



Christiane Trevisan Slivinski
(Organizadora)

Saúde Pública e Saúde Coletiva 3



Atena
Editora
Ano 2019

Christiane Trevisan Slivinski
(Organizadora)

Saúde Pública e Saúde Coletiva 3

Atena Editora
2019

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista

Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall'Acqua – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Gislene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice

Profª Drª Juliane Sant'Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Julio Cândido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

S255 Saúde pública e saúde coletiva 3 [recurso eletrônico] / Organizadora Christiane Trevisan Slivinski. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Saúde Pública e Saúde Coletiva; v. 3)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-162-6

DOI 10.22533/at.ed.626191103

1. Política de saúde. 2. Saúde pública. I. Slivinsk, Christiane Trevisan.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Todo indivíduo tem o direito de segurança a saúde, as ações prestadas pela saúde pública são relacionadas ao diagnóstico e tratamento de doenças que lhes permita a manutenção da saúde. No entanto, quando se considera a comunidade, a coletividade, se faz necessário que o profissional ultrapasse as barreiras da observação, diagnóstico e prescrição de tratamento ao paciente como um indivíduo isolado. O processo saúde-doença deve ser analisado dentro de um contexto social, onde o indivíduo encontra-se inserido para que se tenha subsídios suficientes para interferir na realidade e promover as mudanças necessárias.

As modificações de ações necessárias para promoção da saúde dentro da saúde pública devem respeitar as possibilidades e programas fornecidos pelo Estado, enquanto que dentro da saúde coletiva a ação é mais radical de acordo com a necessidade da comunidade.

Os profissionais envolvidos tanto com saúde pública quanto coletiva abrangem todas as grandes áreas da saúde, tais como enfermagem, medicina, odontologia, nutrição e fisioterapia, além dos demais colaboradores que atuam neste setor. Neste ebook é possível identificar a visão bem detalhada de como andam alguns dos aspectos da saúde pública e coletiva no Brasil na ótica de renomados pesquisadores.

O volume 1 apresenta uma abordagem nutricional da saúde do indivíduo. Aqui são analisados tanto aspectos da absorção e função de determinados nutrientes no organismo quanto a atenção nutricional e a garantia de saúde. Ainda podem ser observados aspectos que envolvem a educação em saúde, onde se trabalha o conhecimento e a formação dos profissionais que atuam em saúde.

No volume 2 encontram-se artigos relacionados as questões da estratégia da saúde da família e atenção básica que norteiam todo o processo de saúde pública, além da importância da atuação multiprofissional durante o processo de manutenção da saúde. Também são apresentados aqui algumas discussões acerca das implicações da terapia medicamentosa.

Finalmente no volume 3 encontram-se as discussões relacionadas aos aspectos epidemiológicos de doenças tais como hepatite, hanseníase, dengue, sífilis, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis. Como não basta apenas garantir a saúde do cidadão mas também do profissional que o atende, são analisados alguns aspectos relacionados ao riscoocupacional e ao estresse causado pela atividade profissional. Este volume traz ainda a análise da atuação de profissionais dentro da unidade de terapia intensiva, os cuidados de enfermagem necessários ao restabelecimento da saúde do indivíduo e alguns aspectos da saúde da mulher.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

EPIDEMIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: UMA REVISÃO ATUALIZADA SOBRE A DENGUE NO BRASIL

Cinara Alves Primo Pessôa
Luanna Soares de Melo Evangelista
Antônio Rosa de Sousa Neto
Alexandre Maslinkiewicz
Lissandra Chaves de Sousa Santos
Daniela Reis Joaquim de Freitas

DOI 10.22533/at.ed.6261911031

CAPÍTULO 2 12

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HEPATITE B EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Kelvya Fernanda Almeida Lago Lopes
Raynner Sousa Chaves Frazão
Natália Pereira Marinelli
Maraisa Pereira Sena
Tarciso Marinelli Filho
Alana Ilmara Pereira da Costa
Josiane Rocha Silva Ferraz

DOI 10.22533/at.ed.6261911032

CAPÍTULO 3 22

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO ESTADO DO PIAUÍ, 2001 – 2012

Marcos Ramon Ribeiro Dos Santos Mendes
Danieli Maria Matias Coêlho
Jaqueline Carvalho E Silva
Ivone venâncio de melo

DOI 10.22533/at.ed.6261911033

CAPÍTULO 4 39

AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNÓSTICADOS COM HANSENÍASE EM UMA CIDADE NO INTERIOR DO CEARÁ

Renan Rhonalty Rocha
Maria Vitória Laurindo
Camilla Rodrigues Pinho
Jessika Cruz Linhares Frota
Francisca Aila De Farias
Francisca Valéria Bezerra Sampaio Marques
Alana Cavalcante Dos Santos
Letícia Bandeira Mascarenhas Lopes
Sara De Araújo Do Nascimento
Antônia Crissya Ximenes Farias

DOI 10.22533/at.ed.6261911034

CAPÍTULO 5 52

ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU-RJ, NO PERÍODO DE 2013 A 2017

Hellen de Souza Neves
Emanuel Inocêncio Ribeiro da Silva
Paula Guidone Pereira Sobreira

CAPÍTULO 6	54
ANÁLISE DAS PRINCIPAIS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2011 A 2015	
Antônio Zenon Antunes Teixeira	
DOI 10.22533/at.ed.6261911036	
CAPÍTULO 7	62
CONTRIBUIÇÃO DA REDE SOCIAL PARA ADOLESCENTES E JOVENS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE	
Leidiane Aparecida Da Silva	
Danty Ribeiro Nunes	
Leonardo Nikolas Ribeiro	
Marilene Rivany Nunes	
DOI 10.22533/at.ed.6261911037	
CAPÍTULO 8	72
USO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO BRASIL: UMA PESQUISA DE BASE POPULACIONAL	
Tatiane de Souza Mançú	
Enilda Rosendo do Nascimento	
DOI 10.22533/at.ed.6261911038	
CAPÍTULO 9	82
UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO PÓS-EXPOSIÇÃO A MATERIAIS BIOLÓGICOS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Bruna Furtado Sena De Queiroz	
Maycon Teyllon Rodrigues De Carvalho	
Eronice Ribeiro De Morais Araujo	
Yanca Ytala Gonçalves Roza	
Jayris Lopes Vieira	
Maria Francinete Do Nascimento Silva	
Naya Thays Tavares De Santana	
Matheus Henrique Da Silva Lemos	
DOI 10.22533/at.ed.6261911039	
CAPÍTULO 10	95
MONITORAMENTO DE INCIDENTES NO AMBIENTE HOSPITALAR: ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DE UMA ASSISTÊNCIA SEGURA AO USUÁRIO	
Ana Claudia de Brito Passos	
Francemarie Teodósio de Oliveira	
Viviane Nascimento Cavalcante	
DOI 10.22533/at.ed.62619110310	
CAPÍTULO 11	101
AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES DE PACIENTES DO SERVIÇO ESCOLA DE FISIOTERAPIA – UFPI	
Gláucia Vanessa Santos Alves	
Jeferson Souza Silva	
Rebeca Barbosa da Rocha	
Kamila Santos da Silva	
Iago Santos Verás	
Cerliane Camapum Brandão	

CAPÍTULO 12 114

RISCOS OCUPACIONAIS AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM SALA DE VACINA

Márcia de Moraes Sousa
Maria Francinete do Nascimento Silva
Naldiana Cerqueira Silva
Bruna Furtado Sena de Queiroz
Flávia de Sousa Holanda
Laísa Ribeiro Rocha
Gisele Lopes Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.62619110312

CAPÍTULO 13 129

AVALIAÇÃO DO ABSENTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – REVISÃO INTEGRATIVA

Anny Caroline dos Santos Olímpio
João Breno Cavalcante Costa
Ana Íris Mota Ponte
Maria Gleiciane Cordeiro
Benedita Beatriz Bezerra Frota
Carlos Henrique do Nascimento Moraes

DOI 10.22533/at.ed.62619110313

CAPÍTULO 14 143

CUIDADO AO CUIDADOR: AMENIZANDO O ESTRESSE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Luma Ravenna Soares Monte
Vilkiane Natercia Malherme Barbosa
Tiago da Rocha Oliveira
Gleyde Raiane de Araújo
Thiego Ramon Soares
Anderson da Silva Sousa

DOI 10.22533/at.ed.62619110314

CAPÍTULO 15 152

REFLEXÕES SOBRE O NÍVEL DE SOBRECARGA DO CUIDADOR A PARTIR DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Vitória Ferreira do Amaral
Quitéria Larissa Teodoro Farias
Florêncio Gamileira Nascimento
Maria Gislane Sousa Albuquerque Brandão
Camila Paiva Martins
Luiza Jocymara Lima Freire Dias
Ana Suelen Pedroza Cavalcante
Thaís Rodrigues Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.62619110315

CAPÍTULO 16 163

SEGURANÇA DO PACIENTE: A EQUIPE DE ENFERMAGEM COM ÊNFASE NO PROTOCOLO DE QUEDAS E AS ORIENTAÇÕES AO AUTOCUIDADO

Francisca Fernanda Dourado de Oliveira
Roselene Pacheco da Silva
Jéssica Costa Brito Pacheco

Gardênia Sampaio Leitão
Ana Suzane Pereira Martins
Jean Carlos Fonseca de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.62619110316

CAPÍTULO 17 173

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ESQUIZOFRENIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lorena Gomes de Abreu Lima
Leila Mariane Machado Torres Bezerra
Nájila Aguiar Freitas Lemos
Tatiane Barbosa de Lira
Kamila Cristiane de Oliveira Silva
Tacyany Alves Batista Lemos

DOI 10.22533/at.ed.62619110317

CAPÍTULO 18 184

RELATO DE EXPERIÊNCIA FRENTE AO HOSPITAL PSIQUIATRICO DE TERESINA-PIAUI

Yanca Ítala Gonçalves Roza
Bruna Furtado Sena de Queiroz
Evelynne de Souza Macêdo Miranda
Manuella Bastiany Silva
Kamila Cristiane de Oliveira Silva

DOI 10.22533/at.ed.62619110318

CAPÍTULO 19 191

RELEVÂNCIA DE GRUPOS TERAPÊUTICOS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Márcia de Morais Sousa
Kamila Cristiane de Oliveira Silva
Andreza Moita Morais
Maria Francinete do Nascimento Silva
Bruna Furtado Sena de Queiroz
Thalita Carvalho Cipriano
Valeria Correia Lima tupinambá Lustosa

DOI 10.22533/at.ed.62619110319

CAPÍTULO 20 197

A PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM USUÁRIOS DE TABACO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Gabriela de Queiroz Cerqueira Leite
Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento
Jorgina Sales Jorge
Valfrido Leão de Melo Neto
Maria Cicera dos Santos de Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.62619110320

CAPÍTULO 21 213

MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR APLICADO A UM ADOLESCENTE USUÁRIO DE DROGAS: UM ESTUDO DE CASO

João Breno Cavalcante Costa
Anny Caroline dos Santos Olímpio
Ana Íris Mota Ponte
Maria Gleiciane Cordeiro
Benedita Beatriz Bezerra Frota
Carlos Henrique do Nascimento Morais

DOI 10.22533/at.ed.62619110321

CAPÍTULO 22 219

FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE BURNOUT NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Laércio Bruno Ferreira Martins
Bárbara Carvalho dos Santos
Edilene Rocha de Sousa
Caroline Rodrigues de Barros Moura
Geísa de Morais Santana
Jordano Leite Cavalcante de Macêdo
David Reis Moura
Marcelino Martins

DOI 10.22533/at.ed.62619110322

CAPÍTULO 23 231

FATORES INVIABILIZADORES DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES INTERNADOS NA UTI: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Laércio Bruno Ferreira Martins
Bárbara Carvalho dos Santos
Caroline Rodrigues de Barros Moura
Suellen Aparecida Patrício Pereira
Edilene Rocha de Sousa
David Reis Moura
Marcelino Martins

DOI 10.22533/at.ed.62619110323

CAPÍTULO 24 239

IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ellizama Belem de Sousa Mesquita
Brisa Cristina Rodrigues Cardoso Magalhães
Elliady Belem de Sousa Mesquita
Edson Belem de Sousa Mesquita
Elanea Brito dos Santos
Michelly Gomes da Silva
Marcos Vinicius de Sousa Fonseca
Larissa Bezerra Maciel Pereira
Avilneta Belem de Souza Mesquita
Alexsandra Leandro Viana
Rosa da Paz Firmino Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.62619110324

CAPÍTULO 25 255

A SAÚDE DOS MORADORES DE RUA :TORNAR VISÍVEL O INVISÍVEL

Maria Yaná Guimarães Silva Freitas

Guilherme de Jesus Santos
Alessandra de Almeida Pereira
Caroline Andrade Araújo
Fernanda Aiume Carvalho Machado
Brenda Fadigas Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.62619110325

CAPÍTULO 26 264

ANÁLISE DE RISCOS OCUPACIONAIS NA PRODUÇÃO DE MAÇÃ: UM ESTUDO DE UM SISTEMA PRODUTIVO DA SERRA CATARINESE

Fauser Batista Rolim Rosa
Renata dos Santos Magnus
Willians Cassiano Longen

DOI 10.22533/at.ed.62619110326

CAPÍTULO 27 284

INCIDÊNCIA DE ACIDENTES DE MOTOCICLETA NAS CIDADES SATÉLITES DO RECANTO DAS EMAS, SAMAMBAIA E RIACHO FUNDO II NO DISTRITO FEDERAL

Juliana de Sousa Muniz
Marcos André Gonçalves
Silvia Emanoella Silva Martins de Souza
Dylliany Cristina da Silva Sales
Leila de Assis Oliveira Ornellas
Jônatas de França Barros
André Ribeiro da Silva

DOI 10.22533/at.ed.62619110327

CAPÍTULO 28 294

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE ACORDO COM AS ESCALAS DE KATZ E LAWTON

Maria Iara Socorro Martins
Tatiane Gomes Alberto
Emanuela Pinto Vieira
Welber Hugo da Silva Pinheiro
Jamille Soares Moreira Alves

DOI 10.22533/at.ed.62619110328

CAPÍTULO 29 303

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM UMA ENFERMARIA DE CLÍNICA CIRÚRGICA

Rodrigo Costa Soares Savin
Tatiana de Araujo Lima
Dayse Carvalho do Nascimento
Priscila Francisca Almeida
Mercedes Neto
Andressa de Souza Tavares

DOI 10.22533/at.ed.62619110329

CAPÍTULO 30 316

MELHORA DA AUTOESTIMA EM MULHERES INTERNADAS EM AMBIENTE HOSPITALAR COMO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE; RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lígia Maria Gomes da Silva
Ilraianny de Araújo Lima
Luana Ferreira Nunes
Jéssica Vanessa Sousa Araújo

Gyselle Carolyne de Almeida Alves
Ana Jéssica Ferreira Alencar
Danyel Pinheiro Castelo Branco

DOI 10.22533/at.ed.62619110330

CAPÍTULO 31 **321**

CÂNCER DE MAMA: TIPOS DE TRATAMENTO E MUNICÍPIOS DE ORIGEM DE MULHERES ATENDIDAS EM HOSPITAL NA CIDADE DE SOBRAL- CEARÁ

Michele Maria Martins Vasconcelos
Marília Dias Costa
Matheus Magno da Silva Néo
Ananda Milena Martins Vasconcelos
Milla Christie Martins Vasconcelos Pinheiro
Danielle Rocha do Val

DOI 10.22533/at.ed.62619110331

CAPÍTULO 32 **323**

CAPACITAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA O ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES: UMA ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

Tatiana de Araujo Lima
Monique Silva dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.62619110332

CAPÍTULO 33 **339**

TRANSPORTE NEONATAL SEGURO: VAMOS GARANTIR UMA VIDA

Antonia Rodrigues Santana
Aline Vasconcelos Alves Frota
Ariano Wagner Alves de Oliveira
Heliandra Linhares Aragão
Karla Daniella Almeida Oliveira
Letícia Kessia Souza Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.62619110333

CAPÍTULO 34 **341**

FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE COLO UTERINO AVALIADOS EM UMA COMUNIDADE DO INTERIOR MARANHENSE

Kelvya Fernanda Almeida Lago Lopes
Naiara Coelho Lopes
Alana Ilmara Pereira da Costa
Larissa de Andrade Silva Ramos
Maraisa Pereira Sena
Marcelo Xavier da Silva Sousa
Natália Pereira Marinelli

DOI 10.22533/at.ed.62619110334

CAPÍTULO 35 **356**

O PARTO HUMANIZADO: UMA REALIDADE PRÓXIMA OU UM FUTURO DISTANTE?

Bárbara Carvalho dos Santos
Francelly Carvalho dos Santos
Matilde Nascimento Rabelo
Laércio Bruno Ferreira Martins
Kledson Amaro de Moura Fé
Daccione Ramos da Conceição
Claudia de Oliveira Silva
Luiz Filipe Ximenes da Silva

Vanessa Inglid Araujo Campelo

Jéssica Nascimento Almeida

Marcelino Martins

DOI 10.22533/at.ed.62619110335

CAPÍTULO 36 **371**

VISITA PUERPERAL E ORIENTAÇÕES AO AUTOCUIDADO NO BINÔMIO MÃE-FILHO: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA

Francisca Fernanda Dourado de Oliveira

Roselene Pacheco da Silva

Jéssica Costa Brito Pacheco

Gardênia Sampaio Leitão

Ana Suzane Pereira Martins

Jean Carlos Fonseca de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.62619110336

SOBRE A ORGANIZADORA..... **378**

EPIDEMIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: UMA REVISÃO ATUALIZADA SOBRE A DENGUE NO BRASIL

Cinara Alves Primo Pessôa

Universidade Federal do Piauí, Curso de Especialização em Microbiologia Aplicada à Ciências da Saúde, Teresina - Piauí

Luanna Soares de Melo Evangelista

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Parasitologia e Microbiologia, Teresina - Piauí

Antônio Rosa de Sousa Neto

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem, Teresina - Piauí

Alexandre Maslinkiewicz

Universidade Federal do Piauí, Rede Nordeste de Biotecnologia, Teresina - Piauí

Lissandra Chaves de Sousa Santos

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem, Teresina - Piauí

Daniela Reis Joaquim de Freitas

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Parasitologia e Microbiologia, Teresina - Piauí

para tal, tópicos como histórico da doença, diagnóstico, tratamento e epidemiologia nos dias atuais. O grande número de casos nos últimos anos e os sorotipos virais distintos e passíveis de sofrer mutações genéticas representa uma grande preocupação no cenário mundial, visto que grandes epidemias causadas pela Dengue além de representarem danos diretos ao homem implicam também em elevadas perdas econômicas relacionadas ao manejo desses pacientes pela saúde pública. As medidas preventivas ainda são unicamente relacionadas ao controle do vetor, pois as vacinas ainda estão em desenvolvimento.

PALAVRAS-CHAVE: Dengue; epidemiologia; diagnóstico e tratamento; doença negligenciada.

ABSTRACT: Dengue is a viral infection, and the main vector related to the transmission of the disease is the mosquito *Aedes aegypti*. This disease presents several symptoms, with signs ranging from severe to mild forms, with or without bleeding impairment, and in the latter case it may result in death of the patient. The aim of this work is to promote an updated discussion about the situation of Dengue in Brazil by topics as history of the disease, diagnosis, treatment and epidemiology today. The great number of cases in recent years and the different serotypes and likely to suffer genetic mutations represent a major concern on the world stage, as major

RESUMO: A Dengue é uma infecção de etiologia viral, cujo vetor principal relacionado com a transmissão da doença é o mosquito *Aedes aegypti*. Essa patologia apresenta sintomatologia diversificada, com sinais que variam de manifestações leves a graves, com ou sem comprometimento hemorrágico, que neste último caso, pode ocasionar a morte do paciente. O objetivo do presente trabalho é promover uma discussão atualizada sobre a situação da Dengue no Brasil, abordando

epidemics caused by Dengue besides representing direct harm to humans also imply high economic losses related to the management these patients for public health. Preventive measures are still only related to vector control because the vaccines are still under development.

KEYWORDS: Dengue; epidemiology; diagnosis and treatment; disease neglected.

1 | INTRODUÇÃO

A Dengue é uma doença causada por um vírus de RNA (DENV), um arbovírus, pertencente ao gênero Flavivírus e à família Flaviviridae, do qual são conhecidos clinicamente quatro sorotipos denominados como DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4, respectivamente. Uma vez infectado por qualquer um dos sorotipos, o paciente pode ir a óbito mesmo que esta seja a sua primeira infecção pelo vírus (BRASIL, 2015).

A Dengue têm se mostrado nos últimos anos como uma das doenças mais prevalentes no Brasil e no mundo, afetando principalmente as zonas tropicais e subtropicais (VIANA; IGNOTTI, 2013). Dados da Organização Mundial de Saúde dão conta de que, somente em 2015 foram registrados no Brasil mais de 1,5 milhão de casos da doença, número três vezes maior que o registrado no ano de 2014. No mundo, a cada ano, 500.000 pessoas apresentam a forma grave da doença, na maioria crianças. Dessas, 2,5% vão a óbito (WHO, 2016).

A transmissão da doença é feita através da picada dos mosquitos do gênero *Aedes* (*Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*), que servem de vetores para os quatro sorotipos do vírus. O indivíduo acometido por esta infecção pode evoluir para cura sem grandes complicações ou, apresentar as formas mais graves da doença, que em geral, inclui extravasamento plasmático, dando origem a quadros hemorrágicos graves que podem levar ao óbito (PERIAGO; GUZMAN, 2007).

As epidemias de Dengue ocorridas nos últimos anos estão diretamente relacionadas à sobrevida do vetor artrópode, ou seja, o número de casos é maior, por exemplo, principalmente durante o verão; isso porque neste período há as condições necessárias para procriação e disseminação do mosquito (TAIRA, 2008). Assim sendo, as mudanças climáticas aliadas a fatores desfavoráveis nos âmbitos sócio-demográfico, biológico, médico-social e histórico da doença em determinados locais têm influenciado diretamente na dispersão de diversas patologias, incluindo as infecções transmitidas por estes vetores (BARCELLOS et al, 2009).

As infecções atuais e recorrentes demonstram a necessidade de avaliar estratégias mais eficazes de controle do mosquito, uma vez que o mesmo se dissemina de forma acentuada até mesmo em áreas em que antes não havia relatos desta infecção. A co-circulação dos diversos sorotipos de Dengue também é um grande problema, pois pode levar a alterações antigênicas dos sorotipos pré-existentes, aumentando ainda mais a virulência desse vírus, elevando assim as taxas de morbidade e mortalidade,

fazendo-se necessário com isso, um investimento na área preventiva, com a pesquisa e elaboração de vacinas que sejam de fato eficientes para esta infecção (NUNES, 2015).

2 | UM POUCO DE HISTÓRIA DA DENGUE

Os primeiros relatos de uma doença com características semelhantes a Dengue são chineses e datam de 992 d.C. Já se supunha nesta época que a doença estaria relacionada a transmissão por insetos (GUBLER, 2006). Porém, somente em 1907 Ashburn e Craig puderam estabelecer a etiologia do vírus, e em 1926 foi demonstrado o papel do mosquito *Aedes aegypti* na transmissão do vírus da Dengue ao homem (STROTTMANN, 2008).

Na ilha de Java no ano de 1779 ocorreu a primeira epidemia de Dengue de grandes proporções e em 1780 na Filadélfia, Estados Unidos (BOTELL; BERMÚDEZ, 2012). Após isto, mais oito grandes epidemias ainda afetaram todo o mundo até o ano de 1916 (HOWE, 1977). Até então, a Dengue era considerada uma doença benigna, porém, após a Segunda Guerra Mundial ocorreram os primeiros surtos de Dengue com comprometimento hemorrágico. O primeiro surto desta forma aconteceu nas Filipinas e em Bancoc, em meados dos anos 1950 (GUBLER, 1977). Nas décadas de 1960 e 1970, países como Singapura, Malásia e Indonésia também apresentaram essa forma grave de Dengue e na década de 1980 Índia e China também foram acometidas de surtos. Em 1964 ocorreu um surto do sorotipo DEN-3 e nos anos posteriores os sorotipos DEN-1 e DEN-2 também foram identificados nessa mesma região (DOMINGOS, 2005). Nas Américas, também a partir da década de 1960 ocorreram grandes epidemias e algumas inclusive relacionadas ao tipo mais grave da doença (TEIXEIRA; BARRETO; GUERRA, 1999; ASSAD, 2016).

No Brasil, os primeiros relatos de Dengue ocorreram no fim do século XIX e foram descritos no estado do Paraná. Nesse período o mosquito já representava um grande perigo a população, mas porque estava associado à transmissão da Febre Amarela, que compartilha o mesmo vetor. Com a intensificação das medidas de controle implementadas para combate da Febre Amarela, o Brasil conseguiu erradicar o *Aedes aegypti*, porém, em 1976 com as falhas de vigilância epidemiológica e o relaxamento das medidas de controle adotadas anteriormente, o mosquito foi reintroduzido em terras brasileiras. Em 1986 ocorreu uma epidemia causada pelo sorotipo DENV-1 no estado do Rio de Janeiro, que se disseminou pela região nordeste, atingindo em 1990, os estados de Pernambuco, Ceará e Bahia. Ainda neste ano foi detectada a presença do sorotipo DENV-2 também no Rio de Janeiro. O vírus então se espalhou por todo o território nacional e em 1997 ocorreu mais uma epidemia. Em 2001 o sorotipo DEN-3 foi introduzido no país e em 2002 ocorreu um surto grave de Dengue hemorrágica, que chegou a marca 1 milhão de casos (BOTELL, 2012).

3 | O VÍRUS

O vírus da Dengue é um vírus de RNA fita simples e polaridade positiva, cuja partícula viral apresenta cerca de 50 nm de diâmetro, possui simetria icosaédrica e o nucleocapsídeo é revestido por um envelope lipoproteico, responsável por envolver o material genético viral¹⁶. Pertence ao gênero Flavivirus e família Flaviviridae, o sorogrupo é denominado DENV. Atualmente são descritos quatro sorotipos, que variam quanto aos seus抗ígenos: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV- 4 (HOLMES; BURCH, 2000). Por diversos fatores, como mutações no vírus, estado imunológico do hospedeiro, etc pode ocorrer diversidade tanto nos sorotipos quanto nos genótipos, o que significa dizer que, até mesmo vírus com genótipos pertencentes ao mesmo sorogrupo apresentam diferenças e isso pode definir a forma como doença se apresenta clinicamente, se de maneira mais branda ou severa (BICHAUD, 2014). Por ser uma arbovirose, ou seja, uma virose transmitida por artrópodes (carapato, mosquito etc) a manutenção viral só se dá quando os ciclos epidemiológicos são mantidos e para isso, é necessário o hospedeiro invertebrado hematófago e o hospedeiro vertebrado, sendo o homem o hospedeiro definitivo e reservatório do vírus (RUEDA, 2009; MURRAY; PFALLER; ROSENTHAL, 2000).

A replicação do sorogrupo DENV, assim como todo vírus, é intracelular e intracitoplasmática. Os locais em que ocorre a replicação viral podem ser as células mononucleares do sangue periférico, monócitos e macrófagos (MURRAY; PFALLER; ROSENTHAL, 2000).

4 | PATOGENIA E IMUNIDADE

O vírus da Dengue pode ser responsável por causar infecções únicas ou em alguns casos persistentes em seus hospedeiros (tanto vertebrado quanto invertebrado). Como mecanismo de ação, o vírus causa no hospedeiro uma alta produção de RNA, que se torna responsável por bloquear a ligação do mRNA celular do hospedeiro aos seus ribossomos. Associado a este fator, ocorre aumento da permeabilidade celular nas células tomadas pelo vírus e ocorrem alterações iônicas, o que acarreta uma série de alterações enzimáticas. Isto faz com que haja favorecimento na produção de mRNA do vírus em relação ao mRNA da célula hospedeira. Com a alteração da produção de mRNA do hospedeiro ocorre também alteração na síntese proteica da célula, o que torna a célula inviável, levando à morte celular (MCBRIDE; BIELEFELDT-OHMANN, 2000).

DENV não afeta diretamente o vetor invertebrado. Depois que a fêmea de *Aedes aegypti* ingere sangue de um hospedeiro vertebrado virêmico, ocorre uma infecção das células epiteliais do intestino do mosquito, que se estende pela lâmina basal até o sistema circulatório, infectando as suas glândulas salivares. Durante 8 a 12 dias o

vírus permanece incubado e após esse prazo o mosquito estará apto a infectar outros vertebrados. A infecção no vertebrado ocorre quando o mosquito pica o homem, a saliva contendo substâncias anticoagulantes é regurgitada pelo mosquito durante a alimentação hematofágica, liberando também o vírus na corrente sanguínea do hospedeiro. No homem, o período de incubação é de 5 a 7 dias (viremia primária) e só depois desta fase é que se torna possível a observação da sintomatologia clínica. As fêmeas infectadas apresentam os ovários também infectados, transmitindo assim o vírus para os ovos em deposição, e uma vez contaminados, esses mosquitos estarão infectados por todo o seu ciclo de vida (MURRAY; PFALLER; ROSENTHAL, 2006).

Com relação ao processo imune, o RNA de dupla fita que gera a replicação de DENV é antigênico, induzindo a produção de interferons alfa e beta, que por sua vez, tentam limitar a replicação do vírus e estimular o sistema imunológico do hospedeiro, o que vai ocasionar uma sintomatologia semelhante à da gripe. Nos seis primeiros dias da infecção é possível observar a presença de IgM e logo depois, serão detectados níveis de IgG, que agem impedindo a replicação viral, evitando que a mesma se espalhe por outros tecidos. Porém, a imunidade conferida não abrange todos os sorotipos, mas somente o sorotipo que o indivíduo foi exposto anteriormente (MCBRIDE; BIELEFELDT-OHMANN, 2000).

A imunidade celular também é importante no processo de limitação da infecção. As células T tem o papel de reconhecer o DENV e enviar as respostas que incluem: proliferação, morte de células infectadas e a produção de citocinas (ROTHMAN, 2011). Estas citocinas irão propiciar a formação de uma cascata inflamatória, causando uma mudança quanto à permeabilidade vascular, originando as manifestações hemorrágicas do DENV (ATKINS et al, 2001).

5 | TRANSMISSÃO DA DENGUE PELO VETOR

A Dengue pode ser transmitida por dois mosquitos: o *Aedes aegypti* (Linnaeus, 1762) e o *Aedes albopictus* (Skuse, 1894), que pertencem ao filo Arthropoda, classe Hexapoda, ordem Diptera, família Culicidae e gênero *Aedes* (BRASIL, 2001). O *A. albopictus* adapta-se bem ao ambiente residencial, pois tem comportamento altamente antropofílico, mas também é encontrado em áreas silvestres, no ambiente rural, em locais como o tronco oco das árvores, ou entre folhas que acumulam algum volume de água, por exemplo. Sua fonte de alimentação pode ser sangue humano ou de outros vertebrados (BRASIL, 2001).

Os adultos de *A. albopictus* possuem a coloração bem escura e depositam os ovos em ocos de árvores ou recipientes que acumulem água (BRASIL, 2001). O mosquito presenta como características distintivas uma faixa longitudinal de cor branco-prateada, da cabeça até o escutelo; seu abdome apresenta faixas basais brancas; e suas pleuras possuem manchas prateadas e pernas demarcadas de

branco e preto (LEANDRO, 2012). Esse mosquito possui uma grande capacidade de se adaptar em ambiente de temperaturas distintas, resistindo de forma satisfatória em climas de temperatura baixa, o que indica uma disseminação maior deste vetor nos diversos biomas (WHO, 2016). O *A. aegypti* por sua vez, está mais relacionado com o interior das residências, nas zonas mais urbanizadas, por isso é considerado antropofílico. As fêmeas alimentam-se preferencialmente de sangue humano. Os habitats das larvas são, frequentemente, qualquer recipiente que acumule água, como: vasos, pneus, caixas d'água e etc (BRASIL, 2001). Fisicamente, o *A. aegypti* apresenta características peculiares, como cor escura e pernas e abdome dotados de manchas branco-prateadas. O tórax é escamoso e apresenta duas linhas laterais²⁶. Os hábitos alimentares do *A. aegypti* são diurnos e a cada período de alimentação, várias pessoas podem ser picadas pelo mesmo mosquito (WHO, 2016).

DENV será transmitido picada da fêmea dos mosquitos infectados pelo vírus, que após 12 dias da infecção, já apresenta a capacidade de transmissão da doença. Esses mosquitos apresentam um ciclo biológico que dura em média de 8-12 dias e apresenta os seguintes estágios: ovo, quatro estádios larvais (L1, L2, L3 e L4), pupa e adulto. As fêmeas depositam seus ovos em locais variados, onde as larvas permanecem viáveis por até um ano (NEVES, 2016; SANTOS et al, 2015).

6 | ASPECTOS CLÍNICOS

O DENV apresenta um período de incubação que pode variar de 2 a 14 dias no homem e quando este está em período de viremia, infectará o inseto durante o processo de alimentação hematófaga. O período de viremia no homem começa um dia antes da febre e perdura até o sexto dia da doença. A infecção por DENV pode ser assintomática ou sintomática. Quando apresenta sintomas, estes podem ser brandos e inespecíficos, podendo ser confundidos com uma gripe ou os sintomas evoluir para casos mais graves, que podem levar o indivíduo à morte. O ministério da Saúde apresentou no ano de 2015 as novas diretrizes que devem nortear o manejo clínico do paciente com DENV, além de trazer a nova classificação da doença que foi definida em fases: fase febril, crítica e de recuperação (BRASIL, 2015; BRASIL, 2010).

A fase febril se dá como o próprio nome diz pela presença de febre, que pode perdurar por dois a sete dias, podendo ser acompanhada de outros sintomas, como a dor de cabeça, dor nos músculos e nas articulações³⁰. Alguns pacientes ainda apresentam o exantema papular, vômito, diarreia e anorexia. Na maioria dos casos, a doença evolui de forma benigna e o paciente se recupera sem mais complicações, o que não acontece na fase crítica, que já requer um cuidado e atenção maior ao paciente acometido. Nessa fase, a febre diminui entre o terceiro e o sétimo dias do início da patologia e associados a esta redução febril, vêm os sinais de alarme (dor persistente no abdome, vômitos frequentes, acúmulo de líquidos, sangramento de

mucosa). Geralmente estes sintomas são resultados da fragilidade vascular seguida de extravasamento do plasma, aumento do fígado e hematócrito alterado, demonstrando aumentos sucessivos nos seus valores (BRASIL, 2018).

Na Dengue grave, ocorre uma complicação ocasionada pelo extravasamento do plasma, que pode tanto levar ao choque quanto ao acúmulo de líquidos no corpo do paciente. Esta fase é sistêmica, podendo acometer diversos órgãos, como o fígado, os rins, o sistema nervoso central etc. O choque acontece quando uma quantidade considerável de plasma é perdida durante o extravasamento. Entre o choque e o extravasamento, o período é de mais ou menos 24 a 48 horas, e como esta evolução pode ser rápida e brusca, os hematócitos devem ser acompanhados com constância. Disfunções graves dos órgãos podem ocorrer e sem necessariamente o paciente passar pela fase de choque ou extravasamento. Inflamações no encéfalo, miocárdio e fígado são relatadas como complicações da Dengue. Baseado em tais fatos, o recomendado é acompanhar a dosagem das enzimas hepáticas e verificar se há ou não alterações neurológicas que podem apresentar uma variedade de formas clínicas, como: encefalite, Síndrome de Reye e Síndrome de Guillain-Barré (BRASIL, 2018). Na fase de Recuperação o líquido extravasado é reabsorvido pelo organismo do paciente, o que vai possibilitar sua melhora gradativa. Pode ocorrer nessa fase o rush cutâneo com ou sem prurido. As infecções por bactérias podem ocorrer e devem ser acompanhadas e tratadas corretamente, sob o risco de morte do paciente (BRASIL, 2010; BRASIL, 2018).

7 | DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

A Dengue pode ser detectada através de diversos exames, utilizando para esta finalidade métodos diretos (para detectar a presença do vírus, através de transcrição reversa com reação em cadeia da polimerase (RT-PCR), ou indiretos (aqueles responsáveis por detectar anticorpos contra o vírus, como testes sorológicos tais como ELISA, teste de fixação de complemento, teste de neutralização, dentre outros) (SINGUI; KISSOON; BANSAL, 2007; GOUVEIA et al, 2013).

O Teste de RT-PCR mostra uma sensibilidade considerada muito refinada (80-100%), sendo considerada uma técnica, portanto, padrão para diagnóstico (SHIH et al, 2016). O Teste Imunocromatográfico rápido para detecção de IgM e IgG também vem sendo utilizado, com relativo sucesso, junto com os testes de RT-PCR, aumentando a fidelidade do diagnóstico (SHIH et al, 2016). Porém, no último ano tem-se testado o método de qPCR (PCR quantitativo) e o Teste Rápido Diagnóstico de NS1 (Proteína Não-Estrutural 1) em tira como testes confiáveis para diagnóstico (TEOH et al, 2016).

Desde 2013 pesquisadores no mundo todo tem se dedicado a estabelecer novas técnicas de diagnóstico que sejam utilizáveis para identificação de todos os sorotipos de Dengue e que sejam sensíveis. O diagnóstico pelo método de LAMP (Loop-mediated

Isothermal Amplification) apresenta alta sensibilidade, boa especificidade e resultado rápido, o que imprescindível em se tratando de diagnóstico (TEOH et al, 2013).

8 | TRATAMENTO

O tratamento indicado aos indivíduos acometidos de Dengue deve ser de suporte, com a utilização de analgésicos e antipiréticos que vão agir sobre os sintomas; é indicada hidratação oral ou parenteral, de acordo com a caracterização do paciente, ou seja, em qual fase ele se encaixa (fase febril, crítica ou de recuperação). Portanto, há uma necessidade de acompanhamento contínuo das manifestações clínicas desse indivíduo (BRASIL, 2010).

9 | EPIDEMIOLOGIA ATUAL DA DENGUE

Segundo a OMS, o número de casos de infecção por DENV aumentou trinta vezes se comparado ao registrado há cinquenta anos atrás (BHATT et al 2013). Estimativas recentes demonstram que, em média, 390 milhões de novos casos são registrados por ano em todo o mundo; destes, cerca 96 milhões apresentam sintomatologia clínica (nos diversos graus de gravidade da doença). Cerca de 128 países já apresentam novos casos de Dengue, incluindo 36 países que antes eram declarados livres desta infecção. Também é válido lembrar que antes dos anos 1970, eram apenas nove os países que registravam a infecção pelo DENV 3 (BRASIL, 2018).

Epidemiologicamente falando, o caráter hiperendêmico da Dengue é motivo de preocupação, juntamente com a diversidade sorológica do vírus, visto que esta morbidade além das implicações na saúde humana representa também grandes perdas econômicas em nível mundial. Países europeus já estão sob a ameaça de surtos epidêmicos, como o que ocorreu em Portugal em 2012, onde 2.000 casos foram detectados. Em 2013, em países da Ásia, como no Japão, a doença ressurgiu após 70 anos sem notificações da mesma. O continente americano também foi golpeado: em 2013 foram notificados casos nos Estados Unidos e o número de casos se manteve elevado nos países da América Latina. Em 2015, somente no Brasil foram identificados mais de um milhão e meio de casos, o que corresponde a três vezes o número de casos detectados em 2014 (WHO, 2016). Dados atualizados do ministério da Saúde do Brasil, já registraram em 2016, a marca de 396.582 casos prováveis de Dengue no país até a Oitava Semana Epidemiológica, que ocorreu entre 03/01/2016 a 27/02/2016. A maior incidência foi observada na região Sudeste do país, com 222.947 casos (56,2%) em relação ao total do país; logo após, surgiram as regiões Nordeste (com 71.375 casos - 18%), Centro-Oeste (52.162 casos - 13,2%), Sul (30.746 casos - 8%) e Norte (19.352 casos - 4,9%).

10 | PREVENÇÃO E CONTROLE

A Dengue é considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo (NEVES, 2016) e as medidas preventivas ainda são limitadas ao controle do vetor. Ações permanentes de inspeções domiciliares, erradicação de focos do mosquito, além da implementação de políticas de caráter educativo, que visem promover a saúde e reduzir os riscos da doença são necessárias em todo o país, de forma conjunta entre Governo Federal, estados e municípios (BRASIL, 2010).

O desenvolvimento e a produção de vacinas ainda são deficientes, isso porque alguns fatores têm dificultado a produção dessas vacinas. Um exemplo disto é o aumento da gravidade da doença quando o indivíduo já foi em algum momento exposto a sorotipos virais diferentes, seja por transmissão horizontal ou infecção pregressa. Outro impedimento é quanto ao modelo animal adequado para que sejam feitos os testes das vacinas. Atualmente, têm-se buscado, apesar destes empecilhos, o desenvolvimento de vacinas tetravalentes atenuadas ou inativadas, que venham a suprir a necessidade endêmica, dadas as proporções da Dengue nas últimas décadas (HOLMES E BURCH 2000, GOUVEIA et al, 2013).

11 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Dengue está muito longe de ser erradicada seja no Brasil ou no mundo. Isto ocorre por razões que envolvem desde a fácil dispersão do vírus e de seus vetores até condições climáticas, socioeconômicas das populações afetadas até as tentativas falhas de se obter uma vacina até o momento. A melhor chance de combate à doença ainda reside na educação em saúde, através de práticas educativas com a população que ensinem à mesma como eliminar o mosquito, como evitar sua propagação, como e quando procurar hospitais e postos de saúde em caso de suspeita de Dengue. Embora o avanço nas técnicas diagnósticas para identificação do vírus e seus sorotipos seja muito importante, trabalhar com o desenvolvimento de ações educativas ainda é a melhor arma contra a doença.

REFERÊNCIAS

ASSAD, L. Relações perigosas: aumento de temperatura e doenças negligenciadas. **Revista Ciência e Cultura**, v.68, n.1, p.14-16, jan/mar 2016.

ATKINS, M.B.; et al. Kidney cancer: The cytokine working group experience (1986–2001). **Medical Oncology**, v.18, n.3, p.197-207, set 2001.

BARCELLOS, C.; et al. Climatic and environmental changes and their effect on infectious diseases: scenarios and uncertainties for Brazil. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.18, n.3, p. 285-304, 2009.

BHATT, S.; et.al. The global distribution and burden of Dengue. **Nature**, v.496, p.504-507, abr 2013.

BICHAUD, L.; et al. Arthropods as a source of new RNA viruses. **Patogênese Microbiana**, v.77, n.136-141, dez 2014.

BOTELL, M.L.; BERMÚDEZ, M.R. Dengue. **Revista Cubana de Medicina Geral Integral**, v.28, n.01, p.123-126, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Monitoramento dos casos de Dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 8**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança**. Brasília: Ministério da Saúde. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dengue: Instruções para pessoal de combate ao vetor: Manual de normas técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

DOMINGOS, M.F. **Aspectos da ecologia de *Aedes aegypti* (Linnaeus) em Santos, São Paulo, Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GOUVEIA, F.L. et al. Production of intravenous human Dengue immunoglobulin from Brazilian-blood donors. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences** v. 49, n.4, p.821-29, dez 2013.

GUBLER, D.J. Dengue/Dengue haemorrhagic fever: history and current status. **Novartis Foundation symposium**, v.277, n. 3- 16, 2006.

GUBLER, D.J. Epidemic Dengue/Dengue Haemorrhagic Fever: A Global Public Health Problem in the 21 st Century. **Dengue Bulletin**, v.21, p.1-13, 1977.

HOLMES, E.C.; BURCH, S.S. The causes and consequences of genetic variation in Dengue virus. **Trends in Microbiology**, v.8, p.74-77, fev 2000.

HOWE, G.M. A world geography of human diseases. **New York: Academic Press**. 1977.

LEANDRO, R.D.S. **Competição e dispersão de *Aedes (Stegomyia) aegypti* (Linnaeus, 1762) e *Aedes (Stegomyia) albopictus* (Skuse, 1894) (diptera: culicidae) em áreas de ocorrência no município de João Pessoa - PB**. [Dissertação]. Paraíba: Universidade Estadual da Paraíba, 2012.

MCBRIDE, W.J.H.; BIELEFELDT-OHMANN, H. Dengue viral infections; pathogenesis and epidemiology. **Microbes and infection**. v.2, n.9, p.1041-50, jul 2000.

MURRAY, P.R.; PFALLER, M.A.; ROSENTHAL, K.S. **Microbiologia médica**. 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

MURRAY, P.R.; PFALLER, M.A.; ROSENTHAL, K.S. **Microbiologia Médica**. 7^a ed. Elsevier, 2006.

NEVES, D.P. **Parasitologia Humana**. 13^a ed. São Paulo: Atheneu; 2016.

NUNES, J.G. **Chikungunya e Dengue: desafios para a saúde pública no Brasil**. [monografia] Anápolis: Universidade Estadual de Goiás, 2015.

PERIAGO, M. R.; GUZMAN, M.G. Dengue and hemorrhagic Dengue in the Americas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n.4, p.187-91, mai 2007.

ROTHMAN, A.L. Immunity to Dengue virus: a tale of original antigenic sin and tropical cytokine storms. **Nature Reviews Immunology**, v.11, n.8, p.532-543, jul 2011.

RUEDA, B.Z. Comparação da eficácia dos métodos “índice de Breteau” e armadilha de oviposição (OVITRAMPA) na obtenção dos índices de infestação de *Aedes (Stegomyia) aegypti* e *Aedes (Stegomyia) albopictus* no município de Botucatu, SP. [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2009.

SANTOS, S.L. et al. Percepção sobre o controle da Dengue: uma análise a partir do discurso coletivo. **Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais**, v.4, n.2, p.115-130, 2015.

SHIH, H.I.; et al. Applications of a Rapid and Sensitive Dengue DUO Rapid Immunochromatographic Test Kit as a Diagnostic Strategy during a Dengue Type 2 Epidemic in an Urban City. **PLoS One**, v.11, n.7, jul 2016.

SINGUI, S.; KISSOON, N.; BANSAL, A. Dengue e Dengue hemorrágico: aspectos do manejo na unidade de terapia intensiva. **Jornal de Pediatria** (Rio J.) v.83, n.2, S22-S35, mai 2007.

STROTTMANN, D.M. **Neuroadaptação de vírus Dengue em modelo murino: Identificação de marcadores moleculares**. [Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná-UFPR, 2008.

SWEET, B.H.; SABIN, A.B. Properties and antigenic relationships of hemagglutinins associated with the Dengue viruses. **The Journal of Immunology** v.73, n.5, p.363-373, nov 1954.

TAIRA, M.A.K. **Dengue: o desafio da Saúde Pública** [monografia]. São Paulo: Universidade São Judas Tadeu, 2008.

TEIXEIRA, M.G.; BARRETO, L.; GUERRA, Z. Epidemiologia e medidas de prevenção do Dengue. **Informe epidemiológico do SUS**, n.8, p.5-33. 1999.

TEOH, B.T.; et al. Detection of dengue viruses using reverse transcription-loop-mediated isothermal amplification. **BMC Infectious Diseases**, v.13, n.387, ago 2013.

TEOH, B.T.; et al. The Use of NS1 Rapid Diagnostic Test and qRT-PCR to Complement IgM ELISA for Improved Dengue Diagnosis from Single Specimen. **Scientific Reports**, v.6. n.27663, jun 2016.

VIANA, D. V.; IGNOTTI E. Ocorrência da Dengue e variações meteorológicas no Brasil: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n.2, p. 240-58, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Dengue and severe Dengue; 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>> Acesso em 27 de março de 2018

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HEPATITE B EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Kelvyra Fernanda Almeida Lago Lopes

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO.
Departamento de Ciências da Saúde. Caxias- MA.

Raynner Sousa Chaves Frazão

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO.
Departamento de Ciências da Saúde. Caxias- MA.

Natália Pereira Marinelli

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. Colégio
Técnico de Teresina. Teresina- PI

Maraisa Pereira Sena

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. Mestrado
Profissional em Saúde da Mulher. Teresina- PI

Tarciso Marinelli Filho

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS E
TECNOLOGIA DO MARANHÃO UniFacema.
Coordenação de Enfermagem. Caxias- MA

Alana Ilmara Pereira da Costa

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ.
Departamento de Ciências da Saúde. Belém- PA.

Josiane Rocha Silva Ferraz

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS E
TECNOLOGIA DO MARANHÃO- UniFacema.
Coordenação de Nutrição. Caxias- MA

RESUMO: O objetivo deste estudo é caracterizar o perfil epidemiológico dos casos confirmados de hepatite B em Grajaú, Maranhão, entre os anos de 2010 a 2014. Foi realizada uma análise documental, com abordagem quantitativa transversal, exploratória descritiva, dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos

de Notificação – SINAN. A partir da análise dos documentos, obteve-se 11 casos. Depreendeu-se que há predominância em indivíduos acima dos 30 anos de idade 45,4% (5); sexual feminino 72,7% (8); cor/raça preeminente é a etnia parda com 81,8% (9); maior prevalência em trabalhadores agropecuários 54,5% (6); situação vacinal evidenciou 63,6% (7) não imunizados; classificados com Hepatite Crônica 63,6% (7) e a transmissão deu-se por via sexual 7 (63,6%). Os dados revelaram que há predominância da doença em indivíduos acima dos 30 anos de idade, evidenciando a faixa etária de maior propensão à infecção. Com relação ao gênero, o sexo feminino possui uma maior vulnerabilidade à doença. Os resultados ainda sugerem eventuais subnotificações quanto à doença.

PALAVRAS-CHAVE: Hepatite B; Perfil epidemiológico; Notificação.

ABSTRACT: The objective to characterize the epidemiological profile of hepatitis B confirmed cases in Grajaú, Maranhão, between 2010 and 2014. A documental analysis was carried out, with a descriptive and descriptive exploratory approach, of the cases reported in the Aggravated Information System Of Notification - SINAN. From the analysis of the documents, we obtained 11 cases. It was observed that there is predominance in individuals over 30 years of

age 45.4% (5); Female sexuality 72.7% (8); Pre-eminent color / race is the ethnic group with 81.8% (9); Higher prevalence in agricultural workers 54.5% (6); Vaccine situation showed 63.6% (7) non-immunized; Classified as Chronic Hepatitis 63.6% (7) and transmission occurred sexually 7 (63.6%). The data revealed that there is a predominance of the disease in individuals over 30 years of age, evidencing the age group with the highest propensity to infection. Regarding gender, females are more vulnerable to disease. The results still suggest possible underreporting of the disease.

