179f.
8. Abreu LDP, Mendonça GMM, Andrade AC, Oliveira GR, Aurélio DO, Rocha FAA, et al. Abordagem educativa utilizando os Círculos de Cultura de Paulo Freire: experiência de acadêmicos de enfermagem no "Grupo Adolescer". *Adolesc. Saude, Rio de Janeiro*. 2013; 10(4): 66-70.
9. Brandão CR. O que é o método Paulo Freire. 32ª ed. São Paulo: Brasiliense; 2011.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
11. Métodos de pesquisa / [organizado por] Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
12. Freire P. Extensão ou comunicação. 5ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.
13. Goertz G, Mahoney J. A tale of two cultures: qualitative and quantitative research in the social sciences. Princeton: Princeton University Press; 2012.

14. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
15. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução nº 466/12: sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.
16. Marinho ARB. O círculo de cultura no contexto das novas tecnologias de informação. Uma ação comunicativa para as políticas públicas. Anuário Unesco/Metodista de Comunicação Regional. 2014; 18(18): 77-88.
17. Brandão Neto W, Silva ARS; Almeida Filho AJ, Lima LS, Aquino JM, Monteiro EMLM. Intervenção educativa sobre violência com adolescentes: possibilidade para a enfermagem no contexto escolar. Esc Anna Nery. 2014;18(2):195-201.
18. Assis ELA, Nodari PRG, Silva RB, Aleixo MLM. Dificuldades enfrentadas por puérperas primíparas durante o ao aleitamento materno exclusivo. Rev Elet Gestão & Saúde. 2014; 5(3): 808-19.
19. Teixeira MM, Vasconcelos VM, Silva DMA, Martins EMCS, Martins MC, Frota MA. Percepções de primíparas sobre orientações no pré-natal acerca do aleitamento materno. Rev Rene. 2013; 14(1):179-86.
20. Campos AMS, Chaoul CO, Carmona EV, Higa R, Vale IN. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23(2):283-90.
21. Bordignon SS, Cruz VD, Harter J, Meincke SMK, Carraro TE, Collet N. Participação paterna e reação familiar frente à gravidez na adolescência. Rev enferm UFPE on line., Recife. 2013; 7(6):4459-65.
22. Santos CC, Wilhelm LA, Alves CN, C'remonese L, Castiglioni CM, Venturini L, et al. A vivência da gravidez na adolescência no âmbito familiar e social. Rev Enferm UFSM. 2014 Jan/Mar; 4(1):105-112.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
24. Queiroz LS, Cerqueira CO, Mendonça AVM. Implantação de um grupo de gestantes adolescentes: relatos das ações de informação, educação e comunicação para a promoção da saúde. Tempus, actas de saúde colet, Brasília. 2015; 9(1): 145-53.

Glícia Mesquita Martiniano Mendonça

Endereço para correspondência – Av. Dr. Silas Munguba, nº: 1700,
Bairro: Campus do Itaperi, CEP: 60714-903, Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: glicia_martiniano@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0501255584870455>

Maria Adelane Monteiro da Silva – adelanemonteiro@hotmail.com

Leidy Dayane Paiva de Abreu – dayannepaiva@hotmail.com

Rebeca Sales Viana – rebecasalesviana@gmail.com

Francisca Alanny Araújo Rocha – alannyrocha2009@hotmail.com

Antonio Rodrigues Ferreira Junior – arodrigues.junior@uece.br

Enviado em 05 de agosto de 2016.

Aceito em 27 de março de 2017.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTIAS

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS SUBMITTED TO HEMATOPOETIC STEM CELL TRANSPLANTATION

**Marciele Braga¹, Andreza Lima Cardoso², Bruna Schio³, Francine Ziegler Leal⁴
Jenifer Mielke⁵, Juliana de Oliveira Mozzaquatro⁶, Rosmari Horner⁷**

RESUMO

O objetivo do presente trabalho foi avaliar a qualidade de vida (QV) dos pacientes pós transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH) autólogo e alogênico. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quali-quantitativa, realizado nos meses de março a dezembro de 2016 - em um Hospital Universitário. Fizeram parte da pesquisa 21 pacientes adultos pós-TCTH, que seguiam acompanhamento no referido hospital, sendo utilizada a escala de avaliação funcional da terapia do câncer – transplante de medula óssea (*Functional Assessment of Cancer Therapy - Bone Marrow Transplantation - FACT-BMT*) e para análise dos dados, o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 15.0. Os resultados obtidos neste estudo permitem ratificar, comparando com avaliações nacionais e internacionais, o impacto positivo do TCTH em relação à qualidade de vida geral dos pacientes submetidos a este tratamento, apesar de algumas funções apresentarem-se mais comprometidas. Estudos que identificam a influência dos efeitos do TCTH na QV dos pacientes submetidos a esse procedimento são escassos. Conhecer o impacto do TCTH na vida do transplantado auxilia a equipe multidisciplinar a desenvolver um plano de assistência integral com estratégias para diminuir os efeitos colaterais desse procedimento e melhorar a qualidade de vida do paciente em todos os momentos do tratamento.

Descritores: Transplante de Medula Óssea; Qualidade de Vida; Internato não Médico.

ABSTRACT

The objective of the present study was to evaluate the quality of life of individuals after autologous and allogenic HSCT. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative-quantitative approach. Data were collected between March and December 2016, and the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-BMT) was used for the Functional Assessment of Bone Marrow Transplantation (FACT-BMT). The statistical procedure of data analysis was done through the statistical package SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 15.0. The results presented in this study allowed us to visualize the positive impact of HSCT on the general quality of life of patients undergoing this treatment, although some functions were more compromised. Studies of this nature, which identify the influence of the effects of HSCT on the QOL of the patients submitted to this procedure are scarce. Knowing the impact of TCTH on the life of the transplant helps the multidisciplinary team to develop a comprehensive care plan with strategies to reduce the side effects of this procedure and improve the quality of life of the patient at all times of treatment.

Descriptors: Bone Marrow Transplantation; Quality of Life; Internship, Nonmedical.

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada (URI), Santo Angelo, RS, Brasil.

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

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

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

⁵ Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

⁶ Graduada em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

⁷ Doutora em Química pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

Introdução

O transplante de medula óssea (TMO) ou transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH) é uma terapêutica utilizada principalmente para doenças hematológicas, mas também - para doenças hereditárias, imunológicas e oncológicas¹. A técnica consiste na utilização de altas doses de quimioterapia e/ou radioterapia e a posterior infusão de células de um doador ou do próprio receptor, com a finalidade de substituir a medula comprometida e restabelecer a hematopoese sem a presença de células anômalas¹.

O processo de TCTH envolve - a seleção do indivíduo, receptor e doador, e o tipo de transplante indicado, dentre eles, TMO autólogo, alogênico, haploidêntico ou singênico, este último em desuso pelo alto índice de recidivas². As etapas que constituem o TCTH são o pré-transplante, onde são resolvidas as questões burocráticas e realizado os exames necessários para conhecimento da condição clínica do(s) indivíduo(s); o TCTH em si, caracterizado pela hospitalização e os procedimentos de condicionamento e posterior infusão da medula coletada até a alta hospitalar; e o pós-TCTH, imediato e tardio³.

As complicações do pós-TCTH imediato são decorrentes principalmente do condicionamento e do posterior período de aplasia medular, trazendo diversas complicações físicas e emocionais, associadas também ao isolamento social necessário durante o período de hospitalização⁴. O problema mais temido após a infusão da nova medula é a doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), que consiste na manifestação imunológica das células do doador contra as células do receptor, desencadeando diversas complicações clínicas graves, tornando esse o momento mais crítico do transplante e com o maior risco de óbito⁵. Somado a todo esse processo de tratamento, aparecem às angústias e sofrimentos, que os acompanham desde o diagnóstico da doença, tratamentos anteriores, expectativas e frustrações vividas que se refletem em todas as etapas do processo de transplante.

Apesar da alta complexidade do TCTH, este tem se tornado um procedimento cada vez mais utilizado ao longo dos anos por ser uma possibilidade de cura após tentativas com tratamento convencional. Segundo a Associação Brasileira de Transplante de órgãos⁶(ABTO), no Brasil somente durante o primeiro semestre de 2016 foram realizados 976 TCTH, dentre os quais 626 do tipo autólogo e 350 do tipo alogênico. Mesmo com o sucesso do transplante, existem consequências que interferem em aspectos psicossociais, cognitivos e orgânicos do paciente, refletindo na sua qualidade de vida (QV) posteriormente ao transplante.

Atualmente a QV é um tema muito utilizado em pesquisas científicas. Conceitualmente, ainda não há um consenso sobre sua definição, mas vários especialistas junto à Organização Mundial de Saúde (OMS) a descrevem de maneira geral como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁷. Observa-se que a definição de QV é subjetiva, dinâmica, onde vários aspectos podem ser levados em consideração, resultando para cada indivíduo/população uma opinião singular sobre sua definição. Entretanto, atualmente, além da QV dita de conhecimento popular, vem sendo muito utilizada na área científica a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), em que informações subjetivas relacionadas às doenças podem ser mensuradas/quantificadas⁸.

Na área da hematologia-oncologia, desde o diagnóstico e principalmente durante o tratamento, os indivíduos são submetidos a procedimentos e terapias potencialmente agressivas, e o TCTH é substancialmente uma delas, podendo trazer implicações negativas na QV dos transplantados.

Indivíduos submetidos ao TCTH experienciam múltiplos sintomas, causados pela doença como também pelo próprio tratamento, que podem afetar de forma negativa a QVRS. Estudos que avaliem a QV de pacientes submetidos a essa terapêutica servem para avaliar as consequências do TCTH, auxiliar na tomada de decisão sobre o transplante, tanto para a equipe quanto para o paciente.

Com o aumento da utilização do TCTH devido ao aprimoramento e evolução na sua técnica, houve respectivamente o aumento da expectativa de vida. Com isso, a QV pós-TCTH passou a ser uma questão ainda mais importante, tornando necessária a revisão das práticas de assistência a estes indivíduos e família⁹.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos pós-TCTH autólogo e alogênico admitidos em um Hospital Universitário no período compreendido entre março a dezembro de 2016.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quali-quantitativa, sobre a QV de paciente submetidos ao TCTH autólogo e alogênico em um Hospital Universitário do interior do Rio Grande do Sul. Participaram dessa análise 21 pacientes adultos do período pós-TCTH, escolhidos aleatoriamente, e que não representaram o número total dos pacientes internados no período estudado, os quais seguem em acompanhamento no ambulatório pós-TCTH. O período das coletas foi entre os meses de março a dezembro de 2016.

Foram convidados os indivíduos que correspondiam aos critérios de inclusão: ter sido submetido a TCTH autólogo ou alogênico independente do período pós transplante; idade superior a 18 anos; concordar em participar voluntariamente do estudo após exposição dos objetivos/esclarecimento de dúvidas e assinatura do termo de consentimento.

Dos 21 pacientes entrevistados, 52,4% (11) eram portadores de mieloma múltiplo (MM); 14,3% (3) de leucemia mielóide aguda (LMA) e o restante distribuídos entre leucemia mielóide crônica, linfoma de Hodgkin, linfoma não-Hodgkin e mielofibrose. A idade mínima foi de 39 anos e a máxima 70. Destes pacientes, 15 (71,4%) realizaram transplante autólogo e 6 (28,6%) alogênico.

Para a coleta dos dados foi utilizado a Escala de Avaliação Funcional da Terapia do Câncer – Transplante de Medula Óssea (*Functional Assessment of Cancer Therapy - Bone Marrow Transplantation - FACT-BMT*), validado e traduzido para a língua portuguesa. Segundo Mastropietro et al.¹⁰ este instrumento foi traduzido e validado com sucesso, e por sua simplicidade de aplicação, torna-se um método prático para pesquisas clínicas no Brasil.

A FACT-BMT na sua terceira versão é composta por 47 questões distribuídas em seis domínios: bem-estar físico, bem-estar social/familiar, relacionamento com o médico, bem-estar emocional, bem-estar funcional e preocupações adicionais³. Esta escala é específica para pacientes com câncer que realizaram TCTH, sendo um instrumento que pode ser autoaplicável ou lido pelo entrevistador, dependendo do nível de escolaridade e condições do indivíduo.

A coleta foi realizada na forma de entrevista individual antes ou após a consulta ambulatorial dos indivíduos, com tempo médio de duração de 20 minutos. Na aplicação era explicado que haveria diversas afirmações com parâmetro de resposta entre 0 (nenhum/pouco) a 4 (muito), sendo que quanto maior a concordância com a questão maior seria o escore.

O procedimento estatístico de análise dos dados foi feita através do pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 15.0. Primeiramente foi realizada a estatística descritiva dentro dos domínios da escala (bem-estar físico, social/familiar, relacionamento com o médico, bem-estar emocional, funcional e preocupações adicionais). Posteriormente foi analisada a fidedignidade por meio do alfa de Cronbach, que segundo Formiga¹¹ “é um dos indicadores psicométricos mais utilizados para verificar a fidedignidade e validade interna do instrumento, o qual deverá apresentar um alfa igual a 1. Desta maneira, quanto mais próximo estiver desse número, melhor será sua precisão”.

O presente trabalho faz parte do projeto “O Papel de uma Equipe Multidisciplinar na Integralidade da Atenção ao Paciente Oncológico” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) sob o número CAAE 10291913.3.0000.5346, atendendo as prerrogativas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Bem-estar físico

De acordo com os dados que podem ser visualizados na Tabela 1, a maioria dos indivíduos não se sente mais doente (57,1%), e os efeitos colaterais do tratamento atualmente não os têm incomodado (35%). Apesar de não haver um comprometimento significativo, a dor ainda está presente em suas vidas, sendo que (33,4%) a descrevem como “mais ou menos” presente, e (23,8%) “muito” presente.

Tabela 1 - Avaliação das questões referentes ao bem-estar físico

BEM-ESTAR FÍSICO (n=21)	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito
1 - Estou sem energia	6 (28,6%)	4 (19,0%)	4 (19,0%)	6 (28,6%)	1 (4,8%)
2 - Fico enjoado(a)	14 (66,6%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)	2 (9,5%)	3 (14,3%)
3 - Por causa da minha condição física, tenho dificuldade em atender às necessidades de minha família	9 (45,0%)	1 (5,0%)	1 (5,0%)	2 (10,0%)	7 (35,0%)
4 - Tenho dores	4 (19,0%)	2 (9,5%)	7,0 (33,4%)	3 (14,3%)	5 (23,8%)
5 - Os efeitos colaterais do tratamento me incomodam	7 (35,0%)	3 (15,0%)	2 (10,0)	5 (25,0%)	3 (15,0%)
6 - Sinto-me doente	12 (57,1%)	2 (9,5%)	1 (4,8%)	3 (14,3%)	3 (14,3%)
7 - Tenho que me deitar durante o dia	5 (23,8%)	6 (28,6%)	3 (14,3%)	5 (23,8%)	2 (9,5%)
8 - Olhando para as 7 questões, quanto você diria que seu bem-estar físico interferiu em sua QV	De 0 a 10				

Apesar de aproximadamente metade dos participantes deste estudo não apresentarem enjojo e não sentirem-se doentes, um terço deles sentiam-se com pouca energia, necessitavam deitar-se durante o dia e sentiam dores, como também metade não consegue ou tem dificuldades em atender as necessidades de sua família, pela sua condição física atual.

No pós-transplante o indivíduo antes economicamente ativo com a sua família constituída sofre com o impacto do tratamento e se depara com a mudança de papéis, alterações físicas e fisiológicas que interferem no seu bem-estar e na capacidade de desempenho, principalmente junto a sua família⁴. O sistema de valores do sobrevivente, familiares e sociedade em que está inserido, tem a mesma importância que tinha, mas não a mesma correspondência, todo esse processo de reinserção profissional/social geralmente transcorre e se adapta conforme o tempo passa¹².

Neste estudo, metade dos participantes tinha como diagnóstico MM, doença que pelo seu comportamento pode causar dor óssea, assim, podemos associar que a dor remanescente no pós TMO pode relacionar-se às consequências da patologia previamente ao transplante, já que a maioria dos participantes tem como patologia este tipo de mieloma. As dores ósseas prejudicam o desempenho cotidiano e a QV, sendo que no mieloma, a dor pode ser descrita como intolerável, podendo ser refratária a analgesia¹³. Na pesquisa de Santos *et al.*¹⁴ com indivíduos pós-TCTH autólogo, quando questionados sobre a dor no pré e pós-transplante, onze dos doze entrevistados apresentavam dor no pré, já no pós, 5 ainda referiram sentir dor. No presente estudo, 8 dos 21 indivíduos referem sentir dor, sendo que 5 (23,8%) deles a descrevem como “muito” presente.

Apesar da dor ainda estar presente, a maioria dos indivíduos relata não sentir-se mais doente, e também que os efeitos colaterais lhes incomoda parcialmente. No estudo de Dóro *et al.*¹⁵ verificou-se que 53,7% dos sobreviventes consideravam ter uma QV global muito boa, mesmo na presença de sequelas do TCTH.

Na questão de avaliação final deste domínio, quando questionados “quanto você diria que seu bem-estar físico interferiu em sua QV”, em uma avaliação que vai de 0 a 10, a média foi de 6,55.

Bem-estar social/familiar

No que diz respeito ao bem-estar social e familiar (Tabela 2), se observa que este parâmetro foi preservado na vida dos entrevistados, sendo que a maioria afirmou ter recebido “muito” apoio de familiares e amigos.

Tabela 2 - Avaliação das questões referentes ao bem-estar social e familiar

BEM-ESTAR SOCIAL / FAMILIAR (n=21)	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito
9 - Sinto que tenho um relacionamento distante com os meus amigos	11 (52,2%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)	7 (33,4%)	1 (4,8%)
10 - Recebo apoio emocional da minha família	1 (4,8%)	0 (0,0)	2 (9,5%)	1 (4,8%)	17 (80,9%)
11 - Recebo apoio dos meus amigos	0 (0,0%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)	4 (19,0%)	15 (71,4%)
12 - A minha família aceita a minha doença	0 (0,0%)	1 (4,8%)	2 (9,5%)	1 (4,8%)	17 (80,9%)
13 - Estou insatisfeito(a) com a comunicação da família sobre a minha doença	8 (38,1%)	1 (4,8%)	4 (19,0%)	0 (0,0%)	8 (38,1%)
14 - Sinto-me próximo(a) do(a) meu(minha) parceiro(a) (ou pessoa que me dá maior apoio)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	2 (9,5%)	4 (19,0%)	14 (66,7%)
15 - Você teve relação sexual durante o ano passado? NÃO SIM Se SIM: Eu estou satisfeito com minha vida sexual	4 (26,7%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	3 (20,0%)	5 (33,3%)
16 - Olhando para as 7 questões, quanto você diria que sua vida social/familiar interferiu em sua QV	De 0 a 10				

Apesar de o transplante ser um processo que necessita de um distanciamento social e limitações sobre o contato com a família, principalmente durante o período de internação e no pós-TCTH imediato, constata-se que a família e amigos, mesmo após todo esse processo, continuam presentes e apoiando a maioria dos participantes deste estudo. Constatando-se a importância da rede social para o bem-estar emocional dos indivíduos com câncer.

Com as mudanças que a doença causa na vida do indivíduo, especificamente no contexto social e familiar, o apoio família/amigos é fundamental na aceitação da enfermidade e para o processo do TCTH¹⁶. A equipe de saúde multidisciplinar reconhece o forte potencial que a família exerce sobre o paciente, a qual pode ser positiva ou negativa, interferindo diretamente em questões psicoemocionais e sociais do indivíduo, e consequentemente a eficácia do combate à doença e a QV dos transplantados⁶.