KEYWORDS: Hepatitis B; Epidemiological profile; Notification.

1 | INTRODUÇÃO

Hepatite é uma patologia disseminada por vírus que se configura por alterações degenerativas ou necróticas das células encontradas no fígado, podendo ser difundindo de maneira diferenciada de acordo com a etiologia viral. (MENDES, 2005)

As maneiras de transmissão das hepatites, estende-se a dois agrupamentos: inicialmente ao conjunto de transmissão oral fecal relacionada à má higiene pessoal, saneamento básico insuficiente, ingestão de água contaminada, bem como os alimentos, estando associado à infecção pelos vírus HAV e HEV. Sucessivamente, o segundo grupo: HBV, HCV e HDV, apresentando mecanismos de contaminação, como: sexo, compartilhamento de objetos perfurocortantes contaminados (Ex.: agulhas, seringas, alicates de manicure, lâminas de barbear, utensílios para tatuagens, *piercing*, drogas injetáveis) e via parenteral. (BRASIL, 2007)

Em virtude das informações, para o acompanhamento dos aspectos epidemiológicos das doenças consideradas de notificação compulsória, dispõe-se de uma ferramenta de controle importante para a vigilância em saúde, o Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN. O SINAN é utilizado para informar os casos, de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e outras doenças compulsórias (Dengue, febre amarela, hanseníase, hepatites virais, etc.) com a importância de controlar o registro e o processamento desses dados, fornecendo informações para análise do perfil situacional, da morbidade e agravos de notificação, com ênfase a hepatite B, colaborando, consequentemente, para iniciativas preventivas e de promoção da saúde da população brasileira em todas as classes, através da vigilância epidemiológica buscando esclarecimento aos fatores contribuintes de propagação das doenças de notificações. (BRASIL, 2010)

No período de 1999 a 2011, foram notificados 120.343 casos confirmados no Brasil. No Maranhão em 2011 houve 168 óbitos relacionados à Hepatite B, 58 associados a complicações, como: a cronificação da infecção, cirrose hepática e suas complicações e carcinoma hepatocelular. (BRASIL, 2012)

O problema que sustentou este estudo considera: qual a situação epidemiológica dos casos de hepatite B confirmados no município de Barão de Grajaú- MA? O estudo

da situação epidemiológica da Hepatite B proporciona ampla visão da situação da doença na comunidade, ajudando a estabelecer o impacto das medidas de controle adotadas.

2 | MÉTODO

A presente pesquisa é uma série temporal e estudo transversal da situação epidemiológica dos casos de hepatite B registrados no SINAN, de residentes do município de Grajaú- MA, no período de 2010 a 2014.

A coleta dos dados deu-se por análise documental das fichas de investigação para hepatites virais individuais, sob a guarda do Departamento de Epidemiologia do município. Esses documentos foram analisados quanto às características sociodemográficas e epidemiológicas dos casos, incluindo o comportamento de risco para a infecção. Utilizou-se o *Epi Info* versão 3.5.2 para análise de dados.

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A norma dispensou o uso de TCLE dos sujeitos, porém foi providenciado o TCLE institucional, junto à Secretaria de Saúde do município de Barão de Grajaú- MA. Como parte das exigências éticas, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil, para análise pelo Comitê de Ética do Hospital São Domingos/HSD, e após sua aprovação com o parecer número 1.351.580, realizou-se a coleta dos dados.

3 | RESULTADOS

O Gráfico 1 evidencia que há maior prevalência entre os indivíduos de 30 ou mais anos de idade, com o total de 45,4% (5) das notificações, enquanto 36,4% (4) possuem entre 20 a 29 anos de idade. Também, identificou-se que houve maior número de notificações em 2013, com igualdade dos casos registrados para pessoas de 20 a 29 anos e 30 ou mais, representando cada faixa etária 27,3% (3) dos casos confirmados naquele ano.

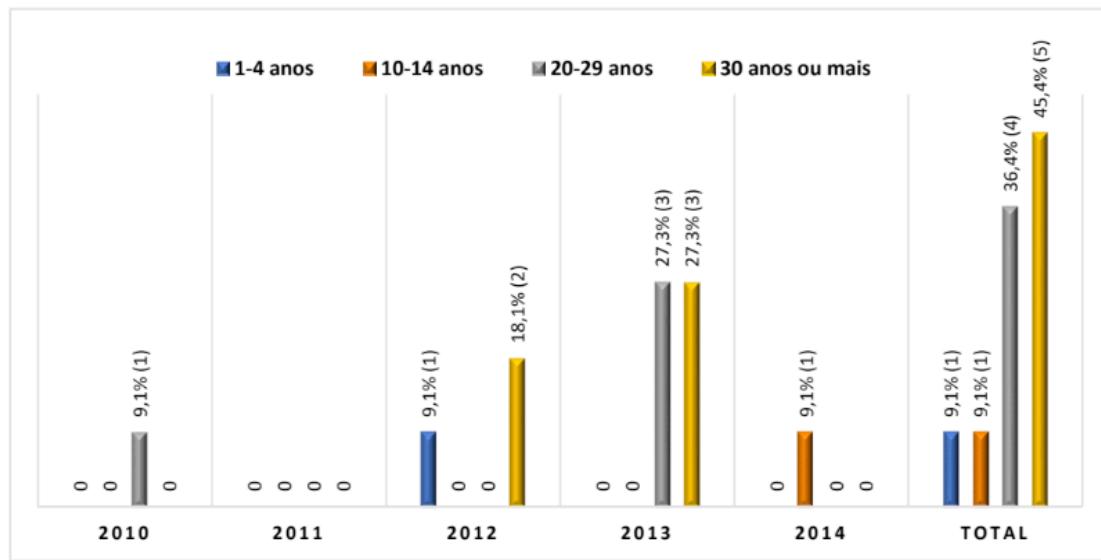


Gráfico 1- Distribuição dos casos de Hepatite B por ano de notificação e faixa etária. Grajaú, MA, 2010-2014.

Fonte: SINAN/2015. Vigilância Epidemiológica de Saúde, Grajaú, MA

De acordo com os dados do Gráfico 2, verificou-se maior incidência de hepatite B em pessoas do sexo feminino (72,7%), sendo o ano de 2013 aquele com maior número de casos (45,4%) dentre os anos avaliados.

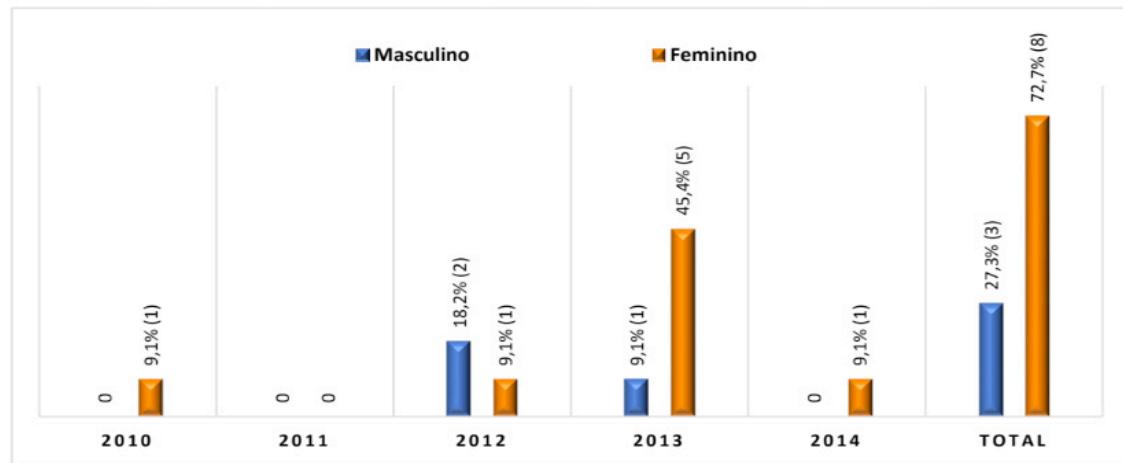


Gráfico 2- Distribuição dos casos de Hepatite B segundo ano de notificação e sexo. Grajaú, MA, 2010-2014.

Fonte: SINAN/2015. Vigilância Epidemiológica de Saúde, Grajaú, MA, 2015.

Em observância ao Gráfico 3 a maior prevalência de infectados com 54,5% (6) foram os Trabalhadores Agropecuários, distribuídos em 9,1% (1) notificado em 2010, 9,1% (1) caso em 2012 e em 2013 36,3% (4) fichas notificadas, além disso Motoristas apresentaram 18,2% (2) casos em 2012 e 2013 respectivamente. Notificou-se também 9,1% (1) Serviços Gerais em 2012, acompanhado por registro de 9,1% (1) Aposentado/ Pensionista e 9,1% (1) estudante informado em 2014.

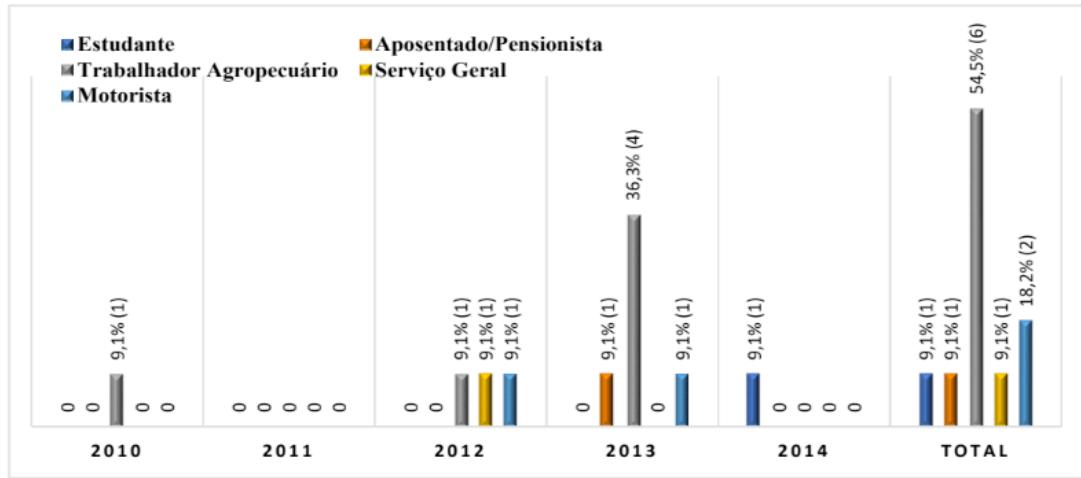


Gráfico 3- Distribuição dos casos de Hepatite B por ano de notificação e ocupação profissional.
Grajaú, MA, 2010-2014.

Fonte: SINAN/2015. Vigilância Epidemiológica de Saúde, Grajaú, MA, 2015.

Para uma caracterização da situação vacinal, torna-se necessário abordá-la uma vez que é a principal maneira de prevenção contra a doença. Diante disso, o Gráfico 4 demonstra a prevalência de infectados e sua situação vacinal, onde se apresentaram 63,6% (7) casos de Hepatite B não vacinados, destacando-se o ano de 2013 com 45,6% (5) casos e apenas 27,3% (3) com calendário vacinal completo nos anos de 2012 a 2014. E ainda 9,1% (1) caso ignorado/branco em 2012.

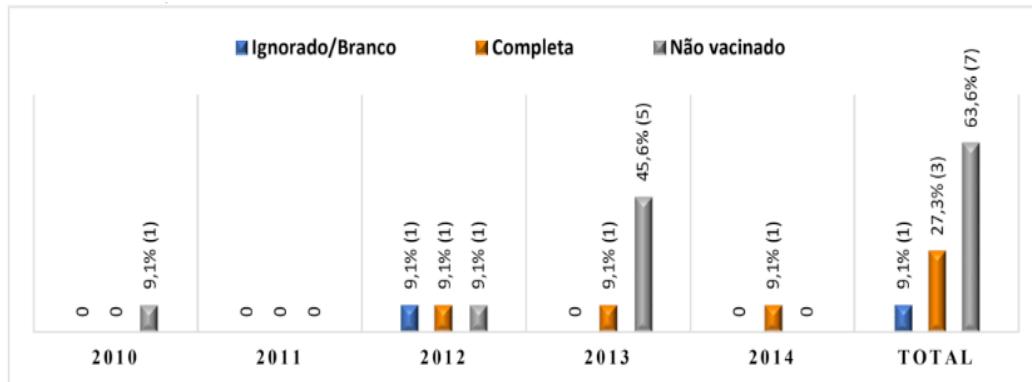


Gráfico 4- Distribuição dos casos de Hepatite B por ano de notificação e situação vacinal para Hepatite B. Grajaú, MA, 2010-2014.

Fonte: SINAN/2015. Vigilância Epidemiológica de Saúde, Grajaú, MA, 2015.

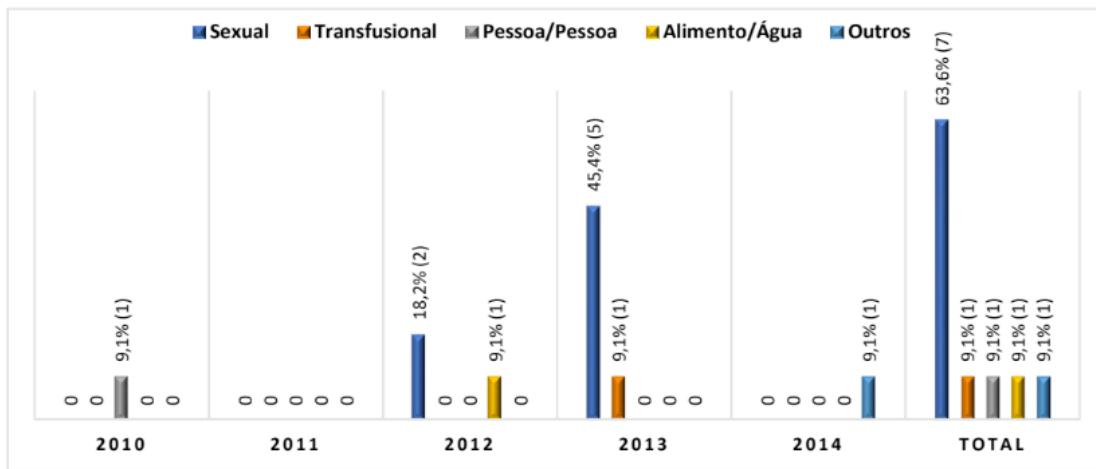


Gráfico 5- Distribuição dos casos de Hepatite B por ano e mecanismo de infecção. Grajaú, MA, 2010-2014.

Fonte: SINAN/2015. Vigilância Epidemiológica de Saúde, Grajaú, MA, 2015.

A respeito da transmissão do HBV, o Gráfico 5 demonstra que a via de maior exposição, é a sexual com 63,6% (7) casos.

4 | DISCUSSÃO

Os dados do Gráfico 2 revelaram maior incidência no sexo feminino no município de Grajaú, enquanto o sexo masculino foram 27,3% (3) dos casos encontrados. Nesse sentido, Zatti et al. (2013) evidenciaram que 55.307 notificações, relativo ao sexo masculino como o maior infectado pela doença 52,62% do total das notificações encontradas, e no sexo feminino 47,35% (26.189) casos registrados.

A menor ocorrência de notificação do sexo masculino pode estar associada à procura com menor regularidade a assistência de saúde para se prevenirem ou tratarem de seus adoecimentos, ou quando os horários de funcionamento dos serviços de saúde, rotineiramente, confrontam com o período de exercício profissional do usuário, ou se não, por imparcialidade pelo resultado dos exames ofertados pela rede de saúde, hábitos que proporcionam gravidades ao quadro clínico. (DIAS et al.,2014)

Outro estudo faz referência à ocupação profissional e demonstra informações a respeito do perfil soroepidemiológico e molecular da infecção pelo HBV em caminhoneiros brasileiros no estado de Goiás, mostrando a prevalência de marcadores da Hepatite B em 121 motoristas do total de investigados. (MATOS, 2007)

Demonstrando que os profissionais que mais tiveram contato com o vírus da Hepatite B foram trabalhadores agropecuários, enfatiza-se o exercício de atividades econômicas envolvidas com setor primário de produção (agricultura, mineração, pesca, pecuária, extrativismo vegetal e caça.), visto que a economia local é baseada nestas áreas desde sua fundação.

Em contraposição, no estudo de Zatti et al. (2013) evidenciou-se que a maior

forma de transmissão é por drogas injetáveis, de acordo com o SINAN de Chapecó-SC, onde expuseram 28,66% (15.853) casos de hepatite B, seguido por transmissão vertical e posteriormente, transmissão sexual correspondente a 16,23% (8.981).

O Boletim Epidemiológico Nacional evidenciou os casos de hepatite B quanto à provável fonte/mecanismo de infecção, destacando a via sexual como a forma predominante de transmissão, onde a mesma correspondeu a 21,4% e 23,3% dos casos nos anos de 2009 e 2010, respectivamente. (BRASIL, 2010)

Quando avaliadas as possíveis fontes de transmissão, as fichas do SINAN na cidade de Palhoça - SC apontam que na hepatite B, a transmissão está relacionada primeiramente ao tratamento cirúrgico e logo depois é mencionada via sexual e em terceiro o uso de drogas. (MARGREITER et al., 2015)

Observa-se a existência de outros mecanismos de contágio, o que também podem estar relacionados aos processos de esterilização dos materiais hospitalares, como campos e ferramentas cirúrgicas e/ou exposição de pacientes na fase intra-operatória, outro motivo que deve ser considerado faz referência à transmissão domiciliar tendo o compartilhamento de objetos de uso pessoal como: escova de dente, lâmina de barbear e/ou depilar, alicates de unha ou agulhas, cachimbos e canudos no uso de drogas.

Em virtude da situação vacinal contra Hepatite B, Margreiter et al. (2015) evidenciam que no município de Palhoça - SC o predomínio de casos notificados também se destacou entre os não vacinados contra hepatite B, enquanto uma minoria apresentava o esquema incompleto. Da mesma forma, o Gráfico 8 apresenta uma superioridade significativa dos ausentes de imunização contra o HBV, acerca dos vacinados com esquema completo. Certamente aos acometidos com vacinação completa, houve exposição aos fatores de transmissão antes de adquirir imunidade ao vírus, o que para o MS essa efetivação dar-se-á completando-se com a terceira dose da vacina.

É importante destacar o esquema vacinal contra Hepatite B, o volume a ser aplicado é de 1ml em adultos e 0,5, em menores de 11 anos, a depender do laboratório produtor, deve-se administrar no músculo deltoide, evitar a aplicação na região glútea, por resultar em menor imunogenicidade, obedecendo o seguinte esquema: três doses com intervalo de um mês, entre a primeira e a segunda dose, e de seis meses entre a primeira e a terceira dose, em observância aos intervalos entre as doses que devem ser obedecidos, após o esquema completo, induz imunidade em 90% a 95% dos casos. (BRASIL, 2010)

Quanto à história vacinal, Neto et al. (2013) também esclarecem em um estudo no município de Quixadá-CE, que a situação vacinal contra a Hepatite B é insatisfatória, uma vez que apenas uma minoria completa o esquema profilático. Sabe-se que muitos casos podem ser evitados se a vacina for realizada antes da exposição.

É valido considerar que existe uma probabilidade de modificação relevante nas características vacinais, pois a federação governamental brasileira ampliou em 2014

a cobertura da vacina, antes limitada até os 29 anos ampliando posteriormente para toda população (BRASIL, 2014). Com essa atitude, se aguarda que a proliferação do vírus decaia em todo o território com o passar do tempo e que, a quantidade de infectados com registro de vacinação aumente.

Diante dos dados percebe-se que a maior distribuição da doença entre o sexo feminino, está relacionada à prática sexual sem proteção, por pressão psicológica ocasionada pelo parceiro, à utilização de materiais não esterilizados, como alicates de unha usados por manicures e pedicures, ou por exercício profissional que tenha contato com fatores para infecção, dentre outros.

5 | CONCLUSÃO

A análise dos resultados do estudo possibilitou a caracterização do perfil epidemiológico dos casos de Hepatite B confirmados no município de Grajaú, estado do Maranhão do ano de 2010 a 2014. Dentre os 11 casos notificados, depreendeu-se que há predominância da doença em indivíduos acima dos 30 anos de idade 45,4% (5), evidenciando a faixa etária de maior propensão à infecção. Com relação ao gênero, o sexo feminino 72,7% (8) define a maior vulnerabilidade a infecção e entre elas houve 18,2% (2) gestantes no 3^a trimestre, estabelecendo que haja possibilidade de transmissão vertical e/ou problemas ao recém-nascido.

Quanto a cor/raça prevalece a etnia parda com 81,8% (9), levando à indagação sobre os indígenas, presentes na formação da população local. A título de escolaridade, a doença se estende aos de ensino fundamental incompleto e ensino médio completo 36,4% (4) respectivamente e residentes exclusivamente em zona urbana 100% (11). Além disso, observou-se que são trabalhadores agropecuários 54,5% (6) dos casos, os maiores contaminados, incluídos entre os não imunizados 63,6% (7) contra a Hepatite B. No tocante ao perfil clínico houve quantidade significativa de cronicidade da doença com 63,6% (7). No entanto, o mecanismo de maior predominância deu-se por via sexual 63,6% (7).

Contudo, os resultados sugerem eventuais subnotificações quanto à doença, fica claro, a necessidade de trabalhos científicos de características epidemiológicas, objetivando auxiliar e tornar realista o abastecimento do sistema (SINAN) por todo o Brasil. Cabe ressaltar, a conscientização de trabalhadores da saúde em especial, o enfermeiro, fiador das informações de vigilância em saúde.

Nessa perspectiva, alvitra-se a intensificação das ações educativas (panfletos, faixas, cartazes, anúncios, palestras, etc.), preventivas (práticas de testes rápidos para Hepatite B, solicitação de sorologia, vacinação, etc.), assistenciais, visando à notificação e reconhecimento de suspeitos e diagnosticados pelas equipes de saúde junto a Vigilância Epidemiológica, preconizando-se uma fiscalização das ações propostas, dos casos notificados e suspeitos existentes na população, através do

conhecimento das implicações da doença baseadas nas informações.

É recomendável que seja elaborada capacitação de profissionais da saúde a respeito do teste rápido, evitando o surgimento de dúvidas e erros, na conduta do suspeito clínico da Hepatite B.

Visualizando holisticamente os pacientes crônicos, implicamos a necessidade da criação de grupo de apoio a essa população, uma vez que há uma dificuldade sobre a compreensão da doença e dinâmica de tratamento: consultas, exames de rotina e biopsia hepática, entrega de medicamentos pelo SUS, instalação de polos de aplicação municipal e/ou regional, a fim de melhorar o acompanhamento e manejo dos pacientes infectados.

Contribuindo para o enfrentamento da hepatite B, preconizar a prevenção por meio da vacinação, do incentivo ao sexo seguro com uso do preservativo nas relações sexuais, atividades específicas direcionadas às populações de risco e suas possíveis complicações, bem como os gastos pertencentes a esta patologia por intermédio das políticas de prevenção aos desprotegidos das áreas rurais.

Os resultados averiguados neste estudo permitiram inferir que no município ocorre uma detecção tardia, provavelmente relacionada às buscas passivas, ou seja, demandas espontâneas e a descentralização das ações de controle da doença recomendadas para toda a rede assistencial de saúde, que ainda é restrita, pois as taxas de detecção de casos oscilam muito no período estudado e manifestam-se significativas. O processo de integração das ações de controle da Hepatite B com as unidades de saúde pode produzir melhores resultados e solidificar o controle da doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância epidemiológica**. 6 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfecções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:<http://funed.mg.gov.br/wpcontent/uploads/2011/07/prot_clinico_diretrizes_terapeuticas_hep_B.pdf>. Acessado em: 16 out. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hepatites virais: desafios para o período de 2011 a 2012**. Informe epidemiológico do SUS, 2010. Disponível em:<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Metas_hepatites.pdf>. Acessado em: 08 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/51820/boletim_epidemiol_gico_hepatites_virais_2012_ve_12026.pdf>. Acessado em: 09 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:<http://www.hc.ufpr.br/arquivos/guia_vigilancia_saude_completo.pdf>. Acessado em: 07 maio. 2015.

DIAS, Jerusa Araújo. et al. Fatores associados à infecção pelo vírus da hepatite B: um estudo caso-controle no município de São Mateus, Espírito Santo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.23, n.4, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00683.pdf>>. Acessado em: 29 dez. 2015.

MARGREITER, Sissiane. et al. Estudo de Prevalência das Hepatites Virais B E C No Município de Palhoça-SC. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, v. 8, n. 2, 2015. Disponível em:<<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/297/308>>. Acessado em: 14 jan. 2016.

MATOS, Marcos André de. **Estudo da infecção pelo vírus da hepatite B em caminhoneiros de rota longa do Brasil: Soroepidemiologia e Genótipos**. 2007. 26f. Dissertação (Mestrado em Cuidados em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás. Disponível em:<<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/691/1/dissertacao-marcos-andrematos.pdf>>. Acessado em: 08 jan. 2016.

MENDES, René. **Patologia do Trabalho**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

NETO, Epitácio Pessoa de Andrade. et al. Prevalência de acidentes ocupacionais e perfil de vacinação contra Hepatite B entre estudantes e profissionais da odontologia: um estudo piloto. **Arq Odontol, Belo Horizonte**, v.49, n.1, 2013. Disponível em:<http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/6867/1/2013_art_pgpinheiro.pdf>. Acessado em: 14 de Jan de 2016.

ZATTI, Cassio Adriano. et al. HEPATITE B: CONHECENDO A REALIDADE BRASILEIRA. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, Vol.4,n.1, 2013. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130731_225833.pdf>. Acessado em: 24 jun. 2015.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO ESTADO DO PIAUÍ, 2001 – 2012

Marcos Ramon Ribeiro Dos Santos Mendes

Enfermeiro do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco

Danieli Maria Matias Coêlho

Docente da faculdade CEUT, Fundação Municipal de Saúde de Teresina - PI

Jaqueline Carvalho E Silva

Docente do Centro Universitário UNINOVAFAPI, Fundação Municipal de Saúde de Teresina

Ivone venâncio de melo

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

melhor sensibilização dos profissionais de saúde tanto para o preenchimento correto da ficha de notificação como para a realização do TDO.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose, Epidemiologia, Resistência a drogas.

ABSTRACT: The study aimed to describe the epidemiological situation of MDR-TB cases reported in the state of Piauí, 2001-2012. It is an epidemiological study quantitative, descriptive, historical series, with data collected through the Information System Special Treatments Tuberculosis Clinic of Pneumology Hospital Getúlio Vargas. Found 29 cases in the period, while 55.2% male, mean age 40.2 years, mulatto (65.5%) and had up to 7 years of education (79.2%). The HIV test was positive in 3.4% of cases and directly observed treatment was achieved in 10.3%. The majority of patients had three or more prior treatments for TB (62.1%) and 24.1% died from the disease. Thus, it is necessary to better awareness of health professionals for both the correct completion of the notification form to the achievement of the TDO.

KEYWORDS: Tuberculosis. Epidemiology. Drug Resistance.

RESUMO: O trabalho teve como objetivo descrever a situação epidemiológica dos casos de TBMR notificados no Estado do Piauí, de 2001 a 2012. É um estudo epidemiológico quantitativo, descritivo, de série histórica, com dados coletados através do Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose da clínica pneumológica do Hospital Getúlio Vargas. Foram encontrados 29 casos no período, sendo 55,2% sexo masculino, com idade média de 40,2 anos, de cor parda (65,5%) e tinham até 7 anos de estudo (79,2%). O teste de HIV foi positivo em 3,4% dos casos e o tratamento diretamente observado foi alcançado em 10,3%. A maioria dos pacientes realizou três ou mais tratamentos anteriores para TB (62,1%) e 24,1% foram a óbito em consequência da doença. Dessa forma, faz-se necessária uma

1 | INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também chamado bacilo de Koch, é uma doença milenar, tão antiga quanto a história da humanidade, que persiste até os dias atuais como um problema de saúde pública.

A doença é transmitida por uma pessoa com tuberculose pulmonar ativa por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos ao tossir, espirrar ou falar. As gotículas contendo o bacilo no seu interior são de vários tamanhos, sendo que as mais pesadas depositam-se rapidamente no solo, porém as mais leves podem permanecer suspensas no ar por várias horas. Quando essas gotículas em suspensão são inaladas por um indivíduo sadio, podem provocar, independentemente da idade, a infecção tuberculosa (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

Nem sempre as pessoas expostas ao *Mycobacterium tuberculosis* se tornam infectadas, contudo a infecção pelo bacilo da TB pode ocorrer em qualquer idade. A tuberculose pulmonar é a forma mais frequente da doença, porém o bacilo pode infectar outros órgãos através da corrente sanguínea e dos vasos linfáticos, gerando a chamada TB extrapulmonar (SMELTZER et al., 2009).

A tuberculose assume perfis diferentes dependendo da região observada. Nos países desenvolvidos os mais acometidos são as pessoas idosas, as minorias étnicas e a população de imigrantes. Já nos países em desenvolvimento, a maior parte dos acometidos está nos grandes centros urbanos, em decorrência do crescimento desordenado da população, ou seja, são vítimas da pobreza, baixa escolaridade, desnutrição, das drogas e da marginalização (PILLER, 2012).

Nos países mais desenvolvidos, o impacto da doença sobre a população foi reduzido através da implantação do saneamento básico, pelas melhorias radicais nas condições de vida que ocorreram em meados do século XIX, assim como pela implementação da quimioterapia efetiva nos últimos 50 anos. Nos países ainda em desenvolvimento, ao contrário, a tuberculose mantém-se como um sério problema de saúde pública. As possíveis razões para o recrudescimento desse terrível flagelo incluem a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), os níveis crescentes de pauperização, abandono do tratamento, uso de drogas ilícitas, desnutrição, aglomeração, alojamentos em condições deficientes, e cuidados de saúde inadequados (ROCHA et al., 2008; SMELTZER et al., 2009).

No Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) tem como metas diagnosticar e tratar os casos de TB o mais rapidamente possível a fim de evitar a difusão da doença. O tratamento (quimioterápico) consiste na associação de fármacos padronizados: isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol durante dois meses, e isoniazida e rifampicina durante mais quatro meses, totalizando 6 meses. A monoterapia, prescrições impróprias e a falta de colaboração do paciente, podem levar ao surgimento de linhagens de *M. tuberculosis* resistentes a um ou mais

fármacos, ocorrendo recidivas da doença e contribuindo para aumentar a proporção de óbitos por TB, estando frequentemente ligada a outras infecções. A presença de multirresistência denuncia as deficiências no controle da TB e dificulta o tratamento e a prevenção (BRASIL, 2011).

O maior número de infectados pela TB está nos países em desenvolvimento, com 95% dos casos, e são também onde ocorrem 98% das mortes decorrentes da TB no mundo. Cerca de 22 países concentram 80% dos casos. As regiões mais afetadas são a Ásia sudoriental, a Europa oriental e a África sub-Sahariana. O Brasil ocupa atualmente, o 19º lugar entre esses 22 países. No mundo, em geral, estima-se que um terço da população esteja infectada pelo *M. tuberculosis*; que existam 8,8 milhões de casos novos e 2 milhões de mortes por TB no mundo, entretanto, foram notificados à Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2003, apenas 4,4 milhões, indicando que existe aproximadamente 50% de subnotificação (BRASIL, 2011; LUCCA, 2008).

No Brasil, é provável que existam aproximadamente 57 milhões de infectados, com 85 mil notificações anuais e cerca de 71 mil casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 37,2/100.000 habitantes, com aproximadamente 6 mil mortes por ano. No Estado do Piauí, em 2004, ocorreram 1.162 casos novos da doença, com um coeficiente de incidência de 39,03/100.000 (LUCCA, 2008; PILLER, 2012).

A TB é uma doença que está intimamente ligada a fatores sociais, econômicos e ambientais. Neste sentido, existem várias doenças que contribuem para o agravamento da mesma, entre elas estão: a AIDS, pois os pacientes imunocomprometidos, apresentam mais reações adversas aos medicamentos e tem maiores taxas de mortalidade agravadas pelo diagnóstico tardio destas formas; o tabagismo, porque a inalação da fumaça do tabaco, passiva ou ativamente, altera todos os mecanismos de defesa da árvore respiratória e reduz a concentração de oxigênio no sangue, colaborando assim para a gravidade das lesões necrotizantes, além de prejudicar e tornar mais lenta a cicatrização, o que pode gerar sequelas mais extensas; o alcoolismo, pois o consumo de álcool diminui a imunidade do indivíduo, que o deixa suscetível à infecção por organismos oportunistas e está diretamente ligado a um estilo de vida que pode potencializar a capacidade de contaminação pela micobactéria (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

A tuberculose multirresistente (TBMR) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como qualquer forma clínica da doença na qual o exame bacteriológico detecta resistência “*in vitro*” à, pelo menos, rifampicina, isoniazida. Esta forma de TB vem ganhando importância nos últimos anos, pela potencialidade que tem de levar a tuberculose a se tornar uma doença praticamente incurável. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número estimado de casos de TBMR no mundo em 2006, é de 489.139 e uma prevalência de 4,8% entre os casos de TB. O Brasil, a partir do ano 2000, vem notificando, em média, 340 casos de TBMR ao ano (ROCHA *et al.*, 2008).

1.1 OBJETO DO ESTUDO

A situação epidemiológica da tuberculose multirresistente no Estado do Piauí, 2001 - 2012.

1.2 PROBLEMA DO ESTUDO

A TB é uma doença que acompanha a humanidade desde os seus primórdios e um fato que vem preocupando as autoridades de saúde é o aumento da resistência bacilar aos dois fármacos mais importantes no combate a essa doença (rifampicina e isoniasida), em consequência do aprimorado mecanismo de mutação bacilar do *Mycobacterium tuberculosis*, resultando na chamada tuberculose multirresistente (TBMR). Essa situação predispõe a vítima a uma doença praticamente incurável, a tuberculose extensivamente resistente (TB-XDR), presente em aproximadamente 10% dos casos de TBMR (BRASIL, 2011).

Diante destes fatos, surgiu o questionamento para nortear a pesquisa: Qual a situação epidemiológica da tuberculose multirresistente no estado do Piauí?

Na perspectiva de responder à questão norteadora, foram elaborados os seguintes objetivos.

1.3 OBJETIVO GERAL

Analisar a situação epidemiológica dos casos de tuberculose multirresistente (TBMR) ocorridos no estado do Piauí no período entre 2001 e 2012.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o perfil epidemiológico dos casos de TBMR no Piauí;

Identificar as drogas as quais o bacilo da TB teve resistência;

2 | METODOLOGIA

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O método adotado para esta pesquisa é o quantitativo, retrospectivo, descritivo. Para Marconi e Lakatos (2010), o método quantitativo consiste em investigações de pesquisa empírica, onde a principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas ou o isolamento de variáveis principais ou chave.

A tipologia do tipo descritiva consiste em uma pesquisa onde não há interferência do pesquisador, cabendo ao mesmo apenas descrever o objeto da pesquisa, tentar

descobrir a frequência com que o fenômeno ocorre, suas relações e conexões com outros eventos, as características, causas, bem como a sua natureza (BARROS; LEHFELD, 2006).

De acordo com Richardson (2007), a natureza retrospectiva busca informações em documentos e registros de celebrações de eventos já acontecidos no passado, de forma sistematizada a fim de resgatar dados fidedignos num período, local e amostra determinada.

2.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado na Clínica Pneumológica do Hospital Getúlio Vargas (HGV), local de referência terciária do Estado do Piauí, que possui especialistas (pneumologistas) para atender os pacientes que são referenciados pela atenção básica e demais hospitais da capital e cidades do Estado, bem como fazer o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com TBMR.

2.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

2.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa todos os casos de tuberculose multirresistente do Estado do Piauí notificados na Clínica Pneumológica do HGV, no período de 2001 a 2012, perfazendo um total de 29 pacientes.

2.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os demais casos de tuberculose multirresistente notificados na clínica Pneumológica do Hospital Getúlio Vargas fora do período de 2001 a 2012 ou os casos que não foram notificados ao referido serviço.

2.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de março a abril de 2013, através do Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITE-TB) da clínica pneumológica do HGV, sistema esse sob a gestão da Coordenação do Programa da Tuberculose do Estado do Piauí, a partir da ficha de notificação/investigação de casos de TB multirresistente (ANEXO A), pesquisaram-se as seguintes variáveis: ano de notificação, município, sexo, etnia, escolaridade, idade, tratamento anterior para TB (número de tratamentos anteriores), tipo de resistência (primária ou adquirida), HIV, comorbidades, situação de encerramento dos casos e padrão de resistência (drogas que foram identificadas a resistência) e se realizaram tratamento supervisionado.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados de acordo com a proposta quantitativa do estudo. A priori criou-se um bando de dados no software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0, em seguida realizaram-se as análises estatísticas neste software. Para as análises descritivas construíram-se tabelas e gráficos com valores absolutos e relativos. Para associar as variáveis do estudo utilizou-se o teste Qui-quadrado (χ^2) ou teste de *Fisher*, quando aquele não pôde ser utilizado. Para todos os testes adotou-se 5% ($p < 0,05$) como nível de significância estatística (BOLFARINE; BUSSAB, 2005; BUSSAB; MORETTIN, 2004).

2.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Foram respeitados todos os preceitos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Dessa forma, o projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Getúlio Vargas através do protocolo de número 6180/12 (BRASIL, 1996).

Em respeito a essas diretrizes e normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do CNS, para garantir a confidencialidade e o anonimato dos sujeitos pesquisados na base de dados do HGV, foi assinado o Termo de Confidencialidade (ANEXO C), documento no qual o pesquisador responsável assume a responsabilidade sobre o sigilo das informações obtidas no referido banco de dados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2001 a 2012 foram notificados 29 casos de tuberculose multirresistente (TBMR) no estado do Piauí, com uma média de 2,6 casos ao ano. Conforme mostra a Figura 1, observou-se uma distribuição irregular dos casos ao longo dos anos, pois ocorreram picos nos anos de 2005 e 2011 (5 casos) e não foi notificado nenhum caso nos anos de 2003 e 2004.

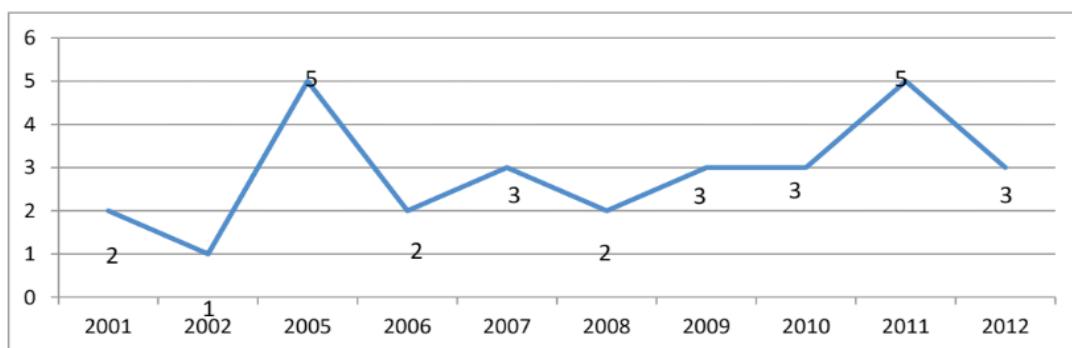


Figura 1: Distribuição dos casos de tuberculose multirresistente notificados na clínica pneumológica do Hospital Getúlio Vargas em Teresina-PI, segundo o ano de notificação. Piauí, 2001 a 2012.

Fonte: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose da clínica pneumológica do Hospital Getúlio Vargas, 2013.

Neste estudo observou-se que o maior número de casos de TBMR ocorreu na capital do Estado, Teresina (75,9%). A maior frequência dos 29 casos incidiu no sexo masculino (55,2%) e a idade média da população afetada foi de 40,2 anos. Os dados encontrados foram próximos aos apresentados em estudos realizados no período entre 2002 e 2007 no Estado de Pernambuco e no Estado do Espírito Santo no período entre 2000 e 2004, onde os dados mostraram que 63,6% e 70,2% dos casos eram referentes ao sexo masculino e a faixa etária média mais afetada foi de 39,5 e 39,8 anos respectivamente (MEDEIROS, 2008; VIEIRA et al., 2007).

Para Piller (2012), o predomínio da TB em grandes centros urbanos de países em desenvolvimento, justifica-se pelo fato destes apresentarem determinantes sociais como: pobreza, baixa escolaridade, situações de confinamento, pessoas vivendo em situação de rua, abuso de drogas, e indivíduos marginalizados. Essa parcela da população forma um grande grupo de indivíduos com difícil acesso à saúde, sendo assim, vulneráveis à tuberculose.

Verificou-se que o maior número de notificações (22) ocorreu na capital do Estado, Teresina, correspondendo a 75,9% dos casos encontrados e que os outros 24,1% (7) ocorreram em outros municípios do Piauí. Com relação ao sexo, o mais acometido foi o masculino, apresentando 16 casos, o que corresponde a 55,2% das notificações de TBMR. Observou-se ainda que houve uma maior prevalência em pessoas que tinham de 4 a 7 anos de estudo (37,9%), seguida das que possuíam de 1 a 3 anos de estudo (31,0%) (TABELA 1).

Variáveis	N	%
Município de Residência		
Teresina	22	75,9
Outros municípios do Piauí	7	24,1
Total	29	100,0
Sexo		
Feminino	13	44,8
Masculino	16	55,2
Total	29	100,0
Escolaridade		
Nenhuma	3	10,3
De 1 a 3 anos	9	31,0
De 4 a 7 anos	11	37,9
De 8 a 11 anos	4	13,8
De 12 anos ou mais	2	7,0
Total	29	100,0

Tabela 1: Distribuição dos casos de tuberculose multirresistente notificados na clínica

pneumológica do Hospital Getúlio Vargas em Teresina-PI, segundo o município de residência, sexo, etnia e escolaridade. Piauí, 2001 a 2012.

Fonte: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose da clínica pneumológica do Hospital Getúlio Vargas, 2013.

Essa faixa etária média acompanha também os dados referentes à tuberculose no Brasil que, segundo Piller (2012), 63% dos casos de TB incidem em indivíduos com idade entre 20 e 49 anos. Com relação ao sexo, no Brasil, o número de casos de TBMR nos homens corresponde ao dobro nas mulheres, acima do encontrado no estudo, onde observou-se 55,2% dos casos no sexo masculino.

A idade média dos pacientes notificados com tuberculose multirresistente é de 40,21 anos, com desvio padrão de 12,9 anos. Percebe-se ainda que apenas um paciente tinha mais de 60 anos e que o mais novo deles tinha 24 anos de idade.

Possivelmente, o fato de o sexo masculino ser mais acometido pela TBMR pode ocorrer em razão de uma maior possibilidade de exposição dos homens ao bacilo. As próprias condições de trabalho vividas por eles geralmente contribuem para que não se engajem adequadamente ao ritmo e às particularidades do tratamento para TB. De acordo com uma pesquisa realizada em Fortaleza-CE, os homens são os mais propensos a abandonar o tratamento, devido aos maus hábitos de saúde, como fumo, álcool e drogas ilícitas, que também favorece o agravamento do quadro clínico da doença (LIMA et al., 2001; MEDEIROS, 2008).

Observou-se também que a maioria dos pacientes tinha baixa escolaridade, 37,9% com 4 a 7 anos e 31,0% com 1 a 3 anos de estudo, corroborando com os dados achados em Santa Catarina, onde 44,9% dos indivíduos apresentavam de 4 a 7 anos de estudo e 24,5% de 1 a 3 anos. Outra pesquisa brasileira, realizada no ano de 2000 em Campinas-SP, mostrou que 56,5% dos indivíduos que abandonaram o tratamento para TB eram analfabetos ou tinham até quatro anos de estudo. Esses dados mostram que devido a uma menor compreensão e aceitação da doença e do tratamento, indivíduos que abandonam o tratamento são geralmente os que possuem menos acesso à escola e à informação. A escolaridade, assim como outros determinantes sociais, interfere diretamente na situação de saúde dos indivíduos, e ultimamente vem sendo amplamente discutida no meio científico (JUNCKS, 2008; OLIVEIRA; MOREIRA FILHO, 2000).

Etnia	Número de Casos				P-valor
	Observados		Esperados		
	N	%	N	%	
Branca	3	10,4	9,7	33,3	
Negra	7	24,1	9,7	33,3	
Parda	19	65,5	9,7	33,3	0,00*
Total	29	100,0	29,0	100,0	

*Teste de Fisher – significativo (p-valor <0,05).

Tabela 2: Relação do número de casos de tuberculose multirresistente por etnia, notificados na clínica pneumológica do Hospital Getúlio Vargas em Teresina-PI. Piauí, 2001 a 2012.

Fonte: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose da clínica pneumológica do Hospital Getúlio Vargas, 2013.

De acordo com a Tabela 2, houve uma associação entre o número de casos de tuberculose multirresistente com a etnia dos pacientes, uma vez que o Teste de Fisher revelou um p-valor menor que 0,05, sendo que 19 (65,5%) casos possuíam a cor parda e 7 pacientes possuíam a cor negra (24,1%).

Com relação à etnia, a parda apresentou 65,5% dos casos no Piauí, e a branca apenas 10,4%, no entanto, quando comparados com outros estudos realizados em Estados do Sul e Sudeste brasileiros, nota-se que não há uma relação da TBMR com a etnia do paciente. No Estado do Espírito Santo, 35% dos doentes eram da etnia branca e 69,4% dos pacientes em Santa Catarina também eram brancos. Sugere-se, portanto, que os casos de TBMR são distribuídos de acordo com a miscigenação étnica da população da área em que se realiza o estudo (JUNCKS, 2008; VIEIRA et al., 2007).

Observou-se, com relação aos dados clínicos, que o teste HIV foi realizado em 25 casos, todavia, nos outros 4 o teste não foi realizado ou estava com registro em branco. O resultado foi negativo em 24 (82,8%) pacientes e apenas um positivo (3,4%). Em nove casos foram identificadas outras comorbidades, sendo o alcoolismo a mais frequente (13,8%), seguida pelo tabagismo (6,8%) (TABELA 3).

O tratamento supervisionado, atualmente chamado de tratamento diretamente observado (TDO), foi realizado somente em 3 casos (10,3%), sendo que 5 notificações estavam sem o devido preenchimento e que em 21 casos (72,4%) este não foi realizado. A Tabela 3 mostra ainda que a forma clínica mais frequente foi a pulmonar com 28 casos (96,6%) e apenas um caso era de TB extrapulmonar (3,4%).

Variáveis	N	%
Teste HIV		
Negativo	24	82,8
Positivo	1	3,4
Não realizado ou em branco	4	13,8
Total	29	100,0
Outras comorbidades		
Alcoolismo	4	13,8
Tabagismo	2	6,8
Outras	3	10,3
Não registrado ou em branco	20	69,1

Total	29	100,0
Tratamento supervisionado		
Sim	3	10,3
Não	21	72,4
Não registrado ou em branco	5	17,3
Total	29	100,0
Forma clínica		
Pulmonar	28	96,6
Extrapulmonar	1	3,4
Total	29	100,0

Tabela 3: Aspectos clínicos dos casos de tuberculose multirresistente notificados na clínica pneumológica do Hospital Getúlio Vargas em Teresina-PI. Piauí, 2001 a 2012.

Fonte: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose da clínica pneumológica do Hospital Getúlio Vargas, 2013.

Apesar do MS mostrar 7% de coinfecção entre TBMR e HIV no Brasil, no Piauí esse parâmetro se mostrou menos expressivo, uma vez que foi observado somente em um caso de TBMR (3,4%). No estado do Espírito Santo, essa associação foi verificada em 11,1% dos casos, Santa Catarina mostrou coinfecção de 14,3%. O Ministério da Saúde indica a realização do exame de HIV para todos os casos de TB, o que não foi observado no Estado do Piauí, pois em 13,8% dos casos não foi realizado o exame, o que pode ter interferido diretamente na relação de co-infecção encontrada nesta pesquisa. Outro estudo que também mostrou contraposição ao que prioriza o MS foi o do Estado do Espírito Santo, onde em 21,0% dos casos de TBMR o exame não foi realizado. Em uma pesquisa sobre a incidência de tuberculose e a taxa de cura no Brasil, no período de 2000 a 2004, a realização do exame HIV em 2004 foi diferente nas regiões do País, de forma que mais de 75% dos casos nas regiões Norte e Nordeste não realizaram o exame (BIERRENBACH et al., 2007; BRASIL, 2011; JUNCKS, 2008; MEDEIROS, 2008).

Para Barroso et al. (2003) , indivíduos imunodeprimidos, tanto por desnutrição quanto devido à doença específica ao sistema imunológico, podem desenvolver tuberculose e possibilitar o aumento da multirresistência do bacilo. E dentre essas doenças imunodepressivas se encontram o alcoolismo, Aids, silicose, diabetes mellitus, câncer, entre outras. A comorbidade mais encontrada no Estado foi o alcoolismo, presente em 13,8% dos casos. Esta mesma também mostra-se como a comorbidade mais frequente nos casos de TBMR analisados em outros estudos pelo Brasil. Em Santa Catarina esteve presente em 16,3% dos casos, Pernambuco apresentou 27,3% dos pacientes com alcoolismo e mais acentuadamente no Estado do Espírito Santo, onde incidiu em 59,5% do total de casos registrados (JUNCKS, 2008; MEDEIROS, 2008; VIEIRA et al., 2007).

Num estudo realizado por Giroti et al., (2010), em 2006, o alcoolismo foi uma variável que estava presente em 13,3% dos casos de abandono no tratamento para TB. Este abandono pode ser explicado pelo estilo de vida do alcoólatra, que frequentemente faz uso de álcool e se alimenta irregularmente, fatores estes que

podem contribuir para a interrupção do tratamento e consequentemente, para o desenvolvimento da resistência bacilar. Embora o TDO seja indicado para todos os casos de TB, o grupo dos alcoólatras deve receber atenção especial, pois representam uma parcela importante, tanto no que se diz respeito ao abandono do tratamento como no desenvolvimento da multirresistência.