De acordo com os dados mostrados na Tabela 2, podemos afirmar que a família apresentou um efeito sinérgico positivo frente aos indivíduos do presente trabalho. Na avaliação geral do domínio bem-estar social/familiar na QV, a média de 8,14 corrobora com esta afirmação.

Relacionamento com o médico

Tabela 3 - Avaliação das questões referentes ao Relacionamento com o médico

RELACIONAMENTO COM O MÉDICO (n=21)	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito
17 - Tenho confiança no(s) meu(s) médico(s)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (4,8%)	2 (9,5%)	18 (85,7%)
18 - Meu(s) médico(s) é(são) capaz de responder minhas questões	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (33,3%)	14 (66,7%)
19 - Olhando para as 2 questões, quanto você diria que seu relacionamento com o médico interferiu em sua QV	De 0 a 10				

Pode-se verificar na Tabela 3 que os dois itens que compõem o domínio referente ao relacionamento com o médico foram satisfatórios: 85,7% dos entrevistados têm “muita” confiança nos seus médicos e 66,7% estão “muito” satisfeitos com os esclarecimentos obtidos.

Munhoz *et al.*¹⁹ demonstram que para existir uma relação de confiança médico/paciente, os elementos mais importantes na percepção dos pacientes são: a disponibilidade do médico para falar sobre a doença/responder suas dúvidas e uma linguagem acessível/compreensível. Como profissional da equipe de saúde, observa-se que o atendimento está transmitindo confiança aos indivíduos, como Silva *et al.*²⁰ concluíram em seu estudo que o processo de comunicação entre médico/paciente tem relação direta frente a sensibilidade e sofrimento do indivíduo, como também sobre sua integridade física, psíquica e social, e não somente biológica, possibilitando que a relação seja centrada no paciente e não apenas na doença, configurando um atendimento holístico.

Observou-se na realização desse estudo que a confiança na equipe médica é fundamental desde a decisão para o TMO, como durante o pós-transplante. Ter um bom relacionamento médico/paciente possibilita que as orientações e cuidados necessários sejam aceitos e realizados pelos transplantados e família. Além da confiança, o diálogo efetivo aumenta a confiança do indivíduo sobre o seu tratamento, interferindo positivamente na QV. Confirmado pela média de importância deste domínio sobre a QV, de 9,38.

Bem-estar emocional

Em relação ao bem-estar emocional (Tabela 4), nota-se que a resposta prevalente foi “nem um pouco”. Visto que as perguntas são negativas, a maioria dos pacientes mostrou ter seu bem-estar emocional preservado.

Tabela 4 - Avaliação das questões referentes ao Bem- estar Emocional

BEM-ESTAR EMOCIONAL (n=21)	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito
20 - Sinto-me triste	10 (47,7%)	2 (9,5%)	4 (19,0%)	1 (4,8%)	4 (19,0%)
21- Estou satisfeito(a) com a maneira com que enfrento a minha doença	1 (4,8%)	1 (4,8%)	4 (19,0%)	8 (38,1%)	7 (33,3%)
22 - Estou perdendo a esperança na luta contra minha doença	14 (66,7%)	3 (14,3%)	0 (0,0%)	2 (9,5%)	2 (9,5%)

Continua...

BEM-ESTAR EMOCIONAL (n=21)	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito
23 - Sinto-me nervoso	8 (38,1%)	1 (4,8%)	8 (38,1%)	1 (4,8%)	3 (14,2%)
24 - Estou preocupado(a) com a ideia de morrer	12 (63,1%)	3 (15,8%)	1 (5,3%)	2 (10,5%)	1 (5,3%)
25 - Estou preocupado(a) que a minha condição venha a piorar	8 (40,0%)	2 (10,0%)	6 (30,0%)	2 (10,0%)	2 (10,0%)
26 - Olhando para as 6 questões, quanto você diria que seu bem-estar emocional interferiu em sua QV	De 0 a 10.				

Na pesquisa de Proença *et al.*⁶, que analisou o domínio emocional nas três etapas do TCTH através dos questionários QLQ-C30 e FACT-BMT, os resultados não apresentaram diferenças significativas neste domínio no processo do transplante. Segundo esse autor, entre as possíveis razões deste resultado está o fato dos pacientes terem tido acompanhantes, suporte psicológico durante a terapia, equipe treinada para o acolhimento, e, o principal, o TCTH ser uma possibilidade de cura/remissão da doença.

Apesar de muitos aspectos deste domínio serem favoráveis, como a maioria estar satisfeitos com a maneira que enfrentam a doença, não estar preocupado com a ideia de morrer e não sentirem-se tristes, negativamente aproximadamente metade dos pacientes se encontravam na faixa de mais ou menos /muito nervosos, processo que faz parte da vida de indivíduos que têm o diagnóstico de câncer.

No estudo de Dóro *et al.*¹² foi evidenciado que o bem-estar emocional constitui um importante fator de proteção para a preservação da QV, independente do indivíduo ser transplantado ou da população em geral.

A média geral encontrada no domínio avaliado foi de 7,06, logo as questões referentes ao bem estar emocional interfere positivamente na QV dos pacientes.

Bem-estar funcional

Os resultados referentes ao bem-estar funcional (Tabela 5) apresentaram uma distribuição homogênea, isto é, as respostas foram distribuídas equitativamente entre as opções da escala.

Sobre a capacidade de trabalhar (inclusive em casa), 76,2% de indivíduos não se sentem aptos a realizar suas atividades “nenhum pouco” (14,3%), “um pouco” (33,3%) e “mais ou menos” (28,6%). Apesar destes dados, mais de 50% indica que se sente realizado(a) com as atividades que ainda conseguem desempenhar.

Tabela 5 - Avaliação das questões referentes ao bem- estar Funcional

BEM-ESTAR FUNCIONAL (n=21)	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito
27 - Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa)	3 (14,3%)	7 (33,3%)	6 (28,6%)	0 (0,0%)	5 (23,8%)
28 - Sinto-me realizado(a) com meu trabalho (inclusive em casa)	1 (5,0%)	3 (15,0%)	2 (10,0%)	9 (45,0%)	5 (25,0%)
29- Sou capaz de sentir prazer em viver	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (15,0%)	10 (50,0%)	7 (35,0%)

Continua...

BEM-ESTAR FUNCIONAL (n=21)	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito
30 - Aceito minha doença	0 (0,0%)	1 (5,0%)	5 (25,0%)	7 (35,0%)	7 (35,0%)
31- Durmo bem	2 (9,5%)	3 (14,3%)	6 (28,6%)	2 (9,5%)	8 (38,1%)
32 - Costo das coisas que normalmente faço para me divertir	2 (10,0%)	3 (15,0%)	2 (10,0%)	6 (30,0%)	7 (35,0%)
33 - Estou satisfeito(a) com a qualidade da minha vida neste momento	1 (4,8%)	3 (14,3%)	4 (19,0%)	9 (42,9%)	4 (19,0%)
34- Olhando para as 7 questões, quanto você diria que seu bem-estar funcional interferiu em sua QV	De 0 a 10				

O achado sobre a dificuldade do transplantado de atender sua família pela condição física, corrobora com a pesquisa de Alves *et al.*¹³, na qual os dados obtidos nas fases pós-TCTH evidenciam uma preservação da maioria dos domínios QV, com exceção dos aspectos físicos, pois as limitações físicas decorrentes da terapêutica dificultavam que esses pacientes realizassem seu trabalho e atividades diárias. Outro fator que pode ser associado é a idade média dos participantes ser maior que 50 anos, pois além dos problemas advindos do TMO, ainda há aqueles provenientes da capacidade funcional reduzir naturalmente com o avanço da idade.

A afirmativa sobre o prazer em viver foi a única questão que não teve nenhuma resposta “nenhum pouco” e “um pouco”. Doro *et al.*¹² em seu estudo sobre QV de sobreviventes pós-transplante alogênico, em comparação com um grupo controle, explica a aparente discrepância que ocorre entre alguns fatos reais, as respostas e atitudes tomadas pelos sobreviventes. Eles relatam que os efeitos e sintomas existentes com o passar do tempo perdem a intensidade, e apesar de algumas sequelas e comorbidades, os sobreviventes, em geral, estão muito satisfeitos com sua QV, enquanto o grupo controle é mais intolerante, e por isso demonstra mais queixas e insatisfações no dia a dia.

A satisfação com a QV foi classificada por 42,9% como “bastante” e 19% como “muito”, sendo a média geral do domínio bem estar funcional na QV de 7,43.

Preocupações adicionais

Tabela 6 - Avaliação das questões referentes às Preocupações adicionais

PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS (n=21)	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito
35 - Tenho pensado em retornar meu trabalho (incluído trabalho em casa)	3 (14,3%)	5 (23,8%)	6 (28,6%)	2 (9,5%)	5 (23,8%)
36 - Sinto-me distante de outras pessoas	11 (52,4%)	0 (0,0%)	7 (33,3%)	2 (9,5%)	1 (4,8%)
37 - Tenho medo que o transplante não irá funcionar	10 (50,0%)	3 (15,0%)	1 (5,0%)	5 (25,0%)	1 (5,0%)
38- Os efeitos do tratamento são piores que eu tinha imaginado	8 (38,1%)	1 (4,8%)	2 (9,5%)	5 (23,8%)	5 (23,8%)

Continua...

PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS (n=21)	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito
39 - Tenho bom apetite	2 (9,5%)	2 (9,5%)	3 (14,3%)	6 (28,6%)	8 (38,1%)
40 - Gosto da aparência do meu corpo	2 (10,0%)	1 (5,0%)	11 (55,50%)	3 (15,0%)	3 (15,0%)
41 - Sou capaz de fazer as coisas que estão ao meu redor	0 (0,0%)	6 (28,6%)	4 (19,0%)	5 (23,8%)	6 (28,6%)
42 - Fico cansado(a) fácil	5 (23,9%)	2 (9,5%)	4 (19,0%)	8 (38,1%)	2 (9,5%)
43 - Tenho interesse em ter relação sexual	4 (22,2%)	3 (16,7%)	6 (33,3%)	3 (16,7%)	2 (11,1%)
44 - Tenho consciência da minha capacidade de ter filhos	4 (26,7%)	1 (6,7%)	4 (26,7%)	1 (6,7%)	5 (33,2%)
45 - Tenho confiança em minha(s) enfermeira(s)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (4,8%)	3 (14,3%)	17 (80,9%)
46 - Regredi fazendo transplante de medula óssea	11 (52,4%)	1 (4,8%)	2 (9,5%)	3 (14,3%)	4 (19,0%)
47 - Olhando para as doze questões quanto você diria que essas preocupações adicionais interferiram na sua QV	De 0 a 10				

Na Tabela 6 foram colocados itens referidos genericamente como “preocupações adicionais”. A maioria possui confiança no trabalho das profissionais enfermeiras (80,9%). Para Castro et al.¹⁵ o acompanhamento através da consulta de enfermagem após o transplante torna-se fundamental, auxiliando na redução da dependência dos cuidados institucionalizados, buscando autonomia e corresponsabilização do sujeito em seu tratamento.

Metade dos pacientes não se sentiu em regressão por ter realizado o TCTH (52,4%). Na afirmativa que traz sobre o medo de que o transplante não irá funcionar, metade (50%) mostra não ter “nenhum pouco”, sendo que o restante se distribui entre as outras opções. No estudo de Santos et al.¹⁴ os pacientes sentem prazer na vida mesmo após o diagnóstico de câncer e com a doença ativa, antes de realizar o TCTH autólogo. Ainda, um dos pacientes entrevistados “sentia de forma moderada” prazer em viver, e 11 sentiam “muito” prazer em viver, sendo que os resultados permaneceram os mesmos após o tratamento¹⁴.

A média de avaliação geral do item referente a preocupações adicionais foi 5,69, e nenhum dos pacientes citou que esses itens interferem muito na sua QV.

Concluindo sobre os achados neste estudo, a maioria dos domínios apresenta-se preservado, sendo o bem-estar funcional o que se mostra mais comprometido, ratificado pela pesquisa de Alves et al.¹⁶ na qual através da FACT-BMT confirmou-se a preservação do bom relacionamento com o médico, bem-estar emocional, social e familiar. Em contraponto, o aspecto com menor preservação foi o bem-estar funcional, corroborando com o encontrado neste estudo.

Constatamos que a avaliação do indivíduo adoecido, sobre sua QV é singular, pois cada paciente tem percepções diferentes conforme seus valores, patologia, tempo de diagnóstico e expectativa de vida, portanto identificar os domínios afetados no pós TCTH constitui dado importante, visto que essas alterações refletem diretamente na sua QV.

Considerações Finais

Os resultados apresentados neste estudo nos permitiram visualizar o impacto positivo do TCTH em relação à QV geral dos pacientes submetidos a este tratamento, apesar de algumas funções apresentarem-se mais comprometidas. Estudos dessa natureza, que identificam a influência dos efeitos do TCTH na QV dos pacientes submetidos a esse procedimento são escassos.

Conhecer o impacto do TCTH na vida do transplantado auxilia a equipe multidisciplinar a desenvolver um plano de assistência integral com estratégias para diminuir os efeitos colaterais desse procedimento e melhorar a qualidade de vida do paciente em todos os momentos do tratamento. Além disso, também pode auxiliar o paciente na decisão de submeter-se a esse procedimento de alta complexidade.

Referências

1. Lima K, Bernardino E. O cuidado de enfermagem em unidade Transplante de células-tronco hematopoiéticas. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2014;23(4): 845-53.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tópicos em transplante de células-tronco hematopoiéticas/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2012.
3. Campos P, Martins FG. Paciente em processo pré ou pós transplante de medula óssea (TMO): aspectos emocionais do cuidador familiar. Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2011.
4. Proença SFFS. Qualidade de vida nos 100 dias do transplante de células tronco hematopoiéticas. Dissertação (Mestrado), Universidade do Paraná, 2015.
5. Cardoso EAO, Mastropietro AP, Voltarelli JC, Santos MA. Qualidade de Vida de Sobreviventes do Transplante de Medula Óssea (TMO): Um Estudo Prospectivo. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2009; 25(4): 621-8.
6. Associação brasileira de transplante de órgãos (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes. Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por e instituição no período janeiro-junho (2016): versão internet. 2016. São Paulo, v. XXII, n. 2.
7. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
8. Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev. Eletr. Enf.*. 2010;12(3):554-61.
9. Matias AB, Cardoso EAO, Mastropietro AP, Voltarelli JC, Santos MA. Qualidade de vida e transplante de células-tronco hematopoéticas alogênico: um estudo longitudinal. *Estud. Psicol.* 2011;28(2): 187-7.
10. Mastropietro AP, Oliveira EA, Santos MA, Voltarelli JC. Functional Assessment of Cancer Therapy Bone Marrow Transplantation: tradução e validação. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(2) 260-8.
11. Formiga NS. Fidedignidade da escala de condutas anti-sociais e delitivas ao contexto brasileiro. *Psicol. Estud.*. 2003; 8(2)133-8.
12. Dóro MP. Satisfação com a qualidade de vida dos sobreviventes adultos de longa data de pos-transplante de medula óssea alogênico em comparação com um grupo controle. (Tese), Curitiba, 2008.
13. Fialho LFG, Fuly PSC, Santos MLSC, Leite JL, Lins SMSB. Validação do diagnóstico dor óssea e suas intervenções de enfermagem no mieloma múltiplo. *Cogitare Enferm.* 2014: 19(4):755-60.
14. Santos KB, Reis VN, Dutra HS, Gomes GB. Qualidade de vida pós-transplante autólogo de células tronco hematopoéticas. *Rev.enf-ufff* – 2015; 1 (1)113-121.
15. Castro EAB, Andrade AM, Santos KB, Soares TC, Esterici LT. Autocuidado após o transplante de medula óssea autólogo no processo de cuidar pelo enfermeiro. *Rev Rene*. 2012; 13(5):1152-62.
16. Alves RP, Cardoso EO, Mastropietro AP, Voltarelli JC, Santos MA. Transplante de células-tronco hematopoéticas e qualidade de vida após alta hospitalar. *Psic., Saúde & Doenças*. 2012; 13(1) 87-99.

Marciele Braga dos Santos

Endereço para correspondência – Rua: Av. Roraima, nº 1000 ,
Bairro: Camobi, CEP: 97105-900, Santa Maria, RS , Brasil.
E-mail: marcib@hotmail.com.br
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8052660603813132>

Andreza Lima Cardoso – andrezalimacardoso@gmail.com
Bruna Schio – brunaschio91@gmail.com
Francine Ziegler Leal – franzieglerleal@gmail.com
Jenifer Colombelli Mielke – jenifercmielke@gmail.com
Juliana de Oliveira Mozzaquatro – ju.mozza@gmail.com
Rosmari Horner – rosmari.ufsm @gmail.com

Enviado em 01 de fevereiro de 2017.
Aceito em 04 de abril de 2017.

CONDIÇÕES CLIMÁTICAS E O RISCO DE EXACERBAÇÃO DA ASMA

CLIMATE CONDITIONS AND ASTHMA RISK EXACERBATION

**Amaury de Souza¹, Débora Aparecida da Silva Santos²
Alexandra Zampieri Kofanovski³, Elvira Kovač-Andrić⁴**

RESUMO

Objetivo: Foi investigada a associação entre diferenças horárias da poluição do ar e exacerbação da asma em Campo Grande, usando dados relacionados com internações por asma e verificada a sazonalidade e status socioeconômico com uma resolução temporal horária. **Metodologia:** Foi aplicado caso de cruzamento estratificada ajustado para o tempo; o atraso foi estratificado com 1 e 6, 7 e 12, 13 e 18, 19 e 24, 25 e 48, e 49 e 72 hs; (95% intervalo de confiança), o aumento do intervalo interquartil foi após 19 e 24 para O₃. **Resultados:** O efeito foi de lag 25 e 48 h no inverno para o ozônio (O₃). Os efeitos para o O₃ foram para a idade de baixo status socioeconômico modificado em lag 7e12 h (1,252 (1.04 e 1.51)). O O₃ aumentou o risco de exacerbação da asma. Níveis mais altos de O₃ foram associados com risco aumentado de exposição das exacerbações da asma. **Conclusão:** Os efeitos adversos da estação do ano do O₃ foram modificados por idade. Os resultados indicam que a política de saúde no município deve se concentrar nas populações vulneráveis, como portadores de asma.

Descritores: Poluição do Ar; Asma; Risco.

ABSTRACT

Objective: We investigated the association between time differences of air pollution and exacerbation of asthma in Campo Grande, MS, using data related hospitalizations for asthma and verified seasonality and socioeconomic status with an hourly temporal resolution. **Methodology:** Stratified cross case was applied to set the time. It was laminated with the delay 1 and 6, 7, 12, 13, 18, 19 and 24, 25 and 48, and 49 and 72 h. Odds ratio (95% confidence interval), the interquartile range was increased after 19 and 24 h to O₃. **Results:** The effect was lag 25 and 48 h in winter for ozone (O₃). The effects for O₃ were to the age of low socioeconomic status modified lag 7e12 h (1,252 (1:04 and 1:51)). The O₃ increased the risk of asthma exacerbations. Higher levels of O₃ were associated with increased risk of exposure of asthma exacerbations. **Conclusions:** The adverse effects of O₃ of the season were modified by age. The results indicate that health policy in the municipality should focus on vulnerable populations, such as people with asthma.

Descriptors: Air Pollution; Asthma; Risk.

¹ Doutor em Tecnologias Ambientais pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil.

² Doutora em Ciências do Ambiente pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande, PB, Brasil.

³ Mestre em Tecnologias Ambientais pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil.

⁴ PhD em Química da Atmosfera pela University of Osijek, Osijek, Croácia.

Introdução

As principais mudanças mundiais são as que envolvem o ambiente e o clima, incluindo o aquecimento global induzido por fatores antropogênicos, com impacto sobre a biosfera e o ambiente humano. Estudos sobre os efeitos das mudanças climáticas sobre a alergia respiratória ainda faltam e o conhecimento atual é fornecido por estudos epidemiológicos e experimentais sobre a relação entre doenças alérgicas respiratórias, asma e fatores ambientais, como variáveis meteorológicas, alérgenos e poluição do ar. Estudos têm demonstrado que a urbanização, altos níveis de emissões de poluentes por veículos e estilo de vida ocidentalizado estão correlacionadas com um aumento da frequência de alergia respiratória, principalmente em pessoas que vivem em áreas urbanas em comparação com as pessoas que vivem em áreas rurais.

Pesquisas sugerem um caminho complexo etiológico para a asma¹⁻⁵. A poluição do ar é um dos fatores ambientais que podem estar envolvidos na patogênese da doença, mas os efeitos dos poluentes sobre a saúde parecem de acordo com variações dependentes da concentração no tempo, do tamanho de partícula e da natureza dos poluentes^{6,7}.

Entre os diversos poluentes do ar, tem-se o ozônio (O_3) que varia muito durante o dia. Este é formado através de reações químicas e a forte luz solar acelera essa reação. Devido a isto, sua concentração tende a ser elevada durante o dia, a primavera ou o verão. No entanto, os efeitos sazonais na saúde do O_3 não estão claramente entendidos, como alguns estudos sugerem que os efeitos de O_3 são maiores em tempo frio do que no tempo quente^{8,9}, enquanto que outros estudos têm demonstrado efeito sinérgico de alta temperatura e os níveis de O_3 nos meses de verão¹⁰.

O ozônio é o componente da poluição do ar que tem recebido mais atenção como um indutor da inflamação brônquica¹¹⁻¹⁵. Este agente é gerado ao nível do solo por meio de reações fotoquímicas entre dióxido de azoto, hidrocarbonetos e radiação ultravioleta. A inalação do ozônio induz danos epiteliais e consequentes respostas inflamatórias nas vias aéreas superiores e inferiores¹²⁻¹⁹. Níveis elevados de ozônio parecem estar ligados a asma e seus sintomas semelhantes, tanto a curto prazo e a longo prazo. A longo prazo, a exposição contínua a níveis elevados de ozônio prejudicam a função respiratória^{14, 15, 18} e a inflamação das vias aéreas em asmáticos atópicos. Além disso, poderia haver uma interação entre a poluição e fatores climáticos, de modo que um clima particular poderia provocar um efeito da poluição sobre a saúde^{13, 17}.

Uma possível explicação para a associação entre a prevalência de asma e zonas climáticas mais amenas poderia ser a concentração de ozônio na atmosfera; ozônio é conhecido para atingir os níveis mais elevados a temperaturas mais elevadas.

A maioria dos estudos investigaram a associação entre poluentes atmosféricos e seus efeitos na saúde em uma escala de tempo diária, mas raramente a uma resolução temporal mais fina.

O presente estudo objetivou quantificar o efeito de aumentos nos níveis de O_3 em exacerbações de asma em um curto espaço de tempo e avaliar as exacerbações da asma e os dados de hora em hora sobre as concentrações ambientes de poluentes atmosféricos coletados. Foram analisados também o efeito das estações e características demográficas sobre a associação entre níveis de ozônio e exacerbações da asma após o ajuste para variáveis meteorológicas.

Metodologia

População do estudo

Este estudo foi realizado entre 1 de Janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2013, em Campo Grande Os dados de internações hospitalares por causas respiratórias segundo local de residência foram obtidos nos bancos de dados informatizados do Ministério da Saúde, através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os dados secundários de fonte oficial, neste estudo foram respeitados todos os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012¹⁹.

Dados de Ozônio de Superfície

Registros diários da concentração de O_3 presentes na atmosfera durante o estudo foram cedidos pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), em cujo Campus localiza-se a estação de monitorização. As medidas de O_3 são feitas através de coleta de amostras de ar que são aspiradas sobre o solo através de um tubo, por uma bomba de ar e através de uma válvula solenoide. Essa amostra é levada para a célula de absorção. A amostra de ar uma vez passa pelo

conversor catalítico, outra vez pela célula de absorção diretamente. O conversor catalítico funciona como um destruidor de ozônio, transformando-o rapidamente em oxigênio (O_2).

Com este procedimento tem-se ora medidas com ozônio, ora sem ozônio, o que serve para localizar o zero absoluto do aparelho. A luz ultravioleta (UV) gerada pela lâmpada de mercúrio incide na célula de absorção que contém ozônio. A intensidade da luz é atenuada proporcionalmente à concentração de ozônio, sendo esta medida pelo detector principal. Este contém um fotodiodo que transforma o sinal ótico em eletrônico, que por sua vez é detectado por um eletrômetro, sendo transformado em pulsos. A frequência ou taxa de pulsos é proporcional a corrente de entrada, e, portanto, proporcional à intensidade de luz, podendo ser usadas diretamente para as medidas.

As concentrações medidas pelo aparelho são dadas em partes por milhão (ppm). Os valores medidos pelo analisador são mostrados em um display e registrados em um computador podendo ser armazenados ou impressos. Para se produzir uma medida da concentração de ozônio, o seguinte ciclo é realizado: a) O gás passa através de um ciclo seletivo de O_3 , em uma câmara ventilada (3 segundos); b) A medida de i_0 é feita através de um detector de medida de UV, usando uma medida de UV como referência. Passando para uma válvula como solenóide; c) O gás passa diretamente para uma câmara de medida, onde permanece mais 3 segundos; d) A medida de i é feita através da medida de UV, comparando com o UV de referência. Um ciclo completo dura aproximadamente dez segundos.

Variáveis meteorológicas

Dados meteorológicos, incluindo temperaturas horárias médias ($^{\circ}C$), umidade relativa do ar (%) foram obtidos a partir do Centro de Monitoramento de Clima e Recursos Hídricos de Mato Grosso do Sul - CEMTEC e registrados como médias para 1 e 24 h para um único dia. Chuva num determinado dia foi expresso como uma variável binária, com precipitação > 0 mm foram identificados como dias de chuva.

Análises de sensibilidade

Explorou-se as janelas de tempo das 6 h, 12 h e 24 h. Todas as três janelas de tempo mostraram consistência comparável para o tamanho do efeito da defasagem do ozônio. O efeito do ozônio sobre as internações foi avaliado por meio de modelos de poluente individual para confirmar a coerência.

Como pode haver um comportamento de defasagem para os efeitos do poluente, ou seja, a internação ocorrer tanto na mesma hora (lag 0) como também em horas posteriores (lag 1, lag 2, ...), fez-se um modelo de defasagem (lag) de 1 a 6; 7 a 12; 13 a 18; 19 a 24; 25 a 48 e 49 a 72 horas o poluente em estudo.

A estimativa do risco para internações por asma em decorrência da exposição ao poluentes foi feita com o uso do modelo aditivo generalizado de regressão de Poisson. Para isso, os poluentes atmosféricos foram sempre analisados em conjunto em modelo unipolvente, ajustado por umidade e temperatura mínima, e controlados por dia da semana e sazonalidade.

Análise estatística

Os dados de temperatura e de umidade relativa do ar foram fornecidos pelo Centro de Monitoramento de Recursos Hídricos e Clima do Mato Grosso do Sul - CEMTEC_MS e, a partir deles, foi calculada a temperatura aparente, que é função da temperatura e umidade. A temperatura aparente considera a experiência fisiológica da exposição combinada da umidade e temperatura e permite avaliar com maior eficiência a resposta dessas variáveis sobre a saúde do indivíduo²⁰.

Variáveis relacionadas a temperatura aparente, sazonalidade e efeitos de calendário (dia da semana) foram incluídas para ajustar o modelo.

Para avaliar as possíveis correlações entre as internações e os níveis de ozônio usou-se o teste coeficiente de correlação de Spearman. Como os efeitos da exposição aos poluentes ambientais podem acarretar internação no mesmo dia ou em dias posteriores, foram investigados os efeitos no aparelho respiratório no dia da internação (lag 0) e também nos horários subsequentes lag (1 e 6 h, 7 e 12 h, 13 e 18 h, 19 e 24 h, 25 e 48 h, 49 e 72 h). Usou-se o modelo aditivo generalizado de regressão de Poisson, pois o desfecho é uma variável quantitativa discreta. Os resultados do risco de internação se referem à exposição ao ozônio ajustado por temperatura aparente, sazonalidade e dia da semana²¹.

Resultados e Discussões

Características gerais

As características dos pacientes que tiveram atendimentos por asma durante o período do estudo foram analisados (Tabela 1). Um total de 13.272 atendimentos por asma foram internados, destes, 7.180 (54,1%) foram internações masculinas e 5.680 (42,8%) internações para pacientes com idade <4 anos. A média do número de internações por asma variou por temporada, variando de 109 (7%) no verão, 116 (9,42%) no outono, 132 (9,51) no inverno e 152 (8,42%). A duração média geral entre o início dos ataques de asma e a internação levou um tempo de 181 min.

Tabela 1- Características demográficas das internações hospitalares relacionados com asma em Campo Grande, MS, 2006 e 2013.

Variáveis	Categoria	N(%)	Interquartil 3
Total		13272(100)	-
Gênero	Homem	7190(54,1)	-
	Mulher	6082(45,9)	-
Idade	0-4	6370(48)	-
	5-60	3583(27)	-
	>60	3318(25)	-
Estatus socioeconômico SES	Alto	11945(90)	-
	baixo	1327(10)	-
Estações do ano	verão	104(6,3)	-
	outono	166(9,9)	-
	inverno	161(9,7)	-
	primavera	122(7,4)	-
Duração em minutos ^a	total	-	181.0 (66.0 e 372.0)
	verão	-	162.0 (62.0 e 354.0)
	outono	-	164.0 (64.0 e 357.0)
	inverno	-	184.0 (71.5 e 403.5)
	primavera	-	180.0 (66.0 e 381.0)

^aA duração foi calculada como a diferença entre o início dos ataques de asma e tempo de internação e é apresentado como mediana (valores 1º quartil e 3º quartil), enquanto outras variáveis são apresentados como número e porcentagem (%).

Exposições ambientais

A distribuição dos níveis de exposição ambiental médias horárias durante o período de estudo foi analisado (Tabela 2). A centralização horária com (média, 25 th e 75th quartil) do ozônio, para o período de estudo global e em qualquer época do ano e foi mais alto durante o inverno (19,16 ppb) e menor durante o outono (15, 16 ppb). As correlações de níveis horários entre as diferentes variáveis mostraram que a temperatura tinha uma correlação negativa significativa com concentrações ozônio (Tabela 3).

Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis estudadas para a asma

Variável	Média	Desvio padrão	Coef Var	1 quartil	Mediana	3 quartil
ASMA	162,28	44,73	27,57	125,75	158,50	188,25
T.med	23,56	2,04	8,65	22,39	24,24	25,13
T.max	29,95	1,91	6,39	28,89	30,29	31,37
T.min	18,80	2,39	12,69	16,51	19,23	20,56
U.med	66,65	9,94	14,92	59,92	68,32	74,03
U.max	82,80	10,01	12,08	79,53	84,56	90,40
U.min	44,87	12,05	26,85	37,90	46,21	49,81
prec	117,90	83,70	70,97	55,90	98,90	186,00
veloc	5,89	0,74	12,55	5,29	5,63	6,52
Ozônio	35,04	17,49	25,48	12,95	16,43	20,73

Tabela 3 - Coeficiente de correlação de Spearman entre as horas das variáveis ambientais

ASMA	T.inst	T.max	T.min	U.inst	U.max	U.min	chuva	veloc m/s	ozônio
Coeficiente de Spearman (rs)=	-0,647	-0,533	-0,7112	-0,4627	-0,5047	-0,3839	-0,62	0,3214	0,0586
t =	-4,9473	-3,6731	-5,8985	-3,043	-3,4089	-2,4243	-4,608	1,9791	0,3422
(p)=	< 0,0001	0,0008	< 0,0001	0,0045	0,0017	0,0207	< 0,0001	0,0559	0,7343

Associação entre os níveis de poluição do ar e crises de asma

No modelo de poluente único (Tabela 4), os níveis de O₃ foram associados com um aumento no risco de internações relacionadas com a asma para os que se deslocam nos períodos médios de atraso de 19 e 24, 25 e 48, ou 49 e 72 horas antes da exacerbação da asma com odds ratio de 1,101 (IC 95%; 1.041e1.161), 1,091 (1.011e1.171), e 1,121 (1.041e1.211), respectivamente.

Tabela 4 - Estimativa dos riscos relativos para os efeitos dos lags (defasagens) no ozônio, usando o número de internações por asma

	Média móvel, lag (hs)	RR com IC 95%
Ozônio	1-6	1.031 (0.971 e 1.081)
	7-12	1.041 (0.981 e 1.101)
	13-18	1.061 (1.001 e 1.111)
	19-24	1.101 (1.041 e 1.161)
	25-48	1.091 (1.011 e 1.171)
	49-72	1.121 (1.041 e 1.211)

Efeito do ozônio por estação do ano

Foram encontrados efeitos específicos da estação do ano nas internações relacionadas com a asma para O₃ (Tabela 5). O efeito do O₃ variou por estação e mostrou uma associação positiva na primavera (1,111 (1.021e1.221)) e

no verão (1,091 (1.002e1.181)), tanto no 19 e 24 h lag (defasagem), e maior associação no inverno em lag (defasagem) 25 e 48 h (1,252 (1.031 e 1.511)).

Tabela 5 - Média móvel e riscos relativos para o ozônio na internações por asma em função das estações do ano

		Verão	Outono	Inverno	Primavera
	Média		IC 95%	IC 95%	IC 95%
movel, lag (hs)		RR com IC 95%	RR com IC 95%	RR com IC 95%	RR com IC 95%
Ozônio	1-6	1.031 (0.942 e 1.112)	1.021(0.911e1.142)	0.992(0.851e1.161)	1.061(0.971e1.161)
	7-12	1.021(0.941 e 1.121)	1.001(0.891e1.132)	1.061(0.911 e1.251)	1.061(0.971e1.161)
	13-18	1.041 (0.951 e 1.142)	1.032(0.921e1.161)	1.123(0.961 e1.311)	1.051(0.971e1.161))
	19-24	1.091 (1.002 e 1.181)	1.061(0.951e1.192)	1.142(0.971 e1.341)	1.111(1.021e1.221)
	25-48	1.081 (0.963 e 1.231)	1.142(0.971e1.353)	1.252(1.031 e1.511)	1.001(0.881e1.141)
	49-72	1.141 (1.011 e 1.291)	1.113(0.941e1.312)	1.091(0.901e1.331)	1.131(1.001e1.281)

Neste estudo, foram comparadas as variações do dia-a-dia e de hora em hora dos parâmetros climáticos e as variações do dia-a-dia de hospitalizações por asma e estimou os efeitos de curto prazo dos parâmetros climáticos e faixa de temperatura diurna (DTR) sobre a asma. Encontrou-se os efeitos adversos significativamente agudos de DTR em admissões por asma. As associações entre DTR e asma eram robustos para o ajuste de temperatura absoluta (média ou mínimo) e concentrações de poluição do ar e foram significativamente maiores na estação fria, em crianças e homens. A variação de temperatura dentro de um dia é um novo fator de risco ambiental que pacientes com asma e cuidadores devem estar cientes.

César *et al.*²² estimaram a associação entre exposição ao material particulado fino com as internações por pneumonia e asma em crianças com até 10 anos, em Taubaté e usaram o modelo aditivo generalizado de regressão de Poisson para estimar o risco relativo, com defasagem de zero até cinco dias após a exposição; o modelo unipolvente foi ajustado pela temperatura aparente, medida definida a partir da temperatura e umidade relativa do ar, sazonalidade e dia da semana. Os valores dos riscos relativos para internações por pneumonia e asma foram significativos para lag 0 (RR=1,051; IC95% 1,016-1,088); lag 2 (RR=1,066; IC95% 1,023-1,113); lag 3 (RR=1,053; IC95% 1,015-1,092); lag 4 (RR=1,043; IC95% 1,004-1,088) e no lag 5 (RR=1,061; IC95% 1,018-1,106). A exposição aos materiais particulados esteve associada às internações por pneumonia e asma em crianças menores de 10 anos, mostrou o papel do material particulado fino na saúde da criança e forneceu subsídios para implantação de medidas preventivas para diminuir esses desfechos.

Veras e Sakae²³ analisaram a faixa etária dos pacientes internados por exacerbação de asma foi abaixo de três anos, com predomínio do sexo masculino e frequência aumentada no inverno. Constatou-se baixo índice de acompanhamento ambulatorial e uso de medicação preventiva. O seguimento preventivo, educação em asma e uso de profilaxia com corticoides inalados devem ser incentivados para diminuir as taxas de hospitalização por asma no Brasil.

Lasmar *et al.*²⁴ verificaram a ocorrência e os fatores de risco associados à hospitalização de um grupo de crianças asmáticas e realizaram o diagnóstico da assistência à saúde desses pacientes, concluindo que foi elevada a ocorrência de hospitalização (62,2%) no grupo estudado. O estudo destaca a relevância epidemiológica da asma da faixa etária dos menores de dois anos, visto que a maioria das crianças teve sua primeira crise e sua primeira hospitalização no primeiro ano de vida. Ao completar o segundo ano de vida, 78,7% já haviam sido hospitalizadas. Da mesma forma, o início da sintomatologia nos primeiros 24 meses de idade foi o maior fator de risco para hospitalização. Os pacientes eram graves e não faziam tratamento preventivo. A gravidade clínica e a inexistência de acompanhamento regular nas unidades

básicas de saúde deslocaram a demanda para serviços de urgência e hospitais. Todos esforços gerenciais deveriam ser feitos para que esses pacientes fiquem vinculados à atenção primária para uma assistência regular e continuada que contemple a dispensação de corticoides inalados. Por essa razão, os centros de saúde deveriam ser a porta de entrada do sistema para o paciente asmático, evitando assim que os serviços de urgência e os hospitais ocupem esse espaço.

Lasmar L *et al.*²⁵ estudaram a importância da primeira admissão hospitalar na readmissão futura em um grupo de crianças e adolescentes asmáticos, concluindo que foi elevada a ocorrência de readmissões hospitalares e que os principais fatores de risco envolvidos foram a gravidade da asma e a idade à primeira admissão. Os dados do estudo apontam para o fato de que, após uma hospitalização por asma, o serviço de atenção básica deve captar essa criança para esclarecimento diagnóstico e iniciar a terapia antiinflamatória nos pacientes com asma persistente, devido aos riscos e aos danos psicossociais dessas frequentes readmissões.

Nesta pesquisa foi investigada a associação entre o risco de exacerbações da asma e níveis de hora em hora de exposição ao O₃ e as modificações desta associação por estação do ano. O poluente do ar O₃, os maiores efeitos adversos foram após defasagens mais longas.

Estudos têm investigado o efeito sobre a saúde da poluição do ar sobre as doenças respiratórias, especialmente asma, com resolução temporal de dias, mas não com uma resolução de horas. Altos níveis de concentração de ozônio foram associados com aumento do risco de exacerbação da asma em estudos que relatam gravações diárias²⁶⁻²⁹. Outros estudos relatam dados com resolução temporal mais fino encontrados suspensos níveis de O₃ associados com risco aumentado de doença respiratória³⁰.

O efeito de aumento dos níveis de O₃ parece ser significativa após um atraso mais longo, especialmente no inverno. Estudos demonstraram uma associação entre a exposição ao O₃ e doenças respiratórias³¹⁻³⁵.