O MS, seguindo orientações da OMS, indica que TDO ocorra em 100% dos casos de TB, no entanto, esta orientação não foi devidamente acatada nos casos de TBMR no Estado do Piauí. Os dados mostram que o TDO não foi realizado em 72,4% dos casos, o que colabora expressivamente para o abandono e para a realização indevida do tratamento. Estes resultados também estão bem deficientes se comparados aos do Estado do Espírito Santo, onde 68,4% dos casos de TBMR tiveram seu tratamento supervisionado. Vale lembrar ainda que o TDO começou a ser desenvolvido no estado do Piauí somente no ano de 2003, no entanto, nota-se que o maior número de casos analisados na pesquisa ocorreram a partir do ano de 2005. (BOTELHO, 2005; COÊLHO et al., 2005; BRASIL, 2011; VIEIRA et al., 2007).

De acordo com um estudo realizado na cidade de Cuiabá - MT nos anos de 1998 a 2000, a incidência do abandono é menor nos grupos supervisionados, sendo que nos grupos não supervisionados a chance de abandono é até 2,4 vezes maior. Isso deixa evidente a importância do acompanhamento dos casos para a prevenção do abandono e consequente diminuição do desenvolvimento da multirresistência (FERREIRA; SILVA 2005).

A forma clínica da tuberculose verificada na maioria dos casos de TBMR foi a pulmonar (96,6%, n=28), seguindo o padrão da tuberculose no Brasil, sendo a média nacional de 85,6% de casos pulmonares. A predominância da tuberculose pulmonar sobre a extrapulmonar pode ser explicada devido à forma de contágio, uma vez que os bacilos são absorvidos ao serem aspirados com o ar e se alojarem nos pulmões ou nos gânglios linfáticos brônquicos, deixando suas marcas nas cavidades pulmonares e se proliferando de forma expressiva (HIJJAR; MELO, 2002; SIQUEIRA; RAFFUL, 2000).

Dentre os casos analisados, observou-se que 10,3% dos pacientes (3) realizaram apenas um tratamento anterior, 27,6% (8) concluíram 2 tratamentos e que a maioria dos pacientes (62,1%) realizou três ou mais tratamentos anteriores. Ao aplicar-se o Teste de Fisher, notou-se que este é significativo, mostrando que realmente há uma relação entre o número de tratamentos anteriores com o desenvolvimento da multirresistência (TABELA 4).

Número de Tratamentos anteriores	Número de Casos				P-valor
	Observados		Esperados		
	N	%	N	%	
Um	3	10,3	9,7	33,3	
Dois	8	27,6	9,7	33,3	0,002*
Três ou mais	18	62,1	9,7	33,3	
Total	29	100,0	29,0	33,3	

*Teste de Fisher – significativo (p-valor<0,05).

Tabela 4: Relação entre o número de casos de tuberculose multirresistente com o número de tratamentos anteriores, notificados na clínica pneumológica do Hospital Getúlio Vargas em Teresina-PI. Piauí, 2001 a 2012.

Fonte: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose da clínica pneumológica do Hospital Getúlio Vargas, 2013.

No Brasil, cerca de 95,6% dos casos de TBMR realizaram tratamento prévio para TB, o Estado de Santa Catarina registrou que 83,7% dos seus pacientes fizeram tratamento prévio para TB, já no Piauí, em 100,0% dos casos, os pacientes realizaram tratamento anterior. No Piauí, a maior prevalência (62,1%) foi encontrada em pacientes que realizaram três ou mais tratamentos, seguidos pelos que realizaram 2 (27,6%) e por último, os pacientes que realizaram apenas 1 tratamento (10,3%). Nota-se que aumenta proporcionalmente a possibilidade do indivíduo se tornar multirresistente de acordo com o número de tratamentos anteriores realizados por ele (JUNCKS, 2008).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as chances de um indivíduo se tornar resistente às drogas aumentam de acordo com os tratamentos prévios realizados por ele. Uma pesquisa realizada em 116 países mostrou que a resistência aos fármacos utilizados para o tratamento de TB aumenta nos casos em que houve tratamento prévio. Cerca de 17% dos casos incidentes (casos novos) de TB são resistentes a qualquer medicamento, 10,3% à isoniazida e com multirresistência de 2,9%. Para os casos já tratados anteriormente, a resistência é de 35% a qualquer medicamento, 27,7% à isoniazida e multirresistência de 15,3% (WHO, 2007).

De acordo com o I Inquérito de Resistência aos Medicamentos Anti-tuberculose, realizado no Brasil no ano de 1996, existia uma proporção de 8,5% resistência a qualquer medicamento para os casos novos de TB e de 21% para os casos com tratamento prévio. A resistência à isoniazida foi de 4,4 e 11,3% para casos novos e já tratados antes, respectivamente. Para a multirresistência, as magnitudes para casos novos foram de 1,1% e 7,9% para episódios com tratamento prévio (BRAGA; WERNECK; HIJJAR, 2003).

No mundo, a maioria dos casos de TBMR se desenvolve devido a tratamentos irregulares e ao abandono. No Brasil, 96% dos casos de resistência notificados são adquiridos dessa forma, sendo que mais da metade tem de três ou mais tratamentos prévios para tuberculose e 7% possuem coinfecção com HIV (BRASIL, 2007).

Na Tabela 5 observa-se que 72,4% (21) dos casos eram do tipo adquirido da

TBMR e que 27,6% (8) correspondiam à resistência primária. Ao aplicar-se o teste qui-quadrado, o resultado do p-valor foi de 0,015, mostrando significância entre o número de casos de TBMR com o tipo adquirido da doença.

Tipo de Resistência	Número de Casos				P-valor	
	Observados		Esperados			
	N	%	N	%		
Adquirida	21	72,4	14,5	50,0	0,015*	
Primária	8	27,6	14,5	50,0		
Total	29	100,0	29,0	33,3		

*Teste de qui-quadrado – significativo (p-valor<0,05).

Tabela 5: Relação entre o número de casos de tuberculose multirresistente com o tipo de resistência, notificados na clínica pneumológica do Hospital Getúlio Vargas em Teresina-PI. Piauí, 2001 a 2012.

Fonte: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose da clínica pneumológica do Hospital Getúlio Vargas, 2013.

O tipo adquirido da doença, ou seja, aquela detectada nos indivíduos em uso de medicamentos anti-tuberculose, prevaleceu dentre os casos analisados (72,4%), com valor do teste qui-quadrado significativo (0,015). No entanto, destaca-se um elevado número de casos de resistência primária no Estado do Piauí (27,6%) se comparado aos Estados do Espírito Santo e Pernambuco, que apresentaram 19,3% e 3,0%, respectivamente. Desse modo, destaca-se a eficiência dos serviços de saúde do Piauí, por meio da Coordenação de Controle da Tuberculose através de suas ações descentralizadas na Estratégia Saúde da Família e na referência (clínica pneumológica do HGV), na detecção precoce da TBMR (BRASIL, 2011; MEDEIROS, 2008; VIEIRA et al., 2007).

Conforme mostra a Tabela 6, todos os 29 casos (100%) de TBMR eram resistentes aos antibióticos rifampicina e isoniazida, 28 pacientes (96,6%) apresentavam resistência à pirazinamida, 17 (58,6%) ao etambutol, 25 (86,2%) à etionamida, e 12 (41,4%) à estreptomicina.

Padrão de Resistência	N	%
Rifampicina		
Resistente	29	100,0
Isoniazida		
Resistente	29	100,0
Pirazinamida		
Sensível	1	3,4
Resistente	28	96,6
Total	29	100,0
Etambutol		
Sensível	12	41,4
Resistente	17	58,6

Total	29	100,0
Etionamida		
Sensível	4	13,8
Resistente	25	86,2
Total	29	100,0
Estreptomicina		
Sensível	17	58,6
Resistente	12	41,4
Total	29	100,0

Tabela 6: Padrão de resistência dos casos de tuberculose multirresistente notificados na clínica pneumológica do Hospital Getúlio Vargas em Teresina-PI. Piauí, 2001 a 2012.

Fonte: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose da clínica pneumológica do Hospital Getúlio Vargas, 2013.

No estudo, verificou-se que 24,1% (7) dos casos analisados foram a óbito em consequência da doença, 6,9% (2 casos) apresentaram óbito por outra causa, 27,6% (8 casos) tiveram alta por cura, 13,8% (4 casos) continuavam em tratamento por falência, 6,9% (2 casos) abandonaram o tratamento e que 20,7% (6 casos) estavam em tratamento favorável.

A resistência à rifampicina e isoniazida foi observada em 100% dos casos, o que já era esperado dada as suas condições de classificação como multirresistência. A pirazinamida obteve resistência em 96,6% dos casos, bem acima dos valores encontrados no Estado de Pernambuco (26,9%). O antibiótico que teve menos resistência entre os analisados foi a estreptomicina, com 41,4% dos casos resistentes. Em Pernambuco, o antibiótico menos resistente foi a etionamida (19,2%) (MEDEIROS, 2008).

O Estado do Piauí alcançou a cura como resultado em apenas 27,6% dos casos, ficando bem atrás de outros estados como o Espírito Santo e Pernambuco, que obtiveram cura em 71,7% e 56,7% dos casos respectivamente. No Brasil, a taxa de cura alcançada para TBMR é de 60,0% e no nordeste é de 52,4%. No entanto, vale ressaltar que ainda existiam 34,5% (10) dos casos em tratamento (favorável e por falência) no Piauí, portanto, é provável que essa taxa de cura seja aumentada. A taxa de óbito por TBMR mostrou-se elevada no Estado (24,1%, n=7) se comparada com o Espírito Santo, que teve apenas 10,8% (BRASIL, 2011; MEDEIROS, 2008; VIEIRA et al., 2007).

4 | CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu observar o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose multirresistente notificados no Estado do Piauí, observando-se que a maioria residia na capital, Teresina, era do sexo masculino, de cor parda, com idade média de 40,2 anos e com baixa escolaridade. Com relação aos dados clínicos, houve um predomínio de

casos com 3 ou mais tratamentos prévios, na forma clínica pulmonar, tipo adquirido da doença e que na grande maioria dos casos o tratamento supervisionado não foi realizado, corroborando para a baixa taxa de cura alcançada.

A presença de co-morbidades associadas como o alcoolismo, apesar de não se confirmarem como preditivas de um desfecho desfavorável para a TBMR, deve ser pensada como possíveis focos de intervenção para evitar o surgimento de novos casos de resistência bacilar, já que estas comorbidades, embora consistam em um pequeno número, condizem com as descritas na literatura como associadas à TBMR.

Os serviços de saúde no Estado do Piauí devem ater-se mais a esta patologia, tanto com relação à notificação como ao seu combate, principalmente com a ampliação do Tratamento Diretamente Observado, pois esta assistência foi precária nos casos de resistência encontrados nesse estudo. Faz-se então necessária a sensibilização dos profissionais de saúde tanto no preenchimento correto das notificações para que os dados no sistema de informação sejam mais fidedignos, como em relação ao TDO, para garantir a adesão do paciente ao tratamento.

Sugere-se ainda que seja implantada no Estado, uma equipe multiprofissional, formada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos para trabalhar no acolhimento e na orientação dos pacientes com TBMR ou outros casos de TB que necessitem de tratamento diferenciado, facilitando a adesão e a conclusão do tratamento desses pacientes. Destaca-se o enfermeiro como profissional com desempenho nas ações de educação em saúde, através de um atendimento humanizado, individualizado e integral, baseando-se nas necessidades e singularidades do indivíduo/família.

REFERÊNCIAS

- BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas.** 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2006.
- BARROSO, E. C. *et al.* Fatores de risco para tuberculose multirresistente adquirida. **Jornal de Pneumologia.** Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Brasília-DF, v. 29. n. 2, p. 89-97, mar./abr. 2003.
- BIERRENBACH A. L.; GOMES A. B. F.; NORONHA E. F.; SOUZA, M. D. F. M. Incidência de tuberculose e taxa de cura, Brasil, 2000 a 2004. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n.41, p. 24-33, set. 2007. (Supl. 01).
- BRAGA, J. U.; WERNECK BARRETO, A.; HIJJAR, M. A. Inquérito epidemiológico de resistência as drogas usadas no tratamento da tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 76-81, 2003.
- BRASIL. Ministério da saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 OUT. 1996. Seção 1, p. 21082 – 21085.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica.** 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 458-479.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. **Elementos de amostragem.** São Paulo: Edgard Blucher, 2005.

BUSSAB W. O.; MORETTIN, P. A. Estatística básica. São Paulo: Saraiva, 2004.

COËLHO, D.M.M. et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 1, n. 19, p. 33-42, jan./mar. 2010.

FERREIRA, S. M. B.; SILVA, A. M. C.; BOTELHO, C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá - MT – Brasil, **J Bras Pneumol**, Cuiabá, v. 31, n. 5, p. 427-435, 2005.

GIROTI, S. K. O. et al. Perfil dos pacientes com tuberculose e os fatores associados ao abandono do tratamento, **Cogitare Enferm**, Londrina, PR, v. 15, n.2, p.271-277, abr./jun. 2010.

HIJJAR, M. A.; MELO, F. A. F. Epidemiologia da tuberculose no Brasil. In: VERONESI, R.; FOCACIA, R.; **Tratado de infectologia**. São Paulo: Ateneu, 2002. Cap. 74. V. 1.

JUNCKS, N. M.; D'ORSI E. **Perfil epidemiológico e fatores associados à tuberculose multirresistente (TBMR) em Santa Catarina, período de 2001 a 2007.** Monografia. (Aperfeiçoamento/Especialização em Epidemiologia aplicada aos serviços de saúde) - Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2008.

LIMA, M. B. et al. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil) **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 877-885, jul./ago. 2001.

LUCCA, M. E. S. **Análise epidemiológica da tuberculose e co-infecção HIV/TB em Ribeirão Preto-SP, de 1998-2006.** 134 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo - USP. Ribeirão Preto, 2008.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 35.

MEDEIROS, J. C. M. **Perfil epidemiológico dos clientes portadores de Tuberculose Multirresistente do Hospital Geral Otávio de Freitas: uma análise de janeiro de 2002 a janeiro de 2007.** Monografia. (Aperfeiçoamento/Especialização em Saúde Pública) - Associação Caruaruense de Ensino Superior – ACES, Recife. 2008.

OLIVEIRA, H. B.; MOREIRA FILHO, D. C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994, **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. v. 34, n. 5, p. 437-443, out. 2000.

PILLER R.V. B. Epidemiologia da tuberculose. **Revista Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 1, p. 4-9, 2012.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ROCHA, J. L. R. et al. Tuberculose multirresistente. **Revista Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 1, p. 27-32, 2008.

SIQUEIRA H. R. D.; RAFFUL M. Tuberculose pulmonar. In: SILVEIRA, Ismar C. **O pulmão na prática médica, sintoma, diagnóstico e tratamento**, 4. ed. Rio de Janeiro: EPUB – 2000. p. 331-352.

SMELTZER, S.C. et al. **Brunner e Suddath: Tratado de enfermagem Médico-cirúrgica.** 11 ed. Rio

de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

VIEIRA et al. Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose multirresistente do Espírito Santo. Rev Bras Epidemiol. São Paulo, v. 10, n. 1, p. 56 – 65, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Global MDR-TB and XDR-TB Response Plan 2007-2008. Geneva, 2007.

AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNÓSTICADOS COM HANSENÍASE EM UMA CIDADE NO INTERIOR DO CEARÁ

Renan Rhonalty Rocha

Universidade Federal Do Ceará – Ufc
Sobral-Ceará

Sobral-Ceará

Maria Vitória Laurindo

Centro Universitário Uninta
Sobral-Ceará

Camilla Rodrigues Pinho

Santa Casa De Misericórdia De Sobral
Sobral-Ceará

Jessika Cruz Linhares Frota

Centro Universitário Uninta
Sobral-Ceará

Francisca Aila De Farias

Centro Universitário Uninta
Sobral-Ceará

Francisca Valéria Bezerra Sampaio Marques

Universidade Federal Do Ceará – Ufc
Sobral-Ceará

Alana Cavalcante Dos Santos

Centro Universitário Uninta
Sobral-Ceará

Letícia Bandeira Mascarenhas Lopes

Centro Universitário Uninta
Sobral-Ceará

Sara De Araújo Do Nascimento

Centro Universitário Uninta
Sobral-Ceará

Antônia Crissya Ximenes Farias

Centro Universitário Uninta

RESUMO: A hanseníase é uma doença infecciosa causada por um bacilo intracelular obrigatório, *Mycobacterium leprae*, tendo o ser humano como hospedeiro. O objetivo desse estudo foi avaliar por meio do site do Sistema de Informação de Agravos e Notificação, o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase na cidade de Cariré - CE, de janeiro de 2011 a dezembro de 2015. Trata-se de um estudo do tipo epidemiológico, retrospectivo, documental de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado utilizando dados de notificação relacionados à hanseníase, disponíveis no SINAN, para a microrregião de Cariré. Foram registrados 67 casos no período de 2011 a 2015. A análise de distribuição por idade revela que a minoria dos pacientes infectados estão abaixo dos 25 anos e acima de 78 anos e que 53,8% estão entre 26 e 51 anos. Em relação aos dados sóciodemográficos, no que se refere ao gênero, zona de habitação, raça, escolaridade e ocupação, a frequência foi de: 53,7% (masculino); 59,7% (urbana); 68,6% (pardos); fundamental incompleto (36%); desempregados/ignorado (49%), respectivamente. Quanto a baciloskopía, em 47,7% dos casos, o exame não foi realizado. A classificação Multibacilar foi a mais frequente

(51%), a forma clínica Indeterminada apresentou o maior índice (33%). O grau zero de incapacidade foi o que mais ocorreu (33,5%) e 100% dos pacientes obtiveram alta por cura. Este estudo reforça a necessidade de realização de pesquisas regionais, a fim de se conhecer melhor a distribuição desta patologia em nível local, buscando levantar aspectos que contribuam para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce.

PALAVRAS-CHAVE: *Mycobacterium leprae*. Epidemiologia. Saúde Pública.

Abstract: Leprosy is an infectious disease caused by an obligate intracellular bacillus, *Mycobacterium leprae*, with the human being as host. The objective of this study was to evaluate, through the SINAN website, the epidemiological profile of patients diagnosed with leprosy in the city of Cariré-Ce, from January 2011 to December 2015. This is an epidemiological, retrospective and documental study of a quantitative approach. The study was conducted using leprosy-related notification data, available on the SINAN website, for the Cariré microregion. Sixty-seven cases were recorded in the period 2011 to 2015. The analysis of age distribution reveals that the minority of infected patients are below 25 years and over 78 years and 53.8% are between 26 and 51 years. With regard to socio-demographic data, related to gender, housing area, race, education and occupation, the frequency was: 53.7% (male), 59.7% (urban); 68.6% (brown people); incomplete elementary school (36%); unemployed / ignored (49%), respectively. In terms of smear microscopy, the examination was not performed in 47.7% of the cases. The multibacillary classification was the most frequent (51%) and the indeterminate clinical form presented the highest index (33%). The zero degree of disability was the one that occurred the most (33.5%) and 100% of the patients were discharged for cure. This study reinforces the need for regional research in order to better understand the distribution of this pathology at the local level, seeking to raise aspects that contribute to prevention, diagnosis and early treatment.

KEYWORDS: *Mycobacterium leprae*. Epidemiology. Public health.

1 | INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença infecciosa causada por um bacilo intracelular obrigatório, o *Mycobacterium leprae*, um dos primeiros agentes etiológicos identificados que tem o ser humano como hospedeiro (PENELUPPI *et al.*, 2015). É uma das doenças mais antigas, além de ter sido a primeira doença infecciosa em que o agente etiológico foi identificado. Em meados do século XX, quando o tratamento específico foi descoberto, as pessoas deixaram de viver isoladas em colônias e foram tratadas em ambulatórios (PEREIRA *et al.*, 2011).

A hanseníase é um importante problema de saúde pública, não só no Brasil, mas em vários países, e é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de Saúde Pública, principalmente nos países que ultrapassam um caso a cada 10.000 mil habitantes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE,

2010). Em 1991, a OMS propôs a eliminação da doença até o ano 2000. Passando a ser considerada erradicada quando fosse notificado um novo caso a cada dez mil habitantes (BARBOSA *et al.*, 2014). A OMS fixou metas para diminuir a prevalência e até erradicar a doença através de medidas como diagnóstico precoce e utilização de tratamento poliquimioterápico (PQT) (PENELUPPI *et al.*, 2015).

Entre os anos de 1991 a 2006, ocorreu um elevado número de casos novos anuais na região das Américas, sendo diagnosticados 47.612 casos, destes 93% foram no Brasil. Em 2008, foram registrados 218.605 casos da doença em todo mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010), sendo que grande parte se concentra em cinco países: Madagascar, Moçambique, Mianmar, Nepal e a República Unida da Tanzânia (LOBO *et al.*, 2011).

Em 2011, a OMS apontou que o Brasil apresentou 33.955 casos notificados de hanseníase, sendo o segundo maior país com número de casos, ficando abaixo somente da Índia que apresentou 127.295 casos no mesmo ano. Entre os anos de 2009 a 2012, o Brasil apresentou cerca de 47.000 casos, sendo que a região Norte e Centro-oeste foram as que apresentaram as maiores taxas de detecção, seguida das regiões Nordeste, Sudeste, respectivamente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

A transmissão ocorre por meio do contato direto ou indireto com pacientes infectados, com alta carga bacilar (PENELUPPI *et al.*, 2015). O ser humano é considerado a única fonte efetiva de infecção, no entanto, há registros de animais como o chimpanzé e o tatu infectados, que poderiam atuar como reservatórios (ROMÃO; MAZZONI, 2013). Os pacientes com a forma paucibacilar não são considerados importantes agentes transmissores da doença, pois apresentam baixa carga bacilar, no entanto, os que apresentam a forma multibacilar são altamente infecciosos (BRASIL, 2014), desta forma é importante o diagnóstico precoce, para encaminhamento do paciente para tratamento correto, por que a partir do inicio do mesmo, o paciente deixa de transmitir os bacilos (PEREIRA *et al.*, 2011).

A hanseníase constitui-se uma doença de grande impacto para o paciente não tratado devido seu alto poder incapacitante e deformidades que podem vir a causar (BATISTA *et al.*, 2010). É uma doença de evolução crônica e podem ocorrer várias complicações no sistema imunológico que se caracterizam por inflamações agudas e subagudas, ocorrendo com maior frequência nas formas multibacilares, tanto durante o tratamento como após o seu término (BRASIL, 2014).

O tratamento é gratuito, feito em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) e indicado pelo Ministério da Saúde (MS). O tratamento específico é feito com PQT e padronizado pela OMS. Os poliquimioterápicos são: clofazimina, dapsona e rifampicina, que utilizados em associação, evitam a resistência do bacilo, o que ocorre comumente se usados sozinhos. O esquema é padrão de acordo com o tipo de classificação operacional em paucibacilar (PB) e multibacilar (MB) (BRASIL, 2007).

Portanto, este estudo reforça a necessidade de realização de pesquisas regionais, a fim de se conhecer de melhor a distribuição desta patologia em nível local, buscando levantar aspectos que contribuem para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, assim conseguindo evitar as deformidades e incapacidades da hanseníase. Para tanto, tem como objetivo avaliar por meio Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase na cidade de Cariré de janeiro de 2011 a dezembro de 2015.

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo do tipo epidemiológico, retrospectivo, documental e dentro de uma abordagem quantitativa, realizado na cidade de Cariré - CE, a região abriga segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 uma população de 18.347 habitantes. Foi realizado utilizando dados de notificações relacionadas à hanseníase, disponíveis no Sistema Nacional de Notificações e Agravos (SINAN) do Ministério da Saúde, para a microrregião de Cariré no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015. O SINAN é um sistema que possui como função a coleta e transmissão de dados epidemiológicos de doenças de notificação compulsória, como é o caso da hanseníase e é alimentado pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes diagnosticados e notificados com hanseníase no município de Cariré no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015. Foram excluídas as infecções ocorridas antes de 2011 e depois de 2015 e casos ocorridos em outros municípios.

As informações obtidas a partir do SINAN foram organizadas por meio de figuras e tabelas formulados no programa Microsoft® Excel Office 2010 e analisados de forma quantitativa. Os resultados foram expressos em valores absolutos e percentuais. A discussão e a análise foram fundamentadas de acordo com a literatura pertinente.

O estudo não apresenta nenhum risco aos participantes, pois não há envolvimento direto com os pacientes, visto que é um estudo de pesquisa com dados secundários. O estudo trouxe como benefício, a criação de dados que poderão servir para traçar um perfil epidemiológico da população acometida para que medidas preventivas sejam realizadas no município.

Portanto, por se tratar de um estudo em que os dados são secundários, ou seja, de domínio público e não há envolvimento direto de pacientes, não se faz necessária a submissão e consequentemente aprovação por comitê de ética ou comitê de pesquisa local.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram registrados 67 casos de hanseníase entre janeiro de 2011 a dezembro de 2015 (TABELA 1), pela secretaria municipal de saúde de Cariré, com uma média anual de 13,4 casos. Sendo que em 2012, ano com o maior número de notificações (32,8% do total), registrou-se 22 novos casos.

PERÍODO	Nº	%
2011	14	20,9%
2012	22	32,8%
2013	15	22,4%
2014	10	14,9%
2015	6	9%
TOTAL	67	100%

Tabela 1 - Número de casos de hanseníase notificados na cidade de Cariré em cada ano.

Por se tratar de um município de pequeno porte no interior do Estado, esses dados coincidem com o estudo de Oliveira, Leão e Britto (2014) e Melão *et al.* (2011) realizado no interior de do Rio de Janeiro na cidade de Maricá, registrando o seu recorde em 2012 com 14 casos e no extremo sul de Santa Catarina, registrando um total de 54 casos em sete anos respectivamente, divergindo com estudos de Miranzi, Pereira e Nunes (2010) e Júnior, Vieira e Caldeira (2012) por se tratarem de áreas conhecidas anteriormente como endêmicas. Contudo, o número encontrado nesta pesquisa é bastante limitado, tanto pela quantidade de habitantes no município estudado como pela distribuição.

A análise de distribuição por idade revela que a minoria dos pacientes infectados estão abaixo dos 25 anos e acima de 78 anos e que 53,8% estão entre 26 e 51 anos conforme a tabela 2:

Faixa Etária (anos)	≤ 12	13-25	26-38	39-51	52-64	65-77	>78
Nº	3	3	12	24	11	13	1
%	4,5%	4,5%	18%	35,8%	16,3%	19,4%	1,5%

Tabela 2 – Percentagem de casos confirmados referente à faixa etária no município de Cariré no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015.

Estes resultados se assemelham com outras pesquisas, inclusive uma realizada

em Montes Claros/MG por Santo *et al.* (2012), onde quase 50% das pessoas acometidas estavam na faixa etária entre 20 e 49 anos e são economicamente ativos, prejudicando a economia do município, uma vez que essa faixa da população pode desenvolver estados reacionais, lesões e incapacidades, podendo afastar-se das atividades produtivas e gerando um custo social elevado e evitável. Além disso, com a progressão da idade, estes pacientes tendem a se relacionar mais, seja de forma afetiva ou sexual, propagando ainda mais a doença e limitando-a a esta faixa etária (DUARTE; AYRES; SIMONETT, 2007; BATISTA, 2010; CORRÊA, *et al.*, 2012).

Quanto à análise do sexo, os números foram relativamente próximos, sendo que o sexo masculino apresentou mais casos que o feminino, conforme tabela 3. Este fato vai de encontro com diversos estudos realizados em várias cidades como Londrina/PA, Montes Claros/MG, Maricá/RJ e no estado do Maranhão. Muitos autores afirmam que uma maior interação social entre homens e sua habitual exposição a lugares de risco contribui para aumentar o número de casos, além disso, a falta de políticas específicas para esse grupo e um menor cuidado com a estética corpórea pode ajudar na deficiência do diagnóstico (KROL; MATTOS, 2009; SILVA *et al.*, 2010; MELÃO *et al.*, 2011; SANTO *et al.*, 2012; CORRÊA *et al.*, 2012; OLIVEIRA; LEÃO; BRITTO, 2014).

	Nº	%
Sexo		
Feminino	31	46%
Masculino	36	54%
Zona Habitada		
Urbana	40	60%
Rural	27	40%
Grupo étnico		
Parda	46	69%
Branca	14	21%
Negra	7	10%
Escolaridade		
Ignorado	14	21%
Analfabeto	11	17%
Fundamental Incompleto	24	36%
Fundamental Completo	8	12%
Médio Incompleto	4	6%
Médio Completo	5	8%
Ocupação		

	Nº	%
Desempregado/Ignorado	32	49%
Aposentado	7	11%
Trabalhador Rural	11	16%
Dona de Casa	9	13%
Estudante	5	8%
Servente de Obras	1	1%
Gari	1	1%
Motorista	1	1%

Tabela 3 – Dados sóciodemográficos referente à: idade, zona habitada e grupo étnico, escolaridade e ocupação dos pacientes cadastrados no SINAN no período de janeiro de 2011 à dezembro de 2015.

No que tange à zona de moradia dos pacientes, houve um número superior de pacientes que moravam em habitações urbanas sobre os da zona rural (TABELA 3). Estudos de perfis epidemiológicos realizados em Uberaba/MG (2010) e em Salvador/BA (2011) confirmam que a zona urbana concentra o maior número de casos, o que pode ser, provavelmente, pelo aglomerado de pessoas e o maior contato físico entre elas (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010; PINTO *et al.*, 2011).

Em relação variante grupo étnico, este estudo obteve um maior percentual de pacientes pardos divergindo de um estudo realizado por Pinto *et al.* (2011), que encontraram um número bem superior de casos em negros. Contudo, diversos outros estudos apontam que os movimentos migratórios, miscigenação, o processo histórico de colonização, organização espacial e dinâmica de ocupação territorial são responsáveis por uma elevação do número de pacientes pardos (BRASIL, 2012; LANZA *et al.*, 2012; SARMENTO *et al.*, 2015).

Quanto à escolaridade, apesar de haver um grande número de dados ignorados (21%), a quantidade de pacientes com o fundamental incompleto (36%) supera em muito esse número, seguidos dos analfabetos (17%) como podem ser observados na tabela 3. Estudos semelhantes foram realizados em Fortaleza/CE e Jaguaré/ES onde a maioria dos pacientes estudados possuía apenas o ensino fundamental incompleto ou eram analfabetos. Doenças endêmicas, como a hanseníase, são geralmente influenciadas pelo nível de escolaridade e as condições de vida da população, onde se observa que o nível educacional de uma nação é responsável pela dificuldade no acesso aos serviços de saúde e no conhecimento que influência na busca desses serviços de saúde (SANTOS; CASTRO; FALQUETO, 2008; SOUZA *et al.*, 2013).

Dos pacientes estudados, a maioria é desempregado (49%), seguidos de trabalhadores rurais (16%) e donas de casas (11%). Essa elevada parcela de desempregados pode ser um reflexo da baixa escolaridade informada antes, ou

mesmo das poucas perspectivas profissionais oferecidas no município, pois se trata de um local cujas atividades principais são destinadas à subsistência, como a agricultura familiar e cuidados do lar, fato que contribui para a baixa renda familiar, além de favorecer a probabilidade de patologias como o mal de Hansen. Este achado é afirmado por um estudo realizado em Igarapé-Açu, interior do Pará, onde os autores avaliaram que a grande maioria dos pacientes estudados estavam desempregados (74%), trabalhadores rurais (12%) e empregadas domésticas (5%) (LOBATO; NEVES; XAVIER, 2016).

De todos os pacientes estudados, a maioria não realizou a avaliação da bacilosscopia (74%). Dos avaliados, houve uma maior porcentagem de positivos (20%) em relação aos negativos (6%).

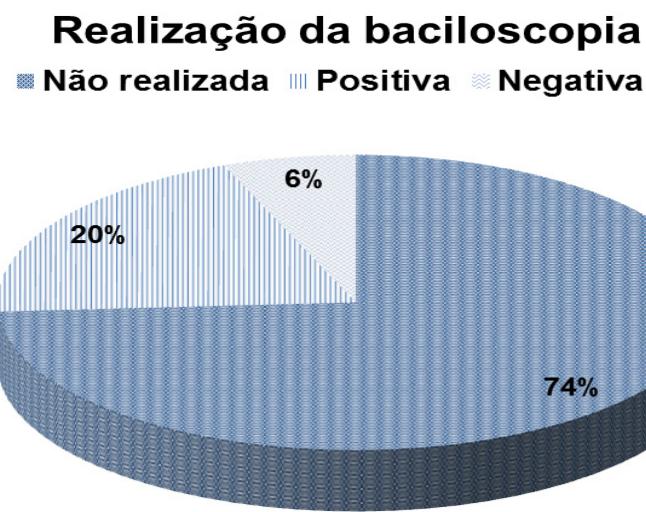


Gráfico 1 – Classificação quanto à bacilosscopia dos pacientes avaliados no município de Cariré- Ceará.

A bacilosscopia é um exame que faz parte do arsenal utilizado no diagnóstico da doença (TEXEIRA *et al.*, 2010), e por mais que seja acessível, a alta taxa de pacientes não avaliados neste estudo, deve-se ao fato do município estudado se localizar no interior do estado e não prover de recursos para efetuar a bacilosscopia de todos os pacientes, além da demora para a entrega nos resultados, como foi encontrado em outros estudos (ROMÃO; MAZZONI, 2013; SOUZA *et al.*, 2013; SARMENTO *et al.*, 2015).

Em se tratando da classificação operacional, os resultados deste estudo foram bem próximos com uma diferença de apenas 2% entre as formas paucibacilar e multibacilar. A forma multibacilar foi superior com 51%, enquanto que a forma paucibacilar apresentou-se em 49%.

Este achado difere um pouco dos estudos encontrados na literatura, uma vez que a forma multibacilar é a mais prevalente e mais agressiva (MELÃO *et al.*, 2011; PINTO *et al.*, 2011; SARMENTO *et al.*, 2015), sendo responsável por aumentar em até nove vezes as chances de o paciente desenvolver um grau de incapacidades físicas,

sendo uma provável causa de pacientes mal informados ou um precário sistema de saúde (SANTO *et al.*, 2012).

O esquema terapêutico mais utilizado foi o multibacilar com 12 doses na mesma proporção da classificação operacional, onde foi notado uma relação bastante significativa entre os dois. Esta relação vem se tornando comum e, sua utilização é corroborada por estudos realizados em por Santo *et al.*, (2012) em Montes Claros/MG e por Pinto *et al.*, (2011) em Salvador/BA.

Já com relação à forma clínica, a maior prevalência dos pacientes estudados foi indeterminada, seguida da tuberculoide, virchowiana, dimorfa e não classificada.

Forma Clínica

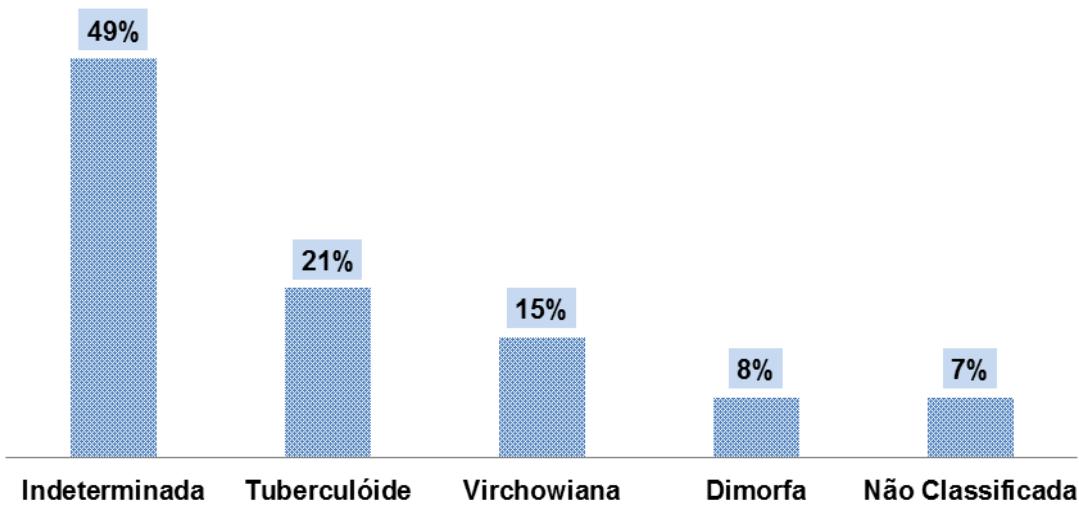


Gráfico 2 – Percentual de casos referente às formas clínicas dos pacientes portadores do bacilo de Hans em Cariré/CE.

O grande número de pacientes com forma clínica indeterminada se dá, provavelmente, pelos baixos recursos do município, uma vez que o local se encontra no interior do Estado. Estudos realizados no nordeste, nas cidades São Luís/MA (2010), Salvador/BA (2011) e Fortaleza/CE (2013), coincidem quando apresentam a forma dimorfa como sendo a mais frequente, contudo divergem desta pesquisa já que as formas determinadas a tuberculoide apresentaram maior prevalência, podendo os números indeterminados ser formas dimorfas que não foram identificadas (LIMA *et al.*, 2010; PINTO *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2013).

No que tange o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, o de maior prevalência nos pacientes estudados foi o grau zero. Os graus I e II apresentaram apenas 3% e 2% respectivamente, o que seria um resultado benéfico, contudo foi encontrado um grande número de casos não avaliados (43%) como mostra a gráfico 3:

Grau de incapacidade física

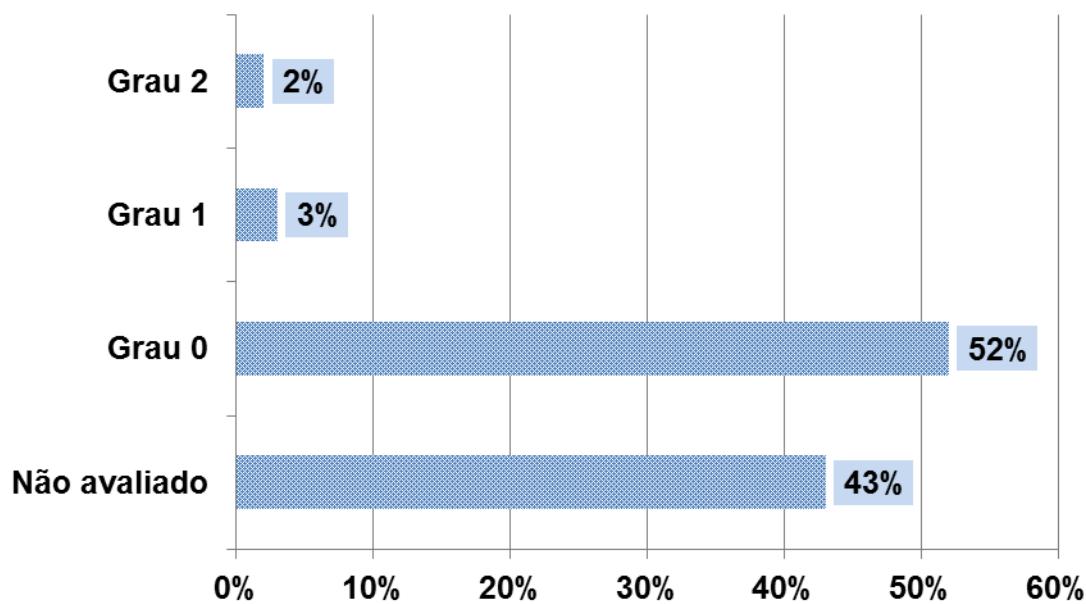


Gráfico 3 - Grau de Incapacidade física do paciente no momento do diagnóstico no período de janeiro de 2011 à dezembro 2015.

Com o grau zero sendo o mais, o percentual encontrado nesta análise (52%), foi bem próximo do relato de outros autores (LIMA *et al.*, 2010; FINEZ; SALOTTI, 2011; PINTO *et al.*, 2011; OLIVEIRA; LEÃO; BRITTO, 2014). Estudo realizado em Montes Claros/MG por Santo e colaboradores (2012), evidenciaram um alto índice de pacientes não avaliados, concordando com esta pesquisa, contudo, não foi discutida a razão. Outro estudo executado em 11 municípios do Paraná responsabiliza os profissionais a não avaliação, pelos mesmos não possuírem a qualificação necessária para executar corretamente, concordando diretamente com este levantamento (PACHECO; AIRES; SEIXAS, 2014).

Quanto ao tipo de alta dos pacientes estudados, 100% dos pacientes receberam alta por cura.

Este resultado concorda com um estudo realizado também no Ceará, neste caso em Fortaleza (2013) e em Uberaba/MG (2010), em que a ocorrência dos pacientes estudados evoluiu para a cura. Isso demonstra que houve um grande comprometimento com o tratamento poliquimioterápico e que o mesmo ainda possui eficácia frente ao bacilo de Hans (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010; SOUZA *et al.*, 2013).

4 | CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados verifica-se que as características epidemiológicas e clínicas dos pacientes com hanseníase cadastrados no SINAN

na cidade de Cariré/CE no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015 são de pacientes com idades entre 39 A 51 anos, do sexo masculino, pardos, que moram na zona urbana, desempregados, apresentando uma infecção multibacilar, mas com nenhum grau de incapacidade e que evoluíram para cura.

Salienta-se, que a compreensão da epidemiologia da doença e dos atributos clínicos dos pacientes com diagnóstico de hanseníase é essencial e de grande importância para se construir estratégias direcionadas para este grupo, desenvolvidas pelo governo e profissionais de saúde, em conjunto com a população, por meio do controle social, buscando, assim, políticas públicas para redimensionar o atendimento nas unidades de saúde municipais aos portadores do bacilo de Hans, dando uma especial atenção ao efetivo diagnóstico o mais precocemente e assimilação do panorama desta doença na atualidade; assim como criar discussões e estratégias para apoiar as práticas de serviços de saúde, com ênfase no controle da doença e promoção da saúde, em um sentido amplo, para toda população.

O presente estudo visa contribuir para a identificação dos dados epidemiológicos encontrados e notificados no município de Cariré - CE, e, assim, servir como ferramenta de informação, para que medidas possam ser tomadas no que se refere ao controle da doença no município. Além disso, este estudo torna-se relevante por trazer informações adicionais à comunidade acadêmica, aos farmacêuticos e aos futuros profissionais da área, uma vez que este profissional também deve estar inserido na equipe multiprofissional responsável pelo cuidado e atenção ao pacientes com hanseníase, assim como o farmacêutico deve participar ativamente na supervisão da administração do esquema de tratamento desta patologia, a fim de assegurar a eficácia e a segurança dos medicamentos em relação ao paciente.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, A. M. N. **Avaliação da incapacidade e limitação de atividades em Pacientes afetados pela hanseníase: uma análise do escore Salsa** [monografia]. Bauru (SP): Secretaria de Estado da Saúde; 2010.
- BARBOSA, D. R. M. *et al.* **Perfil epidemiológico da hanseníase em cidade hiperendêmica do maranhão, 2005-2012.** Revista Rede de Cuidados em Saúde, n. 8, v.1, p. 1-13, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o Controle da Hanseníase** - Cadernos da Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília - DF, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hansenise.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil.** 2014. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/boletim_novembro.pdf>. acesso em: 25 de maio de 2018].
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Ações Estratégicas de eliminação da Hanseníase, Filariose, Esquistosomose e Oncocercose como problema de saúde pública, Tracoma como causa de cegueira e controle das Geohelmintíases:** plano de ação 2011-2015. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

CORRÊA, R. G. C. F. et al. **Epidemiological, clinical, and operational aspects of leprosy patients assisted at a referral service in the state of Maranhão, Brazil.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 45, n. 1, p. 89-94. 2012.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETT, I. J. P. **Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem [online], v. 15, n. spe, p. 774-779, 2007.

FINEZ, M. A.; SALOTTI, S. R. A. **Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada.** Journal of the Health Sciences Institute, v. 29, n. 3, p. 171-175, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem da população 2010.** Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=2303105>. Acesso em: 04 mar. 2018.

JUNIOR, A. F. R.; VIEIRA, M. A.; CALDEIRA, A. P. **Perfil Epidemiológico da Hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais.** Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica, São Paulo, v.10, n.4, p. 272-277, 2012.

KROL S. S.; MATTOS, E. D. **Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Hanseníase no Município de Londrina/PR.** Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde, v. 11, n. 4, p. 9-14, 2009.

LANZA, F. M. et al. **Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis, Minas Gerais.** Revista de Enfermagem da UFSM [online], v. 2, n. 2, p. 365-374, 2012.

LIMA, H. M. N. L. et al. **Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA.** Revista Brasileira de Clínicas Médicas, v. 8, n. 4, p. 323-327, 2010.

LOBATO, D. C.; NEVES, D. C. O.; XAVIER, M. B. **Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil.** Revista Pan-Amazônica de Saúde, v.7, n. 1, p. 45-53, 2016.

LOBO, J. R. et al. **Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ.** Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 9, n. 4, p. 283-7, 2011.

MELÃO, S. et al. **Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 44, n. 1, p. 79-84. 2011.

MIRANZI, S. S. C.; PEREIRA, L. H. M.; NUNES, A. A. **Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 43, n. 1, 62-67, 2010.

OLIVEIRA, J. C.; LEÃO, A. M. M.; BRITTO, F. V. S. **Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem.** Revista enfermagem UERJ, v. 22, n. 6, p. 815-821, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Situação mundial da hanseníase.** 2010. Disponível em: <new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=1477&Itemid=52> Acesso em: 04 mar. 2018.

PACHECO, M. A. B.; AIRES, M. L. L.; SEIXAS, E. S. **Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 9, n. 30, p. 23-30, 2014.

PENELUPPI, L. S *et al.* **Perfil Epidemiológico da Hanseníase em uma Cidade do Sul de Minas Gerais no Período de Nove Anos: Estudo Retrospectivo.** Revista Ciências em Saúde, v. 5, n. 4, p. 28-34, 2015.

PEREIRA, E. V. E. *et al.* **Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008.** Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 2, n. 86, p. 235-240, 2011.

PINTO, R. A. *et al.* **Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006.** Revista Baiana de Saúde Pública, v 34, n 4, p. 906-918, 2011.

ROMÃO, E. R.; MAZZONI, A. M. **Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP.** Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 3, n. 1, p. 22-27, 2013.

SANTO, L. R. E. *et al.* **Perfil epidemiológico da hanseníase no município de brasileiro no período de 2005 a 2009.** Motricidade, v. 8, n. S2, p. 212-219, 2012.

SANTOS, A. S.; CASTRO, D. S.; FALQUETO, A. **Fatores de risco para transmissão da Hanseníase.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 61, n. esp, p. 738-43, 2008.

SARMENTO, A. P. A. *et al.* **Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG).** Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v.13, n. 3, p. 180-184, 2015.

SILVA, A. R. *et al.* **Hanseníase no município de Buriticupu, estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 43, n. 6, p. 691-694, 2010.

SOUZA, V. B. *et al.* **Perfil Epidemiológico dos Casos de Hanseníase de um Centro de Saúde da Família.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 26, n.1, p. 110-116, 2013.

TEIXEIRA, M. A. *et al.* **Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na cidade de Recife, estado de Pernambuco.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 43, n. 3, p. 287-92, 2010.

ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU-RJ, NO PERÍODO DE 2013 A 2017

Hellen de Souza Neves

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade
Iguaçu (UNIG)

Emanuel Inocêncio Ribeiro da Silva

Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade
Iguaçu (UNIG)

Paula Guidone Pereira Sobreira

Mestre em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ.
Docente do Curso de Fisioterapia e Medicina
Veterinária da UNIG.

Adalgiza Mafra Moreno

Doutora em Ciências Cardiovasculares - UFF.
Docente do Curso de Fisioterapia da UNIG

Introdução: a sífilis congênita é uma doença com alta taxa de incidência e de notificação compulsória. Tornando necessário que as fichas sejam preenchidas de forma completa, auxiliando no monitoramento e no perfil para tomada de decisões. **Objetivo:** realizar a análise da completude das fichas de notificação referente a Sífilis Congênita em Nova Iguaçu-RJ, entre 2013 a 2017 e identificar as dificuldades para o preenchimento adequado. **Desenho do Estudo:** trata-se de um estudo transversal e descritivo, utilizando fichas de notificação compulsória de Sífilis Congênita com 1243 registros de casos no SINAN. **Metodologia:** A análise da completude

das fichas baseou-se na classificação do Ministério da Saúde: ruim menor que 70%, regular entre 70 e 89%, categorizando também como excelente o preenchimento acima de 90% dos campos. Os campos “em branco” foram considerados dados ignorados e erros em relação ao preenchimento. Posteriormente foi aplicado questionário com os responsáveis pelo preenchimento da notificação compulsória e realizado palestra. Os dados foram tabulados no Programa Excel for Windows 2013. O estudo foi submetido e aprovado no CEP, CAAE 597666616.0.0000.8044. **Resultados:** Os campos com maior taxa de incompletude foram tratamento da gestante com sífilis 34,9%, tratamento do parceiro com sífilis 52,8% e escolaridade da gestante 50%. Sendo categorizados como ruim em relação ao critério de preenchimento. Identificamos através do questionário os principais fatores que norteiam a incompletude, em 62,5% das fichas preenchidas são dados captados no prontuário do paciente e 37,5% são informações coletadas diretamente com o paciente. Apontando também o não comparecimento do parceiro na Unidade de Saúde. **Discussão:** Os campos das fichas de notificação compulsória são preenchidos com informações registradas no prontuário do paciente, sendo os campos considerados

incompletos os de grande relevância em relação ao tratamento da doença. **Conclusão** a análise dos dados permitiu identificar e compreender os fatores que interferem no processo de notificação compulsória, evidenciando que a incompletude dos elementos interfere diretamente na qualidade do serviço prestado a população, dificultando a busca ativa do indivíduo pelo serviço de saúde e também interferindo na estratégia de elaboração de medidas preventivas da doença. **Palavras chave:** Monitoramento Epidemiológico; Sífilis Congênita, SINAN.