Outra conclusão do estudo foi que o aumento dos níveis de O₃ foram mais fortemente associados e apareceu mais de imediato em pacientes estatus socioeconômico (SES) mais baixos do que em pacientes pertencentes ao estatus socioeconômico (SES) superior. Esta conclusão é corroborada por um estudo realizado em Toronto, Canadá, que informaram que o aumento de internações por asma foram associados com um baixo SES³⁶. Assim, o papel da SES em aumento de internações por asma pode exigir uma investigação mais aprofundada em relação à política de saúde pública.

Este estudo tem algumas limitações. Em primeiro lugar, os dados não continham informações sobre endereços residenciais dos pacientes e o endereço do hospital foi usado como um proxy. Em segundo lugar, não foram incluídos como contagem de fatores de confusão pólen que estão associados com doenças atópicas³⁷⁻³⁹, como a sua associação com exacerbação da asma⁴⁰⁻⁴². No entanto, análise dos efeitos específicos podem abranger implicitamente efeitos de flutuações sazonais nas concentrações de pólen e mofo ambiente.

Em terceiro lugar, o tempo de exacerbação dos sintomas de asma foi relatada por pacientes ou seus cuidadores que os acompanharam na internação. Tal como acontece com os resultados relatados pelo paciente, um viés pode ter sido introduzido na coleta desta informação. No entanto, a análise de sensibilidade realizada para avaliar o intervalo de tempo ideal entre o momento do aparecimento de sintomas de asma e a internação mostrou resultados consistentes para que se deslocassem valores médios da exposição para o tempo de 6 h, 12 h ou 24 h. Portanto, um certo nível de imprecisão deste resultado auto-relatada foi tolerado neste desenho do estudo.

Por último, este estudo foi realizado em uma única cidade, e, portanto, os resultados podem não ser aplicáveis a outras áreas ou cidade alvo. Para entender os efeitos do poluente atmosférico sobre sintomas da exacerbação da asma em mais detalhe, são necessários estudos multi-centro usando uma resolução temporal.

Na análise das variáveis no modelo verificou-se que a temperatura máxima e umidade relativa mínima são as variáveis meteorológicas que melhor explicam as relações causa-efeito de internação por asma na cidade de Campo Grande. Notou-se que em março a umidade relativa mínima explica o aumento das internações, neste caso então já se espera que nesta época do ano a umidade na região comece a diminuir, provocando por sua vez internações dos asmáticos.

Uma provável explicação seria o fato de que vários subperíodos de baixas umidades e altas temperaturas em meio à época chuvosa reforça os sintomas de asma em indivíduos portadores da doença. No que se refere à temperatura máxima, o mês de junho mostrou-se o mais representativo. Apesar de ter sido encontrada uma relação de causa-efeito entre as internações por asma e as variáveis meteorológicas, entende-se que estas variáveis explicam parte das internações. O modelo fica mais bem calibrado com a inserção da variável relacionadas a poluente, ozônio. Esta hipótese tem fundamento devido à cidade possuir um clima seco e propício a queimadas, como também a grande disponibilidade de radiação solar que é um catalisador na fabricação de ozônio troposférico. Níveis mais altos de O₃ foram associados

com risco aumentado de exposição das exacerbações da asma. Os efeitos adversos da estação do ano do O₃ foram modificados por idade. Os resultados indicam que a política de saúde no município deve se concentrar nas populações vulneráveis, como portadores de asma.

Considerações Finais

Dessa forma, foi possível identificar o poluente O₃ associado a internações por asma com defasagem de horas em uma cidade de porte médio, e estas informações poderão ser úteis na implantação de políticas de saúde do município.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal /Estadual de Saúde de Campo Grande, MS, nas pessoas de seus gestores, e ao corpo diretivo, à equipe de enfermagem pela ajuda para a elaboração deste trabalho.

Referências

1. Souza, A, Kofanovski, AZ, Sabbah I, Santos DAS. Asthma and Environmental Indicators: a time-series study. *Journal of Allergy & Therapy*. 2016;7:1-7.
2. Souza A, Aristone F, Santos DAS, Lima APS. Impact of changes in meteorological and hospitalizations for asthma. *Espacios (Caracas)*. 2015;36: 3.
3. Reed CE. The natural history of asthma. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2006;118;(3): 543e548 (quiz 549e550).
4. Clougherty JE, Levy JI, Kubzansky LD, Ryan PB, Suglia SF, Canner MJ, Wright RJ. Synergistic effects of traffic-related air pollution and exposure to violence on urban asthma etiology. *Environ. Health Perspect.* 2007;11(8):1140e1146.
5. Su MW, Tsai CH, Tung KY, Hwang BF, Liang PH, Chiang BL, Yang YH, Lee YL. GSTP1 is a hub gene for gene-air pollution interactions on childhood asthma. *Allergy*. 2013; 68(12):1614-1617.
6. Brito F, Gimeno MP, Martinez C, Tobias A, Suarez L, Guerra F, Borja JM, Alonso AM. Air pollution and seasonal asthma during the pollen season. A cohort study in Puertollano and Ciudad Real (Spain). *Allergy*. 2007;62(10):1152e1157.
7. Mohr LB, Luo S, Mathias E, Tobing R, Homan S, Sterling D. Influence of season and temperature on the relationship of elemental carbon air pollution to pediatric asthma emergency room visits. *J. Asthma*. 2008;45(10):936e943.
8. Wong TW, Lau TS, Yu TS, Neller A, Wong SL, Tam W, Pang SW. Air pollution and hospital admissions for respiratory and cardiovascular diseases in Hong Kong. *Occup. Environ. Med.* 1999;56(10):679e683.
9. Linn WS, Szlachcic Y, Gong Jr H, Kinney PL, Berhane KT. Air pollution and daily hospital admissions in metropolitan Los Angeles. *Environ. Health Perspect.* 2000;108(5):427e434.
10. Pattenden S, Armstrong B, Milojevic A, Heal MR, Chalabi Z, Doherty R, Barratt B, Kovats RS, Wilkinson P. Ozone, heat and mortality: acute effects in 15 British conurbations. *Occup. Environ. Med.* 2010;67(10):699e707.
11. Marco R, Poli A, Ferrari M, Accordini S, Giammanco G, Bugiani M, Villani S et al. A study group: italian study on asthma in young adults, the impact of climate and traffic-related no2 on the prevalence of asthma and allergic rhinitis in Italy. *Clin Exp Allergy*. 2002;(32):1405-12.
12. Peden DB, Setzer RW, Devlin RB. Ozone exposure has both a priming effect on allergen-induced responses as well as an intrinsic inflammatory action in the nasal airways of perennial allergic asthmatics. *Am J Respir Crit Care Med*. 1995;151:1336-45.
13. Lin S, Liu X, Le LH, Hwang SA. Chronic exposure to ambient ozone and asthma hospital admissions among children. *Environ Health Perspect.* 2008;116:1725-30.
14. McConnell R, Berhane K, Gilliland F, London S, Islam T, Gauderman W, Avol E, Margolis H, Peters J. Asthma in exercising children exposed to ozone: a cohort study. *Lancet*. 2002;359:386-91.
15. Mudway IS, Kelly FJ. Ozone and the lung: a sensitive issue. *Mol Aspects Med*. 2000;21:1-48.
16. D'Amato G, Liccardi G, D'Amato M. Environmental risk factors (outdoor air pollution and climatic changes) and increased trend of respiratory allergy. *J Invest Allergol Clin Immunol*. 2000;10:33-9.

17. D'Amato G, Liccardi G, D'Amato M, Cazzola M. Outdoor air pollution, climatic changes and allergic bronchial asthma. *Eur Respir J.* 2002;20:763-76.
18. Peden DB. Air pollution: indoor and outdoor. In Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW, Buchner BS, Holgate ST, Simons FE, Editors. *Middleton's Allergy: Principles and practice.* Philadelphia: Mosby, 2008, p.495-508.
19. Brasil. Portaria n° 466/2012 de outubro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012. Publicada no Diário Oficial da União de 13 de junho de 2013, Seção 1, p.59.
20. Barnett AF, Tong S, Clements AC. What measure of temperature is the best predictor of mortality. *Environ Res.* 2010;110:604-611.
21. Negrisoni J, Nascimento LF. Atmospheric pollutants and hospital admissions due to pneumonia in children. *Rev Paul Pediatr.* 2013;31:501-506.
22. César ACG, Nascimento LFC, Mantovani KCC, Vieira LCP. Fine particulate matter estimated by mathematical model and hospitalizations for pneumonia and asthma in children. *Revista Paulista de Pediatria.* 2016;34(1):18-23.
23. Veras TN, Sakae TM. Characteristics of children hospitalized with severe asthma in southern Brazil. *Scientia Medica.* 2010;20(3):223-227.
24. Lasmar L, Goulart E, Sakurai E, Camargos P. Risk factors for hospital admissions among asthmatic children and adolescents. *Rev. Saúde Pública.* 2002;36(4):409-19.
25. Lasmar L, Camargos PAM, Goulart EMA, Sakurai E. Risk factors for multiple hospital admissions among children and adolescents with asthma. *J Bras Pneumol.* 2006;32(5):391-399.
26. Gehring U, Wijga AH, Brauer M, Fischer P, Jongste JC, Kerkhof M et al. Traffic-related air pollution and the development of asthma and allergies during the first 8 years of life. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2010;181(6):596e603.
27. Cai J, Zhao A, Zhao J, Chen R, Wang W, Ha S, Xu X, Kan H. Acute effects of air pollution on asthma hospitalization in Shanghai, China. *Environ. Pollut.* 2014;191: 139e144.
28. Cho J, Choi YJ, Suh M, Sohn J, Kim H, Cho SK, Ha KH, Kim C, Shin DC. Air pollution as a risk factor for depressive episode in patients with cardio-vascular disease, diabetes mellitus, or asthma. *J. Affect Disord.* 2014;157:45e51.
29. Guarnieri M, Balmes JR. Outdoor air pollution and asthma. *Lancet.* 2014;383(9928): 1581e1592.
30. Yorifuji T, Suzuki E, Kashima S. Hourly differences in air pollution and risk of respiratory disease in the elderly: a time-stratified case-crossover study. *Environ. Health.* 2014;13:67.
31. Yeh KW, Chang CJ, Huang JL. The association of seasonal variations of asthma hospitalization with air pollution among children in Taiwan. *Asian Pac. J. Allergy Immunol.* 2011;29(1):34-41.
32. Lewis TC, Robins TG, Mentz GB, Zhang X, Mukherjee B, Lin X, et al. Community Action Against Asthma Steering, Air pollution and respiratory symptoms among children with asthma: vulnerability by corticosteroid use and residence area. *Sci. Total Environ.* 2013;448:48-55.
33. Nardocci AC, Freitas CU, Leon ACP, Junger WL, Gouveia NC. Air pollution and respiratory and cardiovascular diseases: a time series study in Cubatao, Sao Paulo State, Brazil. *Cad. Saude Publica.* 2013;29(9):867-876.
34. Altug H, Gaga EO, Dogeroglu T, Brunekreef B, Hoek G, Van Doorn W. Effects of ambient air pollution on respiratory tract complaints and airway inflammation in primary school children. *Sci. Total Environ.* 2014;1(479e480):201e209.
35. Rodopoulou S, Chalbot MC, Samoli E, Dubois DW, San Filippo BD, Kavouras IG. Air pollution and hospital emergency room and admissions for cardiovascular and respiratory diseases in Dona Ana County, New Mexico. *Environ. Res.* 2014;129:39-46.
36. Burra TA, Moineddin R, Agha MM, Glazier RH. Social disadvantage, air pollution, and asthma physician visits in Toronto, Canada. *Environ. Res.* 2009;109(5):567-574.
37. Simon-Nobbe B, Denk U, Poll V, Rid R, Breitenbach M. The spectrum of fungal allergy. *Int. Arch. Allergy Immunol.* 2008;145(1):58-86.
38. Sheffield PE, Weinberger KR, Kinney PL. Climate change, aeroallergens, and pediatric allergic disease. *Mt. Sinai J. Med.* 2011;78(1):78-84.
39. Mimura T, Yamagami S, Fujishima H, Noma H, Kamei Y, Goto M, Kondo A, Matsubara M. Sensitization to Asian dust and allergic rhinoconjunctivitis. *Environ Res.* 2014;132:220-5.
40. Erbas B, Akram M, Dharmage SC, Tham R, Dennekamp M, Newbigin E, et al. The role of seasonal grass pollen on childhood asthma emergency department presentations. *Clin. Exp. Allergy.* 2012;42(5):799-805.

41. Gonzalez-Barcala FJ, Aboal-Vinas J, Aira MJ, Regueira-Mendez C, Valdes- Cuadrado L, Carreira J, et al. Influence of pollen level on hospitalizations for asthma. Arch. Environ. Occup. Health. 2013;68(2):66-71.
42. Ruffoni S, Passalacqua G, Ricciardolo F, Furgani A, Negrini AC, Amici M, Ciprandi G. A 10-year survey on asthma exacerbations: relationships among emergency medicine calls, pollens, weather, and air pollution. Rev. Fr. D. Allergol. 2013;53(7): 569-575.

Amaury de Souza

Endereço para correspondência – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS),
Caixa postal 549, CEP: 79070-900, Campo Grande, MS, Brasil.

E-mail: amaury.de@uol.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6113404589622533>

Débora Aparecida da Silva Santos – deboraassantos@hotmail.com

Alexandra Zampieri Kofanovski – zampieri.xandra@gmail.com

Elvira Kovač-Andrić – eakovac@kemija.unios.hr

Enviado em 10 de agosto de 2016.

Aceito em 24 de abril de 2017.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: percepção dos pais na relação creche versus domicílio

HEALTHY EATING: perception of parents and legal guardians on daycare versus household

**Fernanda da Motta Afonso¹, Jéssica Cristina de Moraes²,
Haydée Serrão Lanzillotti³, Maria Elisa Barros⁴**

RESUMO

O objetivo foi avaliar a diferença na percepção que os pais ou responsáveis, por crianças matriculadas em creches públicas do município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, têm sobre a alimentação fornecida nas creches e nos seus domicílios, sob a perspectiva dietética. Trata-se de estudo qualitativo realizado com pais/responsáveis de crianças matriculadas em creches públicas, recrutados de cinco creches. Foram realizados cinco grupos focais por amostra de conveniência, totalizando 43 pais/responsáveis. Optou-se por análise conteúdo categorial temática. Os resultados foram apresentados por recortes de “falas”, que analisados na perspectiva dietética, permitiram elencar cinco categorias de análise: variedade e moderação, porcionamento, horário, comensalidade e atividade física. Concluiu-se que pais/responsáveis perceberam que há diferença entre a alimentação da creche e a do domicílio. A relevância do estudo é mostrar que além de uma dieta saudável existe convívio social em roda da comida, ambos reconhecidos pelos pais/responsáveis.

Descritores: Criança; Comportamento Alimentar; Grupos Focais; Dieta.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate, from a dietary perspective, the difference in the perception parents or legal guardians of children enrolled in public daycare centers of the municipality of Rio de Janeiro, State of Rio de Janeiro, have on the food provided in daycare centers and in their households. This is a qualitative study with 43 parents/legal guardians of children enrolled in five public daycare centers. Five focus groups were conducted and selected using convenience sampling. We opted for the thematic categorical content analysis. Results were presented through “speeches” cuttings analyzed from a dietary perspective, resulting in five categories: variety and moderation, portioning, schedule, commensality, and physical activity. Our conclusion is that parents/legal guardians realized how different daycare center and household feeding are. The relevance of the study is to show that, besides a healthy diet, there is social conviviality around food, elements that are both recognized by parents/legal guardians.

Descriptors: Child; Eating Behavior; Focus Groups; Diet.

¹ Doutora em Ciências pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Graduada em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/ UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil.

Introdução

O conceito ampliado de segurança alimentar e nutricional remete à realização do direito universal ao acesso regular e permanente à alimentação de qualidade e quantidade adequadas, sem que isso represente comprometimento do acesso a outras necessidades essenciais e tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam: ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis¹.

Uma alimentação insuficiente pode levar à carência de micronutrientes e, conseqüentemente, baixa imunidade propiciando infecções frequentes². Do mesmo modo, o consumo excessivo de alimentos específicos também está na contramão de um estilo de vida saudável³. A obesidade tem sido associada a maior ingestão de alimentos com alta densidade energética, ricos em gordura saturada e açúcares, somada à diminuição do consumo de carboidratos complexos, de fibras e de atividade física¹.

Desta forma, fica claro que, além da quantidade, da regularidade e da dignidade, a qualidade da dieta torna-se também referência objetiva para o alcance da alimentação saudável⁴.

Uma alimentação saudável deve ser baseada em práticas alimentares que assumam a função social e cultural dos alimentos. É fundamental resgatar estas práticas bem como estimular a produção e o consumo de alimentos saudáveis regionais, como legumes, verduras e frutas, sempre levando em consideração os aspectos comportamentais e afetivos relacionados às práticas alimentares.

No contexto dietético existem cinco pressupostos referentes a uma dieta saudável, a saber: variedade e moderação, porcionamento, horário, comensalidade e atividades física⁵.

As dietas são saudáveis quando preparadas com alimentos variados, com tipos e quantidades adequadas aos estágios da vida, compondo-se de refeições variadas e coloridas que incluem alimentos tanto de origem vegetal como de origem animal⁵, conceituando o pressuposto variedade e moderação.

A partir do conhecimento do consumo alimentar de crianças, é possível planejar ações capazes de promover mudanças positivas no comportamento alimentar na busca de uma mais alimentação saudável. Na infância, fase na qual os hábitos de consumo estão sendo adquiridos e consolidados⁶, é indiscutível a importância de uma alimentação adequada, do ponto de vista nutricional para assegurar o seu crescimento e desenvolvimento, principalmente nos primeiros anos de vida. Nesse sentido, os Guias Alimentares são ferramentas importantes para o alcance desse intuito⁷, uma vez que indicam as porções inerentes a cada faixa etária⁵.

Os Guias Alimentares são instrumentos de orientação e informação à população visando promover saúde e hábitos alimentares saudáveis. Nestes, devem ser representados grupos de alimentos, baseados na relação existente entre os alimentos e a saúde dos indivíduos⁸.

Na maioria das famílias, em geral, é a mulher que assume as principais responsabilidades nos trabalhos domésticos e na criação dos filhos e, por consequência, contribui para a formação de hábitos alimentares, sejam saudáveis ou não. Nesse sentido, há estudo⁹ mostrando que o controle da alimentação, exercido pelas mulheres ao longo da história, tem sido também uma fonte de poder para elas, pois a habilidade de preparar e servir alimentos contribui para a formação dos hábitos alimentares no núcleo familiar.

Um dos problemas da não adoção de uma alimentação saudável é a transmissão de costumes de uma geração para outra e o conservadorismo alimentar¹⁰. O estilo alimentar e culinário é transferido como uma herança familiar. Esta, por estar tão arraigado, interfere nas intervenções de educação nutricional. O rompimento com a transmissão de costumes e com o conservadorismo é o desafio imposto ao sucesso de práticas alimentares desejáveis.

A refeição é uma atividade que, embora típica do ambiente doméstico, na modernidade está sendo transferida para o ambiente escolar. Neste contexto, o estabelecimento de um horário regulado possibilita ao profissional de saúde disciplinar a criança, ao mesmo tempo em que realiza sua função de educador, cuja missão é contribuir para que a criança adquira hábitos alimentares saudáveis que se prolonguem no futuro.

Se em casa a criança tem o hábito de consumir refeições assistindo TV, acessando o computador ou distraíndo-se com brinquedos não se pode esperar que o mesmo fosse feito na escola, uma vez que além da socialização é também prerrogativa do processo educacional mostrar a importância da comensalidade e da convivencialidade¹¹. Post & Hohmann¹² relatam que a refeição na escola é uma hora de convívio social, enquanto a criança come e interage com seus colegas. Para o autor, as refeições são interlúdios sociais em torno da comida e do prazer da refeição.

A partir de 2005⁵, o Ministério da Saúde incluiu a recomendação da atividade física na Pirâmide Alimentar Brasileira. Ficou, então evidente a importância do binômio alimentação adequada e a prática da atividade física.

O objetivo do estudo foi avaliar a diferença na percepção que os pais ou responsáveis, por crianças matriculadas em creches públicas da AP 3.2 (3ª CRE) do município do Rio de Janeiro, têm sobre a alimentação fornecida nas creches e nos seus domicílios, sob a perspectiva dietética.

Metodologia

O grupo de interesse inclui 43 pais ou responsáveis por crianças matriculadas em cinco creches públicas municipais, situadas em um território pertencente à 3ª Coordenadoria Regional de Educação (CRE) – Secretaria Municipal de Educação e também à Área Programática (AP 3.2), Secretaria Municipal de Saúde, ambas pertencentes a zona norte do Município do Rio de Janeiro. A escolha de cada uma destas creches priorizou sua localização, ou seja, proximidade com as Clínicas da Família da AP 3.2. Estas creches abrigam crianças de 6 a 60 meses, no total de 600 matriculadas.

Trata-se de um estudo qualitativo, utilizando-se amostra de conveniência, na perspectiva dietética, que examina aspectos subjetivos da percepção que os pais e responsáveis têm sobre alimentação da criança que é servida nas creches e nos domicílios. A amostra de conveniência está fundamentada pela própria natureza da metodologia do estudo, grupo focal, no qual se discutiu o tema “Alimentação Saudável”, sugerido pelo pesquisador, mas que os participantes tivessem o interesse em discuti-lo.

Anterior à realização dos grupos focais, foram realizadas reuniões com os diretores das creches para o planejamento sobre o que deveria ser abordado nos grupos focais e quais eram os objetivos específicos da pesquisa.

Ao iniciar o grupo focal, a nutricionista e sanitarista, membro da equipe da pesquisa e moderadora dos grupos focais, apresentou a proposta de trabalho e solicitou, aos participantes, permissão para que suas “falas” fossem gravadas. Após concordância, os participantes assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro (PCRJ) aprovou o projeto sob o número 197A/2012 e autorizado pela Secretaria Municipal de Educação (SME-RJ).

Após tomar conhecimento dos nomes de cada integrante do grupo focal, a moderadora distribuiu, para cada um, crachá de identificação constando os seus respectivos nomes. Os grupos focais podem ser definidos como reuniões de pessoas em uma dada sessão, na qual são utilizadas técnicas de intervenção em pequenos grupos para facilitar a interação entre as pessoas e promover troca de ideias, sentimentos, experiências a respeito de um assunto específico¹³. Neste estudo, buscou-se o entendimento sobre alimentação saudável por meio dos relatos da descrição da alimentação cotidiana de crianças oferecida na creche e no domicílio. Foi solicitado aos participantes que comentassem sobre a sua realidade de comensalidade e suas experiências com a alimentação saudável. Cada grupo focal foi constituído de seis a dez pessoas, segundo a adesão ao convite, para discutir sobre alimentação saudável. O intuito era estimular a participação e a interação de todos de forma relativamente ordenada e a discussão não ultrapassou duas horas¹⁴. Os debates foram realizados em salas ou espaços cedidos pela Direção de cada creche, onde os integrantes podiam sentar-se confortavelmente em forma de círculo.

Coube ao moderador incentivar a participação dos integrantes e redirecionar a discussão quando necessário. As reuniões foram bastante flexíveis, uma vez que não estruturadas, deram oportunidade de incluir outras questões, tendo-se o cuidado de redirecionar o foco para o tema central: alimentação saudável. O moderador não emitiu qualquer opinião ou reação diante das falas dos participantes e ressaltou ao grupo que não existiam respostas certas ou erradas; tendo o cuidado para que todos os integrantes falassem de forma ordenada. Esta estratégia permitiu ao pesquisador conhecer facetas do grupo participante e o objeto do estudo.

Na realização dos grupos focais foram seguidos os passos sugeridos por Neto *et al.*¹⁵, para aplicação da técnica. Inicialmente, o moderador definiu os objetivos a serem alcançados pelo grupo focal, ou seja, buscar o entendimento dos pais ou responsáveis pela alimentação da criança sobre o construto e se existia, em sua opinião, diferença entre a alimentação oferecida na creche e a no domicílio.

O roteiro da reunião foi formado por três questões “disparadoras”, ou seja, questões que incentivassem o início de uma discussão.

“Com base em sua responsabilidade pela alimentação domiciliar e sua opinião sobre a alimentação fornecida na creche, relate e troque ideias com os outros pais/ responsáveis sobre:”

“ O que você acha da alimentação da sua criança na creche? ”

“Existem diferenças entre a alimentação oferecida na creche e em casa? ”

“O que é alimentação saudável para você? ”

Concomitante às questões disparadoras, teve-se o cuidado de introduzir o tema com uma conversa fundamentada nos pressupostos da alimentação saudável, tanto na creche quanto no domicílio.

No momento dos relatos, o moderador incentivou que os participantes comentassem como as refeições eram realizadas com a família. Ainda, como incentivo à discussão foi apresentado aos participantes o Guia Alimentar proposto por Barbosa *et al.*¹⁶, deixando-os folheá-los para terem o primeiro contato com o ícone do guia e suas mensagens.

A dinâmica da captação dos relatos constou da gravação das “falas” pelo moderador. Dois acadêmicos de Nutrição acompanharam a realização do grupo focal, uma vez que coube a eles a transcrição do áudio.

Os relatos foram validados pelo confronto entre as transcrições e o áudio. Finalmente, foram selecionadas e analisadas as “falas” que podiam indicar o conceito de alimentação saudável e as diferenças entre a alimentação oferecida na creche e no domicílio. As gravações em áudio e o material transcrito, oriundo das gravações, ficaram de posse da equipe do projeto e serão descartadas em cinco anos após o início da coleta de dados.

Optou-se por análise de conteúdo categorial temática, que permite desmembrar o texto em unidades, ou seja, em categorias segundo reagrupamentos analógicos¹⁷. Estas categorias foram construídas conforme os pilares da teoria da alimentação saudável sob a ótica da dietética, identificando o que elas têm em comum, permitindo seu agrupamento¹⁸. A partir dos recortes das “falas” desenhou-se a frequência pela repetição das características no conteúdo¹⁷.

A análise categorial temática seguiu as seguintes etapas, sugeridas por Bardin¹⁸:

a) Pré-análise: organização do material por uma “leitura flutuante”, momento em que foi possível construir o “corpus” (unidades de registro) da investigação a partir dos relatos.

b) Exploração do material: submissão do “corpus” a um estudo aprofundado, orientado em princípio, pela hipótese de trabalho e referencial teórico fundamentado nos pressupostos de uma alimentação saudável, emanadas de um guia alimentar para crianças de 2 e 3 anos.

c) Tratamento dos resultados e interpretação: consiste no procedimento de ler e reler o material coletado. Estas leituras repetidas permitiram criar as categorias temáticas e unidades de análise (recortes das “falas”).

Segundo Caregnato & Mutti¹⁷, “na análise de conteúdo, o texto é um meio de expressão do sujeito onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem”(p. 683).

As categorias de análise foram fundamentadas com base em referencial teórico da Dietética^{5,16,19}.

Resultados

Foram realizados cinco grupos focais incluindo 43 pais e responsáveis. No entanto, transcreveu-se 31 falas, havendo duas razões para explicar tal redução da amostra em relação aos recortes das falas. A primeira é que alguns participantes alinharam-se às falas de outros participantes, sua repetição poderia tornar o texto exaustivo e, a segunda, é que alguns participantes não interagiram com o grupo como se esperava e, por consequência, suas falas não se explicitaram.

A composição dos grupos foi constituída por número de participantes: 11 no grupo 1, nove no grupo 2, oito no grupo 3, oito no grupo 4 e sete no grupo 5. A validação dos conteúdos das falas foi realizada pelo confronto entre as transcrições e o áudio, sob a responsabilidade da moderadora dos grupos focais.

Da interação entre a leitura e releitura das falas dos pais e responsáveis e o referencial teórico da Dietética foram então, eleitas cinco categorias: “variedade e moderação”, “porcionamento”, “horário”, “comensalidade” e “atividade física” (Tabela 1).

Tabela 1 - Categorias de análise e recortes das falas obtidas nos cinco grupos focais, segundo o referencial teórico da Dietética.

Variedade e moderação	
1.	É legumes, frutas né?!
2.	Eu acho que é legumes, verduras, comida ensopada, grelhada, fruta, pouco sal, eu acho que é isso.
3.	...é você basear suas refeições, ter sempre legume, nos lanches ter sempre um suco natural, uma fruta, acredito que numa refeição saudável, que uma alimentação saudável seja isso, ter sempre frutas, legumes, verduras...
4.	...é comer legume, sem frituras, sem tantos condimentos, acho que é isso.
5.	Frutas, legumes, peixe, carne.
6.	...legumes, frango de preferência carne é muito...
7.	Arroz, feijão, legumes, verduras, carnes, peixe, frango.
8.	Frutas, legumes é saudável não comer fritura, essas coisas.
9.	... carne é um complemento, tendo arroz e feijão e legumes, verduras é o principal, alimentação saudável.
10.	Exatamente isso, fruta, legumes isso aí é alimentação saudável, essas coisas de iogurte, biscoito, isso aí não é alimentação saudável.
11.	É tudo isso e evitar frituras.
12.	...o tipo de óleo, que é especial, é até mais caro ele.
13.	Eu particularmente faço a comida do meu filho separada da minha porque se eu fizer uma carne frita pra mim eu não posso fazer uma carne frita para o meu filho.
14.	Carne "remoza".
15.	...o corpo necessite um pouco de proteína, um pouco do carboidrato. A parte nutricional que depende do corpo.
16.	Sem sal, sem açúcar, sem óleo sem excesso né?!
17.	...legumes, frutas, comida não tão temperada...
18.	Alimentação saudável é, como é que eu vou falar, é...sempre, os legumes né, não ter gordura, por exemplo, fritura, eu acho que é isso.
19.	Alimentação saudável é comer uma verdura todo dia, uma fruta entendeu?
20.	Não comer fritura (rir), ah! Menos sal, menos óleo.
21.	Não dá nada que tenha conservantes, comidas enlatadas essas coisas.
22.	Então eu procuro fazer separado por causa da quantidade de sal, da quantidade de óleo. Claro que isso também serviria pra mim entendeu?!
23.	...ele come direitinho aqui é a nutrição do jeito que eu faço em casa só que eu não costumo muito triturar algumas coisas aqui eles falam que o feijão é tudo triturado, as carnes são tudo processadinhos cortadas pequenas...
24.	...ela falou dos legumes ali, ela falou que é picotadinho, bem pequenininho, vou até falar pra minha esposa "filha, quando a gente for cortar os legumes, corta um pouquinho menor né"...
25.	...eu acredito que a criatividade da culinária que deve ser um pouco diferente...
26.	...eu acho que a comida daqui é mais completa...
27.	...aquele cardápio certinho, com arroz, feijão, carne, verdura, legume.

Continua...

Variedade e moderação	
28.	Eu acho que deve ser pelo tempero, que aqui o tempero delas deve ser mais é... vamos dizer mais saudável...
29.	Porque aqui todo dia é um cardápio diferente né, em casa não...é arroz, feijão, alguns legumes uma verdura e olhe lá.
30.	...então pelo que eu vi é bem legal (cardápio) mas é um pouco diferenciado né o que eles fazem, fazem eu acho até que é bem melhor do que eu...
31.	...o tempero é próprio para criança.
32.	Aqui na creche não tem biscoito recheado só maisena, biscoitos recheados e essas outras guloseimas quando a gente traz a diretora já fala: "Ah! Mãe já tá tirando o garoto do padrão" aí não pode.
Porcionamento	
1.	Eu acho diferente, em casa tem muito mais guloseimas, elas ficam livres para abrir a geladeira, pegar o que elas quiserem, então assim é totalmente descontrolado.
2.	...aqui já é controlado, aqui ele come bem mesmo, come de tudo...
3.	...a quantidade de sal, a quantidade de óleo que aqui com certeza deve ter medida pra tudo pra óleo, pra sal.
Horário	
1.	Aí até a diretora falou com a gente na reunião, aqui eles comem tudo na hora. Exemplo: A gente cozinha o feijão hoje vai até quarta-feira o nosso feijão né?!
2.	Vem tudo na agenda certinho...
3.	É por isso que eles comem aqui na creche, porque tem esse hábito de comer direitinho, com horário certo.
4.	...o horário da creche não bate com o horário de casa não, porque aquela correria que a gente tem no dia a dia...
5.	É controlado tem hora certinha, em casa já não tem aquele ritmo do horário né.
6.	...o negócio é o horário também, não tem controle em casa também, e aqui é mais saudável também, em casa também é comer o que quer né?!Toda hora, come biscoito...
7.	...aqui tem horário, aqui tem diversos tipos de frutas, verduras, em casa a gente nem todo dia tem isso.
8.	Aqui tem o horário...
9.	...é por causa do horário, porque em casa o horário não é certinho...
10.	...aqui eles dão no horário certinho, em casa a gente não dá no horário certo...
Comensalidade - rituais à mesa	
1.	Ele vê todo mundo que tá comendo, então eu acho que ele come melhor final de semana também porque a gente só come todo mundo junto.
2.	Aqui (<i>na creche</i>) ela já se solta um pouco...
3.	Porque ela tá vendo as demais crianças eu sei que ela vai comer. Então assim, pra mim é bom tinha que ter uma creche dentro de casa.
4.	Se faltar um ele vai no quarto chamar (imita a fala do filho): "Vem jantar, senta, senta." Tem que tá todo mundo na mesa.

Continua...

Comensalidade - rituais à mesa	
5.	...é um problema mais comportamental né?! Que quando eu estou junto especificamente eu, ela quer chamar muito a minha atenção então aí embora ela coma bastante tem dias que ela cisma que não quer determinado alimento.
6.	...eles vendo as outras crianças comendo, eles acabam comendo também.
7.	Elas vendo várias crianças todo mundo comendo aí elas comem.
8.	...então por ver na creche provavelmente os amigos comendo, ela come e tá pedindo em casa, então pra mim tá ótimo...
Atividade física	
1.	É tudo telefone, computador, as crianças não quer mais fazer isso aí (<i>brincadeira</i>) que as crianças tão fazendo agora, é difícil, é só na creche mesmo.
2.	...atividade física que aqui eles fazem atividade só que em casa a gente não sabe o que fazer. Tipo quando tá chovendo, quando falta luz o que a gente vai fazer...
3.	Eu deixo ele correr, brincar pra depois dormir...
4.	E sabe do que eu sinto falta também, de atividade física que aqui eles fazem...
5.	Meu filho faz natação na Mangueira.

Nota: As palavras em itálico foram acrescentadas pela autora para melhor compreensão do texto.

Os resultados identificaram 32 recortes de “fala” na categoria “variedade e moderação”, três na categoria “porcionamento”, dez na categoria “horário”, oito na categoria “comensalidade” e cinco na categoria “atividade física”.

Analisando-se os recortes das falas dos pais/responsáveis (Tabela 2) fica bastante evidente a fragilidade da alimentação familiar, uma vez que não apresenta os pressupostos de uma alimentação saudável, ou seja, o consumo dos diferentes alimentos que integram os grupos de um Guia Alimentar. Existe uma noção clara dos pais/responsáveis sobre a diferença entre a regularidade dos horários das refeições na creche e aquela do domicílio.

Tabela 2 - Recortes de falas que indicam as diferenças entre alimentação oferecida na creche e no domicílio, obtidas nos cinco grupos focais.

Percepção dos pais ou responsáveis sobre a alimentação oferecida no domicílio:	
1.	“Eu acho diferente, em casa tem muito mais guloseimas, elas ficam livres para abrir a geladeira, pegar o que elas quiserem, então assim é totalmente descontrolado.
2.	“...em casa ela tem peito toda hora, quer mamar, aí aqui às vezes eles almoçam duas vezes, lá eles se alimentam, mas não tão bem quanto aqui.”
Percepção dos pais ou responsáveis sobre a alimentação oferecida na creche	
1.	“... então eu gostei, que é tipo do jeito que eu faço, que é sempre acompanhado com legume”
2.	“... bem legal mas é um pouco diferenciado né o que eles fazem, fazem eu acho até que é bem melhor do que eu...”
3.	“...eu acredito que a criatividade da culinária que deve ser um pouco diferente...”
4.	“ Acredito que sim, sim, acredito que sim. Eu não conheço o tempero daqui então assim eu não sei se é igual o meu.”
5.	“Eu acho que deve ser pelo tempero, que aqui o tempero delas deve ser mais é... vamos dizer mais saudável...”

Continua...

Percepção dos pais ou responsáveis sobre a alimentação oferecida na creche	
6.	“Eu acho até melhor. Mas eu acho assim a alimentação aqui muito boa e é bem melhor né do que a nossa.”
7.	“Aqui é melhor do que a de casa. Porque aqui todo dia é um cardápio diferente né, em casa não...é arroz, feijão, alguns legumes uma verdura e olhe lá.”
8.	“Aqui a alimentação é totalmente diferente, aqui tem horário, aqui tem diversos tipos de frutas, verduras, em casa a gente nem todo dia tem isso...”
9.	“...aqui ela começou a comer e ela não come em casa. Só na escola.”
10.	“Também é por causa do horário, porque em casa o horário não é certinho.”
11.	“Eu acho que a alimentação daqui é boa porque ele come tudo...ele veio pra cá ele passou a comer melhor...”
12.	“Agora ele tá comendo tudo come legumes, come tudo na creche.”
13.	“É difícil comer em casa, mas aqui ela come.”
14.	“Eu vejo a diferença é que aqui é tudo fresquinho, feito na hora...aqui tem a sopinha todo dia, janta geralmente é a sopinha é diferente não é a mesma sopinha de segunda a sexta e em casa a gente não tem o costume de fazer sopa só quando tá frio, quando tá chovendo, quando tá doente.”
15.	“Existe (diferença), aqui eles ficam mais focados em fazer comida para crianças, e em casa a gente faz de um modo geral.”
16.	“Pra mim é o tempero, porque a gente bota sazon, essas coisas, e aqui não tem, pouco sal.”
17.	“Mas a alimentação daqui é bem melhor mesmo, o tempero é próprio para criança.”
18.	“É a diferença é que eu acho que a comida daqui é mais completa, em casa é aquela correria, tem mais gente em casa, a gente não completa tanto a alimentação com todos os legumes.”
19.	“Tem (diferença) aqui eles dão no horário certinho, em casa a gente não dá no horário certo.”

Discussão

Ao analisar as transcrições das falas dos pais ou responsáveis, nos cinco grupos focais, foi possível captar nos recortes das falas que suas percepções indicaram aspectos diferentes entre a alimentação servida tanto nas creches quanto nos domicílios. A partir das narrações dos pais ou responsáveis sobre a alimentação saudável obtidas nos grupos focais identificou-se que a categoria “variedade e moderação” foi a que apresentou maior número de recorte entre as falas no presente trabalho. Em estudo sobre a avaliação de momentos de refeição em creches, Zaccarelli & Philippi²⁰ recomendaram, entre outras orientações, a oferta de maior variedade de alimentos e que os professores incentivem a criança a consumir todos os tipos de alimentos, sem ser forçada a comer. Essa recomendação pode ser identificada quando os responsáveis comentam: “...aquele cardápio certinho, com arroz, feijão, carne, verdura, legume” se torna evidente.