ANÁLISE DAS PRINCIPAIS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2011 A 2015

Antônio Zenon Antunes Teixeira

Universidade Cândido Mendes
Pró-Reitoria De Pós-Graduação E Pesquisa
Pós-Graduação Em Análises Clínicas E
Microbiologia
Aparecida De Goiânia, Goiás
2017

Artigo Científico apresentada à **Universidade Cândido Mendes UCAM** como requisito parcial para a conclusão do curso de pós-graduação lato sensu especialização em Análises Clínicas e Microbiologia

RESUMO: Os meios de comunicação no Brasil constantemente estão realizando comentários sobre o aumento de doenças sexualmente transmissíveis. O aumento dos casos de Sífilis, HIV, Hepatites são preocupantes e muitas vezes se discute o descaso do governo federal em não decretar epidemia de Sífilis, uma vez que as estatísticas chamam a atenção das organizações internacionais de saúde. Portanto, esse trabalho tem como o objetivo analisar os dados estatísticos apresentados pelo Ministério da Saúde de HIV/Aids, Sífilis e Hepatites entre os anos de 2011 e 2015. Os dados apresentados neste artigo foram obtidos de Boletins Epidemiológicos das epidemias

HIV/Aids, Sífilis e Hepatites Virais. Foram realizadas análises das taxas de incidência das doenças no período de cinco anos. Os casos foram analisados de acordo com o sexo, idade e região dos infectados. Os dados obtidos foram compilados e calculados utilizando software Excel 2010. Os resultados demonstram que as doenças possuem a tendência de apresentar aumentos significativos como no caso da Sífilis principalmente no grupo feminino. As maiores concentrações de DST/HIV estão entre a população jovem em idade reprodutiva. A região mais preocupante para Sífilis é o Rio Grande do Sul com uma taxa de mais de 100 em 100 mil habitantes seguidos pelo Espírito Santo e São Paulo. Concluiu-se que os problemas devem ser enfrentados através da educação sexual no lar e na escola. No caso das hepatites há necessidade imediata de prover o sistema de saúde com meios tecnológicos avançados para detectar os diversos tipos de vírus causadores de hepatites.

PALAVRAS-CHAVE: DST, Sífilis, HIV, AIDS, Hepatites.

INTRODUÇÃO

A urbanização é um fenômeno mundial e estima-se que em 2050 a população urbana será de 67% no planeta. A população urbana no Brasil em 2010 atingiu 84,3% da população.

Entretanto, não se observa ações consistentes voltadas ao enfrentamento de epidemias de agentes infecciosos de relevância para a saúde pública (SEGURADO et al., 2016). Em 2010 a população brasileira era estimada em 190.755.799 indivíduos e destes cerca de 51 milhões eram jovens entre 15 a 29 anos (IBGE, 2010).

A baixa escolaridade associada ao menor conhecimento de doenças sexualmente transmissíveis como Aids, HIV, Hepatites e Sífilis apontam para uma necessidade de ações educativas destinadas a população mais jovem no Brasil (MIRANDA et al., 2013). Esses jovens estão vulneráveis à transmissão de DSTs/HIV Aids e existe a necessidade de políticas públicas para um engajamento de pais e professores em assuntos sobre sexualidade (FONTES et al., 2017).

A AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) surgiu no início dos anos 80 na Califórnia entre as populações de homossexuais que apresentaram “sarcoma de Kaposi”, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune e o HIV que é o vírus relacionado com essa síndrome de acordo com o Programa Nacional de Aids, a qual começou a ser relatada na África Central na metade do século XX em primatas (Apud PINTO et al., 2007).

Apesar de haver uma melhoria nas condições sanitárias no Brasil, as hepatites virais, as quais são causadas por diferentes agentes etiológicos são ainda uma grande preocupação em saúde pública especialmente as hepatites B e C. Foram desenvolvidas vacinas para hepatite B e novas técnicas moleculares tem auxiliado na detecção do vírus da hepatite C. O real número de casos de hepatites no Brasil é incerto, pois a identificação requer técnicas complexas de biologia molecular e é realizado de maneira insuficiente. A metade dos ambulatórios públicos das diferentes regiões do Brasil não possui acesso ao kit DNA-VHB para identificar hepatite B e 40% dos mesmos ambulatórios não possuem exames de biologia molecular para hepatite C (FERREIRA & SILVEIRA, 2004).

Os fatores ligados aos altos índices de transmissão do *Treponema pallidum* no Brasil estão associados à falta de informação, acesso limitado aos cuidados da saúde, baixo nível socioeconômico, falta de tratamento do parceiro infectado, o não uso de preservativos e como consequência temos cerca de 12 mil recém-nascidos infectados com sífilis no Brasil a cada ano (PIRES et al.; 2014). Tudo isso nos leva a abordar os dados estatísticos da Secretaria de Vigilância em Saúde e observar as tendências dessas doenças sexualmente transmissíveis apresentados nos boletins epidemiológicos dos últimos anos. O objetivo desse artigo foi analisar os dados estatísticos do Boletim Epidemiológico das epidemias de HIV/Aids, Sífilis e Hepatites entre os anos de 2011 e 2015; contribuindo para um melhor entendimento das tendências dessas doenças transmissíveis sexualmente no território brasileiro.

Os dados apresentados neste artigo foram obtidos de Boletins Epidemiológicos das epidemias HIV/Aids, Sífilis e Hepatites Virais produzidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde (BRASIL, 2017; 2016a, 2016b, 2015a, 2015b). Foram analisadas as taxas de incidência das doenças no período de 2011 a

2015. As ocorrências das epidemias foram analisadas de acordo com o sexo, idade e região dos pacientes. Os dados foram compilados e analisados utilizando software Excel 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Figura 1, podemos observar que houve a elevação dos casos de sífilis e HIV que aumentaram de 182 e 145% respectivamente em cinco anos. O aumento da sífilis foi causado pela elevação da taxa de incidência de sífilis adquirida que é transmitido através da relação sexual sem camisinha e resultou em 18.000 casos em 2011; e 65.000 ocorrências em 2015, um aumento de 265% dos casos. Enquanto a sífilis em gestante aumentou 131% e a sífilis congênita a qual há infecção fetal via placenta expandiu 103%, em um período de cinco anos. Já os casos de HIV subiram no mesmo período. Registrhou-se um aumento de 145% em cinco anos de 16 mil casos em 2011 a 40 mil casos em 2015. Enquanto isso, o número de casos de Aids registrados diminuiu em 7% em 2015 em comparação com o período de 2011. A produção de medicamentos genéricos e o início do tratamento dos pacientes prematuramente contribuíram com a queda dos casos novos.

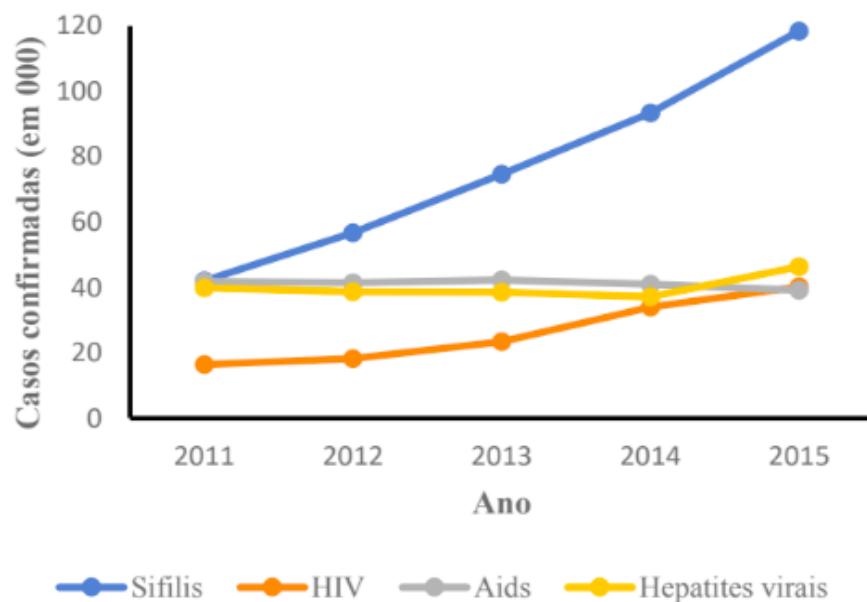


Figura 1 – Casos confirmados de principais doenças transmissíveis no Brasil por ano de diagnóstico, 2011 – 2015.

Fonte: BRASIL, 2017, 2016a, 2016b, 2015^a, 2015b.

As hepatites virais (hepatite A, B, C e D) são aquelas doenças causadas pelos vírus que atacam preferencialmente o fígado (FERREIRA & SILVEIRA, 2004). Apesar da diminuição de novos casos de detecção de hepatites A, B e D, os casos de hepatite C dobraram, em 2011 de aproximadamente 13.000 ocorrências a 25.000 casos em 2015.

A elevação de taxa de detecção de hepatite C ocorreu principalmente em 2015. Em 2015 foram considerados casos confirmados de hepatite C aqueles que apresentaram os testes anti-HCV ou HCV-RNA reagentes, enquanto em anos anteriores foram considerados casos confirmados de hepatite C aqueles que apresentaram os testes anti-HCV e HCV-RNA. Entre os vírus hepatites, a hepatite B é transmitida em geral pelo contato sexual, houve a diminuição dos casos confirmados em 2015 em comparação com os quatro anos anteriores (Figura 2).

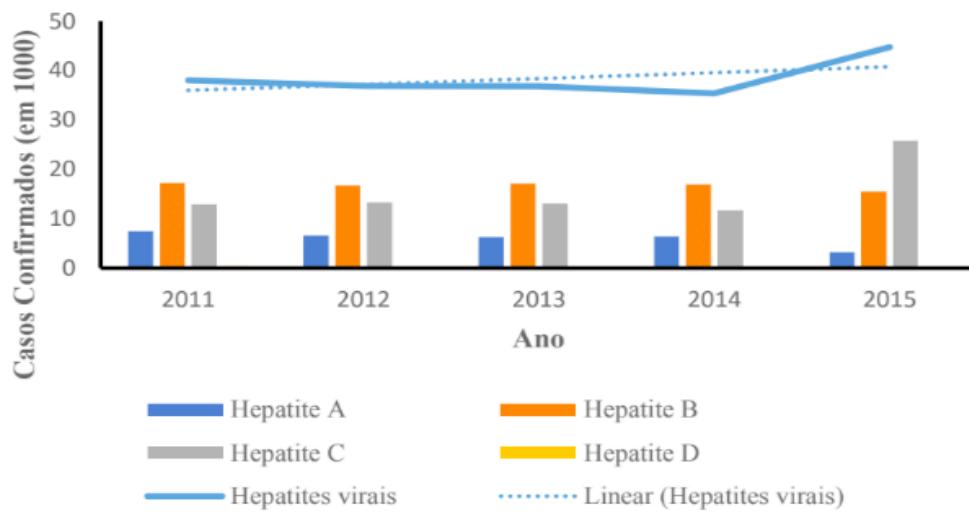


Figura 2 – Casos confirmados de hepatites virais no Brasil por ano de diagnóstico, 2011 – 2015.

Fonte: BRASIL, 2017, 2016a, 2016b, 2015^a, 2015b.

Durante desse período, os maiores percentuais de casos sífilis ocorreram em mulheres. Em 2015, quase 80% dos casos são em gestante. Gestantes nas idades entre 20 a 29 anos são mais vulneráveis. Enquanto em sífilis adquirida, os casos entre homens são maiores com a razão de 1,5 em 2015 (Figura 3). O número de homens infectados pela Aids é o dobro em comparação com as mulheres. Citando a pesquisa (BRASIL, 2016b), os portadores de aids dos sexos masculinos são homossexuais (35%), heterossexuais (50%), bissexuais (10%) e 5% foram transmitidos via sanguínea. Enquanto nas mulheres, mais de 90% dos portadores de aids são heterossexuais. Igualmente como em portadores de Aids, menos de 5% dos casos confirmados do HIV em mulheres e homens foram infectados pela via sanguínea.



Figura 3 – Casos confirmados de principais doenças transmissíveis (sífilis, HIV Aids e Hepatites virais) no Brasil por sexo, 2011 – 2015.

Fonte: BRASIL, 2017, 2016a, 2016b, 2015^a, 2015b.

Segundo dados obtidos do Boletim Epidemiológico da epidemia Sífilis, produzido pela Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a) observou-se que no ano de 2011 tivemos 1269 casos de sífilis entre adolescente de 13 a 19 anos, 4878 casos na faixa de idade 20 a 29 anos, 4095 casos na faixa de 30 a 39 anos, 3432 casos na faixa de 40 a 49 anos, 4384 casos acima de 50 anos e 2 casos ignorados totalizando 18056 casos positivos de sífilis. Em 2012 houve um total de 27693 casos com aumento em todas as faixas de idade. No ano de 2013 foram 38942 casos positivos de sífilis e a incidência de sífilis em todas as faixas etárias tiveram aumento significativo. Em 2014 o número total de sífilis foi de 49606 e finalmente no ano de 2015 tivemos um número de 65858 casos. Comparando com o ano de 2011 a 2015, tivemos um aumento de 265% dos casos num período de cinco anos. No mesmo período o aumento na faixa dos 13 a 19 anos foram 425%, na faixa etária dos 20 a 29 anos tivemos um aumento de 346%, entre os 30 a 39 anos o aumento foi de 262%. Na faixa de idade entre os 40 a 49 anos, o aumento foi de 181% e acima dos 50 anos, o aumento da sífilis foi de 196% entre os anos de 2011 e 2015.

No mesmo período para os casos de HIV notificados (BRASIL, 2017) tivemos um aumento de 228%. Na faixa de idade entre 10 a 19 anos o aumento entre os anos de 2011 e 2015 foi de 267%. Entre as idades de 20 a 29 anos o aumento foi de 247%. Na faixa etária entre 30 e 39 anos tivemos um aumento de 214%. Entre as idades de 40 a 49 anos a incidência de HIV aumentou 200% e acima dos 50 anos o aumento foi de 244%.

Os casos de Aids (BRASIL, 2017) foram notificados um total de 41845 casos em 2011 e 39113 casos em 2015. No mesmo período na faixa etária de 10 a 19 anos tivemos um aumento de 23%. Entre as idades de 20 a 29 anos o aumento foi

de 7%. Na faixa etária entre 30 e 39 anos tivemos um decréscimo de -7%. Entre as idades de 40 a 49 anos a incidência de Aids diminuiu -13% e acima dos 50 anos o aumento foi de 13%. Tais resultados ocorrem devido a distribuição de medicamentos genéricos gratuitamente a população de HIV positivo. Somente entre os mais jovens e provavelmente menos esclarecidos e idosos que o aumento de Aids foi significativo.

Os casos confirmados de hepatites no Brasil são subestimados, pois há necessidade de técnicas mais sofisticadas de biologia molecular às quais grande parte dos ambulatórios públicos não possuem acesso (FERREIRA & SILVEIRA, 2004). Segundo dados do boletim epidemiológico para hepatites virais (BRASIL, 2016b) entre os anos 2011 os casos confirmados de hepatite B em gestantes foi de 1844; em 2012 tivemos 1734 casos; em 2013 foram registrados 1743 casos; em 2014 tivemos 1767 casos e em 2015 os casos foram 1617. Esses números podem estar conectados com a crise econômica e política que estamos passando que acabam por subestimar os casos de hepatites virais no país.

Tabela 1 mostra que sífilis aumentou mais do que 100% em todas as regiões do Brasil, enquanto na região Sul, a doença subiu mais do que cinco vezes nos últimos cinco anos. Em 2015, as cidades do Rio Grande do Sul, Espírito Santo e São Paulo apresentaram as maiores taxas de detecção dos casos de sífilis adquiridos com 111, 85 e 75 casos por cem mil habitantes respectivamente (BRASIL, 2017). Na região Sul, os casos confirmados crescem mais de 50% anualmente.

Na mesma tabela observamos que o HIV aumentou significativamente em todas as regiões sendo que no período de cinco anos analisados, a região Norte apresentou a maior percentagem de aumento (311%). A região Sudeste apresentou a menor taxa de aumento (81%). A região Nordestina aumentou 270%, o Centro-Oeste 218% e a região Sul teve uma percentagem no aumento de HIV de 159%.

A Aids apresentou diminuição nas análises dos percentuais nos últimos 5 anos como observado na tabela 1. Nas regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste com os seguintes percentuais negativos de -16%, -11% e -4% respectivamente. A região Norte teve um aumento de 22% seguido da região Nordeste com 7% no aumento dos casos de Aids.

Os dados obtidos da tabela 1 para os casos de hepatites são bastante controversos, pois já foram discutidos aqui, os dados de hepatites são subestimados em decorrência da crise política e econômica que atravessa o País. A região Norte apresentou nos últimos cinco anos um aumento de 9% e já a região Nordeste apresentou um decréscimo de -26%. A região Sudeste que apresentou melhores índices para Sífilis, HIV e Aids; no caso de hepatites teve um aumento de 19% dos casos e perfil semelhante apresentou a região Sul com um aumento de 49% nos casos de hepatites virais.

Ano	Doenças	Regiões				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2011	Sífilis	3025	8684	23811	3948	2529
	HIV	952	2184	8609	3712	952
	Aids	3452	8097	18295	9210	2791
	Hepatites virais	6021	5090	16439	9517	2747
2012	Sífilis	3485	10107	32763	7098	3210
	HIV	1169	2312	9393	4242	1120
	Aids	3527	8494	17429	9022	2957
	Hepatites virais	5704	4581	16527	9284	2543
2013	Sífilis	4679	12345	42716	10518	4427
	HIV	1433	3164	10761	6348	1680
	Aids	4318	9033	16933	8935	3046
	Hepatites virais	6407	5270	14725	9705	2444
2014	Sífilis	5583	14699	51845	15960	5301
	HIV	2790	5906	14310	8444	2528
	Aids	4486	8809	16310	8476	2926
	Hepatites virais	6605	4778	12804	10252	2672
2015	Sífilis	7031	18344	60198	25792	7106
	HIV	3917	8083	15583	9605	3032
	Aids	4205	8670	15402	8157	2679
	Hepatites virais	6578	3744	19695	14147	2343

Tabela 1 – Casos confirmados de doenças transmissíveis de acordo com região por período de 2011-2015

Fonte: BRASIL, 2017, 2016a, 2016b, 2015^a, 2015b. A categoria sífilis inclui sífilis adquiridos, sífilis em gestantes e sífilis congênitas. HIV inclui HIV e HIV gestantes. Hepatite virais (hepatite A, B, C e D). Hepatite B inclui hepatite B e hepatite B em gestantes).

CONCLUSÃO

Perante os fatos apresentados se comprova que o estado da saúde pública no Brasil está num estado de abandono total. Faltam políticas públicas de educação básica sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV nos lares e escolas uma vez que os dados apresentados apontam como os jovens os maiores portadores de doenças transmitidas via sexual e HIV. Há uma necessidade urgente de se esclarecer toda essa população jovem que enquanto houver medicamentos vendidos como genéricos para impedir a manifestação do vírus HIV, não teremos que nos preocupar com a AIDS, entretanto se por ventura tais drogas não forem fornecidas a população contaminada, o Estado entrará em um colapso total devido as enfermidades infectocontagiosas que podem advir desse problema.

Os casos de Sífilis entre as mulheres, principalmente as grávidas devem ser

sobrepujadas de imediato através de políticas de orientação, esclarecimento e fornecer um amplo acesso aos exames de pré-natal, pois são eles que vão formar as próximas gerações da nação.

As hepatites no Brasil estão de longe subestimadas e se conclui que há necessidade de imediata de se dar acesso à tecnologia avançada para diagnóstico sofisticado dos diferentes tipos de hepatites encontrados no Brasil.

Desta maneira podemos iniciar um processo coletivo com o objetivo de se frear a epidemia de doenças sexualmente transmissíveis e HIV no Brasil através do diagnóstico, da educação e da prevenção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. HIV/AIDS. *Boletim Epidemiológico*, v. 48, n. 1, p. 1-52, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Sífilis Ano V. *Boletim Epidemiológico*, v.47, n. 35, p. 1-29, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Sífilis Ano IV. *Boletim Epidemiológico*, n. 1, p. 1-32, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Hepatites Virais Ano V. *Boletim Epidemiológico*, n. 1, p. 1-72, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Hepatites Virais Ano IV. *Boletim Epidemiológico*, n. 1, p. 1-29, 2015b.

FERREIRA, Cristina Targa.; SILVEIRA, Themis Reverbel. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, v. 7, n. 4. p. 473-487, abr., 2004.

FONTES, Miguel Barbosa et al. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas DST/ Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 489-497, abr., 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *CENSO DEMOGRÁFICO 2010*. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em <<http://www.brasileirosnomundo.itamaraty.gov.br/a-comunidade/estimativas-populacionais-das-comunidades/estimativas-do-ibge/censo-demografico-ibge-2010.pdf>> acesso em: 21 maio, 2017.

MIRANDA, Angelica Espinosa et al. Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro. Brasil, 2007. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 489-497, fev., 2013.

PINTO, Agnes Caroline S. et al. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 45-50, abr., 2007.

PIRES, Ana Célia Scari et al. Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade. *Maringá*, v. 19, n.1, p. 58-64, jul – set, 2014.

SEGURADO, Aluisio.Cotrim.; CASSENTE, Alex Jones.; LUNA, Expedito Albuquerque. Saúde nas metrópoles – Doenças infecciosas. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 29-49, jan/abr, 2016.

CONTRIBUIÇÃO DA REDE SOCIAL PARA ADOLESCENTES E JOVENS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE

Leidiane Aparecida Da Silva

Centro Universitário de Patos de Minas

Três Marias-MG

Danty Ribeiro Nunes

Centro Universitário de Patos de Minas

Patos Minas-MG

Leonardo Nikolas Ribeiro

Centro Universitário de Patos de Minas

Patos Minas-MG

Marilene Rivany Nunes

Centro Universitário de Patos de Minas

Patos de Minas –MG

Gonçalves dos Reis em Três Marias-MG. Foram adotados dois instrumentos com vista conhecer a composição da rede social e os sentidos atribuídos à hanseníase. Identificamos 03 adolescentes que apresentaram idade em 10 a 19 anos, o tempo de escolaridade variou entre o ensino fundamental e médio, é todos os adolescentes apresentaram a forma multibacilar (MB) da doença, com predomínio da rede social pequena. Na análise dos mapas da rede social percebeu-se a importância do diagnóstico precoce, dos vínculos significativos com os membros da família e profissionais de saúde do Centro de Saúde referido acima, vínculo fragilizado com a Unidade Atenção Primária de Saúde (UAPS). Conclui-se que o enfermeiro, juntamente com outros membros da Equipe de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), devem utilizar-se do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e do Projeto Território Saúde (PST) para assistir integralmente os adolescentes e a comunidade. **PALAVRAS-CHAVE:** Hanseníase. Rede social. Promoção de saúde. Enfermagem.

ABSTRACT : Leprosy is an infectious disease, considered a health problem. It is perceived the prejudice in relation to the disease, they cause the weakening of social relations. The social network can be defined as the sum of all the relationships that an individual possesses. The

RESUMO: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, considerada um problema de saúde. Percebe-se o preconceito em relação à doença, causam fragilização das relações sociais. A rede social pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo possui. O objetivo deste estudo é identificar os adolescentes e jovens, com hanseníase, e avaliar a composição da rede social e os sentidos atribuídos à doença. Trata-se de uma pesquisa descritiva, que teve como amostra adolescentes e jovens acometidos pela hanseníase, identificados na Ficha do Sistema de Informação dos Agravos Nacional (SINAN), no período de Janeiro de 2011 a dezembro de 2015 no Centro de Saúde Raimundo

objective of this study is to identify adolescents and young people with leprosy, and to evaluate and the composition of the social network and the meanings attributed to the disease. This was a descriptive study, which had as a sample adolescents and young people affected by leprosy, identified in the National Information System of the National Aggravation System (SINAN), from January 2011 to December 2015 at the Raimundo Gonçalves Health Center Kings in Três Marias-MG. Two instruments were adopted in order to know the composition of the social network and the meanings attributed to leprosy. We identified 03 adolescents who presented age in 10 to 19 years, the time of schooling varied between elementary and middle school, it is all the adolescents presented the multibacillary form (MB) of the disease, with predominance of the small social network. In the analysis of social network maps, the importance of early diagnosis, significant relationships with the family members and health professionals of the Health Center referred to above was identified, a weak link with the Primary Health Care Unit (UAPS). It is concluded that the nurse, together with other members of the Family Health Team (ESF) and the Family Health Support Center (NASF), should use the Unique Therapeutic Project (PTS) and the Territorial Health Project (PST)) to fully assist adolescents and the community.

KEYWORDS: Leprosy. Social network. Health promotion. Nursing.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A hanseníase é considerada um grave problema de saúde pública principalmente porque afeta a faixa etária economicamente ativa. É uma doença crônica, infecciosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, parasita intracelular obrigatório, que tem afinidade por células cutâneas e nervos periféricos (OLIVEIRA; ASSIS; SILVA, 2013). Esta possui evolução lenta, normalmente de 11 a 16 dias, podendo ficar incubada de 2 a 7 anos (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014, BRASIL, 2010).

Assim a hanseníase tem característica de alta infectividade e baixa patogenicidade. Ela acomete principalmente a pele e os nervos podendo se manifestar de forma sistêmica lesando articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos causando incapacidade funcional (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014, BRASIL, 2010).

O diagnóstico da hanseníase é realizado pela avaliação dermatoneurológica e confirmado pela bacilosscopia da pele. A hanseníase é classificada de acordo com o número de lesões de pele, sendo a forma paucibacilar (PB), com até cinco lesões, e a multibacilar (MB) com mais de cinco lesões (BRASIL, 2016). A escolha do tratamento é realizada de acordo com a classificação utilizando a poliquimioterapia (PQT) durante 6 meses até 1 ano (BRASIL, 2016).

Percebe-se que tanto em adultos quanto em adolescentes, as manifestações clínicas da hanseníase, os efeitos adversos dos fármacos, as incapacidades funcionais e até o estigma e o preconceito em relação à doença, causam fragilização das relações sociais, o que dificulta a adesão ao tratamento. Assim, percebe-se a necessidade destes pacientes receberem apoio dos membros da família, amigos, colega de escola

e do trabalho, profissionais de saúde, enfim, da rede social (MARINHO *et al.* 2015; ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

A Rede social conforme Sluzki (2010) é a soma de todas as relações que um indivíduo possui. A rede social é importante, pois tem a função de auxiliar, dar apoio as pessoas frente as suas dificuldades/ problemas e doença. Ela pode também identificar formas para a prevenção e tratamento (SLUZKI, 2010).

Os membros da rede social são capazes de propor ações para minimizar os danos causados pela hanseníase (SILVA, 2012; RIBEIRO *et al.* 2014). A partir desse pressuposto o apoio da enfermagem é essencial, para aprimorar a assistência oferecida ao paciente e sua família desenvolvendo estratégias junto ao paciente como o objetivo de assegurar o tratamento, fornecendo informações como a de que a hanseníase tem cura, e que o envolvimento do paciente e da família traz benefícios para todos (CARRIJO; SILVA, 2014).

Assim, Sluzki (2010) enfatiza a necessidade de identificar os membros da rede social, por meio do Mapa de rede social, com o objetivo de identificar os recursos ou mesmo lacunas existentes na rede dos adolescentes e jovens acometidos pela hanseníase. Portanto este estudo tem como objetivos identificar os adolescentes e jovens, com hanseníase, e avaliar a composição da rede social e os sentidos atribuídos à doença.

MATERIAL E METÓDOS

Trata-se de uma pesquisa documental seguida de uma pesquisa de campo descritiva com os adolescentes e jovens na faixa etária de 10 a 24 anos, acometidos pela hanseníase, identificados na Ficha do Sistema de Informação dos Agravos Nacional (SINAN) no período de Janeiro de 2011 a dezembro de 2015, no Centro de Saúde Raimundo Gonçalves dos Reis, no município de Três Marias-MG, no ano de 2016.

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados, um questionário semiestruturado constituído de 5 questões objetivas sobre idade, sexo, escolaridade, esquema terapêutico, idade que teve a doença e 3 perguntas norteadoras discursivas, com o objetivo de buscar os sentidos sobre o que é hanseníase, diagnóstico de hanseníase e como foi vivenciar a hanseníase no dia a dia e o mapa de rede social proposto por Sluzki (2010) para coletar dados sobre a composição da rede social dos pacientes adolescentes e jovens acometidos pela hanseníase.

Os dados objetivos foram avaliados pela análise descritiva e as questões discursivas pelo método de Interpretação de sentidos. Já os dados do mapa foram avaliados de acordo com a proposta de Sluzki (2010) considerando sua composição, tamanho e tipo de vínculo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas Parecer nº 1.470.590/2016.

RESULTADOS

Após realizara a pesquisa documental nas Fichas do SINAN constatou-se que no ano de 2016, no Centro de Saúde Centro de Saúde Raimundo Gonçalves dos Reis, no município de Três Marias, a presença de 03 adolescentes e jovens, acometidos por hanseníase no período de Janeiro de 2011 a dezembro de 2015. Os adolescentes foram descritos com nomes fictícios de sua preferência para manter o anonimato e sigilo das informações, conforme Tabela1.

Nome Fictício	Sexo	Idade	Escolaridade
01 <i>Beatriz</i>	Feminino	12	Ensino Fundamental
02 <i>Davi</i>	Masculino	13	Ensino Fundamental
03 <i>Carol</i>	Feminino	19	Ensino Médio Incompleto

Tabela 1 - Caracterização dos adolescentes e jovens acometidos por hanseníase

Fonte: Coleta de dados dos adolescentes e jovens acometidos por hanseníase, 2016.

Os 03 adolescentes identificados apresentaram idade em 10 a 19 anos o tempo de escolaridade entre eles variou entre o ensino fundamental e médio, sendo que todos os adolescentes apresentaram a forma multibacilar (MB) da doença, conforme Tabela2.

Adolescente	Esquema terapêutico
01 <i>Beatriz</i>	MB
02 <i>Davi</i>	MB
03 <i>Carol</i>	MB

Tabela 2- Caracterização do esquema terapêutico dos adolescentes e jovens acometidos por hanseníase

Fonte: Coleta de dados dos adolescentes e jovens acometidos por hanseníase, 2016.

Na análise dos mapas de rede social as adolescentes *Carole* e *Beatriz* apresentaram a rede social pequena, e apenas o adolescente *Davi* possui uma rede social media. Na Figura 1 observa-se que a adolescente *Carol* possui uma rede social pequena com vínculos significativos com os membros da família, um vínculo significativo entre a adolescente e o serviço do Centro de Saúde Raimundo Gonçalves dos Reis e um vínculo fragilizado com os profissionais da Unidade Básica de Saúde.

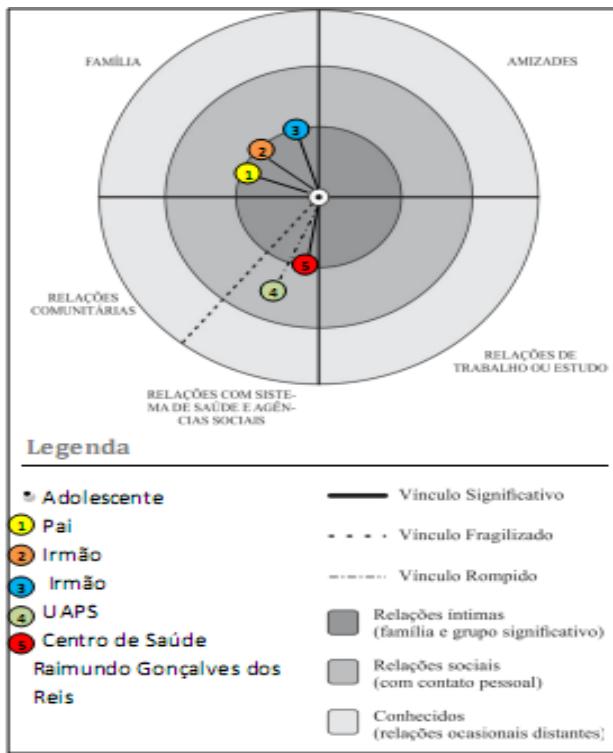


Figura 1- Mapa de rede social da *Carol*, 19 anos.

Fonte: Entrevista com os adolescentes e jovens acometidos por hanseníase, 2016.

Carol ao ser perguntada sobre o que é hanseníase declara que a “hanseníase é uma doença com manchas clara com perda de sensibilidade e pega através dos outros que já tem a doença depois de alguns anos”, e que o diagnóstico foi realizado “pelo médico que viu uma mancha branca”. Para ela vivenciar a hanseníase no dia a dia foi “normal, bem tranquilo por ter tratamento”.

Davi relata que para ele a hanseníase é: “uma doença antigamente chamada de Lebra e tem tratamento”. O diagnóstico foi realizado através do “aparecimento manchas brancas nas pernas” e ele citou que na vivencia “percebeu as pernas fracas e quando andava sentia dor”.

Ao questionar a adolescente *Beatriz* sobre o que é hanseníase a mesma relatou que: “Hanseníase é uma doença que dá uns carocinhos vermelhos e são dolorosos, tem que ser controlado com remédios talidomida e talvez prednisona o tratamento é um pouco longo”. Percebeu-se que a adolescente tem uma rede social reduzida, e pouco conhecimento sobre a doença.

DISCUSSÃO

Todos os três adolescentes apresentaram a forma MB da doença, que infere diagnóstico tardio, corroborando com o estudo Ribeiro *et al.*, (2014). Para os autores o diagnóstico da hanseníase é primordialmente clínico, através da anamnese e do exame físico, e os critérios para definir a classificação operacional, ocorre através da análise do número de lesões cutâneas sendo as forma PB e MB.

O tratamento para a forma MB é constituído por quimioterápicos durante um período mínimo de 1 ano, estes causam inúmeros efeitos colaterais como as reações hansênicas. Esta advém das alterações do sistema imunológico causadas pela própria doença e podem surgir mesmo antes do diagnóstico da doença, durante e após a cura. As reações são caracterizadas por manifestações inflamatórias agudas nas lesões e nos nervos o que pode ocasionar incapacidades funcionais, se não detectadas e tratadas precocemente (BRASIL, 2010).

Assim, o diagnóstico das reações devem ser realizado rapidamente para evitar a presença de incapacidades. O diagnóstico é realizado através do exame físico geral e dermatoneurológico, essa ações são primordiais no monitoramento de comprometimento dos nervos periféricos e também para avaliar a efetividade da terapêutica anti-reacional para evitar as incapacidades (BRASIL, 2010). Alves, Ferreira e Ferreira (2014) pontuam a importância de orientar os pacientes acometidos pela hanseníase sobre os eventos adversos esperados e reacionais.

Assim, as medidas preventivas são essenciais para detectar casos precocemente, evitando alterações físicas e incapacidades, detectando casos na fase inicial PB, sendo que o tratamento é realizado em um tempo menor, e com menores chances de complicações reacionais. Outra medida importante é o controle dos contatos através da avaliação dermatoneurológica e a vacinação com BCG, segundo o Ministério da Saúde (MINAS GERAIS, 2007).

A vacina BCG está indicada para todos os contatos domiciliares, mesmo que eles não apresentem nenhum sinal ou sintoma de hanseníase, deve ser administrada no instante da avaliação, em contatos de casos PB ou MB. Deve ser realizada de acordo com o estado vacinal, para aqueles que não possuem cicatriz fazer uma dose de BCG, aqueles que apresentarem uma cicatriz fazer nova dose, e para os casos de duas cicatrizes considerar vacinado não sendo necessária outra dose (BRASIL, 2010).

Fonseca, *et al.*, (2015), afirma que a hanseníase é considerada um grave problema de saúde pública, necessitando de ações de controle a serem realizadas por uma equipe multidisciplinar, dando ênfase ao profissional enfermeiro que desempenha papel fundamental no programa de controle dessa doença.

Assim é sabido que a hanseníase em crianças e adolescentes causa grandes alterações físicas, emocionais e sociais, além de várias mudanças no cotidiano, desde atividades diárias até no laser, provocadas pelas manifestações clínicas da doença, efeitos adversos dos fármacos e pelo preconceito (MARINHO *et al.*, 2015). Percebe-se que este necessitam ser amparados por uma rede social composta por familiares, amigos e profissionais de saúde.

As redes se caracterizam por propriedades estruturais como tamanho, densidade, composição. Ela possui as funções de companhia social, acompanhando a pessoa para que não se sinta só; apoio emocional, consolando; guia cognitivo e conselhos, informando; regulação social, relembrando as normas sociais; ajuda material e de serviços; oferecendo bens materiais e acesso a novos contatos, introduzindo a pessoa

em outras redes de convívio (GUTIERREZ; MINAYO, 2008, SLUZKI, 2010, RIBEIRO; BASTOS, 2011).

Dessa forma Sluzki (2010) propõe a utilização do Mapa da Rede Social para a compreensão da estrutura e funcionamento das redes sociais. As redes sociais é uma abordagem dinâmica de representação das relações sociais e serviços que acolhem um determinado indivíduo (DUTRA *et al.*, 2013).

Ao analisar os Mapa da Rede Social dos adolescentes, percebe-se que apenas Carol refere vínculo fragilizado com os profissionais de saúde da Unidade Atenção Primária de Saúde (UAPS), o que evidencia a falta de apoio oferecida pelo serviço. O que contradiz o estudo de Fonseca, *et al.*, (2015), que afirma que os profissionais da Atenção Básica de Saúde (ABS), no cenário das Unidades Atenção Primária de Saúde, são uma potente estratégia para detectar casos precocemente e realizar campanhas voltadas para a prevenção e controle da hanseníase oferecendo apoio e informação.

Na ABS funciona a estratégia de saúde da família que possui equipes qualificadas como a Equipe de Saúde da Família (ESF), constituída por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por assistente social, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta, e demais profissionais com o objetivo de discutir os casos, e propor soluções através de intervenções para resolver os problemas identificados. (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012).

Para Fonseca *et al* (2015) o enfermeiro recebe destaque no atendimento dos pacientes acometidos pela hanseníase, estes atuam na comunidade com um agente essencial na promoção de qualidade de vida assegurando o tratamento específico e a prevenção de incapacidades, além de desenvolver ações de promoção à saúde.

Dessa forma Marinho *et al* (2015) declara que a enfermagem possui papel fundamental na assistência a pacientes acometidos pela hanseníase estabelecendo um vínculo de confiança entre o paciente e os serviços de saúde. Neste estudo percebe-se que os adolescentes que receberam apoio dos profissionais de saúde apresentaram maior conhecimento sobre a doença e consequentemente melhor adesão ao tratamento.

O diagnóstico da hanseníase na adolescência, fase de mudanças e de adaptações, necessita de apoio da rede social. No estudo houve predomínio da rede social pequena, este resultado evidencia o processo de isolamento social provocado pelo diagnóstico da doença. Sendo assim para Sluzki (2010), a rede social de tamanho médio composta por (oito a dez pessoas) é mais eficaz, capaz de promover uma melhor qualidade de vida, o que não corrobora com os dados encontrados neste estudo.

O relato da adolescente Carol infere que o conhecimento sobre a hanseníase é primordial para que seja realizado diagnóstico precoce da doença. O vínculo forte entre a adolescente e o Centro de Saúde de tratamento da hanseníase foi importante para esclarecer as dúvidas e assegurar o tratamento adequado, já o vínculo fragilizado com a UAPS ou UBS, evidencia a falta de apoio por parte deste serviço.

Percebe-se que a adolescente *Carol* não referência a presença de nenhum membro no campo de amizades o que não era esperado, visto que, esta fase da vida estimula a vivencia em grupos. Então podemos pensar que talvez ela viveu um processo de exclusão e isolamento social por medo do preconceito. O apoio da equipe de enfermagem é essencial, para aprimorar a assistência oferecida aos usuários (CARRIJO; SILVA, 2014).

Existe uma necessidade de alerta toda a sociedade para a identificação de presença de machas e áreas com perda de sensibilidade com vista a realizar diagnóstico precoce da doença. Este processo pode ser realizado através de palestras, e campanhas educativas, mostrando o que é a doença e que tem cura, para mudar o estima em relação à doença (MINAS GERAIS, 2007).

Uma possibilidade de gestão do cuidado destes adolescentes acometidos pela hanseníase e a utilização de ferramentas da ABS como a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto Território Saúde (PST). O PTS é um instrumento que possibilita o acompanhamento dos usuários da ABS de forma longitudinal, envolvendo os saberes de todos os profissionais da ESF e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família NASF, para avaliar e discutir os casos, e propor soluções através de intervenções singulares pautadas no atendimento integral e na clínica ampliada (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012).

Já o PST é um projeto de intervenção na comunidade, elaborado pela ESF e o NASF, com o objetivo de desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território com foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia dos usuários e comunidades (VERDI; FREITAS; SOUZA, 2012).

Assim Hori e Nascimento (2014), pontuam que os profissionais da ESF e do NASF vivenciam condições sociais duras e violentas, tendo que lidar com situações de adoecimento, devendo esses profissionais trabalhar de acordo com os princípios do SUS, para estruturar ações e transformar os acompanhamentos dos usuários em atendimento integral e longitudinal, através de ações e estratégias, visando prevenir agravos, e promover a saúde da família e da comunidade.

Assim, é efetivo elaborar PST voltado para prevenir e mesmo realizar diagnóstico de hanseníase na comunidade utilizando de parcerias com os membros da família, a escola, a comunidade e associações de bairros. O enfermeiro possui capacidades e habilidades específicas que proporciona competência para construir PST voltado para aspectos da hanseníase (CARRIJO; SILVA, 2014).

CONCLUSÃO

Na análise dos mapas de rede social dos adolescentes e jovens, com hanseníase, foi possível concluir que o enfermeiro deve utilizar o Projeto saúde no território e o Projeto terapêutico singular como ferramentas para assistir os adolescentes integralmente,

buscando compreender suas fragilidades para propor um plano assistencial singular e resolutivo.

Sendo assim o enfermeiro tem papel fundamental no controle da hanseníase, através de ações de saúde capazes de oferecer informação, e apoio, promovendo o cuidado integral a estes usuários durante o tratamento.

Portanto os serviços de saúde são responsáveis por diminuir ou mesmo erradicar o estigma da doença. Assim de certa forma a composição da rede social contribui para um maior conhecimento dos adolescentes sobre a hanseníase além de proporcionar auxílio no enfrentamento da doença e adversidades causadas por ela.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. D.; FERREIRA, I. N.; FERREIRA, T. L. **Hanseníase Avanços e Desafios**. Brasília: NESPROM, 2014.492 p.(Coleção PROEXT; 1).

BRASIL. Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico – operacional [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CARRIJO, F. L; SILVA, M. A. **Percepções do paciente portador de hanseníase no cotidiano familiar**. estudos, Goiânia, v. 41, especial, p. 59-71, out., 2014. Disponível em<file:///C:/Users/Meus%20Documentos/Downloads/3808-11000-1-PB.pdf>. Acesso em: 18 jan.2016.

DUTRA, M. L. *et al.* A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p. 1293-1304, Maio, 2013. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000500014&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 jan.2016.

FONSECA, I. F. *et al.* Importância do enfermeiro no controle do tratamento da hanseníase: revisão integrativa. Revista e- ciência. v.3, n.2, dezembro, 2015, p.97-106. Disponível em<http://www.fjn.edu.br/revista/index.php/eciencia/article/view/88/pdf_19>. Acesso em: 22 fev.2017.

GUTIERREZ, D. M. D; MINAYO, M. C. S. Família, redes sociais e saúde: O imbricamento necessário. **Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis, 25 a 28 de agosto de 2008.

HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 8, p.3561-3571, ago. 2014.

MINAS GERAES. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a Saúde do adulto: hanseníase**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 62 P.

MARINHO, D. M. *et al.* Hanseníase em menores de 15 anos: uma revisão bibliográfica. **REFACS-Revista Família, Ciclos de vida e saúde no contexto social**, V.3, n.2, p. 95-105, 2015. Disponível em: <http://www.ufmt.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article /vieW/ 1087/953>. Acesso em: 29 dez.2015.

MIRANDA, F. A. C; COELHO, E. B. S; MORÉ, C. L. O. O. **Projeto Terapêutico Singular: A Assistência na Atenção Básica**. Florianópolis. Editora: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso

de Especialização Multidisciplinar em Saúde da Família. 60p. 2012

OLIVEIRA, V. M. ASSIS, R. D. SILVA, C.C. Levantamento epidemiológico da hanseníase no nordeste brasileiro durante o período de 2001-2010. **Scire Salitus**, Aquiridabã, v.3, n.1, p. 16-27, 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.6008/ESS2236-9600.2013.001.0002>>. Acesso em: 29 dez.2015.

RIBEIRO, E. M. B. A.; BASTOS, A. V. B. Redes sociais interorganizacionais na efetivação de projetos sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 282-292, 2011.

RIBEIRO, G. C. *et al.* Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na microrregião de Diamantina - Minas Gerais. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**. v. 16, n4, p. 728-35, out/dez, 2014. Disponível em:<https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n4/pdf/v16n4a04.pdf>- doi: 10.5216/ree. v16i4.22371. Acesso 26 mai.2016.

SILVA, P. L. N. Perfil de conhecimentos sobre hanseníase entre moradores de uma Estratégia Saúde da Família. **Hansen Int.** v.37, n. 2, p. 31-39, 2012. Disponível em: <www.ilsl.br/revista/download.php?id=imageBank/v37n2a04.pdf> Acesso 26 mai.2016.

SLUZKI, Carlos E. Redes pessoais sociais e saúde: Implicações conceituais e clínicas de seu impacto recíproco. **Famílias, Sistemas e Saúde**, [s.l.], v. 28, n. 1, p.1-18, 2010.

VERDI, M. I. M; FREITAS, T. G; SOUZA, T. T. **Projeto de saúde no território** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; 1. ed. – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

USO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO BRASIL: UMA PESQUISA DE BASE POPULACIONAL

Tatiane de Souza Mançú

Universidade Federal da Bahia
Salvador, Bahia

Enilda Rosendo do Nascimento

Universidade Federal da Bahia
Salvador, Bahia

RESUMO: Os cuidados de enfermagem são fundamentais para o funcionamento de qualquer instituição de saúde. Sendo assim, estudar o uso do cuidado de enfermagem é importante para valorização da categoria profissional e para mostrar o impacto que esta causa na qualidade de vida das populações. Sendo assim, analisar o uso de cuidados de enfermagem em âmbito nacional foi o objetivo deste estudo. Método: estudo de corte transversal, base populacional a partir de dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Na análise, foi utilizado teste estatístico de associação de variáveis e de aderência considerando $p < 0,05$. Resultados: os cuidados de enfermagem apareceram pela primeira vez em uma pesquisa de saúde em âmbito nacional e foram referidos apenas: vacinação, consulta pré-natal, injeção, curativo, medição de pressão arterial, parto natural, atendimento por parteira, apareceu também a atuação da agente comunitária de saúde mas este como

serviço supervisionado pela enfermeira. Foi observado que apesar de ter sido relatado poucos dos cuidados que a enfermagem realiza, dos cuidados referidos a população autoreferiu positivamente a sua saúde, principalmente nos cuidados reprodutivos e de vacinação.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Saúde e Gênero. Desigualdade Racial em Saúde. Saúde.

ABSTRACT: Nursing care is fundamental to the functioning of health institution. Thus, studying the use of nursing care is important for valuing the Professional category and to show the impact that this cause in the quality of life of the populations. Thus, analyzing the use of nursing care nationwide was the objective of this study. Method: Cross-sectional study, population base based on secondary data from the National Health Survey 2013. In the analysis, a statistical test of association of variables and adherence was used, considering $p < 0.05$. Results: Nursing care first appeared in a nationwide health survey and were referred to: vaccination, prenatal consultation, injection, dressing, blood pressure measurement, natural childbirth, attendance by midwife, appeared Also the action of the Community health agent but this as a Vaccination, prenatal consultation, injection, dressing, measurement of blood pressure, natural childbirth, attendance by

midwife, also appeared the performance of the Community health agent but this as a service supervised by the nurse. it was observed that, of the care referred to the population, it positively injured their health, especially in reproductive and vaccination care.

KEYWORDS: Nursing. Health and gender. Racial inequality in health. Health.

1 | INTRODUÇÃO

A enfermagem é considerada como uma profissão histórica da saúde, voltada para o cuidado das pessoas. E, contribui, permanentemente, com a produção de conhecimentos capazes de preservar a vida em sua plenitude (PIRES, 2009, p. 743-744).

Quanto à atuação das enfermeiras no Brasil, o seu papel se tornou mais visibilizado, valorizado e sua autonomia consolidada a partir da criação do SUS com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). As principais atribuições dessas profissionais, nesse nível da atenção, estão o planejamento e execução das ações no âmbito da saúde coletiva, supervisão da assistência direta à população, realização de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, mediação de ações intersetoriais, gerenciamento dos serviços de saúde, desenvolvimento de educação em saúde e educação permanente. Ressalta-se ainda que a atuação da enfermeira no contexto da atenção primária à saúde e da ESF vai além do modelo biomédico e medicalizante antes centrado apenas no médico e na doença (REGIS et al, 2015).

O Ministério da Saúde preconiza papéis para a enfermeira na ESF como: acompanhar e promover a capacitação das agentes e auxiliares, ser co-responsáveis pela administração da unidade, e ainda desempenhar um papel fundamental nas ESF's, acompanhar e supervisionar o trabalho, realizar capacitações e educação continuada das Agentes Comunitárias de Saúde e auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2001). Mas também, atuam na assistência com ênfase na promoção da saúde realizando cuidados diretos de enfermagem, como indicação para a continuidade da assistência prestada; realização de consultas de enfermagem, solicitação de exames complementares, prescrição/transcrição de medicações (GARCIA et al, 2010).

Todo esse amparo legal do exercício da enfermagem brasileira se encontra na lei nº 7498 de 25 de junho de 1986, que dentre os direitos garantidos para a enfermagem, destaca-se a consulta de enfermagem, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de Saúde Pública, contidos no art. 11 desta lei, e o papel de profissionais de nível técnico e elementar, supervisionado pela enfermeira, referidos no art. 15 desta lei.

A implementação do cuidado em enfermagem mediado pelas relações interpessoais de diálogo, escuta, humanização e respeito é um desafio. Esse cuidado na atenção básica de saúde é relevante já que representa a porta de entrada para o

acesso ao SUS (ACIOLI et al, 2014).

Vale salientar que a utilização dos cuidados em saúde por meio de serviços é o centro do funcionamento do sistema de saúde. E, “uso” se refere ao contato direto das pessoas com profissionais de saúde, seja por consultas médicas ou com outras profissionais, mas também se refere às hospitalizações ou ao contato indireto a partir da realização de exames preventivos e diagnósticos (TRAVASSOS et al, 2004).