Natale *et al.*²¹, em estudo controle, realizado em 28 creches para verificar sua eficácia em relação a um programa de estilo de vida saudável, incluindo a categoria “atividade física”, os resultados mostraram que, tanto os hábitos alimentares, como o consumo de frutas/verduras, *junk food*, quanto o nível sedentário de atividade física dos pais influenciaram significativamente o estilo de vida da criança. No que se refere à atividade física, observou-se que existe uma preocupação dos pais/responsáveis com o sedentarismo, traduzido no senso comum brotado nos grupos focais como: “Eu deixo ele correr, brincar pra depois dormir...” e “E sabe do que eu sinto falta também, de atividade física que aqui (creche) eles fazem...”. No presente estudo, a categoria “atividade física” foi pouca expressiva (8,6%). Possivelmente, a exiguidade do tempo para apresentação do Guia Alimentar não tenha permitido aprofundar as questões relativas a atividade física,

tendo sido dado maior ênfase aos parâmetros da alimentação saudável. Ainda considerando a categoria “atividade física”, Henderson *et al.*²² estudando as características ambientais de 35 creches (389 crianças americanas) e as práticas relativas a atividade física infantil, de moderada a intensa, concluíram que o tempo de atividade física realizada pelas crianças no interior e exterior do ambiente escolar, esteve muito aquém (9 minutos) da recomendada no Estados Unidos (120 minutos), para a influência do estilo de vida sedentário dos pais no comportamento dos filhos.

Particularmente relativos aos *junk food*, sabe-se que são produtos ricos em sódio e em gordura. Neste sentido, os pais não se frustraram em revelar sua preocupação, ao se considerar as falas: “Então eu procuro fazer separado por causa da quantidade de sal, da quantidade de óleo. Claro que isso também serviria pra mim entendeu?!” e “Aqui na creche não tem biscoito recheado só maisena, biscoitos recheados e essas outras guloseimas...”. No cenário de uma dieta desejável as frutas e verduras foram valorizadas pelos participantes: “Alimentação saudável é comer uma verdura todo dia, uma fruta entendeu?”.

Lioret *et al.*²³ estudando a relação entre padrão alimentar e atividade física de 748 crianças francesas de 3 a 11 anos, relataram que o padrão “lanches e sedentarismo”, caracterizado por alto consumo de batatas fritas, refrigerantes e bebidas doces, foi diretamente associado com o sedentarismo.

Real *et al.*²⁴ ao avaliar o padrão usual de consumo de 438 crianças e adolescentes de 4 a 14 constatou que as frutas não se encontram entre os 12 alimentos mais consumidos. O consumo restrito de fruta, no presente estudo, revelou o cenário da alimentação familiar das crianças das creches quando as mães declaram que para alcançar uma alimentação saudável é necessário: “...é você basear suas refeições, ter sempre legume, nos lanches ter sempre um suco natural, uma fruta, acredito que numa refeição saudável, que uma alimentação saudável seja isso, ter sempre frutas, legumes, verduras...”

A categoria “comensalidade” apresentou cerca de (13,7%) das falas, sendo pouco expressiva entre os pais/responsáveis. Ramos & Stein²⁵, em artigo de revisão, relataram que a criança não come apenas quando sente fome, mas que, além da fome, o local e a companhia podem fazer a diferença como, por exemplo, com seus amigos na rua brincando ou em festas de aniversários. Esses exemplos ficam explícitos nas falas dos pais/responsáveis quando questionados sobre a comensalidade: “Porque ela tá vendo as demais crianças eu sei que ela vai comer. Então assim, pra mim é bom tinha que ter uma creche dentro de casa” e “...eles vendo as outras crianças comendo, eles acabam comendo também”. North & Emmett²⁶, em estudo transversal com crianças de 4 a 7 anos para identificar os tipos de dieta que estão sendo consumidas, mostraram que a ingestão alimentar dos irmãos mais jovens se espelha na dos irmãos mais velhos. Considerando que, ao decorrer da idade, existe uma inclusão de alimentos processados no padrão alimentar de crianças, este achado torna-se um alerta para os pressupostos da comensalidade, levando por consequência toda influência alimentar da cultura familiar.

Em relação à categoria “horário”, também pouco expressiva (17,2%), o estudo de Ramos & Stein²⁵ induz aos mesmos resultados, ressaltando-se que as regras e normas da alimentação, como o tempo e o intervalo para realizar refeições são estabelecidos pelo grupo social. Neste sentido, embora a categoria “horário” tenha sido pouco expressiva em número de recortes de fala, esta não ficou despercebida pelo grupo focal quando enfatizaram: “É por isso que eles comem aqui na creche, porque têm esse hábito de comer direitinho, com horário certo”. Este discurso mostrou que na creche é possível ter esse controle de horário de modo que as crianças sejam orientadas em relação aos horários de suas refeições. Ao contrário, em casa, os pais/responsáveis afirmam que não é possível manter os horários das refeições como na creche: “...o negócio é o horário também, não tem controle em casa também, e aqui é mais saudável também, em casa também é comer o que quer né?! Toda hora, come biscoito...” e “...em casa já não tem aquele ritmo do horário né”.

A categoria “porcionamento” embora tenha abrigado somente três falas (5,17% do total), apresentou declarações que permitem inferir sobre a credibilidade da creche com a qualidade da dieta. O pai e/ou responsável pela alimentação da criança ao declarar que “Eu acho diferente, em casa tem muito mais guloseimas, elas ficam livres para abrir a geladeira, pegar o que elas quiserem, então assim é totalmente descontrolado” estão confrontando a alimentação da creche com a do domicílio, ou seja, na creche há obediência ao princípio da moderação do consumo alimentar, dado pelo porcionamento, enquanto, no ambiente doméstico há permissividade do consumo alimentar. Esta inferência se prolonga quando mais dois dos participantes dos grupos focais manifestam sua opinião: “aqui já é controlado, aqui ele come bem mesmo, come de tudo” e “a quantidade de sal, a quantidade de óleo que aqui com certeza deve ter medida pra tudo pra óleo, pra sal”. O porcionamento dos alimentos e preparações alimentares, princípio da moderação, gera o equilíbrio nutricional da dieta e os responsáveis pela alimentação da criança foram capazes de flagrar tal princípio. Esta situação exige mais investimento na educação nutricional.

Andrade & Campos²⁷ relataram que a padronização de porções, além de auxiliar o preparo das refeições e favorecer a adequação da oferta energética, atua ainda como fator para redução do desperdício alimentar, uma vez que as quantidades padronizadas evitam o excesso de alimentos no prato, excesso de alimentos preparados e conseqüentemente, minimiza o descarte. Observamos uma dicotomia entre o controle da oferta de alimentos na creche e em domicílio. Vejamos "...aquí (creche) já é controlado..." e mais "Eu acho diferente, em casa tem muito mais guloseimas, elas ficam livres para abrir a geladeira, pegar o que elas quiserem, então assim é totalmente descontrolado". Assim, a palavra "controle" usada pelos autores, que no presente caso, dita como "controlado", demonstra que a creche passa a ideia de monitoramento das refeições de modo que pais/responsáveis saibam o que, de fato, seus filhos estão ingerindo. Northstone & Emmett²⁸ estudando o padrão de consumo alimentar de crianças na faixa etária de 4 a 11 anos referem que a formação de hábito alimentar se constrói de grau em grau, ao longo do tempo, em função das diferentes fases do desenvolvimento da criança. Quando os pais/responsáveis assinalaram a dicotomia alimentar creche/domicílio, pode-se inferir sua preocupação no momento em que seus filhos saíam da creche, quando provavelmente adotarão uma alimentação do tipo não saudável optando por produtos processados e ultraprocessados. Ovaskainen *et al.*²⁹, alertam que "fast foods doces" são os alimentos preferidos por crianças acima de 6 anos de idade. No entanto, os autores observaram que mães mais jovens e de baixo nível educacional, optam pelo consumo destes alimentos (ultraprocessados), que também passam a participar do cotidiano alimentar de crianças com 3 anos de idade.

O modelo pedagógico moderno tem como objetivo preparar a criança para uma vida saudável em sociedade e neste sentido a orientação para um padrão alimentar mais de comida caseira precisa romper com o padrão atual da modernidade onde se privilegia produtos processados e ultraprocessados, ricos em gorduras saturadas e sódio. Embora os pais/responsáveis não sejam profissionais da saúde, estão atentos a isto, assim declaram "Aqui na creche não tem biscoito recheado só maisena, biscoitos recheados e essas outras guloseimas quando a gente traz a diretora já fala: -Não dá nada que tenha conservantes, comidas enlatadas essas coisas" ou - Ah! Mãe já tá tirando o garoto do padrão aí não pode" ou "Então eu procuro fazer separado por causa da quantidade de sal, da quantidade de óleo. Claro que isso também serviria pra mim entendeu?" Embora exista um cuidado com a escolha dos alimentos e suas preparações, o ato de comer deve ser um ato de convívio prazeroso traduzido pelas falas: "Ele vê todo mundo que tá comendo, então eu acho que ele come melhor final de semana também porque a gente só come todo mundo junto" e "Se faltar um ele vai no quarto chamar (imita a fala do filho): "Vem jantar, senta, senta." Tem que tá todo mundo na mesa".

É importante ressaltar que a criança na creche aprende a se alimentar brincando, explorando os alimentos usando os seus sentidos: visão (variedade de cores), olfato (variedade de sabores), tato (textura), paladar (sabores fortes e suaves) e audição (croância). Os pais/responsáveis estão preocupados com este aspecto sensorial, embora não seja a realidade da comida do lar, porque descrevem assim: ela (sua filha) falou dos legumes ali, ela falou que é picotadinho, bem pequenininho, vou até falar pra minha esposa "filha, quando a gente for cortar os legumes, corta um pouquinho menor né?". Farinha¹¹ relatou que, a partir de sua experiência na creche, inicialmente a criança somente brinca com a comida e nunca a ingere. Leonardo³⁰ afirma que alimentação brasileira é mais voltada para o prazer de comer, ou seja, comer é mais do que ingerir um alimento, significa relações sociais e culturais. Assim, se em casa se comemora em torno da mesa, a criança acredita que a refeição é uma hora de prazer, então, o ato de comer é para ela um ato de brincar.

O educador e seus auxiliares devem dar a comida permitindo que a criança manipule os alimentos. No entanto, conforme a criança vai crescendo, ela começa a perceber que a comida é realmente para ser ingerida e não para brincar e cabe, ao educador, transmitir isso de forma clara à criança. Esta é uma das diferenças de intervenção entre pais/responsáveis pela criança e educadores. Provavelmente, no domicílio não haverá esta permissividade inicial necessária à formação do comportamento alimentar. O ato de comer deve ser caracterizado pelo prazer e, nas creches, é mais uma forma lúdica de aprendizagem.

Finalmente cabe discutir a seguinte indagação: Porque a creche é melhor na opinião dos pais no que se refere à segurança nutricional e alimentar?

A creche apresenta planejamento dietético para servir as refeições estabelecendo as porções de preparações alimentares e alimentos que atendam as necessidades nutricionais das crianças. Estes aspectos são relatados pelos pais/responsáveis quando afirmam: "Aqui é melhor do que a de casa. Porque aqui todo dia é um cardápio diferente né?... em casa não...é arroz, feijão, alguns legumes uma verdura e olhe lá" ou "Eu vejo a diferença é que aqui é tudo fresquinho, feito na hora...aquí tem a sopinha todo dia, janta geralmente é a sopinha é diferente não é a mesma sopinha de segunda a sexta e em casa a gente não tem o costume de fazer sopa só quando tá frio, quando tá chovendo, quando tá doente."

A visão dos pais e responsáveis pela alimentação da criança sobre a melhor aceitação das refeições servidas na creche, consideradas também mais apropriadas, parece estar vinculada aos temperos. Eles reconhecem que são evitados temperos industrializados, na sua maioria com alto teor de sódio e com estimuladores do apetite em sua formulação. Percebem que as crianças aceitam melhor a comida da creche e declaram: “Eu acho que deve ser pelo tempero, que aqui o tempero delas deve ser mais é...vamos dizer mais saudável...” ou “Pra mim é o tempero, porque a gente bota sazon, essas coisas, e aqui não tem, pouco sal” ou ainda “Mas a alimentação daqui é bem melhor mesmo, o tempero é próprio para criança.”

Na creche não existe guloseima à disposição das crianças, dado que as mesmas não têm acesso à geladeira, como em suas casas, e tão pouco ao local de armazenamento dos alimentos. Esta diferença é relatada nas seguintes falas: “Eu acho diferente, em casa tem muito mais guloseimas, elas ficam livres para abrir a geladeira, pegar o que elas quiserem, então assim é totalmente descontrolado.”

E quando as crianças estão em alimentação complementar, ou seja, consumo de leite materno e início da introdução dos alimentos, a disciplina da creche favorece o percurso infantil até a alimentação da família, a qual é desejável que seja uma alimentação saudável. O desmame é uma preocupação das mães visto ao declararem “...em casa ela tem peito toda hora, quer mamar, aí aqui as vezes eles almoçam duas vezes, lá eles se alimentam, mas não tão bem quanto aqui (na creche).”

O que mais parece agradar os pais/responsáveis são as ofertas diárias de legumes, verduras e frutas: “... então eu gostei, que é tipo do jeito que eu faço, que é sempre acompanhado com legume” ou “Aqui a alimentação é totalmente diferente, aqui tem horário, aqui tem diversos tipos de frutas, verduras... em casa a gente nem todo dia tem isso...” ou “Agora ele tá comendo tudo come legumes, come tudo na creche” ou ainda “E a diferença é que eu acho que a comida daqui é mais completa, em casa é aquela correria, tem mais gente em casa, a gente não completa tanto a alimentação com todos os legumes.”

Poderíamos inferir que a comensalidade propiciada na creche exerce influência positiva na formação dos hábitos alimentares e esta é reconhecida pelos pais: “aqui ela começou a comer e ela não come em casa. Só na escola” ou “Eu acho que a alimentação daqui (creche) é boa porque ele come tudo... Ele veio pra cá, ele passou a comer melhor...”

A realização de grupos focais permitiu que se conhecessem aspectos da atitude dos pais/responsáveis pela alimentação da criança em relação ao processo de educação alimentar na busca da adoção de uma alimentação saudável para a vida. Reconhece-se, no entanto, que a formação de hábitos alimentares desejáveis é um processo de perseverança e, inegavelmente, mais difícil de alcançar na idade adulta do que a partir da infância.

Considerações Finais

A análise de conteúdo dos discursos, nesse estudo, permitiu identificar que pais/responsáveis perceberam que a alimentação da creche apresenta um cardápio planejado e executado segundo os pressupostos dietéticos de uma alimentação saudável, no que diz respeito a variedade, moderação e porcionalidade. Acreditam que na creche o uso de condimentos é de forma mais saudável pela opção por temperos caseiros. Enfatizam que na creche existe uma preocupação em oferecer cotidianamente, legumes, verduras e frutas. Concordam com a regularidade de horário das refeições na creche, ponto alto quando comparado, por eles, com a rotina do domicílio. Também não ficou despercebido o prazer de comer em família, num convívio social. A atividade física foi outra preocupação nas falas dos participantes como um dos pré-requisitos para uma vida saudável.

Referências

1. Brasil. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. A segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada no Brasil. Brasília, DF: CONSEA, 2010. Acesso em: 11 dez. 2010. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/publiuacoes-arquivos/a-seguranca-alimentar-e-nutricional-e-o-direito-humano-a-alimentacao-adequada-no-brasil>
2. Macedo EMC, Amorim MAF, Silva ACS. Efeitos da deficiência de cobre, zinco e magnésio sobre o sistema imune de crianças com desnutrição grave. Rev Paul Pediatr. 2010; 28(3):329-36.
3. Enes CC, Slater B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. Rev Bras Epidemiol. 2010; 13:163-71.

4. Pinheiro ARO. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. *Saúde Debate*. 2005; 29(70):125-39.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
6. Tibbs M, Joshi DH, Schechtman KB, Brownson RC, Nanney MS, Houston C et al. The relationship between parental modeling, eating patterns, and dietary intake among African-American parents. *J Am Diet Assoc*. 2001; 3(7):72-8.
7. Feldens CA, Vitolo MR. Hábitos Alimentares e Saúde Bucal na Infância. In: Vitolo MR. *Nutrição da Gestação ao Envelhecimento*. Rio de Janeiro (RJ): Rúbio; 2008.
8. Spiller G. *The super pyramid*. Washington (DC): Times Books; 1993.
9. Casotti L. *À mesa com a família: estudo do comportamento do consumidor de alimentos*. Rio de Janeiro (RJ): Mauad; 2002.
10. Pedraza, DF. Padrões alimentares: da teoria à prática – o caso do Brasil. 2004. (Acesso em: 30 ago. 2015). Disponível em: <http://www.seol.com.br/mneme/ed9/053.pdf>
11. Farinha CMC. *As refeições em creche e jardim de infância “A Convivencialidade na Comensalidade”* [dissertação]. Portugal: Instituto Politécnico de Setúbal; 2015.
12. Post J, Hohmann M. *Educação de Bebés em Infantários. Cuidados e Primeiras Aprendizagens*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2007.
13. Abreu NR, Baldanza RF, Gondim SMG. Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. *Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação*. 2009; 6:23-42.
14. Dias CA. Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Acesso em: 07 Ago 2013. Disponível em: <http://www.informacoesociedade.ufpb.br/1020006.pdf>.
15. Neto OC, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. 2002. Acessado em 15 Nov 2013. Disponível em : http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf.
16. Barbosa RMS, Colares LGT, Soares EA. *Guia alimentar para crianças de 2 e 3 anos*. Rio de Janeiro: Rúbio; 2013.
17. Caregnato RCA, Mutti R. *Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo*. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(4):679-84.
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Laurence Publication; 1977.
19. Philippi ST, Cruz ATR, Colucci ACA. Pirâmide alimentar para crianças de 2 e 3 anos. *Rev Nutr*. 2003;16(1):5-19.
20. Zaccarelli EM, Philippi ST. Avaliação de momentos de refeição em creches. *Nutrire: Rev Soc Bras Alim Nutr*. 2005; 30:17-29.
21. Natale RA, Messiah SE, Asfour L, Uhlhorn SB, Delamater A, Arheart KL. Role Modeling as an Early Childhood Obesity Prevention Strategy: Effect of Parents and Teachers on Preschool Children’s Healthy Lifestyle Habits. *J Dev Behav Pediatr*. 2014; 35(6):378-87.
22. Henderson KE, Grode GM, O’Connell ML, Schwartz MB. Environmental factors associated with physical activity in childcare centers. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015; 29:12-43.
23. Lioret S, Touvier M, Lafay L, Volatier JL, Maire B. Dietary and physical activity patterns in French children are related to overweight and socioeconomic status. *J Nutr*. 2008; 138(1):101-7.
24. Del Real SI, Fajardo Z, Solano L, Páez MC, Sánchez A. Patrón de consumo de alimentos en niños de una comunidad urbana al norte de Valencia. *ALAN*. 2005; 55(3):279-86.
25. Ramos M, Stein LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *J Pediatr*. 2000; 76(3):229-37.
26. North K, Emmett P. Multivariate analysis of diet in children at four and seven years of age and associations with socio-demographic characteristics. The Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood (ALSPAC) Study Team. *Eur J Clin Nutr*. 2005; 59(1):751-60.
27. Andrade J, Campos, F. Porcionamento, adequação energética e controle do desperdício em uma creche. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2012; 7(3):157-80.
28. Northstone K, Emmett PM. Are dietary patterns stable throughout early and mid-childhood? A birth cohort study. *Br J Nutr*. 2008; 100(5):1069-76.
29. Ovaskainen ML, Nevalainen J, Uusitalo L, Tuokkola JJ, Arkkola T, Kronberg-Kippila C, et al. Some similarities in dietary clusters of pre-school children and their mothers. *Br J Nutr*. 2009; 102(3):443-52.
30. Leonardo M. *Antropologia da Alimentação*. *Revista Antropos [periódico eletrônico]* 2009.[citado em 2013 Jan 10];3(2). Disponível em: <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Antropologia-Da-Alimenta%C3%A7%C3%A3o/56385711.html>