Há alguns determinantes para a procura por cuidados de saúde, são elas: interação entre a disponibilidade de serviços, fatores demográficos, socioeconômicos, psicológicos, e dos perfis de morbidade (MENDOZA-SASSI et al, 2003).

No quesito sociodemográfico, há desigualdades na utilização dos serviços médicos no que se refere a: ser mulher, ter baixa escolaridade e baixa renda (BASTOS, 2011). A discriminação objetiva limitar diferentes oportunidades sociais englobando diversos campos que envolvem padrões sociais como o poder aquisitivo, a ascendência racial e pertencimento étnico, por exemplo (ABREU et al, 2011).

Nesse contexto, vale ressaltar para as atuações das mulheres organizadas ao longo do tempo, sempre engajadas em busca de mudanças sociais com ativa participação em movimentos feministas, sindicais e outros. Assim, com “a ampliação da democratização da sociedade e a universalização de direitos e políticas da Constituição de 1988, as mulheres desafiaram a forte desigualdade que caracterizava sua inserção social e produtiva” (BRASIL, 2016).

A ESF é fruto das lutas da sociedade civil organizada e após a sua implantação foi capaz de materializar e garantir a equidade, princípio fundamental do SUS, e assim garantir o alcance da saúde para todos aqueles que mais necessitam de cuidados (ANDRADE et al, 2015).

Entretanto, mesmo com diversos movimentos sociais negros desde a década de 80, que preconizavam o fim das desigualdades raciais, melhores condições para essa população e mesmo com as diversas políticas, leis e decretos existentes para o fim do racismo na sociedade, ainda hoje a existência das desigualdades sociais relacionadas ao quesito raça e cor é gritante (BRASIL, 2011). Sobre essas questões de discriminação racial, políticas de caráter afirmativo a favor da igualdade racial no Brasil (TRAVASSOS et al, 2011) vem sendo monitoradas pela sociedade civil organizada.

Há também alguns autores que estudam a relação do serviço de saúde com autoavaliação do estado de saúde na literatura nacional e internacional. A utilização de serviços de saúde bucal/odontológica, por exemplo aparece em vários estudos, englobando diversas desigualdades ao avaliar o estado de saúde (PETARLI et al, 2015).

Na União Europeia em 2013 foi identificado avaliação positiva da saúde relacionada aos homens e que em todos os 28 Estados - Membros da União Europeia, exceto o Reino Unido, não mostrou diferenças entre os sexos (EUROSTAT, 2015).

Contudo, na população brasileira não houve realização de estudos que

analisassem a autopercepção do estado de saúde com o uso dos cuidados de enfermagem em âmbito nacional que tivesse um olhar com perspectiva de diferenciais raciais, de sexo e/ou de autopercepção do estado de saúde com o uso de cuidados de enfermagem.

Sendo assim, o estudo objetiva analisar o uso de cuidados de enfermagem no Brasil, segundo diferenciais raciais, de sexo, e de autopercepção do estado de saúde.

2 | METODOLOGIA

2.1 Desenho de estudo

Estudo de corte transversal, de base populacional.

2.2 Fonte dos dados

Foram utilizados dados secundários provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada no ano de 2013, pelo IBGE, em convênio com o Ministério da Saúde e divulgada a partir de outubro de 2014 (IBGE, 2014).

2.3 Informações da Pesquisa Nacional de Saúde 2013

Desde a sua concepção, a PNS tem como um dos principais objetivos fornecer informações para a formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde do SUS, alinhadas às estratégias do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011).

Investigou-se, particularmente, na PNS, a autopercepção de saúde, indicador que tem sido utilizado, nacional e internacionalmente, para estabelecer diferenças de morbidade em subgrupos populacionais, comparar necessidades de serviços e recursos de saúde por área geográfica, bem como para calcular outros indicadores de morbi-mortalidade, como a esperança de vida saudável.

A população dessa pesquisa é constituída por residentes em domicílios particulares permanentes do território nacional, dividido nos setores censitários da Base Operacional Geográfica de 2010, excluídas áreas com características especiais e com pouca população.

2.4 Acesso aos dados

Os dados deste estudo foram obtidos por meio de acesso aos arquivos de microdados da PNS, disponíveis de modo gratuito e livre na página do IBGE na internet, de acordo com o seguinte caminho: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/>

2.5 População do estudo

A amostra é constituída pela população brasileira moradora de domicílios particulares permanentes pertencentes a todo o território nacional que utilizou cuidados de enfermagem, identificados como: consulta pré-natal realizada pela Enfermeira; vacinação; injeção, medição da pressão arterial, curativo, que não estão incluídos nas consultas de enfermagem, médicas e de demais profissionais. Inclui-se, ainda, o parto realizado pela Enfermagem, atendimento com agente comunitária de saúde e atendimento com parteira, entendendo-se que as atividades das últimas são planejadas, supervisionadas e avaliadas pela enfermeira.

2.6 Variáveis do estudo

Dentre as variáveis, foi definida como variável dependente/de desfecho: utilização de cuidados de enfermagem. Como variáveis independentes foram definidas: sexo, raça/cor e estado de saúde; para verificar se existe associação com os cuidados de enfermagem.

2.7 Análise dos dados

Para análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico SPSS. O teste estatístico utilizado foi o chi-quadrado de Pearson nas versões aderência e independência.

O teste de aderência foi calculado para analisar somente a utilização dos seguintes cuidados de enfermagem: consulta pré-natal e de parto natural. Mas também foi utilizado para analisar as variáveis sexo, cor/raça e autopercepção do estado de saúde.

O teste chi-quadrado de independência, para analisar a associação entre as “variáveis sociodemográficas (sexo e raça/cor)” e a “variável percepção do estado de saúde” com a variável “utilização dos cuidados de enfermagem” que engloba os seguintes cuidados: “vacinação em crianças menores de dois anos; injeção, curativo, medição de pressão arterial; atendimento com parteira; atendimento com agente comunitário de saúde e vacinação para maiores de 2 (dois) anos”. Foi considerado $p < 0,05$.

2.8 Aspectos éticos

Estudo de dados secundários da PNS 2013, disponíveis na internet e acesso público. Desse modo, não foi necessário submetê-la a um Comitê de Ética em Pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 6917 pessoas utilizaram os cuidados de enfermagem no Brasil em 2013. Sendo que foi um total de 6 intervenções de enfermagem assim como o atendimento com agente comunitária. Dentre as intervenções consideradas nesse estudo, a vacinação apareceu como a mais frequente com percentual de 74,2% (n=5142) para crianças menores de 2 anos e 6,1% (n=421) para a população maior de 2 anos. A consulta pré-natal com 8,5% (n=575) foi o segundo cuidado mais usado pela população brasileira, seguido da Injeção, curativo e medição de pressão arterial 6,1% (n=421), Parto Natural realizado pela Enfermagem 3,3% (n=230), Atendimento com Agente Comunitária de Saúde 1,6% (n= 109) e por ultimo 0,2% atendimento com parteira (n=19), respectivamente.

O Programa Nacional de Imunização tem alta cobertura no Brasil, e se concretiza no ato da vacinação, atribuição da enfermagem, o que justifica o cuidado vacinação ser mais frequente. De fato, em 2013, segundo dados divulgados pela PNS, era esperada cobertura de 80% para essa população (Pesquisa Nacional de Saúde, 2014).

Nos últimos tempos, o Brasil tem investido na redução de doenças preveníveis por meio de vacinação (BARRETO et al, 2011). No ano de 2011, as crianças brasileiras menores de 1 ano foram também as mais vacinadas (DOMINGUES et al, 2013). Vale ressaltar que conhecer a cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano é fundamental para a vigilância epidemiológica. Esta que monitora e verifica o número de indivíduos suscetíveis a doenças, mas também, fiscaliza a possibilidade de interrupção da transmissão das doenças imunopreveníveis (MORAES et al, 2000).

Quanto a variável sexo, e considerando a população geral que utilizou os cuidados de enfermagem, foi observado que do total de cuidados dispensados à população, 56,3% (3893), foram utilizados pela população feminina, e 43,7% pelas pessoas do sexo masculino. Quanto ao sexo, a vacinação em menores de 2 anos foi mais prevalente no sexo masculino atendidas em um centro de saúde no município de Raposa no Estado do Maranhão (RODRIGUES et al, 2014).

De 2011 a 2014, a taxa de mortalidade infantil caiu 5,2% no Brasil devido a um conjunto de medidas adotadas como o aumento do acesso ao pré-natal. No total, 334 crianças a menos morreram antes de completar 1 ano de idade nesse período (UNICEF, 2016).

Analizando separadamente cada cuidado, o uso de injeção, curativo e medição da pressão arterial foi maior pelas pessoas do sexo masculino (48,6%) quando comparado com o sexo feminino (38,8%).

No quesito raça/cor, 59,7% é o percentual da população negra (parda/preta) que usou os cuidados de enfermagem em âmbito nacional sendo mais prevalente em todos os cuidados. Vale ressaltar que os cuidados mais utilizados pela população negra foram a consulta pré-natal (69,4%) e o parto natural (68,7%). Nos demais cuidados a associação com raça/cor não foi significante (apresentaram $p>0,05$).

A preponderância de pessoas negras, receptoras de cuidados de enfermagem converte essa prática em fenômeno que deve nos deixar alertas às possibilidades de identificarmos o racismo institucional e o combate, pois, há evidências da existência de discriminação racial em situações de atendimento em saúde. Nos Estados Unidos, estudo realizado em 2016, refere que quanto maior a frequência de visitas aos cuidados em saúde maior a pontuação de discriminação (FAZELI DEHKORDY, 2016).

E na avaliação do estado de saúde foi evidenciado uma autopercepção positiva de saúde, para a vacinação de crianças menores de 2 (dois) anos, a consulta pré-natal e o parto natural.

As pessoas mais velhas tendem a avaliar a sua saúde como pior, sendo essa uma condição importante no fenômeno, havendo evidências que a autoavaliação de saúde piora com o avanço da idade (MEIRELES, 2014).

O perfil dos indivíduos que avaliam ruim a saúde pode indicar um perfil das pessoas mais prováveis de procurar pelos cuidados em saúde (PAVÃO et al, 2013).

Isso significa que a Enfermagem atende majoritariamente a população de maior vulnerabilidade, que depende unicamente do SUS, atendendo por meio da Estratégia de saúde da família, atenção básica e cumprindo a política e programa de atenção básica, promoção da saúde, saúde sexual e reprodutiva bem como os objetivos do desenvolvimento do milênio 2011-2022 que é redução da mortalidade materna e infantil.

Desse modo, demonstramos o quanto a Enfermagem beneficia o país, atendendo de forma universal e também equânime, destacando a população negra a que mais utiliza esse cuidado, e isso pode justificar a autopercepção positiva do estado de saúde dessas gestantes atendidas pela Enfermeira.

A utilização do atendimento com agente comunitária de saúde no Brasil, segundo resultados deste estudo, foi maior na população negra, sexo feminino.

Conforme a Política de Atenção Básica – PNAB, as ACS's devem acompanhar as famílias com problemas de saúde, mas também checar as condicionalidades dos programas de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades que como já dito anteriormente, exigem calendário vacinal preenchido de forma completa e correta bem como consulta pré-natal para as gestantes (BRASIL, 2012). Desse modo, sendo um intermediador entre o serviço de saúde e a comunidade, função de grande destaque (BARBOSA; DANTAS, 2013).

4 | CONCLUSÃO

Agir no combate às disparidades na utilização de serviços de saúde é crucial para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Sendo assim, a enfermagem como categoria profissional com mais sensibilidade as questões de gênero e raça, e por estar em contato direto com as populações precisa

ser olhada de forma mais valorizada, e receber mais investimentos governamentais a fim de promover uma melhor qualidade de vida para as pessoas.

REFERENCIAS

- ABREU, Maria Aparecida A.; BONETTI, Alinne de Lima. **Faces da desigualdade de gênero e raça no Brasil** / organizadoras: Alinne de Lima Bonetti, Maria Aparecida A. Abreu. – Brasília: Ipea, 2011. 160 p. : gráfs. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_facesdadesigualdade.pdf>. Acesso em: 10 jul 2015.
- ACIOLI, Sonia; KEBIAN, Luciana Valadão Alves; FARIA, Magda Guimarães de Araujo; FERRACCIOLI, Patrícia Ferraccioli; CORREA, Vanessa de Almeida Ferreira. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-42, set./out. 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>. Acesso em: 10 jul 2015.
- ALMEIDA, Lígia Moreira; CALDAS, José Peixoto; AYRES_DE_CAMPOS, Diogo; DIAS, Sónia. Assessing maternal healthcare inequities among migrants: a qualitative study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p.333-340, fev. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0333.pdf>>. Acesso em: 25 mar 2015.
- ANDRADE, Mônica Viegas; NORONHA, Kenya; BARBOSA, Allan Claudius Queiroz; ROCHA, Thiago Augusto Hernandes; SILVA, Núbia Cristina da; CALAZANS, Júlia Almeida; SOUZA, Michelle Nepomuceno; CARVALHO, Lucas Resende de; SOUZA, Aline. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1175-1187, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1175.pdf>>. Acesso em: 12 abr 2015.
- BARBOSA, Loeste de Arruda; DANTAS, Ticiano Magalhães. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre saúde da família, saúde, promoção da saúde e seu papel social. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 73-81, 2013. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1829/2481>. Acesso em: 20 mar 2017.
- BARRETO, Mauricio L.; TEIXEIRA, M. Gloria; BASTOS, Francisco I.; XIMENES, Ricardo A. A.; BARATA, Rita B.; RODRIGUES, Laura C. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **Saúde no Brasil 3. The Lancet** [periódico na internet]. v. 9, p. 47-60. mai. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_3.pdf . Acesso em: 20 mar 2017.
- BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; ZANCHETTA, Luane Margarete; MOURA, Erly Catarina de; MALTA, Deborah Carvalho. Autoavaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2009, v. 43, suppl.2, p. 27-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900005. Acesso em: 19 ago 2015.
- BASTOS, Gisele Alsina Nader; DUCA, Giovâni Firpo Del; HALLAL, Pedro Curi; SANTOS, Iná S Santos. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 475-84, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2332.pdf>. Acesso em: 20 ago 2015.
- BORGEAUD-GARCIANDÍA, Natacha. *Aproximaciones a la teoría del care. Debates pasados. Propuestas recientes en torno al care como trabajo.* **Revista Latinoamericana de Estudios del trabajo**, Buenos Aires, v. 2, n. 22., p.137-156. 2009. Disponível em: http://relet.iesp.uerj.br/Relet_22/art7.pdf. Acesso em: 06 abr 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília(DF): 2001.128p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il.

BRASIL. Mais igualdade para as mulheres brasileiras: caminhos de transformação econômica e social – Brasília: ONU Mulheres- Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres, 2016. Disponível em: https://issuu.com/onumulheresbrasil/docs/mais-igualdade-para-as-mulheres-bra_50278a175c9324. Acesso em: 04 Mai 2017.

BRASIL, Sandra Assis. **A política de saúde da população negra do Brasil**: atores políticos, aspectos étnicos-raciais e principais tensões do campo. Dissertação. Universidade Federal da Bahia – Salvador, 2011. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/pesquisaracaesaude/dissertao-sanbrasilpoliticaspnversofinalentregaposficha-130901224701phpapp01>>. Acesso em: 09 set 2015.

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; BARRAL, Fanny Eichenberger; RODRIGUES, Quessia Paz; SANTOS, Carla Cristina Carmo dos; ARAÚJO, Edna Maria de. Racial discrimination in reproductive health care from women's perspective. **Text Context Nursing**, Florianopolis, v. 22, n. 2, p. 285-92, abr./jun 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16719/1/Patr%C3%ADcia%20Mall%C3%BA%20Lima%20Domingues.pdf>>. Acesso em: 12 set 2015.

EUROSTAT - Statistical Office of the European Union. **Situated main statistical findings**: Self-perceived health, in Apr. 2015. Disponível em: <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Self-perceived_health_statistics&oldid=241773>. Acesso em: 23 out 2015.

FAZELI DEHKORDY, Soudabeh; HALL, Kelli S.; DALTON, Vanessa K.; CARLOS, Ruth C. *The Link Between Everyday Discrimination, Healthcare Utilization, and Health Status Among a National Sample of Women. J Womens Health (Larchmt)*, v. 25, n. 10, p.1044-1051, Oct. 2016.

GARCIA, Selma Aparecida Lagrosa; GARCIA, Sidney Antonio Lagrosa; LIPPI, Umberto Gazi. A necessidade de inserção do enfermeiro obstetra na realização de consultas de pré-natal na rede pública. **Einstein**, v. 8, n. 2, p. 241-7, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt1679-4508-eins-8-2-0241.pdf>. Acesso em 25 abr 2017.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a04v37n99.pdf>. Acesso em: 06 abr 2016.

MEIRELES, Adriana Lúcia. Autoavaliação da saúde em adolescentes e adultos, estudo saúde em Beagá. Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Belo Horizonte – MG. 2014 (Tese).

MENDOZA-SASSI, Raúl; BERIA, Jorge U.; BARROS, Aluísio J.. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Rev Saude Publica**. v. 37, n. 3, p. 372-8, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300017. Acesso em: 09 set 2015.

MORAES, José Cássio de; BARATA, Rita de Cássia Barradas; RIBEIRO, Manoel Carlos de Sampaio de Almeida; CASTRO, Paulo Carrara de. Cobertura vacinal no primeiro ano de vida em quatro cidades do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 8, n. 5, 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n5/3626>. Acesso em: 10 jun 2017.

MOHAMMAD, Ali; VU, Dinh Thiem; JIN-KYUNG, Park; RION, Leon Ochiai; DO GIA, Canh; M. Carolina Danovaro-Holliday, Linda M. Kaljee, John D. Clemens, Camilo J. Acosta *Geographic analysis of vaccine uptake in a cluster-randomized controlled trial in Hue, Vietnam Original Research. Article Health & Place*, v. 13, issue 3, p. 577-587, Sep. 2007. Disponível em: <http://www>

PAVÃO, Ana Luiza Braz, WERNECK, Guilherme Loureiro, CAMPOS, Mônica Rodrigues. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.4, p. 723-734, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400010>. Acesso em: 13 out 2015.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 181 p.

PETARLI, Glenda Blaser; SALAROLI, Luciane Bresciani; BISSOLI, Nazaré Souza; ZANDONADE, Eliana. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados: um estudo em trabalhadores bancários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 787-799, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400787>. Acesso em: 16 out 2015.

PIRES, Denise. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2009 set-out; 62 (5):-44 739-44. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>>. Acesso em: 03 abr 2016.

RODRIGUES, Taciana Sá Oliveira; COSTA, Diego Raí de Azevedo; RAMOS, Aline Sharlon Maciel Batista; FERRO, Thiago Azevedo Feitosa. Situação vacinal de crianças menores de dois anos atendidas em um centro de saúde do município de Raposa – Maranhão, Brasil. **Rev. Investig. Bioméd.**, São Luís, v. 6, p. 60-70, 2014.

TABB, Karen M., LARRISON, Christopher R., CHOI, Shinwoo; HUANG, Hsiang. *Disparities in Health Services Use Among Multiracial American Young Adults*. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 18, n. 6, p. 1462-1469, 2016. Disponível em: <https://experts.illinois.edu/en/publications/disparities-in-health-services-use-among-multiracial-american-you>. Acesso em: 13 mai 2017.

TRAD, Leny Alves Bomfim; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; GUIMARÃES, Maria Clara da Silva. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 1007-13, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/10.pdf>>. Acesso em: 12 mar 2015.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco; PINHEIRO, Rejane; BRITO, Alexandre. Utilização dos serviços de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health**, v. 11, n. 5/6, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10721.pdf>. Acesso em: 10 mar 2017.

TRAVASSOS, Claudia; BAHIA, Ligia. Qual é a agenda para o combate à discriminação no SUS? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 204-205, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/01.pdf>>. Acesso em: 19 out 2015.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup 2:S190-S198, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>. Acesso em: 12 mar 2015.

UNICEF. Relatório Anual UNI. UNI – Relatório anual do unicef Brasil. **O que fizemos em 2016**. Ano 13 • nº 36 • Janeiro de 2017. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/UNI2016.pdf> . Acesso em 26 Abr 2017.

UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO PÓS-EXPOSIÇÃO A MATERIAIS BIOLÓGICOS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Bruna Furtado Sena De Queiroz

Faculdade integral diferencial FACID WYDEN – TERESINA- PIAUI

Maycon Teyllon Rodrigues De Carvalho

Faculdade integral diferencial FACID WYDEN – TERESINA- PIAUI

Eronice Ribeiro De Moraes Araujo

Docente da Faculdade integral diferencial FACID WYDEN – MESTRE EM ENFERMAGEM PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ UFPI TERESINA- PIAUI

Yanca Ytala Gonçalves Roza

Faculdade integral diferencial FACID WYDEN – TERESINA- PIAUI

Jayris Lopes Vieira

Faculdade integral diferencial FACID WYDEN – TERESINA- PIAUI

Maria Francinete Do Nascimento Silva

Faculdade integral diferencial FACID WYDEN – TERESINA- PIAUI

Naya Thays Tavares De Santana

Faculdade integral diferencial FACID WYDEN – TERESINA- PIAUI

Matheus henrique da silva lemos

Faculdade integral diferencial FACID WYDEN – TERESINA- PIAUI

e outros fluídos corporais que podem estar contaminados. O protocolo de condutas pós-exposição ocupacional estabelece medidas de atendimento inicial aos profissionais que sofram exposição a material biológico com risco de soroconversão. Este estudo teve como objetivo geral analisar a utilização do protocolo pós-exposição a materiais biológicos em um hospital de urgência de Teresina-PI. O mesmo possui caráter retrospectivo, analítico, documental e abordagem quantitativa. Foi desenvolvida em um hospital de urgência de Teresina-PI, onde foram utilizadas as fichas de notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), referentes aos acidentes com exposição a material biológico, para a coleta dos dados, pertinentes à pesquisa, que foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2016. O estudo possibilitou analisar o perfil dos acidentes. Em relação ao seguimento do protocolo pós-exposição observou-se que 28 casos (27, 8%) foram apenas notificados, configura a taxa de abandono, 1 caso (1, 0%) foi acompanhado por 6 semanas, 1 caso (1, 0%) foi acompanhado por 3 meses e 67 casos (69, 1%) foram acompanhados por 6 meses. Espera-se que a pesquisa possa contribuir na sensibilização dos profissionais de saúde em relação à comunicação de acidentes de trabalho, ao uso de EPIs e ao seguimento do protocolo de condutas pós-exposição, e ainda

RESUMO: Os profissionais da saúde manuseiam e utilizam diariamente materiais perfurocortantes que entram em contato diretamente com sangue

na divulgação do conhecimento produzido sobre a referida temática.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Exposição ocupacional. Material biológico.

ABSTRACT: Healthcare workers use sharps tools daily that come into contact directly with blood and other body fluids that may be contaminated. The occupational post-exposure protocol establishes initial care measures to professionals who have biological material exposure with seroconversion risk. This study had as general objective to analyze the use of post-exposure biological materials protocol in an emergency hospital from Teresina-PI. It was a retrospective, analytical, documentary study with quantitative approach. It was carried out in an emergency hospital in Teresina-PI, where the DISN (Diseases Information System Notification) notification files regarding accidents involving biological material exposure, were used to collect the data. It was carried out January and February 2016. The study made it possible to analyze the characteristics of accidents. regarding the follow-up of post-exposure protocol , 28 cases (27, 8%) were only notified sets the dropout rate, 1 case (1, 0%) was followed for 6 weeks, 1 case (1, 0%) was followed for 3 months and 67 cases (69, 1 %) were followed for 6 months. It is expected this survey can contribute to the awareness of health professionals in relation to the statement of work accidents, to the use of PPE and the post-exposure protocol use in the institution, and still, to the knowledge dissemination produced about the survey thematic.

KEYWORDS: Health. Occupational exposure. Biological material.

1 | INTRODUÇÃO

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) divulga em média a ocorrência anual de 384.325 casos de exposição percutânea a material biológico envolvendo trabalhadores da área de saúde em hospitais norte-americanos. No Brasil, os dados sobre esse agravo ainda são muito escassos em decorrência da subnotificação. Para se ter uma ideia, no período compreendido entre 2007 e 2009, o Ministério da Saúde (MS) quantificou apenas 50.897 notificações. Esses dados mostram que é imperativa a necessidade de se investir em pesquisas nesta área (OLIVEIRA; GONCALVES, 2010).

Na área da saúde, os profissionais com os maiores riscos à infecção por acidente com perfurocortantes são aqueles diretamente envolvidos na assistência ao paciente. Enquadram-se nesse perfil os trabalhadores de serviços de saúde, como hospitais, unidades básicas de saúde, clínicas e consultórios médicos e odontológicos, banco de sangue, centro de hemodiálise, laboratório de análises clínicas, centros de pesquisa e serviços de emergência, incluindo-se o pessoal das equipes de limpeza e lavanderia (SANTOS et al., 2013).

Além dessas medidas de prevenção à exposição de material biológico, também foi instituído o protocolo de condutas pós-exposição ocupacional, que estabelece

medidas de atendimento inicial aos profissionais que foram expostos à material biológico com risco de soroconversão, orientação e seguimento dos mesmos, uso de quimioprofilaxia e notificação de casos. Ele ainda aponta alguns parâmetros que devem ser considerados pelos serviços de saúde, como a capacidade de atender e seguir os acidentados com risco de soroconversão por, no mínimo, seis meses (BRASIL, 2009).

Assim, embora nos últimos anos a sociedade brasileira tenha avançado significativamente neste aspecto, observa-se, ainda, que eventualmente os profissionais de saúde não incorporam regularmente medidas preventivas na sua prática clínica, por não reconhecerem a vulnerabilidade à infecção e os riscos ocupacionais os quais estão expostos. Portanto, surgiu o seguinte questionamento: os profissionais de saúde do Hospital de Urgência de Teresina - PI (HUT) utilizam corretamente o protocolo pós-exposição a materiais biológicos?

Para responder a tal questionamento, esta pesquisa traçou como objetivo geral: analisar a utilização pelos profissionais de saúde do protocolo pós-exposição a materiais biológicos no Hospital de Urgência de Teresina-PI; e como objetivos específicos: caracterizar os acidentes com perfurocortantes com material biológico; avaliar o seguimento dos casos notificados; calcular a taxa de abandono do protocolo.

A motivação para a realização deste estudo surgiu da observação empírica da atuação destes profissionais de saúde, principalmente no setor de emergência desse hospital, no qual se pôde observar que muitos trabalhadores usam inadequadamente os equipamentos de proteção individual, se expondo indevidamente a acidentes com material biológico, e que muitas vezes não notificam o evento aos setores responsáveis, não sendo aberto, assim, o protocolo de pós-exposição a material biológico.

Nesse sentido, espera-se que esse estudo possa contribuir na sensibilização dos profissionais de saúde em relação à comunicação de acidentes de trabalho, ao uso de EPIs e ao seguimento do protocolo de condutas pós-exposição existente na instituição, e ainda na divulgação do conhecimento produzido sobre a referida temática.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Procedimentos Éticos

A pesquisa se tratou de um estudo que envolveu indiretamente seres humanos, então a mesma obedeceu aos aspectos da Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. O projeto foi encaminhado à instituição que foi cenário do mesmo para aprovação. Logo, após autorização foi enviado para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil e da Faculdade Integral Diferencial-FACID/Devry sob o protocolo N° 49391915500005211. Sendo assim, foram utilizados termos que possibilitem a realização desse estudo como o Termo de Consentimento da Instituição (TCI) e o Termo de Consentimento para Uso de Dados (TCUD).

2.2 Tipo de Pesquisa

O estudo é do tipo retrospectivo, analítico, documental e com abordagem quantitativa.

2.3 Cenário e Amostra do Estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital de urgência localizado na zona Sul do município de Teresina-PI. Os critérios de escolha do cenário foram: o tipo de atendimento prestado; a grande quantidade de profissionais de saúde e de pacientes e a complexidade dos cuidados necessários. Todos esses critérios são fatores que aumentam o risco de ocorrência de acidentes com exposição a materiais biológicos.

Foram utilizadas neste estudo as fichas de notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), referentes aos acidentes ocupacionais com exposição a material biológico, para o cálculo da amostra.

Foram incluídas nesta pesquisa somente as fichas referentes ao período compreendido entre 2014 a 2015. Foram excluídas aquelas que não contemplaram as informações necessárias para o preenchimento do instrumento de coleta de dados da pesquisa.

2.4 Coleta de Dados

A coleta dos dados aconteceu nos meses de janeiro e fevereiro de 2016, na qual se utilizou como instrumento de coleta um questionário com perguntas fechadas (Apêndice G) que atende aos objetivos da pesquisa.

2.5 Organização e Análise dos Dados

Os dados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2010, onde os mesmos foram submetidos à avaliação conforme o preconizado pelos métodos da estatística descritiva. Para a avaliação da correlação das frequências com as variáveis estabelecidas, os mesmos foram submetidos ao Teste Qui-Quadrado, com Intervalo de Confiança de 95%, sendo estabelecida a significância em $p < 0,05^*$ e para tanto os mesmos foram transferidos para o programa estatístico R i386 3.2.2, sendo os mesmos apresentados em tabelas e gráficos frequentistas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada através da coleta dos dados de 97 fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), referentes à notificação de acidentes

ocupacionais por exposição a material biológico ocorridos no biênio 2014 a 2015, arquivadas no setor da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) do Hospital de Urgência de Teresina (HUT).

De acordo com os dados observados no Gráfico 1, houve uma maior incidência da ocorrência de acidentes com perfurocortantes nos meses de setembro (22, 45%), no ano de 2014, e agosto (20, 83%) em 2015.

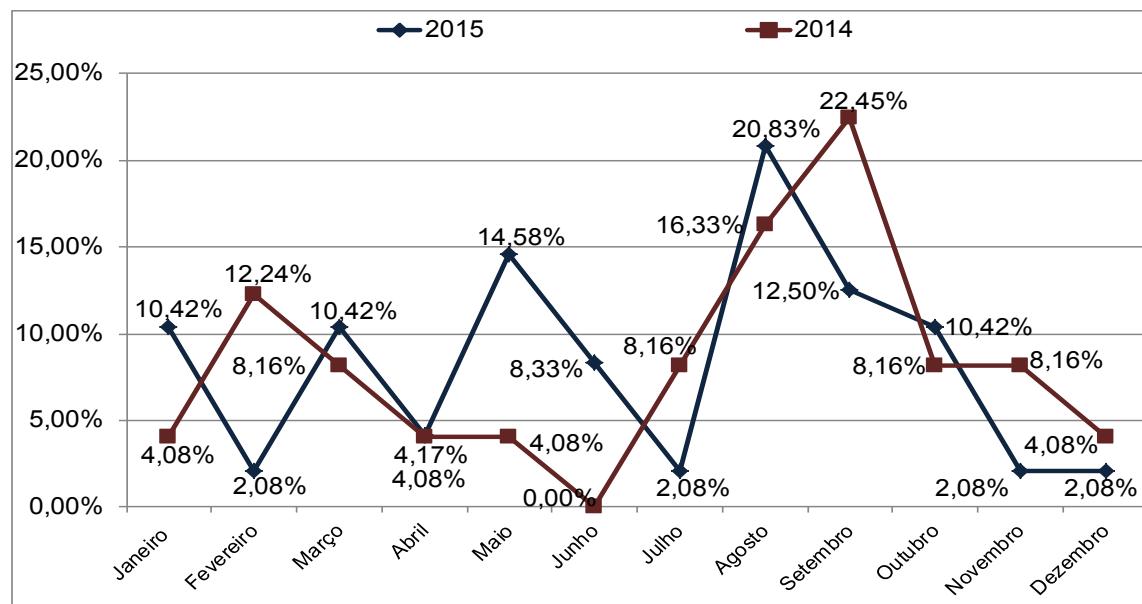


Gráfico 1 - Avaliação da frequência da incidência de acidente com perfurocortantes em profissionais da área de saúde em um hospital de urgência de Teresina, no período dos anos 2014 e 2015. Legenda: $p = 0,9456$ para p teste Qui-quadrado com IC de 95% e significância em $p < 0,05$. Teresina, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.

Provavelmente, a incidência de acidentes aumenta em períodos que predominam os números de internações hospitalares, devido ao maior número procedimentos a serem realizados e, consequentemente, maiores riscos de ocorrência dos mesmos. Cavalcante et al. (2013) afirmam que a frequência de manuseio de materiais perfurocortantes pelos profissionais de saúde tem influência direta sobre o risco de acidentes e a consequente exposição.

De acordo com os dados do Gráfico 2, referente à frequência de acidentes com perfurocortantes relacionados ao gênero dos profissionais acidentados, percebe-se que há prevalência no gênero feminino, correspondendo a 81, 4% (79) do total dos casos.

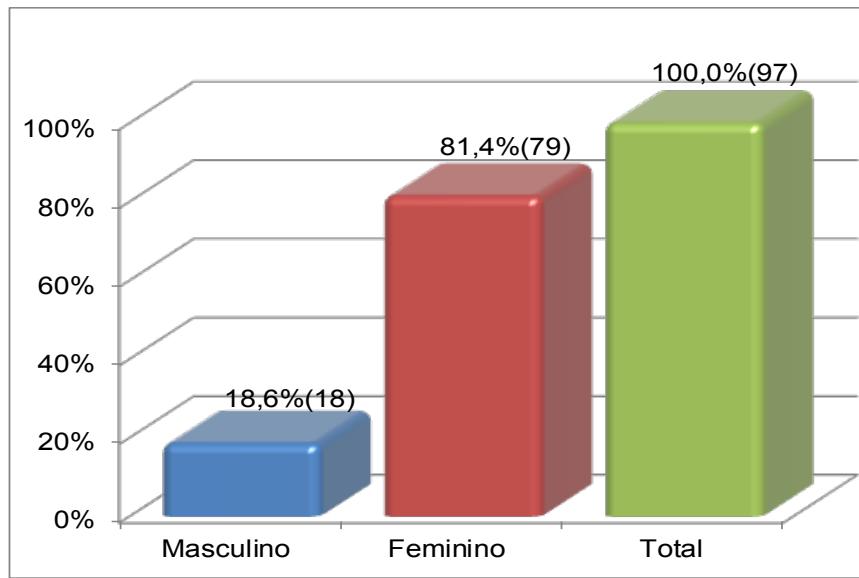


Gráfico 2 - Frequência dos gêneros dos profissionais da área de saúde em um hospital de urgência de Teresina, no período dos anos 2014 e 2015, avaliados. Legenda: $p<0,001^{***}$ para p teste Qui-quadrado com IC de 95% e significância em $p<0,05$. Teresina, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.

Certamente, o maior contingente de profissionais expostos ao risco de acidentes envolvendo material biológico está na enfermagem, especialmente nos técnicos de enfermagem, devido ao grande número de profissionais da categoria no ambiente hospitalar, à grande carga horária exercida pelos mesmos e à realização frequente de procedimentos com materiais perfurocortantes. A prevalência de acidentes no sexo feminino é justificada pela prevalência do gênero nessa categoria profissional que, segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), corresponde a 87,24% dos profissionais do Brasil. Oliveira et al. (2015) afirma no seu estudo que a maioria dos profissionais de saúde vítimas de exposição ocupacional são mulheres, profissionais de enfermagem, trabalhadores dos serviços gerais e da lavanderia. Já o estudo de Linet et al. (2008), realizado com profissionais de saúde de algumas províncias da China, demonstra o contrário, visto que 60% dos acidentados eram do sexo masculino. Paiva e Oliveira (2011) também evidenciaram no seu estudo o predomínio do sexo masculino entre os profissionais acidentados estudados (56%).

De acordo com o Gráfico 3, referente às idades correlacionadas aos gêneros, nota-se que a média da idade dos profissionais acidentados nos gêneros masculino e feminino foram 32 e 34 anos, respectivamente

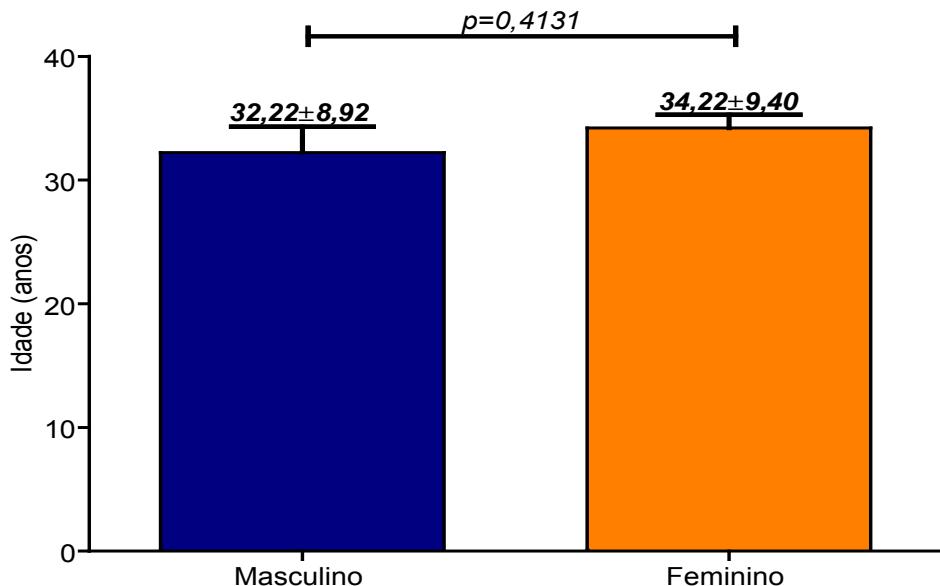


Gráfico 3 - Avaliação das idades dos gêneros dos profissionais da área de saúde em um hospital de urgência de Teresina, no período dos anos 2014 e 2015, avaliados. Legenda: $p=0,4131$ para p teste T de Student, não paramétrico, com IC de 95% e significância em $p<0,05$. Teresina, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.

A idade é uma variável bastante relativa, considerando que existem profissionais, incluindo estagiários, de diferentes faixas etárias, desde acadêmicos, adultos jovens, a profissionais que trabalham há muito tempo. No estudo de Junior et al. (2014), a faixa etária das vítimas expostas a material biológico foi entre 30 e 42 anos; já no estudo de Araújo e Silva (2014), os acidentados estavam na faixa etária entre 41 e 50 anos com média de 43,5 anos. Oliveira et al. (2015) mostram no seu estudo que os acidentados estudados tiveram faixa etária entre 20 e 40 anos. Já Souza-Borges (2014) estudou um grupo de acadêmicos de medicina e enfermagem de uma universidade de Minas Gerais, vítimas de exposição ocupacional, e observou que os mesmos possuíam médias de idade 23,4 e 22,1 anos, respectivamente.

De acordo com os dados da Tabela 1, a maioria dos acidentes com perfurocortantes ocorreram em profissionais que apenas concluíram o ensino médio, 39 casos (40,21%); em segundo lugar estão os profissionais que concluíram o ensino superior, 29 casos (29, 90%); e em terceiro, os profissionais com o ensino superior incompleto, 22 casos (22, 68%).

Escolaridade	N	%	P
Analfabeto	0	0,00%	
1 ^a a 4 ^a série incompleta	0	0,00%	
4 ^a série completa	1	1,03%	
5 ^a a 8 ^a série incompleta	3	3,09%	
Ensino fundamental completo	0	0,00%	0,001***
Ensino médio incompleto	3	3,09%	
Ensino médio completo	39	40,21%	
Educação superior incompleta	22	22,68%	
Educação superior completa	29	29,90%	

Legenda: n, frequência absoluta; %, frequência absoluta; p para qui-quadrado, IC95% e significância em p<0,05. Fonte: dados originais.

Tabela 1 - Avaliação das escolaridades dos profissionais da área de saúde em um hospital de urgência de Teresina, no período dos anos 2014 e 2015, avaliados. Teresina, 2016.

De fato, o predomínio do número de profissionais com apenas o ensino médio concluído é justificado pelo grande número de técnicos de enfermagem acidentados, já que as competências dessa categoria exigem somente o nível médio completo. Pimenta et al. (2013) realizaram uma pesquisa com profissionais de enfermagem que sofreram exposição a materiais biológicos e evidenciou que dos 454 casos que procuraram atendimento, 258 (56,8%) possuíam o ensino médio completo.

De acordo com o Gráfico 4, que diz respeito às ocupações profissionais dos acidentados, percebe-se que houve maior incidência na categoria técnico de enfermagem, correspondendo a 63,9%(62) do total de casos, em segundo lugar os profissionais dos serviços gerais, 14,4%(14), em terceiro lugar os estagiários, 9,3%(9), em quarto lugar os médicos, 5,2%(5), em quinto lugar os enfermeiros, 4,1%(4), e em último lugar os demais profissionais da saúde, 3,1%(3).

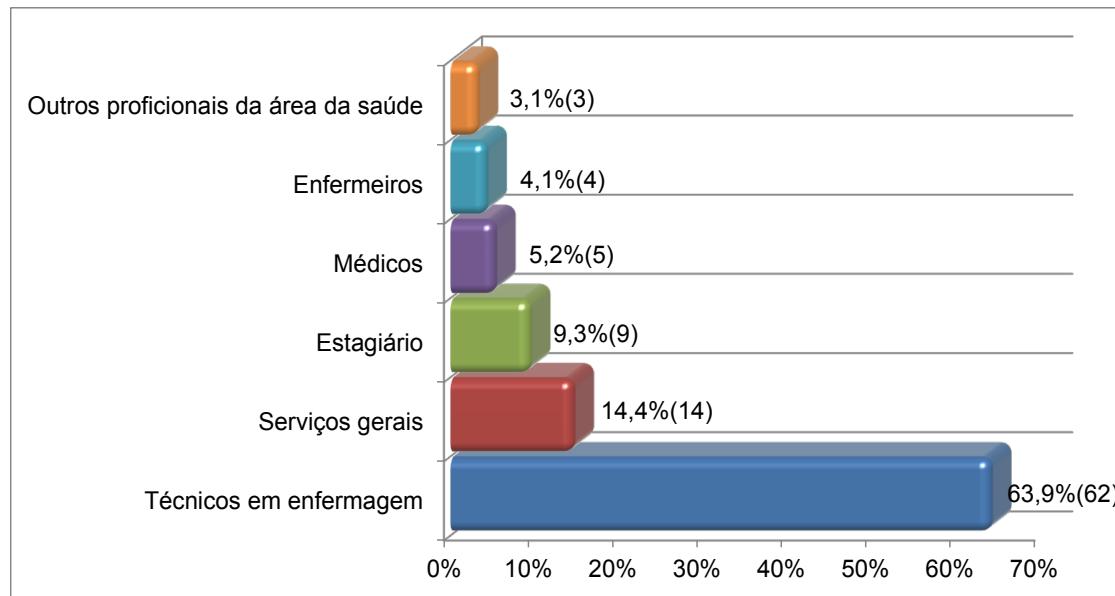


Gráfico 4 - Frequência das ocupações dos profissionais da área de saúde em um hospital de urgência de Teresina, no período dos anos 2014 e 2015, avaliados. Legenda: $p<0,001^{***}$ para p teste Qui-quadrado com IC de 95% e significância em $p<0,05$. Teresina, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.

A predominância dos acidentes entre os técnicos de enfermagem tem justificativa no fato desses profissionais estarem em constante contato com os pacientes e realizando diversos procedimentos envolvendo materiais perfurocortantes. Junior et al. (2014) explicam que os profissionais de enfermagem estão expostos em maior número e com grande carga horária, executando vários procedimentos invasivos que potencializam os riscos de ocorrência de acidentes.

A análise do Gráfico 5 permite constatar que os EPIs mais utilizados pelos profissionais no momento do acidente foram as luvas de procedimento (92,78%), em segundo lugar a máscara (78,35%) e em terceiro o avental (57,73%).

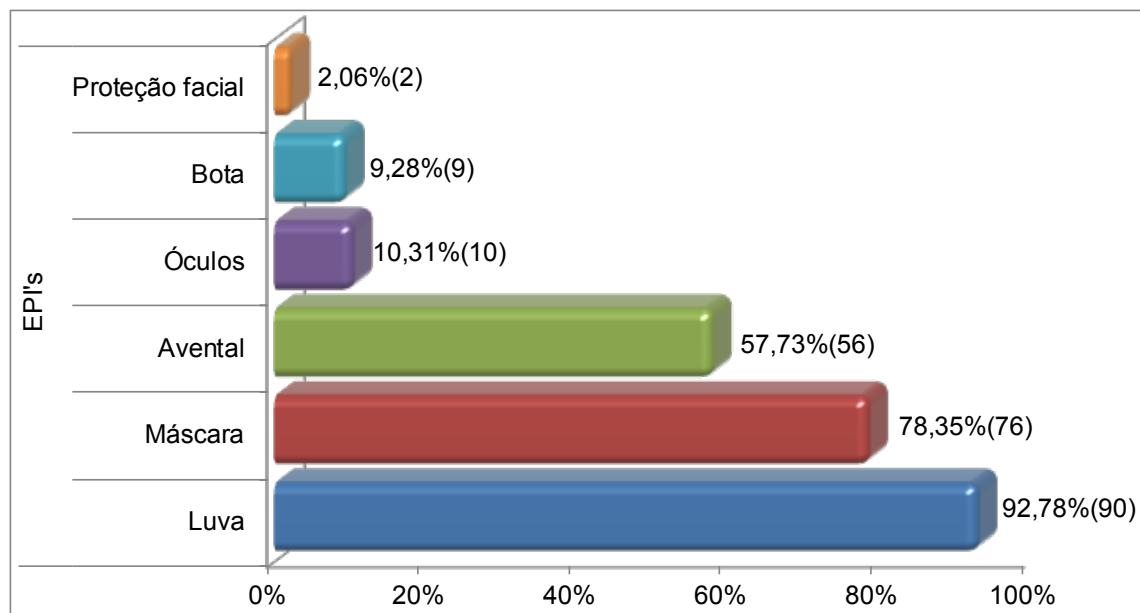


Gráfico 5 - Avaliação do uso de EPI's pelos profissionais da área de saúde em um hospital de urgência de Teresina, no período dos anos 2014 e 2015, avaliados. Legenda: $p<0,001^{***}$ para p teste Qui-quadrado com IC de 95% e significância em $p<0,05$. Teresina, 2016.

Qui-quadrado, com IC de 95% e significância em $p<0,05$. Teresina, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.

O não uso de alguns EPIs durante a realização de procedimentos com riscos de exposição pode ser devido à escassez dos mesmos nas instituições de saúde. Reis et al. (2013) afirmam que a pouca utilização de alguns EPIs, como óculos e máscaras, é devido provavelmente a não disponibilidade e ao não incentivo ao uso dos mesmos pelos profissionais de saúde. A pesquisa qualitativa de Gomes et al. (2015) sobre o uso de EPIs por acadêmicos mostra que a insuficiência e a ausência desses equipamentos nos serviços hospitalares se constituem as principais limitações que justificam o não uso dos mesmos.

Ao avaliar o Gráfico 6 observa-se que a grande maioria dos profissionais acidentados, 84 (86,6%), são vacinados contra a hepatite B, e que somente 12, 4% (12) não lembraram, e 1 % (1) declarou-se não vacinado.

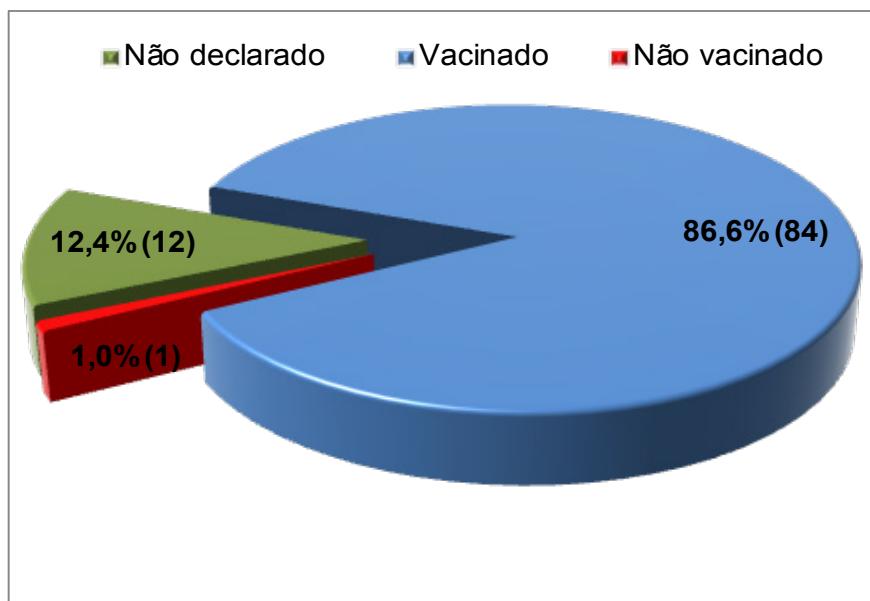


Gráfico 6 - Avaliação da situação vacinal contra a hepatite B dos profissionais da área de saúde em um hospital de urgência de Teresina, no período dos anos 2014 e 2015, avaliados. Legenda: $p<0,001^{***}$ para p Qui-quadrado, com IC de 95% e significância em $p<0,05$. Teresina, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.

A existência de casos onde a vacinação foi ignorada provavelmente deve-se ao esquecimento de alguns profissionais sobre seu estado vacinal durante a notificação do acidente. Na pesquisa de Cavalcante et al. (2013) mostrou que, em relação a situação vacinal contra hepatite B, entre os 259 profissionais acidentados, 131 (50,6%) eram vacinados, 65 (25%) não eram vacinados e 63 (24,3%) foram ignorados. Na pesquisa de Guilardeet al. (2010), dos 46 profissionais acidentados, 13 (28%) não tinham vacinação completa contra hepatite B.

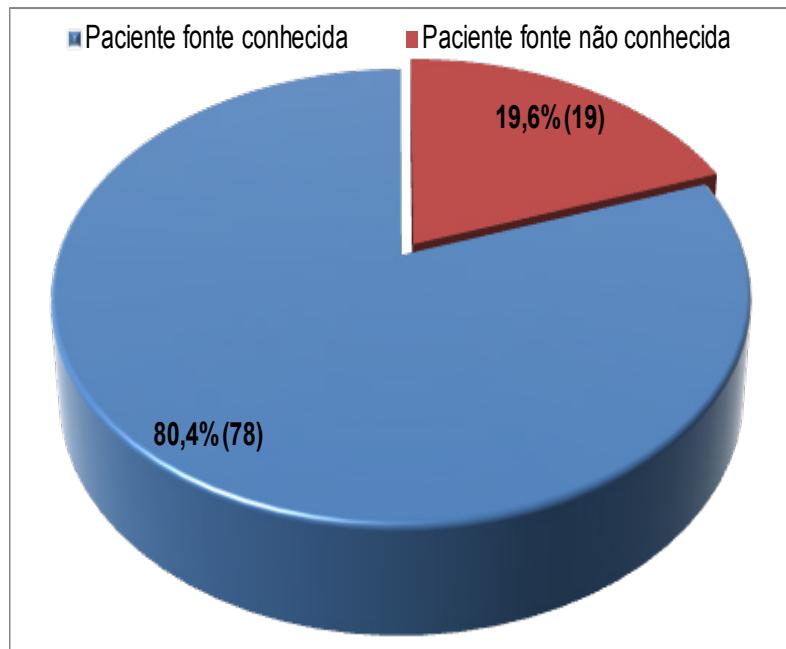


Gráfico 7 - Avaliação da identificação do paciente-fonte envolvido no acidentes com material biológico por profissionais da área de saúde em um hospital de urgência de Teresina, no período dos anos 2014 e 2015, avaliados. Legenda: $p<0,001^{***}$ para p Qui-quadrado, com IC de 95% e significância em $p<0,05$. Teresina, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.

Acidentes que envolvam descarte inadequado de perfurocortantes podem ser de difícil ou até mesmo impossível reconhecimento do paciente-fonte devido ao fato de após serem descartados não poderem ser mais reconhecidos entre os demais. Santos, Costa e Mascarenhas (2013) evidenciaram na sua pesquisa que das 268 notificações houve identificação do paciente-fonte em 195 (72,8%) delas.

Conforme a Tabela 6 mostra, 67 casos (69,1%) foram acompanhados até os 6 meses e concluíram todas as etapas do acompanhamento, previstas no protocolo pós-exposição a materiais biológicos; 1 caso (1,0%) foi acompanhado até 3 meses; 1 caso (1,0%) foi acompanhado até 6 semanas e 28 casos (27,8%) foram apenas notificados.

Acompanhamento do caso	n	%	p
Caso apenas notificado	28	27,8%	
Caso acompanhado até 6 semanas	1	1,0%	
Caso acompanhado até 3 meses	1	1,0%	<0,001***
Caso acompanhado até 6 meses	67	69,1%	

Legenda: n, frequência absoluta; %, frequência absoluta; p para qui-quadrado, IC95% e significância em $p<0,05$. Fonte: dados originais.

Tabela 6 - Acompanhamento após o acidente acometido com os profissionais da área de saúde em um hospital de urgência de Teresina, no período dos anos 2014 e 2015, avaliados. Teresina, 2016.

O acompanhamento dos casos deve ser feito até 6 meses após a exposição ocupacional e certamente os acidentados precisam assumir um compromisso que evolve o tratamento quimioprofilático e a realização de exames sorológicos em datas previstas. O número significativo de casos apenas notificados reflete o abandono do seguimento clínico e causam preocupação. Provavelmente, o abandono do acompanhamento deve-se a fatores psicológicos advindos do impacto causado pela possível infecção. Sailer (2004) constatou no seu estudo que dos 35 casos estudados, 12 (34, 30%) realizaram todas as etapas do acompanhamento indicado, 15 (42, 85%) tiveram o acompanhamento incompleto e 8 (22, 85%) foram apenas notificados. A mesma autora afirma que os efeitos colaterais e a exigência de regularidade de horários influenciam os acidentados a abandonarem o tratamento quimioprofilático e o mesmo também pode ter relação com a melhora dos sintomas, pois se o paciente não se sente doente não percebe a importância de continuar o tratamento.

4 | CONCLUSÃO

O estudo caracterizou o perfil dos acidentes com exposição a material biológico em um hospital de urgência de Teresina-PI no período 2014-2015, no qual observou-se uma maior incidência da ocorrência dos acidentes nos meses de setembro (22, 45%), em 2014, e agosto (20, 83%) em 2015. O sexo feminino prevaleceu entre os profissionais acidentados (81, 4%); a média de idade dos profissionais acidentados foi de 32 anos para o sexo masculino e 34 anos para o feminino; a maioria dos acidentes ocorreram em profissionais que apenas concluíram o ensino médio (40, 21%); os acidentes prevaleceram entre os técnicos de enfermagem (63, 9%); o tipo de exposição mais frequente foi a percutânea (78, 4%), predominaram as circunstâncias accidentais que envolveram outros procedimentos, que não eram especificados nas fichas de notificação, (27, 8%); o sangue foi o material orgânico mais envolvido (78, 4%) e o principal agente causador foi a agulha com lúmen (46, 4%); os EPIs mais utilizados durante os acidentes foram as luvas (92, 78%); 84 (86, 6%) profissionais acidentados eram vacinados contra hepatite B; a maioria (80, 4 %) dos pacientes-fontes foram identificados; a maioria dos acidentados (89, 69%) receberam indicação de quimioprofilaxia; em relação ao seguimento clínico do protocolo, 28 casos (27, 8%) foram apenas notificados, que se configura como a taxa de abandono, 1 caso (1,0%) foi acompanhado por 6 semanas, 1 caso (1,0%) foi acompanhado por 3 meses e 67 casos (69, 1%) foram acompanhados por 6 meses.

Com o estudo conclui-se que o protocolo de pós-exposição a materiais biológicos existe e é utilizado no hospital local do estudo, mas que depende da conscientização dos profissionais acidentados da importância à adesão ao mesmo para que sejam completadas todas suas etapas. Com base no exposto, sugere-se que sejam

desenvolvidas atividades de educação em saúde a fim de sensibilizar os profissionais quanto ao desenvolvimento de uma assistência segura, não só para o paciente, mas também para si mesmos, quanto aos potenciais riscos de contaminação dos acidentes e a importância da comunicação dos mesmos e, ainda, quanto a importância do seguimento do protocolo pós-exposição, abordando e esclarecendo todas as dúvidas sobre o mesmo.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral** pós-exposição de risco à infecção pelo HIV. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resorce/pt/lil-773840>>. Acesso em: 31 de maio de 2016.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Comissão de Business Intelligence**: análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos conselhos regionais. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>>. Acesso em: 19 de maio de 2016.
- LIN, C. et al. Occupational exposure to HIV among health care providers: a qualitative study in yunnan, China. **Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care**, Chicago, v. 7, n. 1, p. 35-41, mar. 2008. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17641135>> Access on: 23 May 2016. <http://doi.org/10.1177/1545109707302089>
- LIMA, L. M.; OLIVEIRA, C. C.; RODRIGUES, K. M. Exposição ocupacional por material biológico no Hospital Santa Casa de Pelotas - 2004 a 2008. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 96-102, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100014>.
- MARTINS, A. M. E. B. L.; PEREIRA, R. D.; FERREIRA, R. C. Adesão a protocolo pós-exposição ocupacional de acidentes entre cirurgiões dentistas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 528-540, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000018>.
- PAIVA, M. H. R. S.; OLIVEIRA, C. O. Fatores determinantes e condutas pós-accidente com material biológico entre profissionais do atendimento pré-hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.** Minas Gerais, v. 62, n. 2, p. 268-273, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a08v64n2.pdf>>. Acesso em: 31 de maio de 2016.
- PIMENTA, F. R. et al. Atendimento e seguimento clínico especializado de profissionais de enfermagem acidentados com material biológico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 198-204, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100025>.
- SAILER, G. C. **Adesão de trabalhadores de enfermagem ao tratamento com anti-retrovirais** pós-exposição ocupacional a material biológico. 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- VILLARINHO, M. V; PADILHA, M. I. Conduta pós-accidente de trabalho no cuidado às pessoas com HIV/Aids. **Rev. Bras. Enferm.** Santa Catarina, v.68, n.4, p. 656-651, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0656.pdf>>. Acesso em: 01 de junho de 2016.

MONITORAMENTO DE INCIDENTES NO AMBIENTE HOSPITALAR: ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DE UMA ASSISTÊNCIA SEGURA AO USUÁRIO

Ana Claudia de Brito Passos

Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda -
HMJEH

Universidade Federal do Ceará - UFC
Fortaleza-Ceará

Francemarie Teodósio de Oliveira

Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda -
HMJEH
Fortaleza-Ceará

Viviane Nascimento Cavalcante

Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda -
HMJEH
Fortaleza-Ceará

(n=96) relacionadas a problemas com produtos hospitalares e 31% (n=43) relacionadas aos incidentes no processo assistencial. Quanto ao tipo de produto com suspeita de problemas, 15% (n=14) foram com medicamentos, e 85% (n=82) foram com material médico-hospitalar. Quanto à gravidade dos incidentes assistenciais, 16% (n=7) foram sem dano, 79% (n=34) leve, 2,5% (n=1) moderado e 2,5% (n=1) grave. A análise dos eventos notificados permitiu a estratificação dos mesmos e proporciona a possibilidade de investigação de suas causas e elaboração de planos de ações necessários. Desta forma, conclui-se que o monitoramento de eventos no processo assistencial hospitalar propicia a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, a articulação e a integração dos processos de gestão de risco, e a garantia das boas práticas de funcionamento do hospital, impactando assim diretamente na promoção de uma assistência segura ao usuário.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão de risco, segurança do paciente, hospital

ABSTRACT: Risk Management aims at applying measures to predict, identify and minimize the occurrence of unexpected and undesirable events, which can cause harm to patients. The objective of this study is to present the results of an incident monitoring in a hospital

RESUMO: O Gerenciamento de Riscos visa à aplicação de medidas para prever, identificar e minimizar a ocorrência de eventos inesperados e indesejáveis, que podem causar dano aos pacientes. O objetivo desse estudo é apresentar os resultados de um monitoramento de incidentes em um hospital da região metropolitana do estado do Ceará. A coleta de dados foi feita a partir dos registros de eventos relacionados a incidentes assistenciais e problemas com os produtos hospitalares (suspeita de desvio de qualidade) utilizados no hospital, identificados pela Gerência de Risco no período de 01 de Janeiro a 31 de dezembro de 2015. No período em estudo foram registradas 139 notificações, sendo 69%

in the metropolitan region of the state of Ceará. The data collection was done from the records of events related to care incidents and problems with hospital products (suspected of quality deviation) used in the hospital, identified by the Risk Management from January 1 to December 31, 2015 In the study period, 139 reports were registered, of which 69% (n = 96) related to problems with hospital products and 31% (n = 43) related to incidents in the care process. Regarding the type of product with suspected problems, 15% (n = 14) were with medication, and 85% (n = 82) were with medical-hospital material. Regarding the severity of care incidents, 16% (n = 7) were without damage, 79% (n = 34) mild, 2.5% (n = 1) moderate and 2.5% (n = 1) severe. The analysis of the notified events allowed the stratification of the same and provides the possibility of investigation of its causes and elaboration of necessary action plans. Thus, it is concluded that the monitoring of events in the hospital care process leads to the continuous improvement of care processes and the use of health technologies, the articulation and integration of risk management processes, and the assurance of good health practices. functioning of the hospital, thus directly impacting the promotion of safe patient care.

KEYWORDS: Risk Management, Patient Safety, Hospitals

1 | INTRODUÇÃO

Um dos problemas centrais dos sistemas de atenção à saúde é que eles podem causar danos às pessoas usuárias e às equipes de saúde. A segurança do paciente é fundamental para que os hospitais cumpram seu papel social, oferecendo uma assistência à saúde de qualidade com o mínimo de riscos ao paciente. Neste sentido, atenção especial tem sido dada à ocorrência de incidentes, indicadores de qualidade em saúde, definidos como eventos indesejáveis, decorrentes do cuidado, que comprometem a segurança do paciente (PADILHA, 2004).

O Gerenciamento de Riscos visa à aplicação de um conjunto de medidas para prever, identificar e minimizar a ocorrência de eventos inesperados e indesejáveis, que podem causar dano físico ou psicológico aos pacientes. O processo de gestão de riscos pode aplicar-se a qualquer situação que possa gerar consequência ou um resultado não mapeado ou não esperado; e é parte integrante de toda boa gestão.

No Brasil, a Vigilância Sanitária pós-uso/comercialização dos produtos - Vigipós - foi uma das estratégias para acompanhamento e melhoria da qualidade dos produtos de saúde. A Vigipós está voltada para a prevenção de riscos associados à comercialização e consumo de produtos regulados. Para a sua concretização, criou-se a Rede Sentinel que funciona como observatório no âmbito dos serviços e gerenciamento de riscos em saúde. Esta rede consiste em um conjunto de hospitais que buscam notificar, monitorar eventos adversos e queixas técnicas de produtos sob vigilância sanitária (ANVISA, 2016).

As queixas técnicas abrangem as suspeitas de alteração ou irregularidade de um

produto/empresa relacionadas a aspectos técnicos ou legais que até o momento da notificação não causaram dano à saúde individual ou coletiva (ANVISA, 2012).

De modo a diminuir os incidentes com os pacientes, atualmente, as instituições hospitalares estão se reorganizando para a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que conforme portaria de nº 529/ 2013 do Ministério da Saúde, torna-se obrigatória a sua constituição (BRASIL, 2013). Alguns dos objetivos do NSP são identificar os incidentes, entender o porquê eles acontecem e implantar ações para a redução de incidentes e prevenção de eventos futuros (BRASIL, 2013).

A identificação dos incidentes é imprescindível para a melhoria da segurança dos pacientes, pois o seu conhecimento leva à avaliação dos processos de trabalho a fim de torná-los mais seguros. Ela pode ser realizada pela busca ativa ou notificação espontânea dos profissionais envolvidos e, se realizada imediatamente após o incidente, permite a rápida tomada de decisão por parte dos gerentes (BELELA *et al.*, 2010).

Estima-se que em torno de 60% dos incidentes relacionados à assistência à saúde são considerados passíveis de prevenção (GALLOTTI, 2004). Considerando que o incidente está relacionado a uma falha humana, sua ocorrência está associada, frequentemente, à vergonha, punições e perda de prestígio por parte dos profissionais e devido à falta de orientação sobre a conduta a ser tomada frente ao evento a tendência é escondê-lo, especialmente, nos casos que resultam dano, perdendo-se importante oportunidade de aprendizado (REASON, 2009; BOHOMOL; RAMOS, 2005). Para que a notificação aconteça, as instituições precisam adotar uma postura diferente diante da ocorrência dos incidentes, com abordagem sistemática e educativa, visando ao aprendizado para prevenção de outros eventos de forma a incentivar a notificação de novos incidentes (BRASIL, 2013). Assim, o objetivo desse estudo é apresentar os resultados de um monitoramento de incidentes em um hospital da região metropolitana do estado do Ceará.

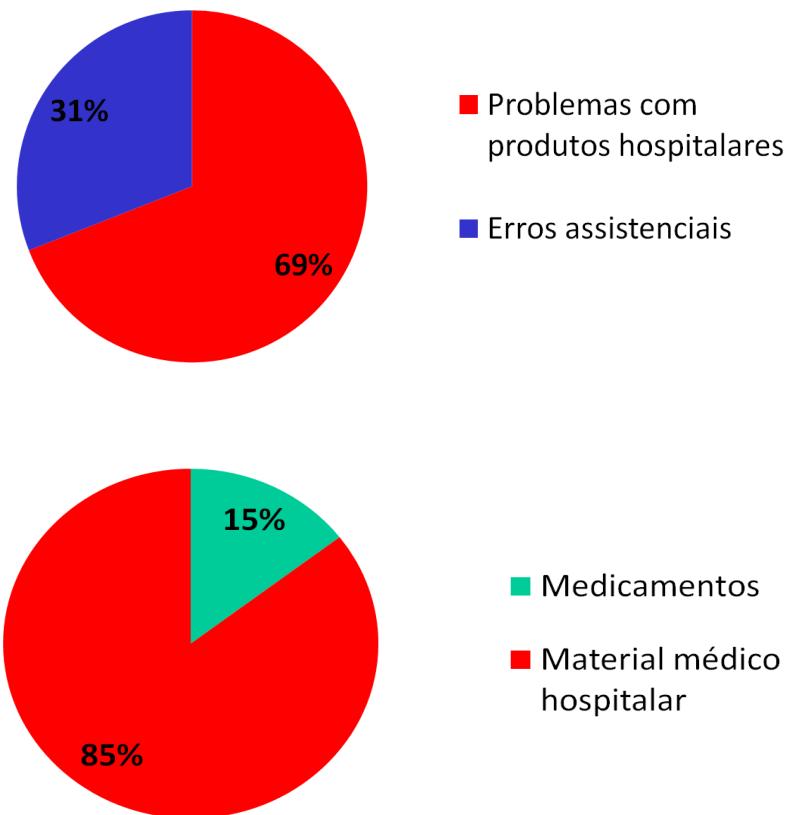
2 | MÉTODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e abordagem quantitativa. A coleta de dados foi feita a partir dos registros de eventos relacionados a incidentes assistenciais e problemas (suspeita de desvio de qualidade) com os produtos hospitalares utilizados no hospital, identificados pela Gerência de Risco no período de 01 de Janeiro a 31 de dezembro de 2015.

O hospital pertence a um município do Ceará, e está em posição estratégica no cenário da assistência à saúde no âmbito municipal, pois configura-se como uma referência para a sua região de saúde. O hospital dispõe atualmente de 150 leitos, a escolha da instituição foi motivada por possuir Gerenciamento de Risco desde o ano de 2011 e existir a notificação de incidentes.

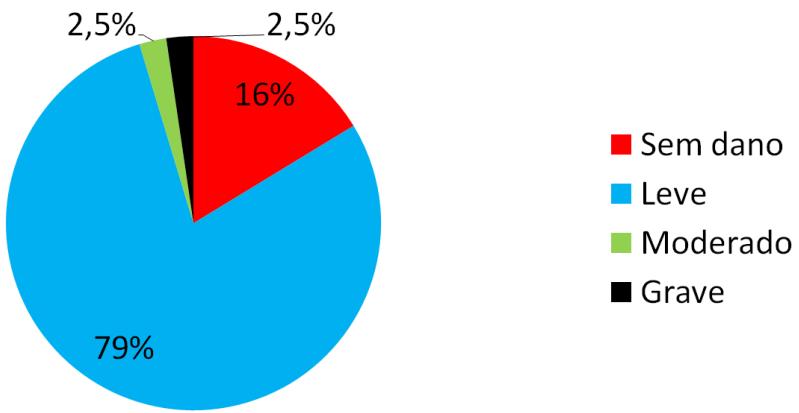
3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período analisado foram registradas 139 notificações, sendo 69% (n=96) relacionadas a problemas com os produtos hospitalares utilizados no hospital e 31% (n=43) relacionadas aos incidentes no processo assistencial. Quanto ao tipo de produto com suspeita de problemas, 15% (n=14) foram com medicamentos, e 85% (n=82) foram com material médico-hospitalar.



A investigação de ocorrências relacionadas aos produtos de saúde, na fase pós-comercialização, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) depende da obtenção de informações de qualidade acerca do que acontece com estes produtos nas instituições de saúde. Assim, as informações obtidas pelos hospitais, uma vez analisadas e investigadas, são transmitidas à ANVISA, integrando o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária Pós-Comercialização, o qual inicialmente subsidia as ações deste órgão federal.

Na análise dos incidentes assistenciais, quanto à gravidade, 16% (n=7) foram: sem dano, 79% (n=34) leve, 2,5% (n=1) moderado e 2,5% (n=1) grave. A análise dos eventos notificados permitiu a estratificação dos mesmos e proporciona a possibilidade de investigação de suas causas e elaboração de planos de ações necessários.



O método do estudo apresenta limitações quanto à frequência e consequências dos incidentes, pois se trata de situações em que os profissionais ficam sujeitos ao medo de punição, omitindo o registro do evento. Portanto, conhecer a real prevalência dos incidentes se torna difícil, considerando que nem todos são registrados. Contudo, a análise dos eventos notificados permitiu a estratificação dos mesmos e proporciona a possibilidade de investigação de suas causas e elaboração de planos de ações necessários.

4 | CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou identificar os incidentes e a gravidade desses eventos. Esforços conjuntos de profissionais devem ser direcionados com o objetivo de diminuir os incidentes e melhorar a cultura de segurança na instituição. Assim, estes resultados podem apontar ações educativas no hospital.

O monitoramento de eventos no processo assistencial hospitalar oportuniza a melhoria contínua dos cuidados ofertados e do uso de tecnologias da saúde, a articulação e a integração dos processos de gestão de risco, e a garantia das boas práticas de funcionamento do hospital, impactando assim diretamente na promoção de uma assistência segura ao usuário.

O desenvolvimento de uma cultura de segurança, a prática dos registros, a discussão das circunstâncias em que os incidentes ocorreram, assim como das condutas profissionais e organizacionais frente aos incidentes são um caminho a ser seguido para a transformação da realidade nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância ANVISA – Rede Sentinel. Brasil. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos++Comercializacao++Pos+ +Uso/Rede+Sentinela/Assunto+de+Interesse/Apresentacao>. Acesso em: 23 fev. 2016.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. Brasil. **Farmacovigilância**. Bol. Farm. 2012; jul(1):1-5. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wcm/connect/fac881804bed0acd9451ddbc0f>

BELELA, A.S.C.; PETERLINE, M.A.S.; PEDREIRA, M.L.G. **Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos.** Rev Bras Ter Intensiva. 2010; 22(3):257-263.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L.H. **Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente.** Rev Bras Enferm. 2005; 60(1):32-6.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 529, de 1º de Abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 08 mar. 2016.

GALLOTTI, R.M.D. **Eventos adversos: o que são?** Rev. Assoc. Med. Bras. 2004; 50(2):109-26.

PADILHA, K.G. **Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem.** In: Cassiane SHB, Ueta J. A segurança dos pacientes na utilização da medicação. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 111-21.

REASON, J. **El error humano.** Madrid: Modus Laborandi; 2009.

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES DE PACIENTES DO SERVIÇO ESCOLA DE FISIOTERAPIA – UFPI

Gláucia Vanessa Santos Alves

Fisioterapeuta, Universidade Federal do Piauí
Parnaíba-Piauí.

Jeferson Souza Silva

Fisioterapeuta, Universidade Federal do Piauí
Parnaíba-Piauí.

Rebeca Barbosa da Rocha

Fisioterapeuta, Universidade Federal do Piauí
Parnaíba-Piauí.

Kamila Santos da Silva

Fisioterapeuta, Universidade Federal do Piauí
Parnaíba-Piauí.

Iago Santos Verás

Fisioterapeuta, Universidade Federal do Piauí
Parnaíba-Piauí.

Cerliane Camapum Brandão

Fisioterapeuta, Universidade Federal do Piauí
Parnaíba-Piauí.

Dionis de Castro Dutra Machado

Fisioterapeuta, Universidade Federal do Piauí
Teresina-Piauí.

contato direto e contínuo com outros indivíduos. O objetivo do estudo foi verificar a sobrecarga dos cuidadores de pacientes atendidos no Serviço Escola de Fisioterapia da Universidade Federal do Piauí (SEF-UFPI) e relacionar com a funcionalidade do paciente, bem como caracterizar o perfil sócio demográfico desses cuidadores. A pesquisa caracteriza-se como do tipo transversal e descritivo, constituindo uma amostra de 17 cuidadores. Os instrumentos utilizados foram: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), para avaliar a função cognitiva; questionário sócio demográfico; Medida de Independência Funcional (MIF), para avaliar a funcionalidade e *Zarit Burden Interview*, para avaliar a sobrecarga dos cuidadores. Na escala de *Zarit* os cuidadores obtiveram pontuaram de 0-21, pouca ou nenhuma sobrecarga, em contrapartida com valor médio da MIF (94,29 pontos) que indica uma dependência moderada do paciente comprovando assim correlação fraca entre a funcionalidade do paciente e a sobrecarga do cuidador ($p= -0,214$), sugerindo mais investigações semelhantes com amostra maior e em outros serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidadores; Sobrecarga dos cuidadores; Dependência; Saúde da família; Fisioterapia.

ABSTRACT: The caregiver is the individual family member or not, who usually lives in the

RESUMO: O cuidador é o indivíduo membro da família ou não, que geralmente vive na mesma casa assumindo o papel de oferecer cuidados a pessoa doente, podendo este cuidador adquirir a Síndrome de *Burnout*, caracterizada por esgotamento físico e emocional, gerada em pessoas que mantém

same house assuming the role of providing care to the sick person, which may acquire the caregiver burnout syndrome, characterized by physical and emotional exhaustion, generated in people who maintain direct contact and continuing with other individuals. The aim of the study was to verify the burden on caregivers of patients seen in the Service School of Physical Therapy, Federal University of Piauí (SEF-UFPI) and relate to the patient's functionality as well as characterize the demographic profile of these caregivers partner. The research is characterized as the transversal and descriptive, constituting a sample of 17 caregivers. The instruments used were Mini-Mental State Examination (MMSE) to assess cognitive function; demographic questionnaire; Functional Independence Measure (FIM) to evaluate the functionality and Zarit Burden Interview to assess the burden on caregivers. In Zarit scale caregivers obtained they scored from 0-21, little or no overhead, in contrast with an average value of MIF (94.29 points) indicating a moderate dependence on patient thus proving weak correlation between the patient's functionality and overload caregiver ($p= -0.214$), suggesting more research with larger samples and similar other services.

KEYWORDS: Caregivers; Caregiver burden; Dependency; Family health; Physiotherapy.

1 | INTRODUÇÃO

Concomitante ao aumento da expectativa de vida populacional, o aparecimento de doenças crônicas incapacitantes incuráveis vem crescendo consideravelmente, exigindo uma readequação dos modos de vida do indivíduo e das pessoas que o cercam (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010; FERREIRA et al., 2012). O enfretamento dessas doenças causa uma ruptura no processo de organização familiar atingindo todos os membros da família, de forma que há consequências invisíveis e pouco valorizadas como: isolamento social, interrupção dos planos de vidas de seus membros e em especial a doença do cuidador (BRITO; RABINOVICH, 2008).

O cuidador é o indivíduo membro da família ou não, que geralmente vive na mesma casa assumindo o papel de oferecer cuidados com ou sem remuneração, auxiliando a pessoa doente ou dependente a realizar suas atividades como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e a outros serviços requerido (CARDOSO et al., 2012). Classificam-se em cuidador informal e formal, sendo o primeiro representado pelo membro da família ou adjacente a ela, que se responsabiliza na execução de tarefas domiciliares a quem recebe o cuidado. Já o cuidador formal substitui o informal em suas funções, podendo ou não ser um profissional capacitado (SCHNAIDER; SILVA; MARIA, 2009).

Quanto maior o grau de comprometimento do indivíduo, maior será a sobrecarga dos cuidadores, principalmente os informais, pois eles não possuem orientação adequada, nem preparo para lidar com vários aspectos da condição clínica do doente em tarefas que exigem dedicação exclusiva, esforço físico e apoio psicológico,

fazendo-o sentir-se sobrecarregado e esquecer o autocuidado (MENDES; MIRANDA; BORGES, 2010). Neste contexto, os cuidadores ficam vulneráveis a Síndrome de *Burnout*, conceituada por estresse laboral crônico e caracterizada por esgotamento físico e emocional, gerada em pessoas que mantém contato direto e contínuo com outros indivíduos (TRINDADE; LAUTERT, 2010; COSTA et al., 2013).

2 | OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo verificar a sobrecarga dos cuidadores dos pacientes atendidos no Serviço Escola de Fisioterapia (SEF) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), relacionando-a ao grau de funcionalidade do paciente; bem como caracterizar o perfil sócio demográfico desses cuidadores.

3 | MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

O estudo caracteriza-se como do tipo transversal e descritivo. O estudo foi conduzido obedecendo-se os princípios éticos inerentes à pesquisa envolvendo humanos, para tal considerou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como a Declaração de Helsinque. O estudo foi aprovado pelo CEP da UFPI parecer nº 935.464 (ANEXO 1). Cada voluntário foi devidamente esclarecido quanto aos objetivos do estudo e os procedimentos envolvidos no mesmo, expressando concordância em participar da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

3.2 Amostra

A amostra considerou os pacientes atendidos no SEF-UFPI e seus cuidadores. Constituiu-se de 17 cuidadores de pacientes que recebiam atendimento SEF-UFPI.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão foram considerados os cuidadores de pacientes que compareceram a no mínimo cinco atendimentos consecutivos e que apresentavam a capacidade cognitiva preservada. Indivíduos com idade inferior a 18 anos foram excluídos.

3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta

A aplicação do questionário ocorreu na sala de avaliação na clínica, pois a mesma conferia privacidade ao sujeito para responder aos questionamentos que eram feitos, apresentava ambiente com temperatura termoneutra, isolado acusticamente e mobiliário adequado para a realização do estudo, antes, durante ou após o atendimento do paciente. Os questionários foram padronizados, com o objetivo de uniformizar a coleta de dados e foram aplicados na forma de entrevista. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi aplicado com a finalidade de rastreio cognitivo. O voluntário foi solicitado a responder um questionário de capacidade funcional do paciente mediante a aplicação da Medida de Independência Funcional (MIF), questionário sócio demográfico e questionário de sobrecarga do cuidador (*Zarit Burden Interview*).

O questionário sócio demográfico voltado para o cuidador foi composto dos itens: idade, etnia, escolaridade, renda familiar, estado civil, número de moradores na residência, número de filhos, profissão, tempo de profissão, se houve ocorrência de afastamento do trabalho por doença, vinculação a plano de saúde e área da fisioterapia que o paciente recebia atendimento no serviço.

O Mini Exame do Estado Mental – MEEM é um teste de avaliação cognitiva, utilizado para investigação de possíveis perdas cognitivas em indivíduos no seu segmento evolutivo correspondente. Este teste é composto por diversas questões, agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhadas para avaliar funções cognitivas específicas: orientação para o tempo (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação (5 pontos), lembrança de palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM varia de um mínimo (0) até o total máximo (30) (BERTOLUCCI et al., 1994; BRUCKI et al., 2003; TALMELLI et al. 2010). Segundo Lourenço e Veras, 2006 deve ser utilizada a pontuação de corte até 18/19 pontos para ausência de instrução escolar e até 24/25 pontos para a presença da mesma (LOURENÇO; VERAS, 2006).

A MIF foi desenvolvida pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação, foi validada e adaptada para o Brasil por Riberto et al em 2004 (RIBEIRO et al. 2004). A MIF é uma escala ordinal com 18 itens, cada item possui um escore com 7 níveis que avalia a necessidade de auxílio para realização das atividades de vida diária (AVD). Os 18 itens da MIF são classificados em 6 dimensões e 2 subdivisões: motor e cognitivo. A MIF consiste em autocuidado (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se acima da cintura, vestir-se abaixo da cintura e uso do vaso sanitário); controle de esfíncteres (controle de urina e fezes); mobilidade (transferência para cama/ cadeira de rodas, transferência para o vaso sanitário e transferência para o chuveiro) e locomoção (marcha/ cadeira de rodas e escadas). A MIF cognitiva consiste em comunicação (compreensão (Auditiva/ Visual) e expressão (Verbal/Não verbal)) e cognição social (interação social, resolução de problemas e memória). Para cada um dos 18 itens da MIF, uma escala descriptiva

é utilizada para classificar o nível de auxílio nas AVD sendo: 1 correspondente à dependência total; 2 dependência máxima; 3 dependência moderada; 4 dependência mínima; 5 supervisão; 6 independência modificada (ajuda técnica) e 7 independência completa. Os escores são de 18 a 140 e quanto mais elevado o escore, maior o nível de independência e melhor o desempenho funcional dos indivíduos (TALMELLI et al. 2010; GRATÃO et al. 2013).

Para avaliação da sobrecarga dos cuidadores foi utilizado o questionário de *Zarit Burden Interview* que é um escala composta por 22 itens que avalia aspectos como: saúde, vida social e pessoal, situação financeira, emocional, bem-estar e as relações interpessoais. Todas as perguntas devem ser respondidas com pontuação de 0 a 4, sendo: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = às vezes; 3 = muito frequentemente; 4 = quase sempre. No final são somadas as pontuações que variam no total de 0 a 88, quanto maior a pontuação, maior será a sobrecarga do cuidador (SCAZUFCA, 2002).

3.5 Análise estatística

Uma estatística descritiva foi estabelecida com a finalidade de apresentar medidas de tendência central e de variabilidade da amostra estudada. O teste Shapiro-Wilk foi utilizado para verificar a distribuição dos dados referentes à variável nível de sobrecarga (pontuação no questionário de *Zarit*) e MIF. Por meio dessa análise foi observada distribuição gaussiana dos dados. A correlação de Pearson foi empregada para medir o grau de relacionamento linear entre as duas variáveis quantitativas (*Zarit* x MIF) (FILHO; JUNIOR, 2009). Foi utilizado o pacote estatístico SPSS 21.0 e para todos os casos foi considerado valor $p \leq 0,05$.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo contou com 17 cuidadores, abordados na recepção do SEF-UFPI pelos pesquisadores e levados à sala de avaliação para aplicação dos instrumentos de coleta de dados, a saber: MEEM, questionário sociodemográfico, MIF e *Zarit*.

A idade variou de 22 a 71 anos, média 46,29 ($s \pm 15,987$) anos. Quanto ao gênero a amostra conteve em sua totalidade o sexo feminino. Os voluntários da pesquisa classificavam-se como negro/pardo 9 (52,9%), branco com 5 (29,4%) e mulato com 3 (17,6%). O grau de escolaridade da amostra estudada era fundamental completo 1 (5,9%), fundamental incompleto 6 (35,3%), ensino médio completo 6 (35,3%), universitário completo 3 (17,6%) e analfabeto 1 (5,9%). Apresentavam renda familiar de 1 a 3 salários 12 voluntários (70,6%), 4 a 6 salários 3 cuidadores (17,6%) e 7 a 10 salários 2 participantes (11,8%). Em relação ao estado civil 4 eram solteiros (23,5%), 9 casados (52,9%), 1 divorciado (5,9%) e 3 em união estável (17,6%). O número de residentes teve como mínimo de 2 e máximo de 7, média 3,41($s \pm 1,583$) moradores.

Os filhos variavam de no mínimo 1 e máximo de 2, média 1,18 ($s\pm0,393$). A profissão predominante dos cuidadores foi dona de casa com 8 (47,1%). O setor com maior números de pacientes foi o de fisioterapia neurofuncional adulto com 13 (76,5%) seguido de fisioterapia aquática com 3 (17,6%) e fisioterapia traumato-ortopédico-funcional com 1 (5,9%).

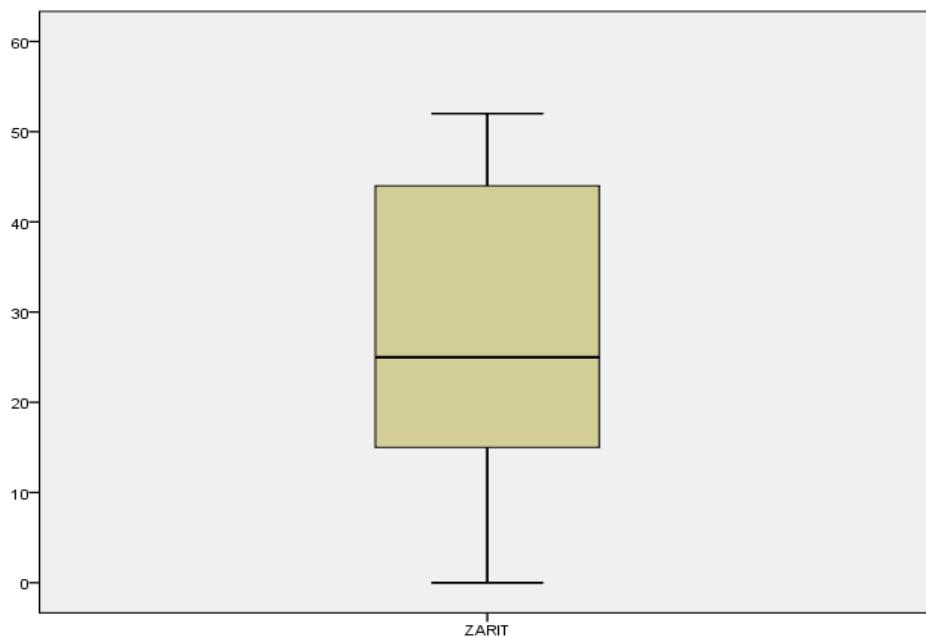


Figura 1 – Pontuação média dos cuidadores avaliada por meio do *Zarit Burden Interview*

A média de pontuação do MEEM foi 25,35 ($s\pm 2,149$) com pontuação mínima de 22 e máxima de 30 pontos. A sobrecarga do cuidador foi avaliada pela escala de *Zarit* cuja pontuação variou entre 0 e 52, com média de 27,47 ($s\pm16,310$) como mostra na figura 1.

A figura 2 mostra os valores obtidos no questionário de *Zarit*, onde 7 cuidadores (41,17%) obtiveram escores entre 0-20 pontos (pouca ou nenhuma sobrecarga), 4 (23,52%) obtiveram escores entre 21-40 (sobrecarga leve e moderada), 6 (35,29%) obtiveram escores entre 41-60 (sobrecarga moderada à grave). A MIF do paciente foi respondida de acordo com a visão do cuidador sobre a funcionalidade apresentada. A pontuação variou entre 33 e 137 pontos, apresentando média de 94,29 ($s\pm30,696$) sendo mostrada na figura 3.

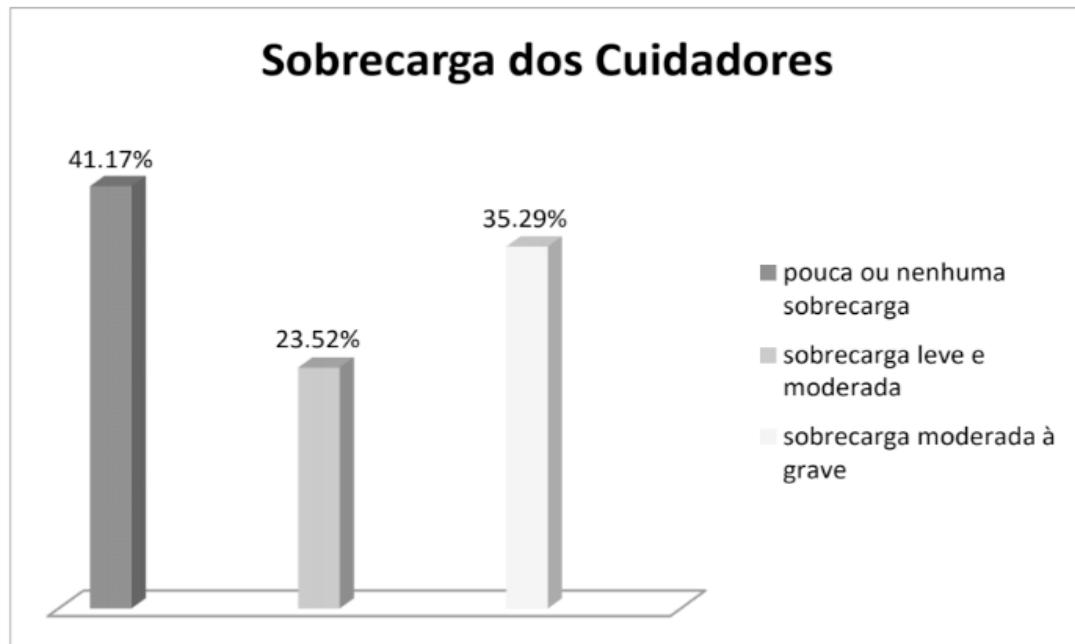


Figura 2 – Sobrecarga em cuidadores avaliada por meio do *Zarit Burden Interview*

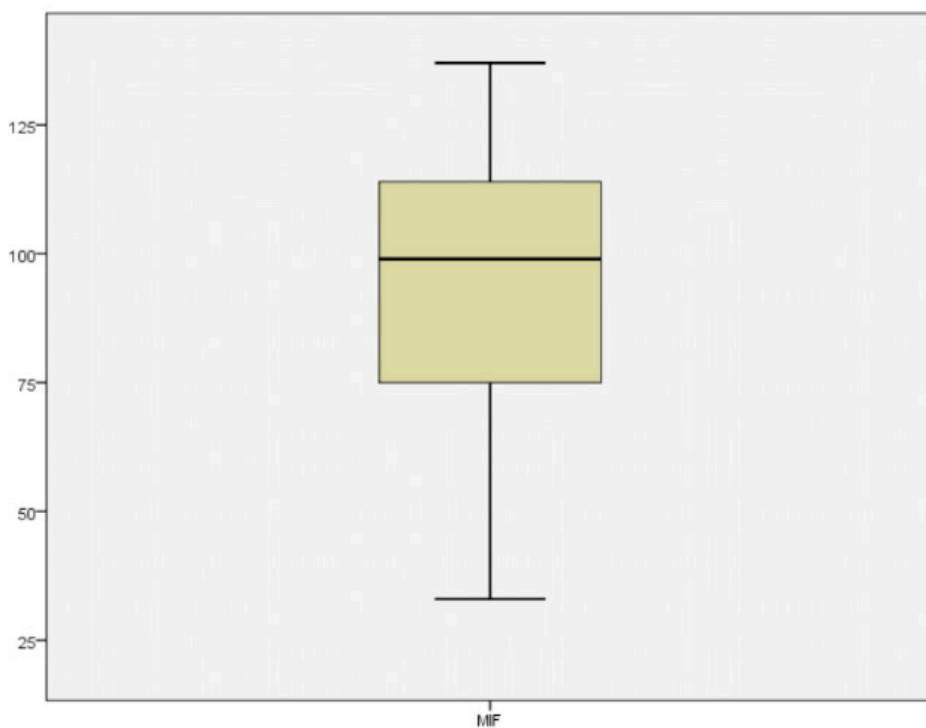


Figura 3 - Pontuação média dos pacientes avaliada por meio da MIF segundo informações dos cuidadores.

A avaliação de normalidade dos dados foi realizada pelo teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*, pois a amostra era pequena (inferior a 50). O resultado do teste indicou distribuição normal dos dados referentes à MIF (0,70) e ao *Zarit* (0,24) como mostra a figura 4 e 5. Diante da normalidade dos dados de MIF e *Zarit*, empregou-se o coeficiente de correlação de *Pearson* para analisar o grau de relação entre os escores dessas variáveis, indicando fraca associação entre as mesmas ($p = -0,214$).

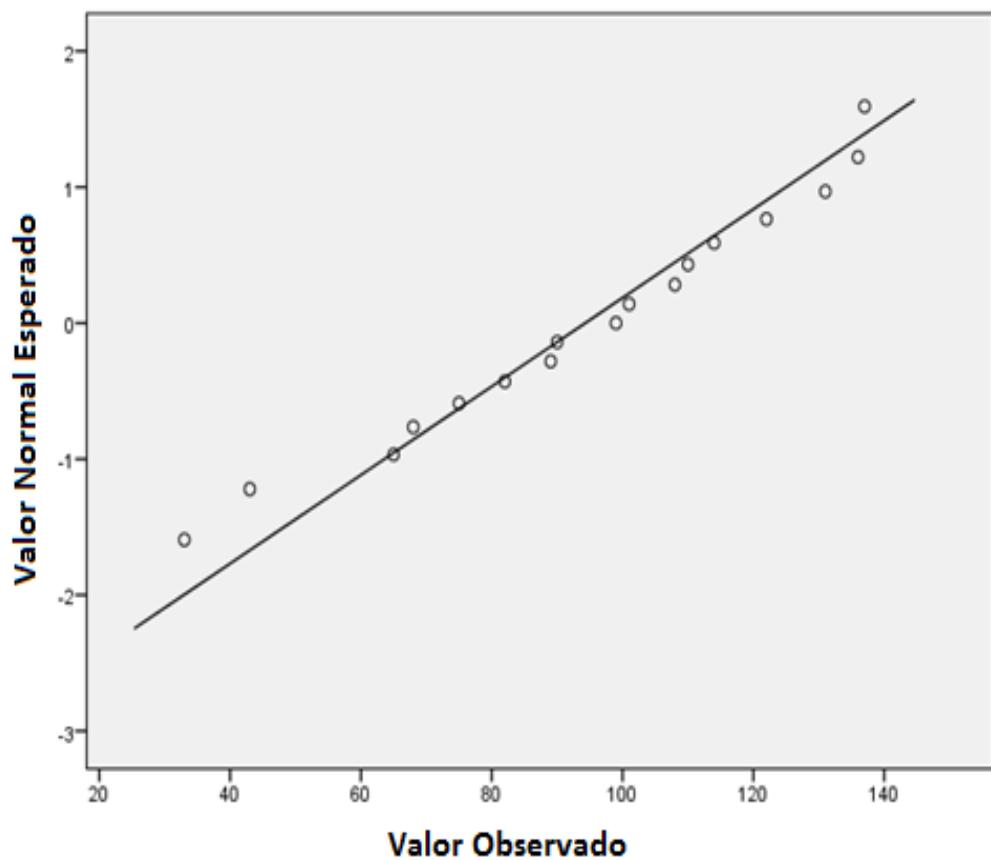


Figura 4 – Distribuição dos dados referentes à MIF da amostra estudada

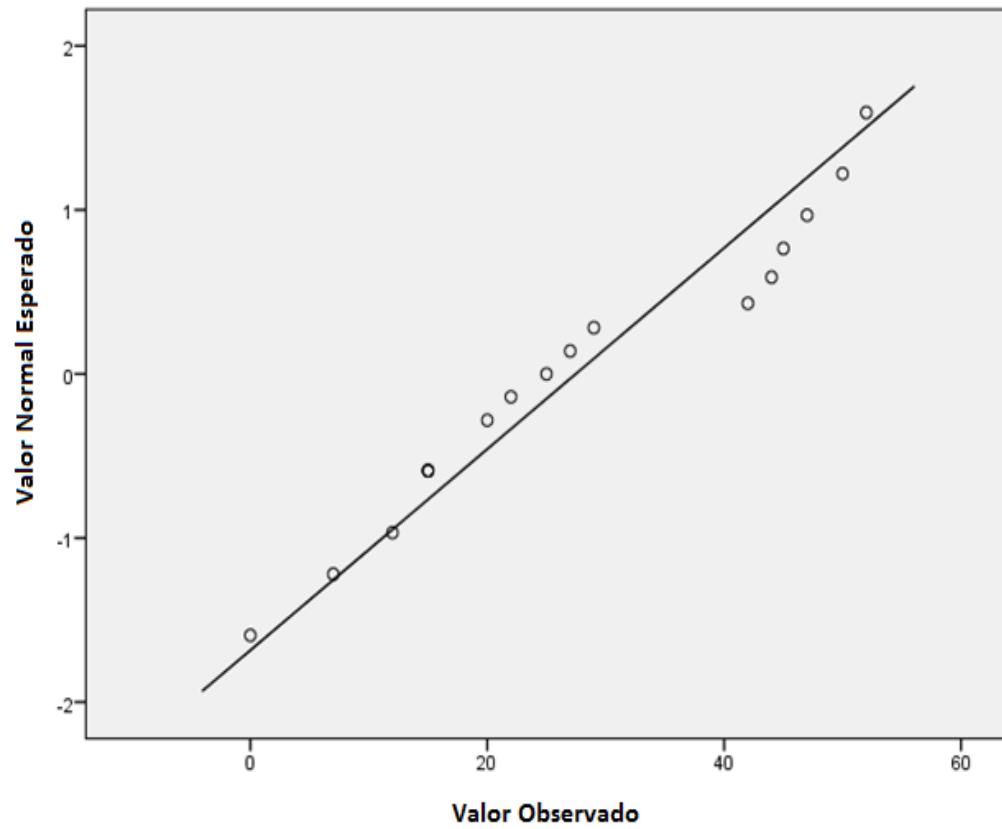


Figura 5 – Distribuição dos dados referentes aos escores da *Zarit Burden Interview* da amostra estudada

O trabalho avaliou a sobrecarga dos cuidadores de pacientes que utilizam o SEF-UFPI, caracterizando o seu perfil sócio demográfico e correlacionando a sobrecarga do cuidador com a funcionalidade do paciente. Assim como na literatura em geral, o estudo confirma o predomínio de mulheres como cuidadoras (CASSIS, 2007; MORAES; SILVA, 2009; GONÇALVES et al. 2013). Estes achados confirmam a influência do papel histórico cultural da mulher em ter disponibilidade em ficar em casa e cuidar da família (GONÇALVES et al., 2006). A escolha do cuidador pode ocorrer de modo inesperado para o familiar por expressão do desejo do paciente, mesmo que o familiar não esteja preparado para assumir este compromisso. O espaço designado ao cuidado ocorre no âmbito familiar, lugar no qual a mulher exerce maior propriedade (PIMENTA; RODRIGUES; GREGUOL, 2010).

Em relação à faixa etária dos cuidadores, a média de idade encontrada na pesquisa (46,29 anos) corrobora com os achados de outros estudos que demonstram que a maioria dos cuidadores é de meia-idade (GONÇALVES et al., 2006; SOUSA et al., 2008). Assim como na literatura, a maioria das cuidadoras do presente estudo era casada (52,9%), seguidas por solteiras (23,5%), esse papel geralmente é assumido pela companheira ou pela filha que não conseguiu casar, por dependerem emocionalmente e financeiramente do paciente (MORAES; SILVA, 2009; VALENTE et al., 2011).

A renda familiar predominante neste estudo esteve entre 1-3 salários para 70,6% da amostra estudada. Estudos apontam que esta variável pode afetar a vida do cuidador, uma vez que com uma renda maior o mesmo poderia ter uma ajuda adicional para aliviar sua carga de trabalho, impedindo assim seu isolamento social (MORAES; SILVA, 2009). Quanto mais descansado estiver o cuidador, maior será seu desempenho ao cuidar do paciente, por isso é extremamente necessário que o cuidador tenha seus momentos de lazer para repor as energias, como caminhadas ou apenas uma conversa com amigos, isso deve ser considerado como tratamento (SCHNAIDER; SILVA; MARIA, 2009). A ajuda de outras pessoas promove benefícios para o cuidador, e compartilhar os cuidados representa um fator redutor de estresse, tanto no aspecto físico como emocional (OLIVEIRA; GARANHANI; GUARANHANI, 2011).