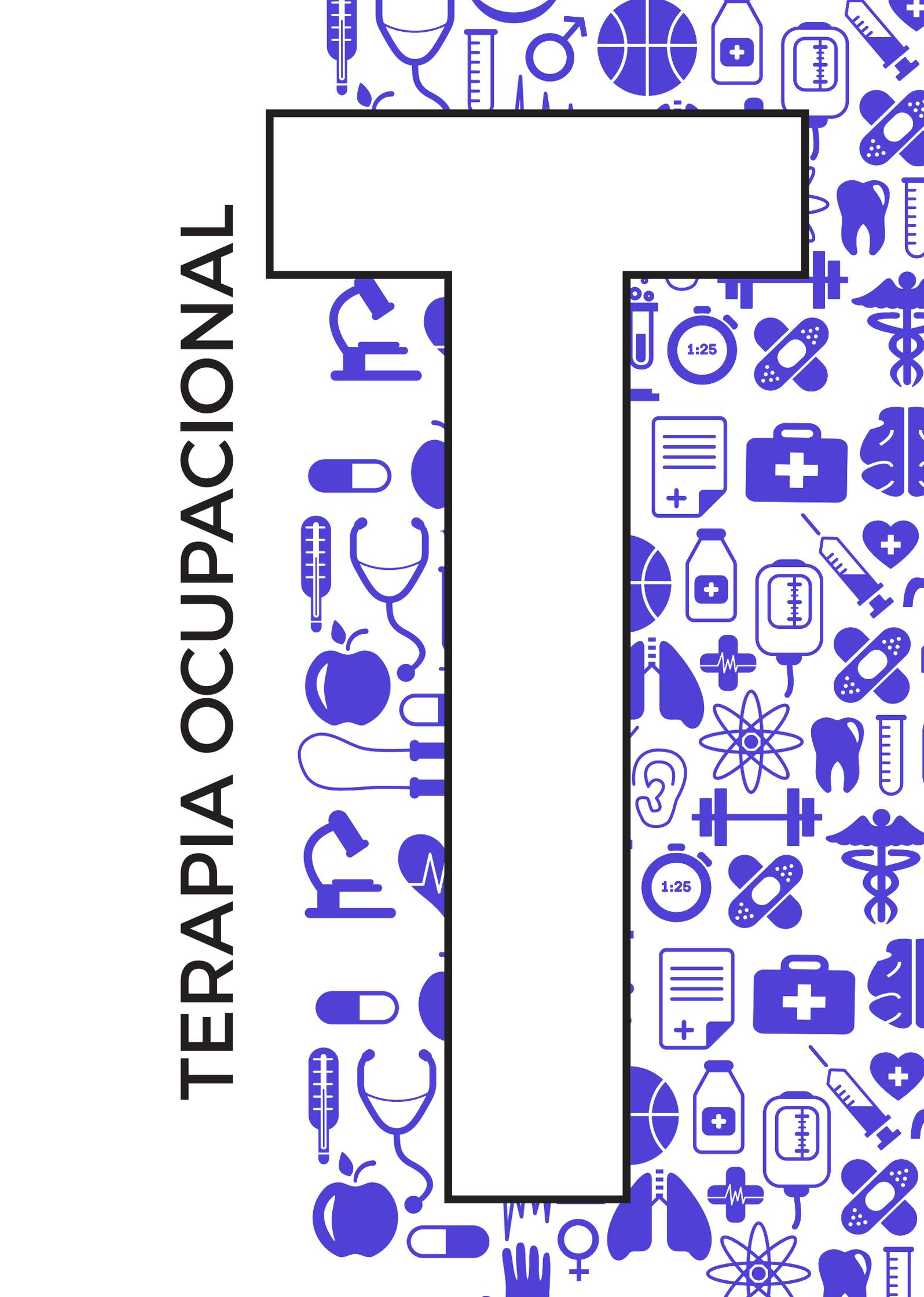
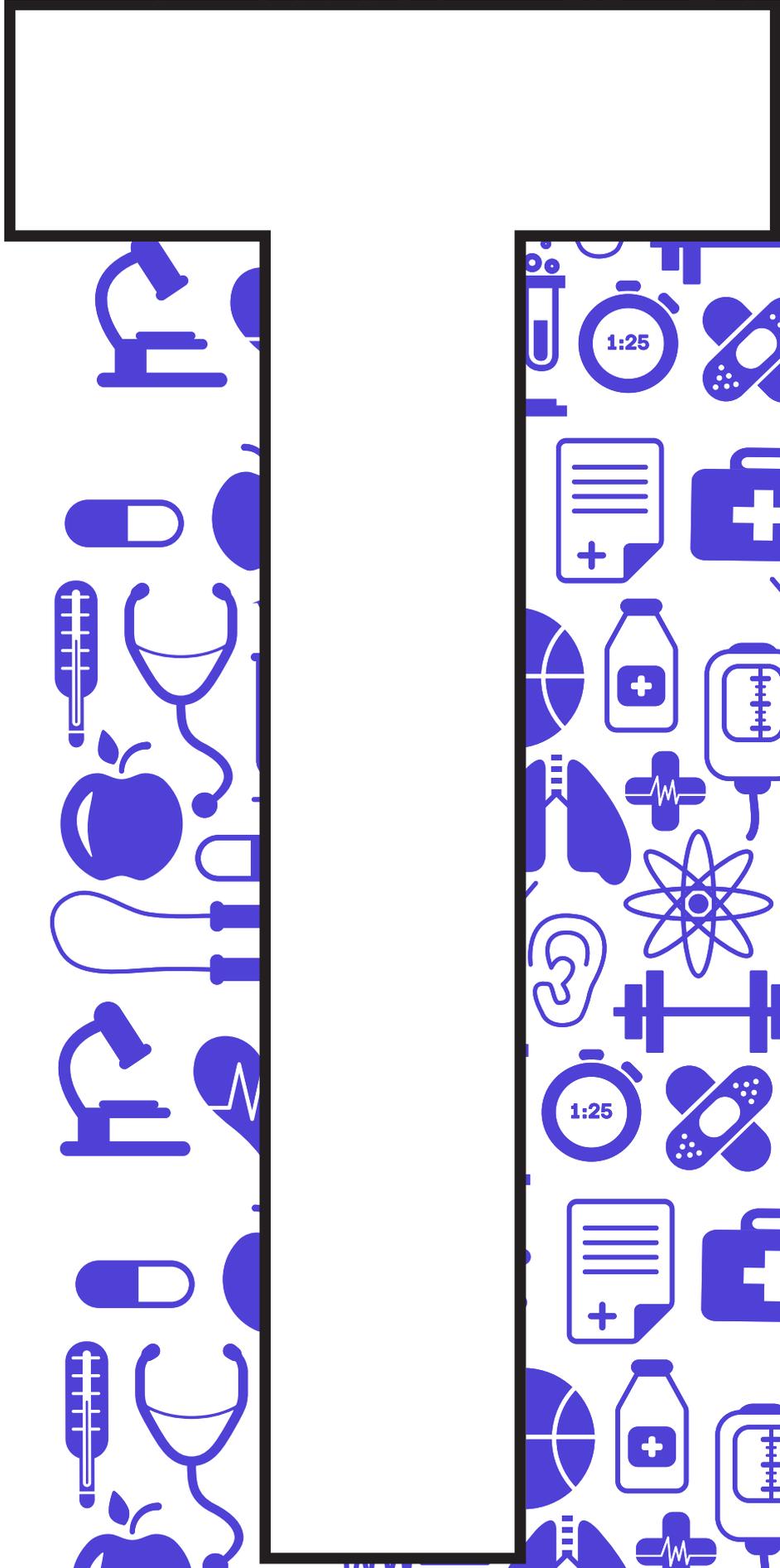
Fernanda da Motta Afonso

Endereço para correspondência – Instituto de Nutrição - UERJ
Rua: São Francisco Xavier, nº 524, Pavilhão João Lyra Filho
12º andar, Bloco D, Sala 12.023, CEP: 20559-900, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: fmafonso@gmail.com
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/>

Jéssica Cristina de Moraes – mineira.moraes@yahoo.com.br
Haydée Serrão Lanzillotii – haydeelan@gmail.com
Maria Elisa Barros – melisavilela@gmail.com

Enviado em 08 de maio de 2016.
Aceito em 31 de outubro de 2016.

TERAPIA OCUPACIONAL



PERFIL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA REGIÃO DA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

PROFILE OF PEOPLE WITH DISABILITY IN THE REGION OF 4TH REGIONAL HEALTH COORDINATOR

Cristhian Ricardo Schieck¹, Natália Ody dos Santos¹, Taísa Gomes Ferreira²

RESUMO

Este estudo buscou descrever e analisar o perfil sociodemográfico das pessoas com deficiência residentes nos trinta e dois municípios de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS). A pesquisa é descritiva, de caráter quantitativo. Foram analisados dados secundários do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - edição de 2010, por deficiência: Visual, Motora, Intelectual/Mental, Auditiva e por dois graus de complexidade correspondentes: grau não consegue de modo algum e grau grande dificuldade. Os itens analisados foram: frequência por deficiência, alfabetização, renda, zona/moradia, faixa etária, gênero e raça/etnia. Os dados revelam maior frequência de pessoas com deficiência visual, que possuem 70 anos ou mais, de cor branca, residentes de zona urbana e que apresentam demandas quanto à ampliação do acesso a renda, alfabetização e serviços que contemplem o cuidado às pessoas com deficiência na rede de atenção à saúde.

Descritores: Perfil de Saúde; Pessoas com Deficiência; Características da População.

ABSTRACT

This study had as a goal to describe and analyze the sociodemographic profile of people with disabilities living in thirty two cities in 4th Regional Coordination of Health (4ª CRS). This is a descriptive research, of quantitative character. We analyzed secondary data from the latest census of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) - 2010 edition, by disability: Visual, Motor, Intellectual / Mental, Hearing and for two corresponding levels: a person/he can't in any way; and, a great degree of difficulty. The items were analyzed: frequency disability, literacy, income, region / housing, age, gender and race / ethnicity. The data revealed higher frequency of visually impaired people, who have 70 years or more, white, residents of urban areas and that present demands on the expansion of access to income, literacy and services that address the care of people with disabilities in network of health care.

Descriptors: Health Profile; People with Disabilities; Characteristics of the Population.

¹ Graduado(a) em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Mestre em Ciências da Reabilitação pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil.

Introdução

Os estudos sobre a população permitem conhecer a realidade e evidenciam a necessidade da criação de políticas públicas que facilitem o acesso das pessoas com deficiência aos direitos básicos e conseqüentemente melhores condições de vida^{1,2}.

A prevalência de pessoas com deficiência no mundo já ultrapassa o número de um bilhão de pessoas e esse número aumenta consideravelmente por diferentes motivos, entre eles, o envelhecimento da população, acidentes, os conflitos armados, a violência social, o uso abusivo de álcool e outras drogas, os desastres naturais, a desnutrição, a marginalização de determinados grupos sociais e a pobreza extrema^{3,1}.

Segundo a convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU⁴:

A deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (BRASIL, 2009)

As pessoas com deficiência vivenciam mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde, educação, emprego e serviços sociais (incluindo habitação e transportes). Estes obstáculos podem ter várias origens, como por exemplo, a legislação, políticas e estratégias inadequadas, oferta insuficiente de serviços, problemas no fornecimento de serviços, ignorância e incompreensão da deficiência, atitudes e discriminação negativa, acessibilidade limitada, financiamento inadequado e baixa participação das pessoas com deficiência nas decisões que afetam diretamente suas vidas^{5,6}.

Em 2008, o Brasil ratificou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela ONU, bem como seu Protocolo Facultativo. A Convenção prevê defender e garantir direitos às pessoas com deficiência a fim de proporcionar condições de vida digna, assim como monitoramento periódico, avançando na consolidação dos direitos humanos⁷. Se baseia no modelo social da deficiência, que pressupõe a singularidade, potência das ações, transformação do contexto social com o objetivo de aumentar a participação social das pessoas com deficiência. É considerado contraponto ao modelo biomédico da deficiência que compreende a pessoa com deficiência como objeto de avaliações, intervenções e busca a reabilitação exclusiva do corpo⁸, sendo que apesar da convenção datar quase 10 anos, muitos serviços ainda são organizados sob essa concepção.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência impulsionou a criação do Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência - Viver Sem Limite, por meio do Decreto nº 7.612, em 2011, ressaltando o compromisso do Brasil com as prerrogativas da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas Com Deficiência. O Plano Viver Sem Limite é executado pela União, em colaboração com Estados, Distrito Federal, Municípios e com a sociedade. Subdivide-se em 04 eixos: Educação, Saúde, Inclusão Social e Acessibilidade⁷.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência⁹ visa a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil. Suas principais diretrizes são: a promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências, a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação, a capacitação de recursos humanos e a organização e funcionamento dos serviços.

A Política Nacional da Pessoa com Deficiência encontra-se no eixo Saúde, o qual hierarquicamente estrutura-se de forma descentralizada (municípios - secretarias municipais da saúde, estados - secretaria estadual da saúde e União - Ministério da Saúde). No Rio Grande do Sul (RS) existem 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, divididas de acordo com a região. Santa Maria e região fazem parte da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), abrangendo 32 municípios¹⁰.

O plano Viver Sem Limite obteve baixa adesão pelos municípios do RS. Confirmando este dado, dos trinta e dois municípios que compreendem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, apenas dois municípios aderiram ao Plano Viver Sem Limite, sendo eles município de São Sepé e de Restinga Seca, ambos pertencentes à sub-região Verdes Campos⁷.

A 4ª CRS subdivide-se em dois grupos: Verdes Campos e Entre Rios. A sub-região Verdes Campos abrange 21 municípios (Pinhal Grande, Quevedos, Toropi, São Pedro do Sul, Dilermando de Aguiar, Júlio de Castilhos, São Martinho da Serra, Formigueiro, São Sepé, Vila Nova do Sul, Restinga Seca, Agudo, Itaara, Ivorá, Nova Palma, Silveira Martins,

Faxinal do Soturno, Dona Francisca, São João do Polêsine, Paraíso do Sul e Santa Maria). A sub-região Entre Rios é composta por 11 municípios (Cacequi, São Vicente do Sul, Mata, Jaguari, Jari, Capão do Cipó, Santiago, Unistalda, Itacurubi, São Francisco de Assis e Nova Esperança do Sul)¹⁰.

Em 2013, a partir do Plano Viver sem Limite, a Secretaria Estadual da Saúde elaborou um Plano Estadual de Cuidado às Pessoas com Deficiência, o qual apresenta a estrutura em nível estadual acerca da Reabilitação Auditiva, Reabilitação Física, Reabilitação Intelectual (APAES), Reabilitação Visual e metas de implantação de novos Centros Especializados de Reabilitação (CER's) no Estado até 2016, sendo dois destes serviços (CER II - Reabilitação Física e Intelectual e CER II - Reabilitação Auditiva e Física) para a 4ª Região de Saúde do RS, a qual abrange Santa Maria e região¹⁰. O Plano Estadual ainda prioriza a criação de serviços de atenção secundária, vinculando as necessidades desta população à atenção em reabilitação.

Vale ressaltar que a portaria 793 (2012), que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, pressupõe que sejam realizados estudos para conhecer a população e suas características com o objetivo realizar ações pontuais e efetivas, evitando o gasto excessivo de dinheiro público em ações que tenham pouca efetividade¹¹. Ainda estabelece que, para implementar a Política e a Rede, existe a necessidade da criação de um grupo condutor que realize estudos de prevalência e das características das pessoas com deficiência nos municípios da região de saúde.

Assim, os inquéritos populacionais são considerados instrumentos utilizados para a formulação e avaliação de políticas públicas desde a década de 60, nos países desenvolvidos. Caracterizam-se como métodos e instrumentos de coleta de dados bastante eficazes, com o propósito de identificar através de meios rápidos informações importantes sobre as características da situação de saúde da população^{1,2}.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é responsável pela realização do censo que identifica os indicadores sociodemográficos brasileiros e responde às demandas da população. As deficiências são classificadas de acordo com a percepção das próprias pessoas entrevistadas a respeito de sua funcionalidade quanto à natureza física, visual, auditiva e intelectual/mental. As perguntas são realizadas considerando a utilização de dispositivos de auxílio, como por exemplo, óculos, bengalas e órteses. Os dados são registrados através do preenchimento de um questionário realizado por domicílio pelo recenseador ou via Internet.

Este artigo tem como objetivo apresentar o perfil sociodemográfico das pessoas com deficiência residentes na 4ª CRS. O estudo permite conhecer as características da população e a partir disso, apoiar a formulação de uma política regional para a pessoa com deficiência, contemplando as necessidades e demandas das pessoas com deficiência nesta região de saúde.

Metodologia

A pesquisa é descritiva, de caráter quantitativo, onde foram analisados dados secundários do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - edição de 2010, por deficiência: Visual, Motora, Intelectual/Mental e Auditiva, utilizando os graus de complexidade: não consegue de modo algum e grau grande dificuldade. Conforme IBGE¹²:

- Visual: Foi pesquisado se a pessoa tinha dificuldade permanente de enxergar (avaliada com o uso de óculos ou lentes de contato, no caso da pessoa utilizá-los), de acordo com a seguinte classificação: não consegue de modo algum - para a pessoa que declarou ser permanentemente, incapaz de enxergar; grande dificuldade - para a pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato.

- Motora: Foi pesquisado se a pessoa tinha dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas (avaliada com o uso de prótese, bengala ou aparelho auxiliar, no caso da pessoa utilizá-lo), de acordo com a seguinte classificação: não consegue de modo algum - para a pessoa que declarou ser permanentemente incapaz, por deficiência motora, de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa; grande dificuldade - para a pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar.

- Intelectual/Mental: Foi pesquisado se a pessoa tinha alguma deficiência mental ou intelectual permanente que limitasse as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar etc. A deficiência mental é o retardo no desenvolvimento intelectual e é caracterizada pela dificuldade que a pessoa tem em se comunicar com outros, de cuidar de si mesma, de fazer atividades domésticas, de aprender, trabalhar, brincar etc. Em geral, a deficiência mental ocorre na infância ou até os 18 anos de idade. Não se considerou como deficiência mental as perturbações ou doenças mentais como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose.

• **Auditiva:** Foi pesquisado se a pessoa tinha dificuldade permanente de ouvir (avaliada com o uso de aparelho auditivo, no caso da pessoa utilizá-lo), de acordo com a seguinte classificação: não consegue de modo algum - para a pessoa que declarou ser permanentemente incapaz de ouvir; grande dificuldade - para a pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo.

O estudo utilizou os graus 'não consegue de modo algum' e 'grande dificuldade', os quais classificam as pessoas com deficiência severa. A pesquisa utilizou essa população, pois as pessoas com deficiência severa constituem os principais alvos das políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência¹².