O presente estudo apresentou predomínio o trabalho de donas de casa com 47,1%, este achado pode indicar o motivo pelos quais muitas se tornaram cuidadoras, aliado à baixa escolaridade que reduzem a inserção no mercado de trabalho enquanto os outros membros da família talvez trabalhem fora do lar, ou ainda pode indicar o afastamento de suas atividades anteriores para se dedicar em prestar maior assistência ao familiar que necessite de sua ajuda (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

De acordo com a escolaridade dos cuidadores, destaca-se o ensino fundamental incompleto e ensino médio completo com 35,3% cada, podendo este fator contribuir para o despreparo em lidar com a comorbidade do familiar, agindo de forma afetiva, não contribuindo de maneira adequada para a reabilitação do paciente (EUZÉBIO; RABINOVICH, 2006). Embora o fator escolaridade não seja um indício imprescindível

que indique o grau de comprometimento do cuidador, este é muito importante, já que os mesmos receberão as orientações diretamente dos profissionais da saúde, bem como proceder com as demandas que vão surgindo fora do espaço de saúde em que o paciente recebe determinado atendimento (PEREIRA et al., 2013). Familiares que mantém contato direto com os pacientes muitas vezes prestam os cuidados de forma intuitiva. Isto significa que podem existir falhas neste cuidado, decorrentes tanto da ausência de orientações, como pelo pouco tempo para apropriação das mesmas (OLIVEIRA; GARANHANI; GARANHANI, 2011).

Quanto ao setor de atendimento dos pacientes cuidados pelos entrevistados, observou-se que, da amostra estudada, o setor de fisioterapia neurofuncional adulto foi o que apresentou maior número de cuidadores com 76,5%, indicando que os acometimentos neurológicos geralmente são os que trazem os maiores prejuízos na funcionalidade, e por isso necessitam de maior assistência para realização de suas (AVD), contribuindo assim para a figura do cuidador (FERNANDES et al., 2012). Considerando que essas atividades foram avaliadas pela MIF, que é o mais amplo instrumento para mensurar a capacidade funcional, a média encontrada neste estudo foi de 94,29 pontos. Em geral, pode-se dizer que os pacientes apresentaram dependência funcional moderada (BENVEGNu, 2008).

O teste de correlação indicou fraca associação entre as variáveis MIF e *Zarit*. Embora estudos apontem uma maior sobrecarga do cuidador quanto maior a dependência do paciente, nesta amostra isso não foi comprovado, já que na escala de *Zarit* foi observado que 41,7% pontuaram de 0-21, pouca ou nenhuma sobrecarga, em contrapartida com valor médio da MIF (94,29 pontos) que indica uma dependência moderada do paciente (STACKFLETH et al., 2012; PEREIRA et al., 2013). Embora seja considerada a subjetividade do questionário, deve-se avaliar se os motivos para a baixa pontuação de *Zarit* seriam realmente correspondentes à verdadeira sobrecarga do cuidador. O sentimento de retribuição e compaixão pelo paciente, provenientes da cultura familiar na qual cuidar é uma obrigação moral, poderia influenciar nas respostas obtidas que levaram a uma baixa pontuação desse questionário (FONSECA; PENNA, 2008).

O fisioterapeuta é o profissional que pode ajudar os cuidadores quanto às orientações e como proceder com as AVD do familiar. Ao passo que este profissional atua na reabilitação do paciente, é importante atentar também em relação aos cuidadores, pois dependendo do comprometimento funcional do paciente, existe uma dificuldade para o seu manejo correto. A utilização da biomecânica, quando bem orientada por um profissional, oralmente ou por meio de cartilhas explicativas ajudam a diminuir a sobrecarga física desses cuidadores. Essas orientações são fundamentais para os pacientes e cuidadores, pois irão auxiliar no processo de recuperação e na prevenção de futuras complicações (NONIMO; KREULICH; BENEDITI, 2008; LIMA; PINTO; TORQUATO, 2014).

5 | CONCLUSÃO

Ainda que o estudo apresente limitações como o pequeno tamanho da amostra, o mesmo contribuiu para caracterizar o perfil do cuidador familiar e sua visão em relação ao paciente. O fisioterapeuta deve estar atento às necessidades dos cuidadores, pois é vital conhecer as expectativas da família para oferecer uma assistência adequada com condutas e orientações para os mesmos. A amostra estudada apresentou fraca correlação entre MIF e Zarit indicando pouca ou nenhuma sobrecarga, embora a MIF tenha indicado dependência moderada do paciente, sugere-se que sejam feitas investigações semelhantes com amostra maior e em outros serviços.

REFERÊNCIAS

- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M.A.C.; ALVARENGA, M.R.M. **Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família.** Texto Contexto Enferm, v. 17, n.2, p. 266-72, 2008.
- BENVEGNU, A.B. **Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE).** Revista Ciência & Saúde, v. 1, n. 2, p. 71-77, 2008.
- BERTOLUCCI, P.H. et al. **O mini exame do estado geral em uma população geral: impacto da escolaridade.** Arq Neuropsiquiatria, n. 52, p. 1-7, 1994.
- BRITO, E.S.; RABINOVICH, E.P. **A família também adoece!: Mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família.** Comunicação saúde educação, v.12, n.27, p.783-94, 2008.
- BRUCKI, S.M.D. et al. **Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil.** Arq Neuropsiquiatr, v. 61, n. 3, p. 777-8, 2003.
- CARDOSO, L et al. **Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental.** Rev Esc Enferm, v.46, n.2, p. 513-7, 2012.
- CASSIS, S.V.A. **Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência.** Rev Assoc Med Bras, v. 53, n. 6, p. 497-501, 2007.
- COSTA, E.C.S. et al. **Sobrecarga física e mental dos cuidadores de pacientes em atendimento fisioterapêutico domiciliar das Estratégias de Saúde da Família de Diamantina (MG).** Revista Baiana de Saúde Pública, v.37, n.1, p.133-150, 2013.
- EUZÉBIO, C.J.V.; RABINOVICH, E.P. **Compreendendo o cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico.** Temas em psicologia, v. 14, n. 1, p. 63-79, 2006.
- FERNANDES, M.B. et al. **Independência funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos e sua relação com a fisioterapia.** Fisioter. Mov, v. 25, n. 2, p. 333-341, 2012.
- FERREIRA, H.P.; MARTINS, L.C.; BRAGA, A.L.F.; GARCIA, M.L.B. **O impacto da doença crônica no cuidador.** Rev Bras Clin Med, v. 10, n. 4, p. 278- 84, 2012.
- FILHO, D.B.F.; JÚNIOR, J.A.S. **Desvendando os mistérios do coeficiente de correlação de Pearson (r).** Revista Política Hoje, v. 18, n. 1, 2009.
- FONSECA, N.R.; PENNA, A.F.G. **Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente**

vascular encefálico. Ciência & Saúde Coletiva, v.13, n.4, p.1175-1180, 2008.

GRATÃO, A.C.M. et al. **Functional dependency of older individuals and caregiver burden.** Rev Esc Enferm USP, v.47, n.1, p. 134-41, 2013.

GONÇALVES, L.H.T. et al. **Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC.** Texto Contexto Enferm, v. 15, n. 4, p. 570-7, 2006.

GONÇALVES, L.T.H. et al. **Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, v.16, n.2, p. 315-325, 2013.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C.I. **Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo.** Cad. Saúde Pública, v. 26, n.5, p. 891-899, 2010.

LIMA, C.L.; PINTO, F.C.G.; TORQUATO, J.A. **avaliação de um programa de orientação fisioterapêutica ao cuidador do paciente com acidente vascular encefálico.** Rev enferm UFPE on line, v. 8, supl. 1, n.2324-32, 2014.

LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. **Mini-exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais.** Rev Saúde Pública, v. 40, n. 4, p. 712-9, 2006.

MENDES, G.D.; MIRANDA, S.M.; BORGES, M.M.M.C. **Saúde do cuidador de idosos: Um desafio para o cuidado.** Revista Enfermagem Integrada, v.3, n.1, 2010.

MORAES, S.R.P.; SILVA, L.S.T. **An evaluation of the burden of Alzheimer patients on family caregivers.** Cad. Saúde Pública, v.25, n.8, p.1807-15, 2009.

MORAIS, H.C.C. et al. **Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 20, n.5, 2012.

NONINO, F.; KREULICH, E.; BENEDETI, M.R. **Orientações a cuidadores de pacientes hemiplégicos em fase aguda pós-episódio de acidente vascular encefálico (AVE).** Revista Saúde e Pesquisa, v. 1, n. 3, p. 287-293, 2008.

OLIVEIRA, B.C.; GARANHANI, M.L.; GARANHANI, M.R. **Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico – necessidades, sentimentos e orientações recebidas.** Acta Paul Enferm, v. 24, n. 1, p. 43-9, 2011.

PEREIRA, R.A. et al. **Burden on caregivers of elderly victims of cerebro vascular accident.** Rev Esc Enferm USP, v. 47, n.1, p. 182-8, 2013.

PIMENTA, R.A.; RODRIGUES, L.A.; GREGUOL, M. **Avaliação da Qualidade de Vida e Sobrecarga de Cuidadores de Pessoas com Deficiência Intelectual.** R bras ci Saúde, v. 14, n.3, p. 69-76, 2010.

RIBEIRO, M. et al. **Validação da versão brasileira da medida de independência funcional.** Acta Fisiatr, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

SCAZUFCA, M. **Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses.** Rev Bras Psiquiatr, v. 24, n.1, p.12-7, 2002.

SCHNAIDER, T.B.; SILVA, J.V.; MARIA, P.A.R. **Cuidador familiar de paciente com afecção neurológica.** Saúde Soc, v.18, n.2, p.284-292, 2009.

SOUSA, A.G. et al. **Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com sequelas neurológicos.** ConScientiae Saúde, v.7, n. 4, p. 497-502, 2008.

STACKFLETH, R. et al. **Burden of work in caregivers of frail elders living at home**. Acta Paul Enferm, v.25, n. 5, p. 768-74, 2012.

TALMELLI, L.F.S. et al. **Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de alzheimer**. Rev Esc Enferm USP, v.44, n.4, p. 933-9, 2010.

TRINDADE, L.L. LAUTERT, L. **Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família**. Rev Esc Enferm USP, v. 44, n. 2, p. 274-9, 2010.

VALENTE, L.E. et al. **Health self-perception by dementia family caregivers**. Arq Neuropsiquiatr, v. 69, n. 5, p. 739- 744, 2011.

CAPÍTULO 12

RISCOS OCUPACIONAIS AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM SALA DE VACINA

Márcia de Moraes Sousa

Enfermeira, Pós-Graduanda em Urgência e Emergência pela Faculdade Integral Diferencial-WYDEN FACID-PI
Teresina-PI

Teresina-PI

Gisele Lopes Cavalcante

Farmacêutica, Mestranda em ciências farmacêuticas pela Universidade Federal do Piauí
Teresina-PI

Maria Francinete do Nascimento Silva

Enfermeira, Pós-Graduanda em Urgência e Emergência pela Faculdade Integral Diferencial-WYDEN FACID-PI
Teresina-PI

Enfermeira, Doutoranda do programa de doutorado em engenharia biomédica da Universidade Brasil.

Professora da Faculdade Integral Diferencial-WYDEN FACID-PI
Teresina-PI

Bruna Furtado Sena de Queiroz

Acadêmica do X bloco de Enfermagem pela Faculdade Integral Diferencial-WYDEN FACID-PI
Teresina-PI

Flávia de Sousa Holanda

Acadêmica do IX bloco de Enfermagem pela Faculdade Integral Diferencial-WYDEN FACID-PI
Teresina-PI

Laísa Ribeiro Rocha

Acadêmica do VIII bloco de Enfermagem pela Faculdade Integral Diferencial-WYDEN FACID-PI

RESUMO: Durante a sua jornada de trabalho, os profissionais de enfermagem estão expostos a diferentes riscos ocupacionais. Estes riscos são responsáveis pelo surgimento dos acidentes ocupacionais, os quais têm grande impacto econômico devido à perda de mão-de-obra qualificada. Um risco aos quais os profissionais de enfermagem estão expostos durante sua atividade laboral é o biológico, envolvendo acidente com perfuro cortante. Este estudo tem como objetivo geral identificar a exposição dos profissionais de enfermagem quanto aos riscos ocupacionais presentes nas salas de vacina. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Foi realizado em 21 salas de vacina de Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na regional norte do município de Teresina, estado do Piauí. Participaram do estudo 19 técnicos de enfermagem. A coleta de dados ocorreu nos meses de março á maio de 2016 e, utilizou como instrumento norteador um questionário semi estruturado com perguntas referentes à exposição aos riscos ocupacionais durante

suas atividades laborais. Os dados foram organizados e analisados por meio de categorias de acordo com os objetivos da pesquisa sendo, posteriormente avaliados e discutidos com base na literatura existente. Após acidentes com material perfuro cortante, os profissionais de enfermagem não realizam a notificação de acidentes, o que aumenta a sub notificação. Quanto aos equipamentos de proteção individual (EPI's), os profissionais têm conhecimento sobre os tipos de EPI's, porém referiram não fazerem uso destes equipamentos no desenvolvimento de sua atividade.

PALAVRAS-CHAVE: Biossegurança. Saúde do trabalhador. Acidente do trabalho.

ABSTRACT: During their workday, nursing professionals are exposed to different occupational hazards. These risks are responsible for the emergence of occupational accidents, which have great economic impact due to the loss of skilled labor. One risk to which nursing professionals are exposed during their work activity is the biological, involving accident with shear puncture. This study aims to identify the exposure of nursing professionals to the occupational risks present in vaccine rooms. This is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach. It was performed in 21 vaccine rooms of Basic Health Units (UBS), located in the northern region of the municipality of Teresina, state of Piauí. Nineteen nursing technicians participated in the study. Data collection took place from March to May 2016 and used as a guiding instrument a semi-structured questionnaire with questions regarding exposure to occupational risks during their work activities. The data were organized and analyzed by means of categories according to the objectives of the research, being later evaluated and discussed based on the existing literature. After accidents with sharp puncture material, the nursing professionals do not perform the accident notification, which increases the sub notification. Regarding personal protective equipment (PPE), professionals are aware of the types of PPE, but they did not use these equipments in the development of their activity.

KEYWORDS: biosecurity, worker's health, work accident.

1 | INTRODUÇÃO

Acidente de trabalho é aquele que acontece no exercício das atividades relacionadas ao serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional podendo causar morte, perda ou redução permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (LEI nº 8.213/91). Segundo RIBEIRO & SHIMISU (2007), os acidentes do trabalho são agravos freqüentes no exercício da enfermagem. GALLAS & FONTANA (2010), afirmam que a diversidade e a simultaneidade de cargas de trabalho contribuem para a ocorrência dos mesmos em qualquer unidade de cuidado direto ou indireto ao paciente.

Os acidentes ocupacionais que envolvem os profissionais de enfermagem têm grande impacto econômico acarretado pela perda de mão-de-obra qualificada

proveniente destes acidentes (BAKKE & ARAÚJO, 2010). Em seu relatório anual, a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2013), indicou custos que estas doenças acarretam aos profissionais, devido, a redução da capacidade de trabalho, bem como, no aumento dos gastos em cuidados de saúde.

A Lei Orgânica da Saúde n.º 8080, de 19/09/1990, regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, e as ações em saúde do trabalhador, definidas, como um conjunto de atividades que se destinam, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

As diferentes condições de trabalho as quais, os profissionais estão expostos podem surgir às doenças profissionais e/ou do trabalho. De acordo com TAVARES (2013), as doenças profissionais constituem apenas um dos aspectos das consequências negativas das más condições de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores.

Visando a prevenção da saúde e integridade dos trabalhadores de saúde durante a sua atividade laboral, o ministério do trabalho, por meio da norma regulamentadora número 32 (NR-32), estabelece medidas para proteger a saúde e a segurança dos profissionais de saúde, objetivando a prevenção dos acidentes quanto à exposição aos riscos físicos, químicos biológicos, psicossociais e ergonômicos. Desse modo exercendo atividades de promoção e assistência à saúde em geral desses profissionais.

Então, a escolha do tema decorre da existência dos riscos ocupacionais nos locais de trabalho, que podem afetar a saúde e a integridade física do trabalhador, uma vez que ao prestar assistência de saúde direta e indiretamente, preocupa-se muito com o cuidado do paciente e pouco com os riscos a que está exposto ao prestar este cuidado. Desse modo é de extrema relevância caracterizar os riscos ocupacionais expostos aos profissionais de enfermagem que atuam em unidades de estratégia de saúde da família, com ênfase em sala de vacina, tendo em vista a escassez de estudos que abordem essa temática fora do ambiente hospitalar.

Elegemos como hipóteses que o ambiente da sala de vacina apresenta riscos ocupacionais aos quais os profissionais de enfermagem estão expostos durante sua atividade laboral como também, o uso correto de EPI's protege a saúde e a integridade física do trabalhador.

O objetivo geral da pesquisa foi identificar a exposição dos profissionais de enfermagem quanto aos riscos ocupacionais presentes nas salas de vacina. Tendo como objetivos específicos: avaliar a postura adotada dos profissionais durante a sua atividade laboral; verificar a ocorrência de acidentes com perfuro cortantes; verificar o uso correto de EPI's na sala de vacina.

2.1 Procedimentos Éticos

A pesquisa foi realizada obedecendo aos aspectos legais da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sob a ética do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Integral Diferencial-FACID/Wyden o qual foi aprovado no dia 05.11.2015 com o número de protocolo 46123015.9.0000.5211. Após a autorização da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina, assim como do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Integral Diferencial- FACID/Wyden, foi iniciada a coleta de dados.

Os sujeitos foram convidados a participarem voluntariamente da pesquisa, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias ficando com uma cópia para si e outra para o pesquisador, sendo explicado o tema da pesquisa, metodologia, os objetivos, benefícios, riscos, duração e a disponibilidade dos pesquisadores sobre os esclarecimentos acerca do estudo.

2.2 Tipo de Pesquisa

De acordo com os objetivos propostos, a pesquisa foi do tipo exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. Segundo GIL (2010), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses e, tendo como principal foco o aprimoramento de idéias a descobertas de intuições. Para DYNIEWICZ (2009), a pesquisa descritiva tem como propósito observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos ou fenômenos. Buscam-se freqüência, característica, relação e associação entre variáveis.

A pesquisa qualitativa segundo MINAYO (2006) busca compreender as questões com o nível de realidade que não podem ser quantificados, isto é, trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. MARCONI & LAKATOS (2007), comentam também que a pesquisa qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano, fornecendo análise detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento entre outros. Assim, preocupa-se com a compreensão dos significados.

2.3 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em 21 salas de vacina de Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na regional norte do município de Teresina, estado do Piauí (figura 1), as quais são vinculadas a Fundação Municipal de Saúde (FMS).

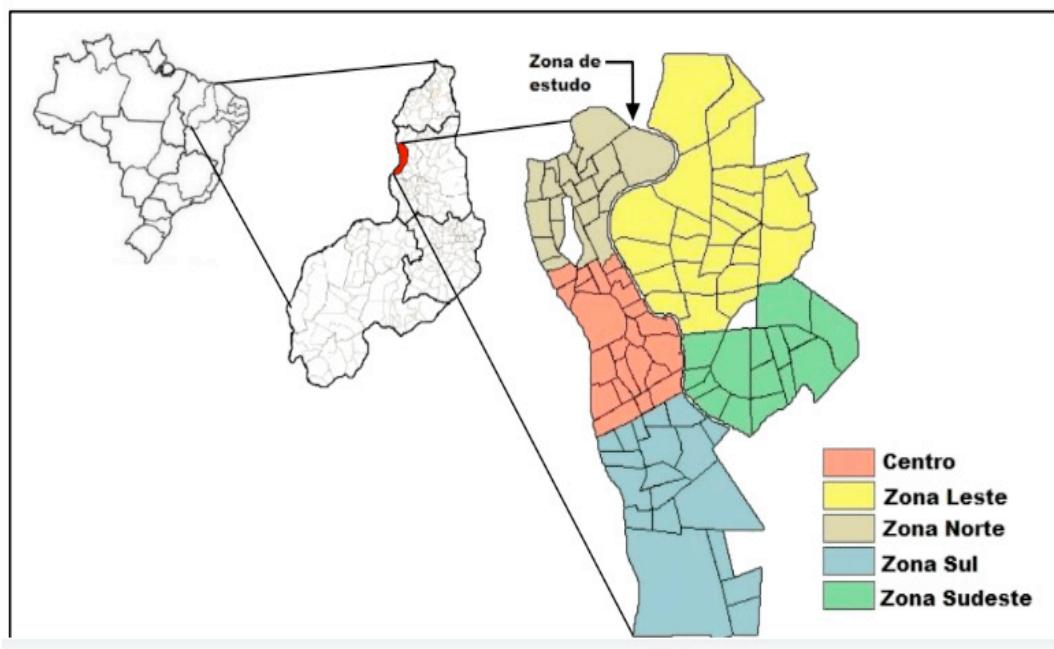


Figura 1- Mapa das cinco regiões metropolitanas de Teresina e local de estudo.

2.4 Participantes do estudo

Foram concedidas 19 entrevistas de técnicos de enfermagem que trabalham em salas de vacina de Unidades Básicas de Saúde, localizadas na regional norte do município de Teresina, estado do Piauí. Ocorrendo 2 recusas de participação da pesquisa das 21 salas de vacina.

A pesquisa teve como critérios de inclusão os profissionais de enfermagem que trabalham em sala de vacina há pelo menos um ano e, estabelecidos como critérios de exclusão os profissionais de enfermagem que trabalham em sala de vacina e estejam de licença e/ou férias.

2.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semi estruturada, composta por questões abertas e fechadas (APÊNDICE D) referentes à exposição aos riscos ocupacionais durante a atividade laboral desses profissionais na sala de vacina, que aconteceu com agendamento prévio de três dias em cada sala de vacina, durante os meses de março a maio de 2016. Para a entrevista, foi estabelecido um tempo de 30 a 50 minutos com cada profissional de enfermagem, onde foi realizada a aplicação de um questionário (APÊNDICE D), o qual possui perguntas referentes aos riscos

ocupacionais e principalmente aos acidentes com perfuro cortantes. Conforme as respostas do entrevistado foram sendo realizadas perguntas para maiores informações. A abordagem das perguntas foi sobre o conhecimento dos riscos ocupacionais, como também a ocorrência, freqüência e, local de acidente com perfuro cortantes e a conduta a ser seguida em caso de acidentes.

Quanto à avaliação do uso de EPI's, os dados foram coletados por meio da aplicação do questionário (APÊNDICED) onde o profissional de enfermagem indicou o seu conhecimento referente aos equipamentos de proteção individual (máscaras, luvas, jaleco, óculos etc.), utilizados durante a sua atividade laboral e a correta utilização destes. Como também, foi realizada no mesmo questionário uma avaliação da postura do profissional de enfermagem por meio de perguntas, as quais abordaram a presença/ausência de dores ou formigamento em alguma parte do corpo, devido à atividade exercida nas salas de vacinas nos últimos 12 meses e, que possam estar ocasionando problemas que impeçam o desenvolvimento das atividades domésticas ou no trabalho.

Para DYNIEWICZ (2009), a entrevista é o tipo mais comum de técnica de coleta de dados em pesquisa. Ela tem por finalidade obter informações verbais de uma parcela representativa de uma população. Seus objetivos são: atender aos propósitos da pesquisa; auxiliar, como, roteiro na coleta de dados; e ajudar a motivar o entrevistado. MINAYO (2006), afirma que a entrevista semi-estruturada permite que o informante exponha livremente suas ideias, apoiando-se numa pergunta previamente formulada pelo entrevistador.

2.6 Organização e Análise dos Dados

Para a organização e apresentação dos resultados foram construídas categorias, de acordo com as temáticas que surgiram da fala dos participantes durante as entrevistas realizadas. A análise dos dados qualitativos foi realizada por meio da entrevista semi estruturada, onde os dados foram organizados em categorias de acordo os objetivos da pesquisa, para subjetivamente serem avaliados e posteriormente discutidos com base na literatura existente.

Para MINAYO (2006), as categorizações são empregadas para estabelecer classificações, ou seja, agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger de um modo geral qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa. A análise temática compreende a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

É importante salientar que dos entrevistados, a maioria não sabiam responder inicialmente o que era risco ocupacional, mesmo fazendo uma correlação das perguntas subseqüentes no decorrer da entrevista não conseguiam formar uma definição precisa sobre tais riscos.

Quanto à exposição aos riscos ocupacionais A maioria achava que estava exposta apenas aos riscos biológicos e perfuro cortantes, não tendo conhecimento preciso sobre outros riscos ocupacionais como ergonômicos, pois, muitas vezes era necessário questionar o profissional de saúde para atingir o objetivo da pergunta, desse modo, quando questionado sobre os períodos de campanhas de vacinação relatavam que as várias funções atribuídas a um único profissional como solicitar o cartão, cadastramento/anotação no sistema para controle de vacinas, manuseio e administração da vacina, atendimento e organização da fila de espera, aliado as atividades repetitivas como sentar, levantar, digitar, anotar e baixar (para administração em crianças), desconforto devido a cadeiras inadequadas e falta de apoio nas mesas para os pés durante as atividades geram estresses e torna-os expostos aos riscos ergonômicos, podendo comprometer as atividades laborais.

Caracterização da amostra

Parâmetros avaliados	Descrição	Total
	Total	21
Salas de vacinas	Entrevistas concedidas	19
	Recusa de entrevista	2
Sexo dos entrevistados	Feminino	17
	Masculino	2
Tempo de atividade nas salas de vacinas	< 2 anos	1
	2-5 anos	9
	> 5 anos	9
	25-35 anos	8
Faixa etária	35-45 anos	5
	> 45 anos	6
Locais de trabalho	1 Local	9
	Em 2 locais	10

Tabela 1. Caracterização dos sujeitos envolvidos na pesquisa

As respostas dos entrevistados foram analisadas de modo que proporcionassem ao pesquisador abstrair as informações significativas que possibilitassem uma análise dos riscos e exposição dos profissionais relacionados ao seu laboro, levando em consideração os acidentes com materiais perfuro cortantes. Agruparam-se as falas de acordo com as diferenças e semelhanças percebidas nas respostas em categorias, a saber: exposição aos riscos ocupacionais, ocorrência de acidentes com perfuro cortantes nas salas de vacinas, avaliação da biossegurança aos profissionais de saúde na sala de vacina e problemas relacionados à ausência de ergonomia no ambiente laboral.

3.1 Exposições aos riscos ocupacionais

Na análise das questões subjetivas com relação aos conhecimentos que o grupo estudado mostrou por meio das entrevistas, pode-se observar que uma pequena parte dos sujeitos da pesquisa possuíam algum conhecimento acerca dos riscos ocupacionais existentes no seu ambiente de trabalho, citando os riscos biológicos, físicos (radiações ionizantes) e perfurocortantes. Sendo seus depoimentos transcritos nos abaixo:

“Risco que o profissional tem ao manusear materiais biológicos, radioativos, dentre outros no ambiente de trabalho”.

“É tudo que pode ter risco a saúde. Por ex. perfuro-cortantes, imunobiológicos, contato com pacientes e posições ergonômicas”.

“São riscos decorrentes das atividades exercidas no ambiente de trabalho”.

Assim, o risco biológico foi o de maior evidência para os profissionais das salas de vacinas em estudo. Neste sentido, conforme o desenvolver da entrevista, tornou-se perceptível, na maioria dos relatos dos sujeitos, que os mesmos relacionavam o referido risco aos materiais perfuro cortantes. Citam também, que as atividades que envolvem contato físico direto com as pessoas, podem acarretar exposições às doenças infectocontagiosas durante a sua atividade laboral, conforme os relatos que seguem:

“Exposição à doenças pelo fluxo de pessoas e perfuro cortante”.

“Exposição à doenças aspiratórias pelo fluxo de pessoas”

“Exposição à doenças pelo fluxo de pessoas; contaminação por meio do manuseio da vacina; e perfuro cortante”

No entanto, a maioria dos entrevistados pensavam que estavam expostos apenas aos riscos biológicos e perfuro cortantes, não tinham conhecimentos preciso em relação a outros riscos como os ergonômicos e químicos pois, muitas vezes era necessário outros questionamentos ao profissional de saúde para atingir o objetivo da pergunta, desse modo, quando questionado sobre os períodos de campanhas de

vacinação, os profissionais relatavam que as várias funções atribuídas a um único profissional como solicitar o cartão, cadastramento/anotação no sistema para controle de vacinas, anotação da vacina no cartão, manuseio e administração da vacina, atendimento e organização da fila de espera, todas estas atribuições geravam vários estresses durante esse período.

As diversas atribuições durante as campanhas de vacinação relatadas pelos profissionais nas salas de vacinas, durante sua atividade laboral, condiz com as condições elencadas por MAURO et al. (2004), onde as condições precárias a que são expostos estes profissionais, principalmente pelo excesso de atividade laboral física e mental, acúmulo de horas trabalhadas, são fatores determinantes para ocorrência das doenças ocupacionais e acidentes do trabalho. Tais condições podem ser observadas na transcrição dos relatos dos entrevistados sobre os incômodos das salas de vacinas:

“A carga excessiva de trabalho em período de campanha. Tanto na saúde mental (pelo estresse e cobrança), saúde física (esforço de trabalho na questão de sentar, levantar, se agachar)”.

“As inúmeras vezes que sento e levanto para realizar anotações e vacinas”

Constata-se também por meio de uma análise correlativa das diversas atribuições relatadas pelos profissionais durante as campanhas de vacinação que, somando-se as atividades repetitivas como sentar, levantar, digitar anotar e baixar (para administração em crianças), cadeiras sem conforto, falta de suporte para apoio dos pés durante o cadastramento/anotação no sistema, torna o profissional exposto aos riscos ergonômicos, o que pode comprometer futuramente suas atividades laborais. Pois, de acordo com Freitas et al. (2009), os profissionais de enfermagem são os mais afetados pelas lesões por esforço repetitivo (LER) tornando-os um grupo com probabilidade de desenvolver a LER, mesmo eles não tendo o conhecimento do risco que os acometem.

3.2 Ocorrência de acidentes com perfuro cortantes nas salas de vacinas

A maior parte dos profissionais relataram que, durante suas atividades nas salas de vacina, já sofreram alguns acidentes com perfuro cortante. O relato da freqüência de acidente em um dos profissionais chegou à ocorrência de cinco vezes durante o tempo de sua atividade em sala de vacina. Em todos os relatos de acidentes com perfuro cortante, a agulha e a ampola de diluente foram os principais materiais geradores deste acidente. Tais relatos podem ser observados na transcrição da fala dos entrevistados conforme apresentado abaixo:

“Sim, mais ou menos uns três anos com agulha”

“Sim, há mais ou menos cinco anos com agulha e ampola de diluente”

“Sim, freqüentemente ao abrir ampola de diluente”

“Sim, várias vezes com agulha e ao abrir ampola de diluente”

A identificação da agulha como um dos principais materiais geradores de acidentes perfuro cortantes ao profissional de enfermagem está de acordo com os resultados encontrados por Marziale et al. (2004) onde os autores identificaram este objeto como causadores do maior número de acidentes com perfuro cortantes ao profissional de enfermagem.

Em seu estudo Alves et al. (2009) identificaram que o potencial de risco para acidentes biológicos com material perfuro cortante aos profissionais de enfermagem está associado a inúmeros fatores combinados ou não. Entre esses fatores destacam-se: ausência ou uso inadequado dos EPIs, além da sobrecarga de atividades pelo número reduzido de profissionais. Tais fatores encontrados pelos autores podem estar relacionados também com os dados obtidos no presente estudo.

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que anualmente ocorrem cerca de três milhões de acidentes percutâneos com agulhas contaminadas no mundo (Verçosa, et. al 2013). Porém, esta projeção pode ser subestimada, sobretudo pela ausência de sistemas de vigilância e pela sub notificação de acidentes (Salier et al., 2012). Segundo Oliveira et al. (2010), a escassez de estudos referentes à ocorrência de acidentes com perfuro cortantes em profissionais de enfermagem e, sua real freqüência são desconhecidas, devido à muitos profissionais não notificarem tais ocorrências conforme as orientações padrões.

3.3 Avaliação da biossegurança aos profissionais de saúde na sala de vacina

Analizando os dados coletados na entrevista, pode-se constatar que o grupo estudado conhece os equipamentos de proteção individual (EPI's) para a realização das atividades, porém, quando questionados quanto a utilização dos equipamentos de proteção, uma parte relatou que fazem uso isolado de luvas (principalmente), máscara, avental, touca e propés.

Outra parte do grupo relatou que, mesmo os EPI's estando à disposição (conforme constatado durante as entrevistas), eles não fazem uso corriqueiro durante o desenvolvimento da sua atividade laboral nas salas de vacinas e, seus usos ficam restrito apenas à luvas e máscaras durante as campanhas de vacinação e/ou suspeita de alguma doença infectocontagiosa. Sendo seus relatos transcritos abaixo:

“Avental e, faço uso da máscara apenas em período de campanha”.

“Uso a máscara só se estiver gripada”.

“Só faço o uso da luva quando faço vacinação fora da sala de vacina (presídios) e em períodos de campanha”.

Isto é um grave problema, pois, segundo Moura & Moura (2011), a conduta inadequada dos profissionais de saúde na não execução das normas de segurança por meio do uso dos equipamentos de proteção individual, aumentam consideravelmente

o risco de acidentes no ambiente de trabalho, uma vez que, estes profissionais estão expostos à vários riscos ocupacionais durante as suas atividades. Desse modo, estes os profissionais do estudo deveriam ser conscientes em relação à necessidade de conhecer e empregar adequadamente as normas de biossegurança e exigir segurança durante a sua atividade laboral. Isto é de fundamental importância, uma vez que estes profissionais est subestimando o risco de se infectarem por Anti-HIV, Ag Hbs, Anti-HBS, Anti-HCV.

Estes profissionais que relataram os acidentes com perfuro cortantes, informaram que o único procedimento adotado após o acidente, foi a lavagem das mãos/dedos com sabão e água corrente. Como também, não realizaram nenhum procedimento de notificação destes acidentes e acompanhamento sorológico tanto do profissional quanto do paciente. Amaral et al. (2005) chama atenção que, após o acidente com materiais perfuro cortante, o profissional de enfermagem é o responsável em tomar a iniciativa da notificação, como também investigar as condições do paciente. Devendo ser realizado acompanhamento sorológico do profissional que se acidentou, com acompanhamento após 2 e 6 meses da ocorrência do acidente. Contudo, Oliveira et al. (2010) comentam que a sub notificação da ocorrência destes acidentes juntos aos setores responsáveis são as maiores dificuldades em adotar medidas preventivas e novas estratégias que reduzam o risco destes acidentes aos profissionais de enfermagem.

Com isso, o profissional de saúde deve desenvolver um sentido de responsabilidade com relação à sua própria segurança. Para tal, é necessário obter conhecimentos específicos acerca de como podem ocorrer os acidentes de trabalho, bem como ser responsável pela manutenção da segurança do ambiente por meio das ações educativas. Neste contexto, a Norma Regulamentadora (NR) 32 objetiva o estabelecimento das diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, preconiza o uso de EPI, a higienização das mãos, a vacinação contra hepatite B, tétano e difteria, entre outras disposições (BRASIL, 2005).

3.4 Problemas relacionados à ausência de ergonomia no ambiente laboral

Para a Ergonomia, as condições de trabalho são representadas por um conjunto de fatores interdependentes, que atuam direta ou indiretamente na qualidade de vida das pessoas e nos resultados do próprio trabalho. Os profissionais entrevistados relataram que as dores na coluna e lombares, foram os principais problemas ocorridos nos últimos 12 meses acarretando na procura por médicos ortopedistas para avaliação do problema. Conforme em alguns dos relatos transcritos abaixo:

“Sim, tenho procurado um ortopedista devido às dores lombares.”

“As dores na coluna fizeram procurar um ortopedista.”

“Sim, dentro desse prazo, procurei um ortopedista e neurologista.”

“Umas dores na coluna que surgiu na coluna me fez ir ao ortopedista.”

Em vista disto, acredita-se que tais problemas possam estar relacionados às condições físicas inadequadas no ambiente laboral, que aliado a atividades repetitivas relatadas pelos entrevistados acarreta no comprometimento da atividade laboral nas salas de vacina. Vale a pena ressaltar que dos 19 entrevistados 1 tinha mais de 60 anos, nos remetendo para profissionais adultos jovens que não deveriam, via de regra, desenvolver problemas na coluna pois tal patologia está mais ligado aos profissionais idosos. Segundo Altoé et al., (2013), algumas organizações e grupos de pesquisa destacam os trabalhadores de enfermagem como sendo os profissionais que têm maior risco a desenvolver problemas relacionados a coluna dorsal.

Os fatores extra laborais como problemas posturais aliados aos fatores laborais como observados no presente estudo, podem interferir no desenvolvimento do trabalho destes profissionais. Segundo neste contexto, estudos de Barbosa et al; (2008) e Alencar et al; (2010) demonstram que aproximadamente 80% dos trabalhadores de enfermagem estão propensos a adquirir os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) devido a constante exposição a condições inadequadas de trabalho.

4 | CONCLUSÃO

Pode-se constatar que nas Unidades Básicas de Saúde pesquisadas não se constatou a presença de notificação dos casos de acidentes com perfuro cortantes e outros acidentes relacionados ao desenvolvimento das atividades laborais dos profissionais de enfermagem.

Os profissionais que trabalham nas salas de vacinas estão expostos aos riscos ocupacionais, principalmente os biológicos, perfuro cortantes e ergonômicos. Aliado as atribuições impostas aos profissionais nas salas de vacinas durante as campanhas de vacinação geram um grande estresse (risco psicossocial) ao profissional, podendo futuramente repercutir em sua saúde;

A não notificação dos acidentes com perfuro cortantes que ocorre nas salas de vacinas repercute numa sub notificação, o que dificulta a obtenção de dados sobre a real incidência destes acidentes nestes ambientes laborais. Desse modo recomendam-se outros estudos nas demais unidades das salas de vacinas nas outras regionais para que sejam levantados tais problemas.

A não utilização dos equipamentos de proteção individual por uma parte dos entrevistados aumenta a exposição aos riscos ocupacionais e de acidentes com perfuro cortantes.

Diante da realidade conferida na presente pesquisa, faz-se necessário investir

no processo educativo, implementar treinamentos, cursos e palestras voltadas para a conscientização dos profissionais de saúde, visando reduzir a exposição aos riscos e a prevenção de riscos ocupacionais.

Este estudo representou um ganho de informações para a comunidade acadêmica e profissional acerca da identificação dos riscos ocupacionais para adoção de medidas preventivas dentro das salas de vacinas. Trouxe dados que pode fomentar mudanças de postura, como também levantamento de informações para possível tomada de decisões por parte de gestores visando a saúde e integridade física do trabalhador durante sua atividade laboral.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N.M.C. **Ergonomics and the occupational activities of the nursing staff.** Rev Esc Enferm USP, n.32(1), p:84-90. 2012

ALTOÉ, A.A., ESCUDEIRO, C.L., SILVINO, Z.R. **Condições ergonômicas laborais para os trabalhadores de enfermagem: revisão integrativa da literatura.** Rev enferm UFPE on line, v.7, p:857-61, 2013.

ALVES, S.S.M., PASSOS, J.P., TOCANTINS, F.R. **Acidentes com perfurocortantes em trabalhadores de enfermagem: uma questão de biossegurança.** Rev. enferm. UERJ, v.17(3), p:373-377, 2009.

AMARAL, S.A; SOUSA, A.F.S; RIBEIRO, S.O; OLIVEIRA, M.A.N. **Acidentes com material perfurocortante entre profissionais de saúde em Hospital Privado de Vitória da Conquista – BA.** Sitientibus. v.33, p:101-14, 2005.

ANDRADE, A.C.; SANNA, M.C. **Ensino de Biossegurança na Graduação em Enfermagem: uma revisão da literatura.** Rev. Bras. Enferm., v.60, n.5, p:569-72, 2007.

ARAÚJO, T.M.E; SILVA, N.C. **Acidentes perfurocortantes e medidas preventivas para hepatite B adotadas por profissionais de Enfermagem nos serviços de urgência e emergência de Teresina, Piauí.** Rev. bras. Saúde ocup. v.39, n:130, p:175-183, 2014.

BAKKER, H. A.; ARAÚJO, N.M.C. **Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário.** Produção, v. 20, n. 4, out./dez, p:669-676, 2010.

BARBOZA, M.C.N, MILBRATH, V.M., BIELEMANN, V.M., SIQUEIRA, H.C.H. **Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) e a sua associação com a enfermagem ocupacional.** Rev Gaúcha Enferm, 2008

BISETTO, L.H.L.; CUBAS, M.R.; MALUCELLI, A. **A prática da enfermagem frente aos eventos adversos pós-vacinação.** Rev Esc Enferm. v.45, n.5, p:1128-1134, 2011.

BRASIL Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009: **Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências** 8p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria nº 1.125, de 6 de julho de 2005: dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS** [Internet]. Brasília (DF); 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm>. Acessado em: 18 de maio de 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS.** Manual de Normas e Procedimentos para

Vacinação. Ministério da Saúde- Brasília, 2014, 176p.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Norma Regulamentadora N° 32: **Segurança e saúde no Trabalho em serviços de saúde**. Diário oficial da União. 16 de novembro de 2005, 35p.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Norma Regulamentadora N° 6: **Equipamento de Proteção Individual - EPI**. Diário oficial da União. 13 de novembro de 2009, 7p

CARVALHO, C.M.R.S; MADEIRA, M.Z.A; TAPETY, F. I; ALVES, E.L.M; MATINS, M. C.C.C; BRITO, J.N.P.O. **Aspectos de biossegurança relacionados ao uso de jalecos pelos profissionais de saúde: uma revisão da Literatura**. Texto Contexto Enfermagem, v.2, n.18, p.355-60, 2009.

DIAS E.C.; HOEFEL M.G. **O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST**. Ciência Saúde Coletiva, v.10, p:817-827, 2005.

ESPINDOLA, M.C.G.; FONTANA, R. T. **Riscos ocupacionais e mecanismos de autocuidado do trabalhador de um centro de material e esterilização**. Rev Gaúcha Enferm. v.33, n.1, p:116-23, 2012.

FARIAS, G. S.; OLIVEIRA, C. S. **Riscos Ocupacionais Relacionados aos Profissionais de Enfermagem na UTI: Uma Revisão**. Braz. J. Health, v.3, n.1, p:1-12, 2012.

GALLAS, S.R.; FONTANA, R.T. **Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador**. Rev Bras Enferm. v.63, n.5, p:786-92, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5^a edição. Atlas, 2010.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.V. **Metodologia do trabalho científico**. 7^aedição. Atlas. 2007. 244p.

MARZIALE, M.H.P, RODRIGUES, C.M. **A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfuro cortante entre trabalhadores de enfermagem**. Rev Latino-am Enfermagem, v.10(4), p:571-577,2002.

MARZIALE, M.H.P, NISHIMURA, K.Y.N., FERREIRA, M.M. **Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem**. Rev Latino-am Enfermagem, v.12(1), p:36-42, 2004

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32^a edição. Vozes. 2006. 108p.

MOURA, L.K.B., MOURA, M.E.B. **O conhecimento cotidiano do risco ocupacional**. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, v.4 (3), p:31-38, 2011.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **A prevenção das doenças profissionais**. 1^a edição. Bureau. 2003. 20p

RAPPARINI, C. **Manual de implementação: programa de prevenção de acidentes com perfurocortantes em serviços de saúde**. FUNDACENTRO. São Paulo, 2010. 161p.

RIBEIRO, E.J.G.; SHIMISU, H.E. **Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem**. Rev Bras Enferm. v.60, n.5, p:535-40, 2007.

SAILER, G.C & MARZIALE M.H.P. **Vivência dos trabalhadores de enfermagem frente ao uso de antirretrovirais após exposição ocupacional a material biológico**. Texto Contexto Enferm, v.16(1), p. 55-62, 2007.

SARQUIS, L.M.M.; FELLI, V.E.A. **Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre**

trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde. Rev. bras. Enferm. v.6, n.5, p 701-704, 2010.

TAVARES, A. Saúde ocupacional: Acidentes do trabalho e Doenças profissionais. Orientações técnicas. Arsavit. 2013. 69p.

VEIRA, M.; PADILHA, M.I.; PINHEIRO, R.D.C.**Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. v.19, n.2, p:01-08, 2011.

AVALIAÇÃO DO ABSENTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – REVISÃO INTEGRATIVA

Anny Caroline dos Santos Olímpio

Graduada em Enfermagem no Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA), Sobral – Ce.

João Breno Cavalcante Costa

Graduado em Enfermagem no Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA), Sobral – Ce.

Ana Íris Mota Ponte

Centro Universitário-UNINTA
Santana do Acaraú-Ceará

Maria Gleiciane Cordeiro

Centro Universitário-UNINTA
Santana do Acaraú-Ceará;

Benedita Beatriz Bezerra Frota

Centro Universitário-UNINTA
Sobral-Ceará;

Carlos Henrique do Nascimento Moraes

Centro Universitário-UNINTA
Acaraú-Ceará;

da enfermagem. Deste modo, o absenteísmo se refere às ausências de trabalho devido a licenças, férias, faltas justificativas e inclui também as suspensões ou as ausências por faltas injustificadas. Este estudo é o resultado de uma revisão integrativa, que visou conhecer produções científicas nacionais publicadas no período de 2010 a 2014. Dentre os estudos disponibilizados, sintetizou 12 trabalhos científicos. Emergiram as categorias: Características dos artigos, principais causas e doenças que acarretavam o absenteísmo nos profissionais de enfermagem, consequências geradas no serviço de enfermagem e as estratégias utilizadas para reduzir o absenteísmo no serviço de enfermagem hospitalar. Permitiu-se identificar que a avaliação do absenteísmo na equipe de enfermagem além de fornecer informações a respeito do estado de saúde dos trabalhadores e riscos ocupacionais, pode favorecer a identificação das condições de trabalho que levam ao adoecimento da equipe de enfermagem, por isso torna-se tão importante o reconhecimento das circunstâncias que o envolvem, servindo de ferramenta para avaliação da saúde do trabalhador e adoção de medidas preventivas em benefício da qualidade da assistência ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE:
Absenteísmo;
Enfermagem; Trabalho.

RESUMO: A enfermagem se expandiu enquanto ciência e classe profissional, em virtude da rotina de trabalho muitas vezes duplicada devido à falta de profissionais em algumas regiões e a baixa remuneração, o profissional de enfermagem se torna vulnerável a desgaste físico e/ou emocional, ao longo de sua vida laboral. Nessa perspectiva, as exigências institucionais estão cada vez maiores, favorecendo a insatisfação, ao adoecimento físico e psicológico, e por consequência ao absenteísmo de profissionais

1 | INTRODUÇÃO

Nos dias atuais sabemos que a segurança do trabalho e saúde são indispensáveis quando a finalidade é conservar um ambiente de trabalho saudável e produtivo na organização. A importância da segurança deve ser valorizada todos os dias pelas empresas e seus colaboradores devido sua relevância e deve ser ainda ser praticada por todos que se preocupam com sua própria saúde (SELL, 2012).

De acordo com, as mudanças nos processos de trabalho, em que as novas tecnologias acentuam a utilização da informatização e da automação, trouxeram importantes modificações na organização dos serviços de saúde, especialmente no contexto hospitalar (UMANN et al., 2011).

No contexto hospitalar, a enfermagem constitui-se na maior força de trabalho, sendo exercida pelas categorias profissionais: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2011).

Lorenzetti et al. (2014) diz que as atividades de gestão são constitutivas da prática da enfermagem, em especial do enfermeiro, desde a institucionalização da profissão, em meados do século XIX. Destaca-se nesse contexto a atuação dos enfermeiros em cargos de direção nos diversos níveis das instituições de saúde, desde a direção de unidades básicas de saúde, funções em nível central das esferas municipal, estadual e federal, bem como direção de órgãos de enfermagem em instituições hospitalares e coordenação de unidades assistenciais neste nível de atenção.

A enfermagem se expandiu enquanto ciência e classe profissional, mantendo sua essência que é o cuidar, estando presente ao lado de quem necessita de sua assistência 24 horas por dia. Em virtude da rotina de trabalho muitas vezes duplicada devido à falta de profissionais em algumas regiões e a baixa remuneração, o profissional de enfermagem torna-se vulnerável a desgastes físicos e/ou emocional, ao longo de sua vida laboral.

Por ser uma profissão cuja mão de obra é basicamente feminina, estas trabalhadoras, por vezes são as mantenedoras financeiras de suas famílias e acumulam a jornada de trabalho duplas ou até triplas, somando as atividades do lar, condições que favorecem ao estresse e o aparecimento de doenças que geralmente desencadeiam possíveis ausências no local de trabalho, comprometendo, portanto a gestão e a prestação do cuidado (OLIVEIRA et al., 2011).

Nessa perspectiva, as exigências institucionais estão cada vez maiores, a carga horária excessiva, a dupla jornada de trabalho, a necessidade de manter mais de um emprego, aliado ao desgaste físico e mental, as condições impostas de trabalho muitas vezes desfavoráveis, favorece a insatisfação do trabalhador, ao adoecimento físico e psicológico, e por consequência ao absenteísmo destes trabalhadores.

O absenteísmo diz respeito à falta de assiduidade ao trabalho e a outras obrigações sociais. As causas para essas faltas podem variar, desde situações planejadas (folgas, férias e feriados), e situações que são imprevisíveis, as quais

caracterizam, de fato, o absenteísmo, sendo essas as faltas não justificadas, acidente de trabalho, licenças médicas, licença maternidade e paternidade, período de gala, nojo e demais circunstâncias que impeçam o trabalhador de cumprir com o seu papel (FEIX et al., 2018)

Segundo Flores et al. (2016), as acentuadas transformações no mundo do trabalho têm suscitado uma crescente preocupação com relação à saúde do trabalhador como ação preventiva do absenteísmo. A presença do absenteísmo excessivo traz consequências desastrosas às organizações, refletindo sobremaneira na queda da produtividade e no consequente aumento dos custos da produção. Por outro lado, o fenômeno do absenteísmo, numa perspectiva sistêmica de análise das relações homem trabalho organização, pode ser tomado como sinal, e porque não dizer ‘sintoma’, de que também o trabalho, tal como se encontra em desenvolvimento no seio da organização, afeta o trabalhador de forma prejudicial, ou seja, a existência do absenteísmo em grau significativo denuncia a atuação negativa e destrutiva de um mal estar e, portanto, prejuízos que ocorrerão numa via de mão dupla: atingindo primeiramente o corpo e o psiquismo do trabalhador e a já citada produtividade organizacional secundariamente. No entanto, deve-se considerar que o trabalho também pode significar sofrimento psíquico, alienação, comprometimento da saúde física e mental do trabalhador.