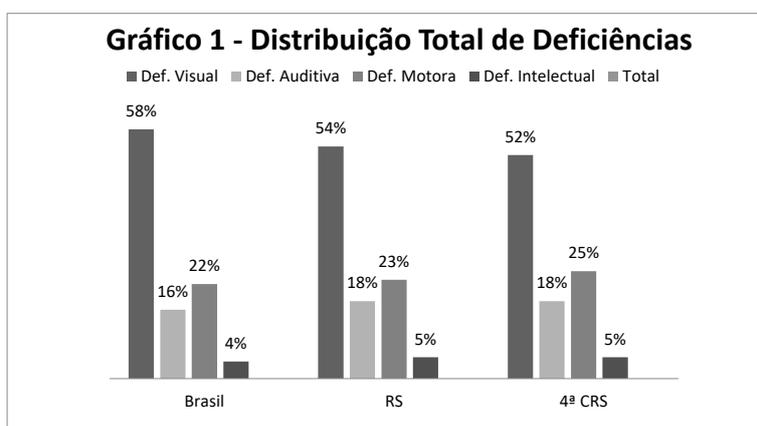
A análise incluiu os 32 municípios de abrangência que compõem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul e os itens analisados foram: frequência por deficiência, alfabetização, renda, zona/moradia, faixa etária, gênero e raça/etnia.

Os procedimentos estatísticos realizados foram distribuição de frequência e cálculo dos percentuais. Os resultados foram organizados em gráficos e tabelas. Após essa análise geral, foram filtrados os dados por graus de deficiência e assim construído o perfil das pessoas com deficiência de cada tipo de deficiência.

Esse estudo não necessita avaliação por comitê de ética, pois utilizou banco de dados secundário, não entrevistando as pessoas de forma direta.

Resultados e Discussão

Segundo o IBGE (2010), o total de pessoas com deficiência no Brasil é de 45.606.048, assim distribuídos: visual 35.774,392 (58%), motora 13.265,599 (22%), auditiva 9.717,318 (16%) e intelectual/mental 2.611,536 (4%). Já no estado do Rio Grande do Sul existem 2.549.672 pessoas com deficiência sendo destas 1.900,634 (54%) com deficiência visual, 819.050 (23%) com deficiência motora, 617.244 (18%) com deficiência auditiva e 162.792 (5%) com deficiência intelectual. A região da 4ª CRS segue os padrões nacional e estadual, sendo que do total de 182.772 pessoas com deficiência, há maior frequência de pessoas com deficiência visual 94.926 (52%), seguida de pessoas com deficiência motora 45.644 (25%), auditiva 33.546 (18%) e intelectual/mental 8.656 (5%), respectivamente (Gráfico 1). Apenas o gráfico 1 utilizou os 03 graus de complexidade analisados pelo IBGE (grau 'alguma dificuldade', 'grande dificuldade' e 'não consegue de modo algum'), com o objetivo de apresentar o número total de pessoas com deficiência. O restante do estudo utilizará somente os dois graus de maior complexidade (grau 'grande dificuldade' e grau 'não consegue de modo algum').



Assim, na 4ª CRS existe um total de 48.608 pessoas com deficiência severa, sendo 36,80% (17.825) de pessoas com deficiência visual, seguida de pessoas com deficiência motora 30,91% (15.593), intelectual/mental 17,69% (8.989) e auditiva 14,60% (7.503), respectivamente. Destaca-se que a deficiência visual apresenta o maior número de pessoas na região de saúde em questão (tabela 1).

Estudos apontam que a deficiência visual é geralmente relacionada às doenças, tais como catarata, glaucoma, retinopatia diabética e degeneração macular relacionada à idade (DMRI), a qual é considerada a principal causa de cegueira em pessoas na faixa etária acima de 50 anos^{13,14,15}. O envelhecimento e as causas congênitas aparecem como segunda e terceira causa da prevalência de pessoas com deficiência visual¹⁵.

Cuidar da visão não é uma prática comum entre as pessoas. Em geral, busca-se atendimento quando há alguma dificuldade específica, como cegueira e baixa visão. A saúde ocular é uma área que exige tecnologia de alto custo e manutenção contínua, com profissionais especializados – evidenciando dificuldades na garantia do acesso¹⁶.

É importante salientar que os maiores percentuais de deficiência visual, motora e auditiva encontram-se na faixa etária de pessoas com 70 anos ou mais (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das pessoas com deficiência da 4ª CRS por faixa etária

Faixa Etária	Deficiência Visual	Deficiência Auditiva	Deficiência Motora	Deficiência Intelectual
Até 9 anos	456	160	355	421
9 a 19 anos	1074	341	253	1216
20 a 29 anos	1158	346	402	1115
30 a 39 anos	1021	300	709	1190
40 a 49 anos	3425	720	1379	1405
50 a 59 anos	3649	1030	2634	1348
60 a 69 anos	2874	1032	2969	969
70 anos ou mais	4168	3574	6892	1325
Total	17825	7503	15593	8989

Fonte: IBGE. Microdados do Censo Demográfico 2010.

Os dados revelam a relação entre envelhecimento e deficiência. Acidentes de todos os tipos e negligência dos familiares e/ou aqueles responsáveis por dar assistência nas instituições ou na comunidade, além das mudanças naturais associadas ao envelhecimento, como por exemplo, presbiacusia, descondicionamento, perda de força e equilíbrio são fatores determinantes para compreender a prevalência de deficiências nesta faixa etária^{3,1,17}.

Silva¹ aponta que o envelhecimento está diretamente ligado às incapacidades e doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes. Os hábitos de vida são considerados os principais fatores de riscos para estas doenças, evidenciando que ações de promoção e proteção de saúde são imprescindíveis na luta contra as incapacidades.

Esses dados revelam que os serviços precisam ser organizados para responder a essas necessidades. Vale ressaltar que os modelos de cuidado ainda são estruturados à semelhança do adulto jovem, apesar do país apresentar uma população de pessoas idosas com uma maior carga de doenças e de incapacidades e utilizar com mais frequência os serviços de saúde. Assim sendo, os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso se mostram ineficientes e de alto custo¹⁸.

Como pode ser observado na tabela 2, a população com deficiência visual é a que possui maior renda, principalmente na faixa dos que recebem “mais de 5 salários mínimos”. A respeito da deficiência intelectual/mental 31,10% (2.552) do total (8.205) não tem renda. Essa concentração de pessoas sem renda pode ser associada ao acesso limitado aos direitos, como educação, trabalho, assistência social e saúde.

Tabela 2 – Distribuição das Pessoas com Deficiência da 4ª CRS por faixa de renda

Renda	Deficiência Visual	Deficiência Auditiva	Deficiência Motora	Deficiência Intelectual
Sem Renda	3024	877	1811	2552
Até 1 Salário Mín.	7951	3106	7555	3943
de 1 a 5 Salário Mín.	5657	2522	4551	1505
Mais de 5 Salário Mín.	894	437	683	205
Total	17526	6942	14600	8205

Fonte: IBGE. Microdados do Censo Demográfico 2010.

As pessoas com deficiência visual e motora, em sua maioria, apresentam uma faixa de renda de até 01 salário mínimo. Pode-se relacionar o rendimento médio de até 01 salário mínimo com o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que compreende um benefício mensal de 01 salário mínimo nos termos da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 assegurado ao idoso e às pessoas com deficiência. As pessoas que não se enquadram nos requisitos para concessão do BPC podem estar relacionadas a outros benefícios que abarque 01 salário mínimo, tais como a aposentadoria, pensões por morte, auxílios, rendas mensais vitalícias, maternidade, entre outros^{19,20}.

Vale ressaltar, que as pessoas com deficiência mesmo quando empregadas, na maioria das vezes, possuem menor rendimento, além de possuírem menos oportunidades para alcançar uma ocupação. São identificados como obstáculos que dificultam o desenvolvimento socioeconômico desta população: a discriminação no trabalho, acesso limitado ao transporte e a falta de acesso aos recursos para promover o trabalho autônomo e/ou ocupações que garantam sua subsistência. Quanto maior a gravidade das deficiências, maiores são os resultados negativos em relação ao desemprego e rendimento baixo, ou seja, pessoas com maiores graus de limitação experimentam condições menos favoráveis no acesso ao trabalho, e obtenção de renda, com barreiras mais severas no processo de inserção social²¹.

O alto número de pessoas com deficiência intelectual/mental sem renda pode estar associado à alfabetização²¹. As pessoas com deficiência intelectual são aquelas que possuem menor acesso à renda e também menor acesso à alfabetização (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das Pessoas com Deficiência da 4ª CRS por alfabetização

Alfabetização	Deficiência Visual	Deficiência Auditiva	Deficiência Motora	Deficiência Intelectual
Sim	14774	5489	11385	4885
Não	2988	1583	3473	3637
Total	17762	7072	14858	8522

Fonte: IBGE. Microdados do Censo demográfico 2010.

Como pode-se observar, 43% (3.637) das pessoas com deficiência intelectual não são alfabetizadas. Os dados sobre a deficiência visual apresentaram um percentual de 83,18% (14.774) pessoas alfabetizadas, seguida da deficiência auditiva que apresentou um percentual de 77,62% (5.489) pessoas alfabetizadas e a deficiência motora com um percentual de 76,63% (11.385) pessoas alfabetizadas.

Há a necessidade de ampliar estratégias que promovam a inclusão escolar, a formação e capacitação de pessoas com deficiência e de acessibilidade no ambiente escolar, construindo junto com a sociedade mudanças nos espaços públicos e privados, removendo barreiras físicas e de comunicação que dificultam a inserção e a permanência das pessoas com deficiência no ambiente escolar²¹.

O Plano Nacional de Educação (PNE) apresentou 20 metas para a próxima década que possuem o objetivo de diminuir as desigualdades e as dificuldades encontradas para o acesso e a permanência na educação em todo país, considerando as especificidades da população. Entre as metas que estruturam o PNE, destaca-se a meta 04 (Educação Especial/Inclusiva):

Universalizar o acesso à educação básica e ao atendimento educacional especializado para as crianças e adolescentes com deficiência (04 a 17 anos), preferencialmente na rede regular de ensino, com a garantia de sistema educacional inclusivo, de salas de recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados, públicos ou conveniados. Somente por essa via será possível diminuir as diferenças relativas ao grau de instrução entre as pessoas com e sem deficiência, reduzindo conseqüentemente a diferença entre a remuneração no mercado de trabalho²². (BRASIL, 2014)

A tabela 4 revela que a frequência de deficiências por sexo na região da 4ª CRS é maior no sexo feminino, seguindo o padrão nacional e estadual. Aproximadamente 56% (27.528) das pessoas com deficiência da região estudada são do sexo feminino e 44% (21.207) do sexo masculino.

Tabela 4 – Distribuição das pessoas com deficiência por sexo (nacional, estadual e regional).

Sexo	Brasil	RS	4ª CRS
Masculino	44%	43%	44%
Feminino	56%	57%	56%

Fonte: IBGE. Microdados do Censo Demográfico 2010.

Os dados da tabela 4 corroboram com o Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS, 2011), que estima que a prevalência grave e moderada de deficiências são 11% mais altas entre as mulheres do que entre os homens, inserindo as mulheres entre os grupos vulneráveis à deficiência. Refletem assim, incidências específicas da idade, de alguma forma superiores entre as mulheres, como também o maior número de mulheres idosas na população do que de homens idosos⁵.

As mulheres com deficiência são duplamente vulneráveis, tem a sua posição social diminuída e menores espaços/oportunidades de participação social e política, assim como o acesso à saúde, educação, justiça, ao trabalho formal, ao lazer, à cultura, bem como aos benefícios sociais que possam promover igualdade de gênero e o aumento da participação/diminuição da desigualdade para/com as pessoas com deficiência²³.

Ao que se refere à saúde, o maior número de mulheres com deficiência indica uma problemática da saúde coletiva e saúde da mulher. Estes segmentos não apresentam ações que abrangem as especificidades das mulheres nos serviços de atenção primária em saúde e não abarcam as características referentes aos direitos sexuais e reprodutivos²³.

Vale ressaltar que o processo de constituição social das mulheres está relacionado a uma multiplicidade de determinantes sociais, entre os quais se destacam as questões de gênero que atribuem à mulher um lugar frágil e indefesa; o padrão hegemônico de corpo, que exclui e marginaliza as pessoas idosas, obesas e com alguma deficiência; o mito de que alguma pessoa com deficiência não teria as mesmas necessidades que uma pessoa sem deficiência (principalmente as relacionadas a dimensão da sexualidade). Sustenta-se também, nesses contextos, a crença de que as mulheres com deficiência seriam incapazes de cumprir os papéis tradicionais de dona de casa, esposa, trabalhadora e mãe⁸.

Assim sendo, essas discussões devem ser incluídas no processo de trabalho dos serviços e se destinam à pessoa com deficiência. É necessário que profissionais de saúde ampliem alcance técnico de suas ações para contemplar as necessidades das mulheres com deficiência, desmistificando questões que diminuem a potencialidade pertencente a elas e que se sobreponham às atitudes preconceituosas vivenciadas pelas mulheres com deficiência todos os dias²³.

Os dados referentes à cor e raça revelam que na 4ª CRS predomina-se a cor branca, diferentemente do padrão nacional¹². Mesmo existindo grande diferença no percentual quanto a raça das pessoas com deficiência nessa região, se faz necessário que as políticas públicas contemplem as especificidades de cada raça, considerando as diferenças culturais existentes.

Aproximadamente 76% (36.402) da população com deficiência da Região de Saúde residem na zona urbana e apenas 24% (11.236) na zona rural, proporção semelhante aos dados nacionais, onde 84% das pessoas com deficiência residem em Zona Urbana e 16% em Zona Rural¹².

Na zona rural os maiores entraves se dão pela falta de transporte para acessar os serviços e pela baixa escolaridade dos acompanhantes. Na zona urbana, os maiores problemas são relacionados à renda baixa, ao fato dos responsáveis trabalharem e haver a necessidade de pedir para terceiros acompanharem a pessoa com deficiência até o serviço²⁴.

Ao considerar a concentração das pessoas com deficiência em zona urbana, entende-se a necessidade da concentração dos serviços de apoio em nessas áreas. Mas, destaca-se a importância de existirem serviços para contemplar as especificidades das pessoas com deficiência nas áreas rurais.

O acesso das pessoas com deficiência aos serviços de assistência é influenciado por fatores ambientais, estruturais, socioeconômicos, transporte, disponibilidade de acompanhante e escolaridade do cuidador²⁴.

Os dados revelam que a Região de Saúde possui alta frequência de pessoas com deficiência e que existe a necessidade da criação de uma política regional pelo grupo condutor, que esteja de acordo com o perfil e as especificidades das pessoas com deficiência desta região de saúde, que foram apresentadas neste estudo. É importante ampliar a constituição dessa rede, de forma intersetorial, elencando serviços de acesso a renda, escola e assistência social na zona urbana, assim como na zona rural.

Considerações Finais

Com o estudo, foi possível perceber que a utilização de dados de inquéritos populacionais são uma importante ferramenta para o delineamento do perfil sociodemográfico de pessoas com deficiências de uma região de saúde.

O perfil identificado aponta que as pessoas com deficiência residentes na área de abrangência da 4ª CRS possuem idade superior a 50 anos e em sua maioria possuem deficiência visual. Pessoas com um alto grau de complexidade de deficiência experimentam os piores resultados em relação a acesso ao trabalho e renda. Assim, as pessoas com deficiência intelectual apresentaram a pior frequência ao acesso à alfabetização, ao trabalho e à renda entre as demais deficiências da região de saúde pesquisada. Em contraponto, a frequência das pessoas com deficiência visual alfabetizadas foi superior a 80%. Identificou-se também que, entre as pessoas com deficiência da 4ª CRS, a frequência por sexo é maior no sexo feminino e que a raça/cor com maior incidência na Região foi a branca. A maior frequência entre moradia em zona urbana ou rural foi de residentes em zona urbana.

Neste estudo, a deficiência está diretamente ligada ao envelhecimento, às doenças crônicas e a maior exposição a fatores de risco e, portanto, sugere-se que haja uma integração entre as políticas da pessoa com deficiência e a política de saúde do idoso a fim de ampliar as possibilidades de satisfação das necessidades de saúde.

Para contemplar as diferentes necessidades e demandas apresentadas pelas pessoas com deficiência, é de extrema relevância que os serviços de saúde atuem em rede e não se concentrem apenas em serviços de atenção secundária. Os dados revelam que há uma necessidade de constar, no próximo Plano Regional de Saúde da 4ª CRS, ações voltadas ao cuidado das pessoas com deficiência nos três níveis de atenção à saúde e que sejam intersetoriais abarcando a estabelecimentos educacionais, de assistência social e de acesso à renda.

Apesar de algumas limitações, tais como a discriminação da escolaridade por deficiência e também da raça por idade, se pode afirmar que esta metodologia pode ser utilizada por grupos condutores como apoio na construção de planos e planejamento de ações de saúde tanto regionais como municipais.

Assim sendo, a realização de pesquisas que identifiquem o acesso aos serviços, à qualidade de vida e os motivos da aquisição de deficiências severas, como também estudos que esclareçam a relação renda e deficiência podem revelar a condição atual das pessoas com deficiência na região e auxiliar os serviços de saúde na atenção às necessidades de maneira ampliada.

Referências

1. Silva PN, Martín EA. Estudiodescriptivo de las características sociodemográficas de ladiscapacidad em América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(12):4889-4898.
2. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002;7(4):607-621.
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência. Governo do Estado de São Paulo: Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 2011.
4. Brasil. Decreto nº 6.949, de 25 de Agosto de 2009. [Acessado 2015 Out 20]. Dispõe sobre: Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Seu Protocolo Facultativo. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm.
5. World Health Organization. World Conference of Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, 2011.
6. Organização Mundial da Saúde. Discapacidad: Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejorsalud para todas las personas con discapacidad. Cidade: Editora; 2014.
7. Brasil. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa Com Deficiência. Viver Sem Limite: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Governo Federal; 2013.
8. Gesser M, Nuernberg AH, Toneli MJF. A Contribuição do modelo social da deficiência à psicologia social. *Psicologia & Sociedade* 2012;24(3):557-566.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.
10. Brasil. Rio Grande Do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. [Acessado 2015 Mai 20]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/161/4%C2%AA_CRS_%28Santa_Maria%29.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

12. Brasil. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro; 2010.
13. Nehemy M, B. Degeneração macular relacionada à idade: novas perspectivas. ArqBras Oftalmol. 2006;69(6):955-8.
14. Torres RJA. Conceitos atuais e perspectivas na prevenção da degeneração macular relacionada à idade. Rev. Bras. Oftalmol. 2008;67(3):142-55.
15. Castro SS, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública 2008 Ago; 24(8):1773-1782.
16. Lima NC. Ensaio sobre 'cegueiras': o itinerário terapêutico de pacientes assistidos no Instituto Benjamin Constant. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2015.
17. Brasil. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994: Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. [Acessado 2015 Out 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm.
18. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2001;14(4):779-786.
19. Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasil: MPS/DATAPREV; 2006.
20. Brasil. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015: Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). [Acessado 2015 Out 23]. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L13146.htm.
21. Garcia VG, Maia AG. Características da participação das pessoas com deficiência e/ou limitação funcional no mercado de trabalho brasileiro. Revista Brasileira de Estudos Populacionais 2014;31(2):395-418.
22. Brasil. Planejando a próxima década: conhecendo as 20 metas do Plano Nacional de Educação. Brasil: Ministério da Educação; 2014.
23. Nicolau SM, Schraiber LB, Ayres JRCM. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2013;18(3):863-872.
24. Alfonso ML, Walker A, Gupta A, Telfair J, Colquit G. "It all goes back to the services": a rural/urban comparison of service providers' perceptions of challenges and facilitators to disability services. Open Journal of Preventive Medicine 2015;5:434-440.

Cristhian Ricardo Schieck

Endereço para correspondência – Av: Borges de Medeiros, nº 768,
Bairro: Centro, CEP: 96540-000, Agudo, RS, Brasil.
E-mail: cristhianschieck@gmail.com
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6622816645900968>

Natália Ody dos Santos – natyody@yahoo.com.br
Taísa Gomes Ferreira – taisa.ferreira@gmail.com

Enviado em 28 de janeiro de 2016.
Aceito em 22 de março de 2017.