O absenteísmo na enfermagem implica diretamente: Queda na qualidade da assistência, sobrecarga de atividades, falta de motivação do profissional ativo, risco na saúde do trabalhador comprometido e aumento dos custos financeiros despendidos com horas extras para a instituição. A remuneração das profissionais de enfermagem também pode estar associada ao absenteísmo, pois os salários baixos podem implicar na necessidade de dois ou até mais empregos causando sobrecarga, que podem levar a faltas injustificadas (ARAUJO, 2015).

Diante do exposto, estudos sobre a temática são importantes para ampliar o entendimento a respeito do assunto, conhecer o perfil dos profissionais de enfermagem, as principais causas e doenças que geram o afastamento, identificar as consequências que resultam estas ausências para a equipe de enfermagem e as estratégias utilizadas para reduzir este índice no serviço de enfermagem.

2 | OBJETIVOS

2.1 Geral

Conhecer as produções científicas nacionais, resumos de artigos, publicados no período de 2010 a 2014, abrangendo o tema absenteísmo dos profissionais de enfermagem.

2.2 Específicos

- Descrever as causas e principais doenças nos profissionais de enfermagem que geram o absenteísmo;
- Apresentar as consequências que o absenteísmo na equipe de enfermagem acarreta;
- Elencar as estratégias para reduzir o absenteísmo dentro do serviço de enfermagem.

3 | METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

A revisão integrativa se desenvolve em seis etapas: definição do problema e formulação da questão de pesquisa, critérios de inclusão e exclusão de estudos, categorização dos estudos, interpretação dos resultados, apresentação da revisão e resultados/síntese do conhecimento. (MENDES et al., 2008)

3.2 Definição do problema/ Questões Norteadoras

A produção científica a respeito sobre o absenteísmo na enfermagem apresenta muitas variáveis envolvidas, portanto é relevante aprofundar-se na temática. O que tem sido produzido na literatura científica sobre absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar?

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em setembro de 2015 através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde contém Base de Dados de Enfermagem (BDENF), a Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e entre outras, por serem amplas e apresentarem rigor científico para indexação dos periódicos.

Foram utilizados os descritores em ciências da saúde (DECs): Absenteísmo e Equipe de enfermagem. Estes foram utilizados associados através do operador booleano *and*, a fim de tornar a busca de dados mais objetiva.

Os critérios de inclusão: trabalhos científicos sobre absenteísmo completos, de acesso *online*, de acesso livre, em idioma português, publicados no período de 2010 a 2014. Os critérios de exclusão: Publicações que não respondem as perguntas norteadoras proposta nesta revisão. Artigos duplicados na mesma base de dados, ou encontrados em mais de uma base, foram considerados uma única vez.

A busca de trabalhos científicos se deu conforme descrito: capturados 111 trabalhos científicos, selecionados somente os textos completos, com títulos a respeito

do absenteísmo, em idioma português e publicado nos últimos cinco anos (2010, 2011, 2012, 2013 e 2014), totalizaram 25 trabalhos, entre estes, 14 estavam duplicados em outras bases de dados ou não atendiam a pergunta norteadora desta pesquisa. Sintetizando 12 trabalhos científicos para serem analisados. E estão divididos da seguinte forma: 04 na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), 09 em Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e 01 na (MEDLINE).

3.4 Instrumento para coleta de dados

Utilizou-se uma ficha na qual foram registrados os dados de identificação e demais informações extraídas dos 12 trabalhos científicos, a fim de facilitar a análise e interpretação dos dados para respectiva síntese e comparação.

Após o preenchimento da ficha de cada artigo, estes foram numerados de acordo com o ano e mês de publicação dos trabalhos, iniciando do antigo ao mais recente. Dessa forma cada artigo foi relacionado a um algarismo numérico de 1 a 12.

4 | APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Na tabela 1 apresenta-se a caracterização dos artigos de acordo com os títulos e autores das pesquisas, ordenados de acordo com o ano de publicação, iniciando do mais antigo ao mais recente.

Nº	Título	Autores
1	Absenteísmo na enfermagem: Uma revisão integrativa.	Martinato, M.C.N.B. et al.
2	Absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar.	Umann, Juliane. et al.
3	Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como um indicador de gestão de pessoas.	Sancinetti, T.R. et al.
4	Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um Hospital Universitário do estado do Pernambuco.	Ferreira, E.V. et al.
5	Absenteísmo na equipe de enfermagem: Uma revisão de literatura.	Lemos, M.C. et al.
6	Preditores de absenteísmo na enfermagem de um Hospital Universitário: Estudo de coorte.	Souza, L.M de
7	Impacto econômico do absenteísmo de enfermagem por doença em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro-RJ.	Pinheiro, M.A.S
8	Absenteísmo entre trabalhadoras de enfermagem em UTI de Hospital Universitário.	Carneiro. T.M.; Fagundes, N.C
9	Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem.	Ferreira, R.C. et al.
10	Absenteísmo – Doença na equipe de enfermagem em um Hospital Público.	Oliveira, L.B.M de
11	Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem de uma operadora de plano de saúde.	Formenton, A. et a.

12	Motivos atribuídos por profissionais de uma UTI para ausência ao trabalho.	Abreu, R.M.D de et. al.
----	--	-------------------------

Tabela 1 – Descrição dos números, título e autores dos artigos selecionados para Revisão Integrativa. Sobral, 2015.

Fonte: OLÍMPIO, A.C. Avaliação do absenteísmo dos profissionais da enfermagem, 2015.

Na tabela 2 apresenta-se o ano de publicação, o estado de origem, o tipo de estudo, o local onde foram realizadas as pesquisas e a população/amostra escolhida.

Nº	Ano	Estado	Tipo de estudo	Campo	População/Amostra
1	2010	RS	Rev. Integrat.	Prod. Científicas	Prof. enfermagem
2	2011	RS	Rev. Integrat.	Prod. Científicas	Prof. enfermagem
3	2011	SP	Explor. Quantit.	H. Universitário	Enfº (148) Téc/Aux (465)
4	2011	PE	Explor. Quantit.	H. Público	(349) Prof. enfermagem
5	2012	RJ	Rev. Literat.	Prod. Científicas	Prof. enfermagem
6	2012	RS	Coorte Quantit.	H. Universitário	(254) Prof. enfermagem
7	2012	RJ	Doc. Retrosp.	H. Universitário	Prontuários de prof. enf
8	2012	BA	Descrit. Quantit.	H. Universitário	Enfº (23) Téc/Aux (41)
9	2012	RJ	Seccional Transv.	H. Público	(1509) Prof. enfermagem
10	2014	MG	Doc. Quantit.	H. Público	Enfº (157) Téc/Aux (899)
11	2014	SP	Descrit. Retrosp.	UPA	(202) Prof. enfermagem
12	2014	MG	Explor. Qualit.	UTI	(41) Prof. enfermagem

Tabela 2 – Descrição do ano de publicação, local de estudo (Estado), tipo e campo, população e amostra da pesquisa. Sobral, 2015.

Fonte: OLÍMPIO, A.C. Avaliação do absenteísmo dos profissionais da enfermagem, 2015.

Na tabela 3 consta origem dos autores (local de trabalho), periódico de publicação e objetivos das pesquisas.

Nº	Origem do autor	Periódico	Objetivos Gerais
1	Univ.	Rev Gaúcha Enferm.	Conhecer as produções científicas nacionais que abordam o absenteísmo dos profissionais de enfermagem, publicadas no período de 2003 a 2008.

2	Univ.	Rev Cienc. cuidado, saúde	Identificar na literatura científica as produções existentes acerca do absenteísmo na enfermagem no contexto hospitalar.
3	Univ/Serv.	Rev Escola Enferm. USP	Analizar a taxa de absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital público de ensino.
4	Univ/Serv.	Rev Rene	Identificar e analisar as causas de absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem do serviço de internação através de auditoria em fichas de afastamentos não programados.
5	Univ.	Rev Cuidado é fundamental online	Identificar as causas do absenteísmo na equipe de enfermagem, mediante revisão de literatura e analisar suas implicações para a enfermagem.
6	Univ.	Tese	Analizar as características individuais, o estresse laboral e os dist. psiquiátricos menores como preditores de absenteísmo em trabalhadores de enfermagem.
7	Univ.	Dissertação	Identificar as causas prevalentes de afastamento no hospital universitário de acordo CID10; Estimar os custos diretos mínimos das doenças que afastam o trabalhador de enfermagem.
8	Univ.	Rev de enferm. UERJ	Levantar as taxas de absenteísmo entre trabalhadoras em enfermagem e definir índice de segurança (IST) que melhor se ajusta à realidade pesquisada.
9	Univ.	Rev Saúde Pública	Analizar fatores associados ao absenteísmo por doenças autorreferido em trabalhadores de enfermagem.
10	Univ.	Dissertação	Analizar os índices absenteísmo-doença da equipe de enfermagem de um hospital público de Belo Horizonte referente ao ano de 2013.
11	Univ.	Rev de enferm. UERJ	Analizar o absenteísmo-doença da equipe de enfermagem de uma operadora de plano de saúde do interior de São Paulo.
12	Univ.	Rev Brasileira de Enferm.	Identificar os motivos atribuídos pelos profissionais de enfermagem para as faltas no trabalho. Descrever as alternativas propostas pelos profissionais para redução do absenteísmo.

Tabela 3 – Descrição de origem dos autores (universidade/serviço), periódico de publicação e objetivos do estudo. Sobral, 2015.

Fonte: OLÍMPIO, A.C. Avaliação do absenteísmo dos profissionais da enfermagem, 2015.

Na tabela 4 estão descritas as causas e principais doenças que acarretam para o absenteísmo nos profissionais de enfermagem.

Resultados apresentados nas pesquisas selecionadas:			
Causas do absenteísmo	Artigos	Doenças que geram absenteísmo	Artigos
Doença	1,2,3,7,8,9,10	Problemas de saúde mental	1,2,3,4,6,7,9
Pressões psicológicas	1,3,5,12	Doenças Ósteomusculares	1,2,4,6,7,9

Condições de trabalho desfavoráveis	1,4,5,9,12	Doenças respiratórias	1,2,4,8,11
Acidentes de trabalho	1,2,5	Doenças do aparelho geniturinário	1,4,8
Acompanhamento familiar	2,4	Doenças oftalmológicas	4
Categoria profissional	2,3,6,8,9,10,11	Cirurgias	4
Unidades com maior complexidade	2,3,6,8,1011,12		
Vínculo empregatício	2,9,12		
Ausência não programada	3,4,5,8,10		
Gênero	4,6,9,10, 11,12		
Sobrecarga de trabalho	5,6,9,12		
Insatisfação com o trabalho			
5,6,12			

Tabela 4 – Descrição referente aos principais resultados apresentados nas pesquisas, como: Causas e principais doenças que geram o absenteísmo nos profissionais de enfermagem. Sobral, 2015.

Fonte: OLÍMPIO, A.C. Avaliação do absenteísmo dos profissionais da enfermagem, 2015.

Na tabela 5 estão descritas as consequências geradas no serviço de enfermagem devido ao absenteísmo dos profissionais de enfermagem.

Nº	Consequências do absenteísmo no serviço de enfermagem
1	Sobrecarga de trabalho para os trabalhadores presentes, podendo prejudicar sua saúde, ocasionando desgaste físico, psicológico, social e espiritual; e, como consequência, o adoecimento.
2	Queda na qualidade da assistência, sobrecarga de atividades, falta de motivação do profissional ativo, risco na saúde do trabalhador comprometido e aumento dos custos financeiros despendidos com horas extras.
3	Não cita.
4	Interfere no cuidado ao cliente, sobrecarrega os demais integrantes da equipe podendo levar ao adoecimento. Afeta a qualidade de trabalho em equipe e principalmente, reflete na qualidade da assistência ao cliente que usufrui do serviço de saúde, impulsionando negativamente o empenho dos profissionais em manter o cuidado ao cliente.
5	Sobrecarga de trabalho, exigindo um ritmo mais acelerado de trabalho para que a demanda seja atendida. Além do adoecimento, há também a redução na qualidade da assistência, prejuízo para os usuários do serviço e a tensão e insatisfação dos profissionais da mesma equipe, favorecendo as condições inseguras de trabalho, podendo culminar em acidentes.
6	Sobrecarga de trabalho, diminuição da capacidade de trabalho e desgaste físico e psicológico. Ritmo acelerado e volume excessivo de trabalho.
7	Problemas organizacionais. Gasto financeiro das instituições.
8	Interfere negativamente na qualidade da assistência prestada por desorganizar o serviço, gerar insatisfação e sobrecarga entre as trabalhadoras presentes, principalmente quando não previsto ou sem tempo hábil para a tentativa de cobertura do plantão.
9	Não cita.
10	Queda na qualidade da assistência ao paciente e elevação dos custos institucionais.
11	Não cita.
12	Desestruturação do serviço, sobrecarga de trabalho e consequentemente, insatisfação dos trabalhadores presentes.

Tabela 5 – Descrição das consequências geradas devido ao absenteísmo no serviço de enfermagem. Sobral, 2015.

Fonte: OLÍMPIO, A.C. Avaliação do absenteísmo dos profissionais da enfermagem, 2015

Na tabela 6 estão descritas as estratégias para reduzir o absenteísmo entre os profissionais de enfermagem.

Nº	Estratégias para reduzir o absenteísmo
1	Utilização de instrumentos de dimensionamento de pessoal de enfermagem. Uso de ações preventivas, para tornar as condições de trabalho mais adequadas.
2	Investigações com foco na percepção dos profissionais acerca de sua saúde e das condições de trabalho que estão expostos. Investigações sobre perda de produtividade dos indivíduos causada por situações de desgaste no trabalho.
3	As gerências de enfermagem adotarem e monitorarem o indicador taxa de absenteísmo, a fim de possibilitar melhorias contínuas no processo de gestão das pessoas, revisar os processos e as condições de trabalho, bem como contribuir para a obtenção de argumentos a favor da reformulação das políticas públicas de contratação dos profissionais de enfermagem, principalmente no que se refere à substituição daqueles afastados em licença pelo INSS.
4	Utilização de programas de prevenção à saúde do trabalhador. Um investimento na área de recursos para motivação e elevação da autoestima dos profissionais.
5	Promover a organização do trabalho e o planejamento de recursos humanos na enfermagem, como dimensionamento de profissionais, para fornecer subsídios e enriquecer o poder de argumentação frente a administração da instituição, para melhorar as condições de trabalho.
6	Utilização de programas de prevenção e promoção da saúde e da qualidade de vida dos trabalhadores
7	Avaliar o absenteísmo dos profissionais regularmente para identificar as causas reais do absenteísmo por doença, a fim de definir metas para os programas de intervenção à saúde dos trabalhadores e promover uma Gestão participativa que favoreça uma análise do processo de trabalho.
8	Análise periódica das condições de trabalho na UTI. Promoção de uma pausa para descanso durante cada plantão, criação de canais de escuta da opinião e sugestões das trabalhadoras sobre as condições para execução da assistência na unidade, bem como de um programa de ginástica laboral durante o horário de trabalho. Criação de grupos para estudar formas de melhorar as condições de trabalho, promoção de educação permanente <i>in loco</i> sobre os riscos ocupacionais e criação de um canal de comunicação entre a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), o serviço de saúde ocupacional e a UTI.
9	O fenômeno deve ser analisado sob a perspectiva do processo de trabalho, da cultura organizacional e de aspectos diretamente relacionados à saúde de trabalhadores de enfermagem.
10	Monitorizar e avaliar sistematicamente por meio de indicadores e em associação com uma Política de Gestão de Pessoas que vise à melhora da qualidade de vida no trabalho.
11	Reconhecer as causas que geram o absenteísmo entre os profissionais de enfermagem para priorização de estratégias de intervenção no ambiente de trabalho e as instituições investirem na criação de banco de dados com informações consistentes sobre os trabalhadores, de modo a permitir o monitoramento sistematizado das ocorrências.
12	Chefias adotem estratégias gerenciais que valorizem o trabalhador. Adequações e remanejamentos na elaboração da escala de enfermagem. Incentivo da chefia quanto a realização de cursos de aperfeiçoamento em horários compatíveis dos trabalhadores. Realizar reuniões periódicas envolvendo todos da equipe. Readequação do numero de profissionais da equipe, o que eles consideram como apoio para reduzir a sobrecarga de trabalho na unidade.

Tabela 6 – Descrição das estratégias para reduzir o absenteísmo dos profissionais de enfermagem. Sobral, 2015.

Fonte: OLÍMPIO, A.C. Avaliação do absenteísmo dos profissionais da enfermagem, 2015.

O absenteísmo por doença dos profissionais de enfermagem é um problema importante e descrito como um fenômeno multifatorial e complexo, e que, portanto, necessita ser analisado sob a perspectiva do processo de trabalho, da cultura organizacional e de aspectos diretamente relacionados à saúde de trabalhadores de enfermagem. Embora ele não seja a única questão que interfere na qualidade do cuidado de enfermagem, tem sido apontado como uma das variáveis que necessita ser analisada pela instituição de saúde.

Partindo-se dos resultados analisados, visualizaram-se pesquisas mais nos anos de 2011 e 2012. No qual 90% foram realizadas nas regiões sul e sudeste do País. Apresentando o artigo científico como modalidade mais predominante, sendo realizadas pesquisas no próprio serviço, especificamente nos hospitais, o que torna mais próximo da realidade enfrentada por estas instituições, a respeito desta problemática para o serviço, o absenteísmo.

Abreu et al. (2012) cita que o absenteísmo entre os profissionais de enfermagem tem sido uma preocupação constante dos gestores hospitalares, sendo comprovado pela literatura científica como uma questão de relevância significativa, que merece um aprofundamento no conhecimento de suas causas e na proposta de ações para redução dos índices de ocorrência no âmbito hospitalar.

Percebe-se que os autores atuam nas universidades, sendo à maioria docente destas instituições e tem como predominância a pós-graduação e doutorado como títulos, fato que pode estar associado ao número de programas de pós-graduação existentes nestas regiões, o que se confirma com os dados da Tabela 3. A revista de enfermagem predomina como meio de veiculação das pesquisas científicas selecionadas, o que torna importante para promover o desenvolvimento científico e respectivo consumo e aplicação dos conhecimentos publicados na prática profissional da enfermagem.

Quanto aos objetivos propostos também apresentados na Tabela 3, estão coerentes com os resultados encontrados nas pesquisas, tendo como foco as causas do absenteísmo na equipe de enfermagem, o que representa que os autores se preocupam em aproximar-se das dificuldades enfrentadas pelos profissionais, assim intervindo na causa, que tem como característica e complexidade, sua multifatoriedade.

Como afirma Sancinetti et al. (2011), a etiologia do absenteísmo é reconhecida, por diferentes autores, por seu caráter multifatorial, que contribui para aumentar a sua complexidade. Apontam-no como decorrente de uma ou mais causas tais como: fatores de trabalho, sociais, culturais, de personalidade e doença, geográficos, organizacionais e individuais, físicos, psíquicos, doenças ocupacionais e fatores ambientais.

Dentre as principais causas do absenteísmo na equipe de enfermagem

apresentadas foram doenças, dentre estas as osteomusculares e problemas de saúde mental (depressão, insegurança de manter-se no emprego exigente, estresse e tensão), as condições desfavoráveis de trabalho (carga horária excessiva, ambientes insalubres, ritmo acelerado de trabalho, indisponibilidade das chefias de conversar, baixos salários). Unidades de alta complexidade interferem neste índice por exigirem mais dos profissionais, não havendo profissionais para substituí-los, realizando horas extras, ultrapassando carga horária, tarefas mais complexas, uma maior demanda na assistência ao paciente.

O processo de trabalho em enfermagem na UTI é caracterizado por tarefas complexas, que exigem habilidades e conhecimentos tecnocientíficos atualizados para garantir a tomada de decisão imediata e segura voltada para a recuperação do usuário. Essas tarefas costumam exigir esforço físico das trabalhadoras, posições incômodas e ritmo acelerado. Assim, as condições de trabalho nessa unidade muitas vezes implicam em jornadas longas, exaustivas e estressantes, rotinas repetitivas e às vezes monótonas, podendo ser a causa de absenteísmos (CARNEIRO; FAGUNDES, 2012).

Um dado muito interessante sobre a categoria profissional (enfermeiros e aux/téc. de enfermagem) revelou-se uma disparidade entre as categorias na relação quantidade de profissionais e frequência de faltas. Mostrando que a categoria dos aux/téc. de enfermagem com maior índice de absenteísmo que os enfermeiros. Isso fica claro e justificado, pelo fato da primeira categoria ter uma maior quantidade de profissionais nos serviços, proporcionalmente faltando mais, e também se explica a falta de compromisso e interesse com o serviço que trabalha. Sabendo o enfermeiro das suas atribuições mais complexas e sendo este em menor quantidade.

Considerando o absenteísmo entre técnicos e auxiliares de enfermagem, este representa um grande desafio para o enfermeiro, coordenador da equipe de enfermagem, visto que este precisa assegurar que o cliente seja atendido em todas as suas necessidades. Neste sentido, faz-se necessário que o quadro de funcionários esteja completo e com o devido dimensionamento de pessoal (FLEX et al., 2018).

Os elevados índices de absenteísmo entre técnicos e auxiliares de enfermagem têm sido relatados em vários estudos que atribuem esses achados ao número reduzido de enfermeiros, o que poderia determinar maior obrigatoriedade de permanência no trabalho. Ademais, enfermeiros tendem a assumir papéis de liderança na equipe, que exigem maior assiduidade, além da menor exposição aos riscos de contaminação e doenças, em razão de exercerem tarefas mais administrativas no contexto hospitalar. A ocorrência de maior número de afastamentos do trabalho entre os profissionais de nível médio tem sido relatada por vários autores e relacionada por alguns com a posição hierárquica ocupada (responsabilidade do cargo exige presença mais constante) e com a natureza do trabalho desenvolvido (tarefas que exigem maior esforço físico, execução de atividades repetitivas e monótonas (FORMENTON et al., 2014).

A classificação dos profissionais ausentes segundo sexo evidenciou uma

predominância de mulheres, perfil semelhante à realidade brasileira de enfermagem. No estudo realizado por Formenton et al. (2014) revelou que um dos fatores associados ao absenteísmo por doença entre trabalhadores de enfermagem mostrou que a situação conjugal, principalmente quando o trabalhador possui filhos e maiores responsabilidades domésticas, foi um fator de grande influência nos níveis de absenteísmo verificado entre as mulheres.

Relatou-se maior sobrecarga de trabalho dos profissionais presentes no serviço quando colaborador falta, ou quando a instituição não dimensiona adequadamente ou coloca um profissional extra no serviço. Com isso a qualidade da assistência prestada ao paciente, fica prejudicada, pois os profissionais se sentem sobrecarregados, pressionados e mais atarefados. Gera-se uma insatisfação, insegurança, cansaço físico e mental dos demais trabalhadores que estão no serviço. Na perspectiva da instituição de saúde, demonstra-se fragilizada na comunicação e/ou nas sanções disciplinares, aumentando os custos financeiros (LEMOS et al., 2012).

As empresas utilizam-se de estratégias para reduzir os reflexos negativos do absenteísmo, dentre estas citadas pelas pesquisas, a utilização de softwares com dados do profissional, causa do absenteísmo, quantidade de dias perdidos, realizando relatórios mensais da unidade, dos profissionais que mais faltam. Também utilizou esta ferramenta para realizar o dimensionamento de profissionais. A realização de reuniões com a equipe de enfermagem, para apontar novas ideias sobre o assunto, identificar as fragilidades ou reprovações da equipe diante do absenteísmo, com ouvidoria, propostas em pauta, necessidade de rodízios ou sanções disciplinares para os profissionais com falta injustiçada.

Como Carneiro e Fagundes (2012) mostra em seu estudo, que é necessário realizar uma análise periódica das condições de trabalho na UTI. Promoção de uma pausa para descanso durante cada plantão, criação de canais de escuta da opinião e sugestões das trabalhadoras sobre as condições para execução da assistência na unidade, bem como de um programa de ginástica laboral durante o horário de trabalho. Criação de grupos para estudar formas de melhorar as condições de trabalho, promoção de educação permanente *in loco* sobre os riscos ocupacionais e criação de um canal de comunicação entre a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), o serviço de saúde ocupacional e a UTI.

As chefias precisam adotar estratégias gerenciais que valorizem o trabalhador. Adequações e remanejamentos na elaboração da escala de enfermagem. Incentivo da chefia quanto a realização de cursos de aperfeiçoamento em horários compatíveis dos trabalhadores. Realizar reuniões periódicas envolvendo todos da equipe. Readequação do numero de profissionais da equipe, o que eles consideram como apoio para reduzir a sobrecarga de trabalho na unidade (ABREU et al., 2014).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se que o absenteísmo por doença pode comprometer a qualidade de vida do trabalhador de enfermagem e, consequentemente, interferir na qualidade da assistência prestada aos usuários. Desse modo, presume-se que a qualidade de vida, as condições de saúde dos trabalhadores de enfermagem e a satisfação no trabalho são essenciais para a qualidade da assistência oferecida.

Entre os diversos indicadores utilizados pelos serviços de saúde, a monitorização da taxa de absenteísmo constitui-se um importante instrumento na área de gestão. Esta temática merece investigação, se considerada que a saúde e qualidade de vida dos trabalhadores, sobretudo de enfermagem, estão intimamente relacionadas à qualidade dispensada pelos serviços de saúde aos seus usuários.

Sugere-se que novas investigações sejam realizadas com foco na percepção dos profissionais acerca de sua saúde ou sua condição de trabalho. Sugerem-se também estudos sobre perdas de produtividade dos indivíduos causadas por situações de desgaste no trabalho, pois tais estudos podem levar à redução ou à prevenção do absenteísmo.

As produções científicas a respeito do absenteísmo na enfermagem subsidiam a área gerencial, assistencial e de ensino. Entretanto, é necessário sensibilizar a própria instituição para compreender a importância do dimensionamento de enfermagem. Essa sensibilização pode beneficiar o cliente/ usuário, pois facilitará uma enfermagem mais presente no processo de cuidar, a qualidade do serviço prestado à comunidade e, principalmente, favoreceria a saúde dos trabalhadores contribuindo para prevenir a sobrecarga de atividades, e a diminuição de patologias desnecessárias, e consequentemente o absenteísmo.

REFERÊNCIAS

ABREU, Renata Maria Dias; DE ABREU GONÇALVESI, Rejane Maria Dias; DE ASSIS SIMÕESI, Ana Lúcia. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 3, p. 386-93, 2014.

ARAÚJO, Lilianny Pereira De Pinho. **Estudo do absenteísmo de trabalhadores de Unidade de Saúde de Brasília-DF**, 2015.

CARNEIRO, Taize Muritiba; FAGUNDES, Norma Carapiá. Absenteísmo entre trabalhadoras de enfermagem em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 1, p. 84-89, 2012.

FEIX, J. et al. Equipe de enfermagem e absenteísmo: Estudo em um hospital de médio porte no oeste catarinense. **Revista Uningá Review**, [S.I.], v. 26, n. 3, jan. 2018. ISSN 2178-2571. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1807>>. Acesso em: 14 out. 2018.

FLORES, Laís Israel et al. O absenteísmo enquanto indicador para o processo de gestão de pessoas nas organizações e de atenção à saúde do trabalhador. **Revista Laborativa**, v. 5, n. 2, p. 47-65, 2016.

FORMENTON, Alessandro; MININEL, Vivian Aline; LAUS, Ana Maria. Absenteísmo por doença na

equipe de enfermagem de uma operadora de plano de saúde [Sickness absenteeism of nursing team in a health insurance company]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 1, p. 42-49, 2014.

LEMOS, Maithê Carvalho; RENNÓ, Clara de Oliveira; PASSOS, Joanir Pereira. Absenteísmo na equipe de enfermagem: uma revisão de literatura. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**(Online), v. 4, n. supl. 1, p. 13-16, 2012.

LORENZETTI, Jorge et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm** [online], v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014.

MENDES, K.D.S et al. Revisão integrativa: Método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis**. v 17, n. 04, p. 758-64, 2008.

OLIVEIRA, Carolina S., SIQUEIRA, Lia Carla C., ALVES, Elioenai D. Avaliação do absenteísmo dos profissionais de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Tempus – actas de saúde coletiva**. UNB. 2011.

SANCINETTI, Tânia Regina et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2011, vol.45, n.4, pp. 1007-1012. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400031>.

SELL, Carlos Eduardo. Rationality and rationalization in Max Weber. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 27, n. 79, p. 153-172, 2012.

UMANN, J., GUIDO, L. D. A., LEAL, K. P., & FREITAS, E. D. O. (2011). Absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar. **Ciênc. cuid. saúde**, 10(1), 184-190.

CUIDADO AO CUIDADOR: AMENIZANDO O ESTRESSE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Luma Ravena Soares Monte

Enfermeira Especialista em Saúde da Família/
Atenção Básica, Coordenação da Atenção Básica-
Castelo do Piauí

Vilkiane Natercia Malherme Barbosa

Universidade Federal do Ceará, Mestrado em
Psicologia Fortaleza - Ceará

Tiago da Rocha Oliveira

Residente Multiprofissional em Saúde da Família -
EFSFVS/UVA Sobral - Ceará

Gleyde Raiane de Araújo

Residente Multiprofissional em Saúde da Família -
EFSFVS/UVA Sobral- Ceará

Thiego Ramon Soares

Especialista em Cardiologia em Enfermagem,
Enfermeiro Assistencial- EBSERH, HU-UFGD
Dourados-MS

Anderson da Silva Sousa

Especialista em Terapia Intensiva, Enfermeiro
Assistencial - EBSERH, HU- UFSC Florianópolis-
SC

RESUMO: O programa de agentes comunitários de Saúde- PACS configura uma importante estratégia na consolidação do Sistema Único de Saúde sendo parte da equipe multiprofissional da estratégia saúde da família . A cobrança dos usuários frente às dificuldades do sistema acarreta em constantes desgaste nas relações de trabalho enquanto equipes, principalmente um sofrimento adicional aos ACS, devido à relação de proximidade que se estabelece, e

ao vínculo que se constrói, fazendo com que se sintam responsáveis pelas famílias. Com isso o presente estudo objetiva relatar a experiência, desenvolvida pela primeira turma da residência, composta por quatro categorias profissionais, sendo estas: enfermagem psicologia, fisioterapia e farmácia e visando refletir acerca do cuidado holístico ao profissional agente comunitário de saúde. Este estudo se ancora na abordagem qualitativa e no referencial teórico da pesquisa-ação, a pesquisa qualitativa vai permitir uma visão mais amplas dos fenômenos sociais, buscando entender, acerca das experiências de cuidados vivenciadas por residentes e um grupo de agentes comunitários de saúde. Os profissionais passaram a perceber a necessidade de cuidar de si antes do outro, se vendo como peça importante para o bom funcionamento do sistema de saúde, e que o cuidado com eles mesmos deve ser equivalente ao cuidado e atenção dispensados aos outros. Portanto destacamos a importância de implementar um cuidado humanizado ao cuidador (profissional de saúde) e assim tornar a assistência a quem necessita qualificada e que o cuidado prestado ao outro será realizado melhor e mais eficaz se o cuidador estiver bem fisicamente e espiritualmente.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado, Agente Comunitário de Saúde, Atenção Básica, Cuidador.

ABSTRACT The program of community health agents - PACS is an important strategy in the consolidation of the Unified Health System and is part of the multiprofessional team of the family health strategy. The collection of the users in the face of the difficulties of the system causes constant wear and tear in the work relations as teams, mainly an additional suffering to the ACS, due to the relation of proximity that is established, and to the bond that is constructed, making them feel responsible for the families. This study aims to report the experience developed by the first group of the residence, composed of four professional categories: nursing, psychology, physiotherapy and pharmacy and aiming to reflect on the holistic care of the professional community health agent. This study is anchored in the qualitative approach and theoretical framework of action research, qualitative research will allow a broader view of social phenomena, seeking to understand about the experiences of care experienced by residents and a group of community health agents. Professionals began to perceive the need to take care of themselves before the other, seeing themselves as an important part for the proper functioning of the health system, and that care for themselves should be equivalent to the care and attention given to others. Therefore, we emphasize the importance of implementing a humanized care to the caregiver (health care professional) and thus rendering care to those who need qualified and that the care provided to the other will be better and more effective if the caregiver is physically and spiritually well.

KEYWORDS: Care, Community Health Agent, Primary Care, Caregiver.

1 | INTRODUÇÃO

Na década de 90, especificamente no ano de 1991, surgiu na região nordeste por intermédio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), visando melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde. Posteriormente esse modelo de programa isolado foi saindo de cena, passando a fazer parte de uma nova estratégia que foi adotada em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) que incorporou recursos humanos e tecnológicos à proposta anterior representando maior grau de resolutividade às demandas em saúde (BAPTISTINI, 2014).

O PSF é uma estratégia criada para fortalecimento do SUS, visando reorganizar e reorientar o modelo assistencial em saúde, que estava centrado no modelo biomédico. E com isso passa para o modelo de vigilância em saúde, além de servir aos pressupostos básicos de universalização de acesso e integralidade da assistência. Mais tarde em 2006, esse programa assume a função de estratégia, justificado por ser uma ação permanente e contínua, entendendo que programa possui tempo determinado para as ações (DALPIAZ, 2011).

A Estratégia e Saúde da Família (ESF) têm os mesmos princípios que norteiam o SUS e a Atenção Básica, além dos seus próprios, constituindo um conjunto que visam à garantia da saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado. Para, além disso,

a ESF visa que as ações e serviços de saúde sejam resolutivos, necessitando assim de uma equipe multiprofissional, composta por no mínimo um médico, generalista ou de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) habilitados a desenvolver a promoção, proteção e recuperação à saúde (DALPIAZ, 2011).

O trabalho da ESF é um trabalho realizado em equipe, ferramenta essa necessária para desenvolver um serviço de qualidade, unindo grupos de trabalhadores com diversas profissões e objetivos comuns. Onde são estabelecidas necessidades prioritárias, e esses integrantes criam condições indispensáveis para o crescimento em nível individual e coletivo com a intenção de ofertar um cuidado centrado no usuário e na comunidade. O trabalho em equipe devem favorecer a integralidade das ações de saúde e contribuir para um serviço organizado, além de favorecer o melhor conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita (FIGUEIREDO, 2012).

O processo de trabalho em equipe acaba proporcionando cuidados mais completos, e aumenta as competições entre os profissionais. Além disso, os diversos modelos de gestão de trabalho, como o taylorismo, muito comum na Atenção Primária em Saúde, baseado na normatização de processos e procedimentos e na não cooperação entre indivíduos relaciona-se diretamente com processo saúde-doença do ser humano, influenciando o estado de saúde dos trabalhadores (SHIMIZU, JUNIOR, 2011).

Os profissionais da estratégia saúde da família encontram-se no seu processo de trabalho esmagado, de um lado as cobranças da gestão, e do outro lado, os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que devido às dificuldades do sistema, fazem cobranças nas condições de cuidado. Com isso ocorre desgaste nas relações de trabalho enquanto equipes. As fragilidades no serviço de saúde tendem a repercutir na falta de resolutividade dos problemas da comunidade, o que causa um sofrimento adicional aos ACS, devido à relação de proximidade que se estabelece, ininterruptamente, e ao vínculo que se constrói, fazendo com que se sintam responsáveis pelas famílias (JARDIM, 2009).

Quando se fala em cuidar de alguém o cuidado de si tem que vir em primeiro lugar, visto que quando se cuida do outro se desenvolve o conhecimento de si. Silva et al. (2014) destaca no seu estudo que cuidar de si significa uma interação do ser humano com a realidade, e cuidando de si cuidando do outro, solicita a busca do desenvolvimento do conhecimento de si e assim desperta a arte do ser. Com isso o ser humano se torna mais emotivo, perceptivo e racional, aliando o passado, o presente e futuro, alicerçado na auto superação.

Pensando na situação de adoecimento e esgotamento em que se encontravam os profissionais de saúde e principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das unidades básicas das áreas de inserção da equipe de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Parnaíba/PI. Foi proporcionado a esses profissionais ACS momentos de cuidado, escuta e acolhimento visando o bem estar do mesmo,

compreendendo que o ser cuidado produz melhores resultados na sua vida pessoal e no seu ambiente de trabalho. Com isso o presente estudo objetiva relatar a experiência, desenvolvida pela primeira turma da residência, composta por quatro categorias profissionais, sendo estas: enfermagem psicologia, fisioterapia e farmácia. Visando refletir acerca do cuidado holístico ao profissional agente comunitário de saúde.

2 | METODOLOGIA

Este estudo se ancora na abordagem qualitativa e no referencial teórico da pesquisa-ação (BARBIER, 2002). A abordagem qualitativa permite ao ator/pesquisador uma maior abrangência da realidade social na qual a comunidade está inserida, visto que essa dimensão tem fatores que não podem ser mensurados e/ou quantificados exclusivamente (MINAYO, 2007). Esse tipo de pesquisa visa a abordar o mundo “lá fora” (e não contextos especializados de pesquisa, com os laboratórios) e entender, descrever e, às vezes, explicar os fenômenos sociais “de dentro” de diversas maneiras (FLICK, 2009).

Deste modo, segundo Flick (2009), a pesquisa qualitativa vai permitir uma visão mais amplas dos fenômenos sociais, buscando entender, acerca das experiências de cuidados vivenciadas por residentes e um grupo de agentes comunitários de saúde. Sendo a metodologia utilizada a de pesquisa-ação, escolhida em função de seu duplo objetivo (Barbier, 2002): modificar a realidade e produzir conhecimentos relativos a essas transformações.

Os pesquisadores e participantes se envolvem de modo cooperativo e participativo e são representantes da pesquisa realizada (THIOLLENT, 1996). O contágio com a realidade concreta, permite a criação de vínculos, e é propiciado a entrega à diversas práticas de cuidado que reinventa o modo de ser e agir dos trabalhadores em saúde no cuidado com o outro e consigo mesmo.

O estudo foi desenvolvido em unidades básicas de saúde do município de Parnaíba/ PI. O universo deste estudo foi o conjunto formado pelos ACS que integram as equipes de saúde, tendo como critérios de inclusão estar de acordo em participar do mesmo e se encontrar em pleno serviço de suas atividades.

Os encontros aconteceram com periodicidade quinzenal, durante o período de março de 2016 à agosto de 2016, totalizando 12 encontros com duração de 60 minutos cada. Participavam da pesquisa um total de 20 ACSs, mas vale ressaltar que nem todos estavam presentes em todos os encontros. As atividades aconteciam baseadas na troca de experiências e percepções trazidas pelos profissionais agentes comunitários de saúde. Esses encontros eram mediados em rodas com ressignificação de valores e conceitos, empoderamento dos atores envolvidos no processo, foi utilizado de recursos expressivos, como vídeo, práticas corporais, arteterapia, além de ações que aconteceram com destaque para atividades de passeios realizados fora

do ambiente de trabalho, oficinas de dança, oficinas de músicas, vivências de auto-cuidado e autoconhecimento.

Ao final de cada encontro os temas para as próximas ações foram escolhidos através da discussão das maiores necessidades e anseios dos mesmos. A avaliação do encontro foi feita através de confecções de cartazes, dinâmicas, mandalas e outras técnicas para tornar esse processo avaliativo menos enrijecido. Os temas dos encontros foram escolhidos na roda de atividades pelos próprios agentes comunitários e residentes, que participam como facilitadoras do processo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde desenvolvem um papel fundamental no atual modelo de atenção básica à saúde no Brasil, em contextos de trabalho complexos, com particularidades e diversidade de situações, o que justifica a realização de estudos que abordem questões relativas à saúde destes trabalhadores (LOPES, 2012). Visto que, essa categoria está permeada pela complexidade e pelo desgaste emocional, que é mais evidente que nas demais classes profissionais do SUS, justamente pelo fato de ter uma inserção diferente: a de compartilhar uma rotina de vida com as pessoas e ao mesmo tempo ser trabalhador da saúde no local onde vive (MENEGUSSI, OGATA E ROSALINI, 2014).

Jardim e Lancman apontam, ainda, que o fato de o ACS residir na comunidade onde trabalha gera uma fonte adicional de sofrimento, na medida em que aumenta o contato e a exposição do profissional, misturando a vivência pública/privada e impossibilitando um possível distanciamento das situações de trabalho. Martinez e Chaves e Mendes e Ceotto ressaltam a sobrecarga emocional desse trabalhador, provinda de inúmeros complicadores existentes no dia a dia da profissão; percebe-se, ainda, que não há, na maioria das equipes de ESF, suporte e apoio suficientes a esse profissional para a realização do seu trabalho.

Para Merhy o trabalho em saúde é um processo relacional, produzido através do trabalho vivo em ato. Utiliza para sua realização as tecnologias de saúde tipificadas como: tecnologias duras; leve-duras; e leves. Assim, no presente estudo a criação de espaços onde foram proporcionados os momentos de cuidado, usando de tecnologias leves, com a utilização de recursos expressivos para tal, revelou grande impacto sobre a saúde dos profissionais inseridos, além de fortalecer o vínculo entre os outros profissionais, contribuiu para uma relação de respeito do profissional com ele mesmo, com os usuários e demais membros da equipe.

Os encontros como momentos de cuidado produziram falas positivas à respeito do prazer em trabalhar, mas ao mesmo tempo a preocupação contínua de fazer parte da comunidade, o que causa uma dificuldade de separação da vida pessoal da profissional, assim como pode se observar no estudo feito por Lopes, 2012 que apesar de trabalhar em um ambiente complexo, com múltiplas funções e com situações

de saúde e sociais adversas, os sujeitos da pesquisa relataram que sentem prazer em muitas situações. Porém, são preocupantes os relatos de intenso sofrimento e adoecimento dos ACS relacionados à atividade laboral.

O prazer no trabalho ocorre, quando é permitido ao trabalhador desenvolver as potencialidades individuais, por meio da liberdade de criação e de expressão, favorecendo os laços cognitivo-técnicos, com o resultado de suas atividades, o que promove a satisfação do trabalhador (GOMES, 2006). Assim, durante as oficinas trabalhou-se as potencialidades de cada ACS de forma coletiva, dando-os a devida liberdade de expressão, que posteriormente refletiu no processo de trabalho. Corroborando com a premissa *dejouriana* de que o prazer é uma consequência da organização do trabalho desenvolvido coletivamente, com respeito a cada ser humano, com as características que lhe são particulares (DEJOURS, 2004).

Assim, o ACS, sofre uma perda de identidade, visto que se posiciona em espaço de indeterminações e incertezas, sem definição clara de competências, habilidades e saberes, apesar de estar sempre na linha de frente do sistema de saúde público, nem sempre está capacitado para atender as diferentes demandas cotidianas (GALAVOTE, 2011). Em um trabalho realizado em Campinas (SP) foi identificado que o ACS desempenha outras atividades no serviço, não relacionadas ao seu núcleo de conhecimento. Isso ocorre devido à deficiência de recursos humanos e por desconhecimento da função desse profissional por parte dos outros profissionais da equipe, resultando e adoecimento desses profissionais (NASCIMENTO, 2008).

Para Vezina et al. e Dejours, embora os transtornos psíquicos graves ligados ao trabalho possam ocorrer, o que se vem observando mais frequentemente são fenômenos que não se configuram como distúrbios mentais clássicos, mas como situações de elevado sofrimento psíquico, cuja origem é atribuída à conjuntura vivida pelos trabalhadores em função da organização do trabalho. Assim, os momentos de grupos realizados no presente estudo serviram como espaço para apropriação e representatividade do ser ACS, alívio de angústias e cuidado integral.

Os profissionais passaram a perceber a necessidade de cuidar de si antes do outro, se vendo como peça importante para o bom funcionamento do sistema de saúde, e que o cuidado com eles mesmos deve ser equivalente ao cuidado e atenção dispensados aos outros. Pode-se cumprir nesses espaços um dos princípios da política nacional de humanização: Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, que traz a mudança na gestão e atenção como mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um (BRASIL, 2013).

A ESF pode se ampliar para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos distintos poderes, o que possibilita maior autonomia e criatividade dos

agentes e maior integração da equipe (ALMEIDA, 2001). Fato esse observado durante os encontros, a partir das declarações de sentimento de afastamento da equipe rotineiramente, sobretudo por diferenças de saberes técnicos. Corroborando com Peres, 2010. que concluiu em seu estudo com ACS que as facilidades para trabalhar em equipe dependem da construção de relações interpessoais, com a possibilidade de discussão dos problemas, comunicação e diálogo, respeito, linguagem comum e união.

4 | CONCLUSÃO

Concluímos que pelo fato de sermos cuidadores por natureza, muitas vezes, faz com que pensemos que o ato de cuidar não é um ato que deve, também, ser realizado por e com os próprios profissionais. Sendo assim destacamos a importância de implementar um cuidado humanizado ao cuidador (profissional de saúde) e assim tornar a assistência a quem necessita qualificada. Dessa forma, percebemos que o cuidado prestado ao outro será realizado melhor e mais eficaz se o cuidador estiver bem fisicamente e espiritualmente. Para que a humanização do cuidado seja possível, é necessária novas atuações relacionadas à prática de cuidados, priorizando mudanças na maneira de ser e agir, proporcionando aos profissionais de saúde caminhos que também possibilitem um viver mais saudável.

Os profissionais ACS demonstraram estar emocionalmente esgotados. Esse esgotamento se justifica devido ao contato diário com inúmeros problemas das famílias atendidas, condições de trabalho inadequadas, ausência de reconhecimento pelo trabalho prestado e cobranças da equipe e gestão. Essa situação pode levar a uma avaliação negativa de si mesmo e, com isso, ocorrer uma desmotivação pessoal e profissional. Com esse trabalho, observamos como é importante espaços de escuta e acolhimento pelos demais membros da equipe, atividades que saiam de suas rotinas, momentos de lazer, meditação, que os levem a se ressignificarem enquanto cuidadores-de si e profissionais implicados com o cuidado do outro.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; MISHIMA, Silvana Martins. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho.** Interface Comun Saúde Educ, n. 1, v. 5, p.150-153, 2001.
- BARBIER, René. **A pesquisa-ação.** Brasília: Plano Editora, 2002.
- BAPTISTINI, Renan almeida; Figueiredo, Túlio Alberto Martins. **Agente Comunitário de Saúde: Desafios do Trabalho na Zona Rural.** Ambiente & Sociedade. v.17, n.2, p.53-70. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde.** 1^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- DALPIAZ. Ana Kelen; STEDILE, Nilva Lúcia Rech. **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: reflexões**

sobre algumas de suas premissas. V Jornal internacional de Políticas Públicas.2011.

DAMA, Keyti Cristine Alves; MUNARI, Denize Bouttelet; SIQUEIRA, Karina Machado – **Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade.** Revista Eletrônica de Enfermagem, n. 2, v. 6, p.272-278, 2004.

DEJOURS, Christophe. **Subjetividade, trabalho e ação.** Rev Produção. v.14, n.3, p.27-34, 2004.

DEJOURS, Christophe. **Conjurer la violence, travail, violence et santé.** Paris: Ed Payot; 2007.

FIGUEIREDO, Verônica Leite. **TRABALHO EM EQUIPE: um desafio para a equipe de saúde da família.** 2012. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)- Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2012.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo. PRADO, Thiago Nascimento, MACIEL, Ethel Leonor Noia. LIMA Rita de Cássia Duarte. **Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil).** Cien Saude Colet, v. 1, n. 16, p. 231-240, 2011.

GOMES, Giovana Calcagno; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **O sofrimento psíquico dos trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem.** Rev Enferm UERJ. v.14, n.1, p.93-9, 2006.

JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. **Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde.** Interface Comunic Saúde Educ. v.13, n.28, p.123-35, 2009.

LOPES, Denise Maria Quatrin et al. **Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo.** Rev. esc. enferm. USP [online]. v. 46, n.3, p.633-640, 2012.

MARTINEZ, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. **Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família.** Rev. Esc. Enferm. USP, v.41, n.3 p.426-33, 2007.

MENDES, Flávio Martins de Sousa; CEOTTO, Eduardo Coelho. **Relato de Intervenção em Psicologia: identidade social do agente comunitário de saúde.** Rev. Saúde e Soc. São Paulo, v.20, n.2, p.496-506, 2011.

MENEGUSSI, Juliana Morais; OGATA, Márcia Niituma; ROSALINI, Maria Helena Pereira. **O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo.** Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 87-106, 2014.

MERHY,Emerson Elias. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY EE, ONOCKO R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p.71-112.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo. Correa, Carlos Roberto da Silveira. **O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas.** Cad Saude Publica, v. 6, n. 24, p. 1304-1313, 2008.

SHIMIZU. Helena Eri; JUNIOR. Daniel Alvão de Carvalho Junior. **O processo de trabalho na**

Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. Ciências & Saúde Coletiva v.17,n.9, p. 2405-2414. 2012.

SILVA, Adão Ademir da; TERRA, Marlene Gomes; GONÇALVES, Mariam Oliveira; SOUTO, Valquíria Toledo. O cuidado de si entre Profissionais de Enfermagem: Revisão das Dissertações e Teses Brasileiras. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. v.18, n.4, p.345-352, 2014.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação.** 7. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

VEZINA M, Derriennic C, Monfort C. **Tension au travail et atteintes à la santé mentale: l'éclairage de l'enquête ESTEV.** In : Ayral S, Laville A, Molinié AF, Volkoff S, coordenadores. Travail, Santé, Vieillissement, Relatins et évolution. Paris: Octares Editions; p.176-87, 2001.

REFLEXÕES SOBRE O NÍVEL DE SOBRECARGA DO CUIDADOR A PARTIR DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Vitória Ferreira do Amaral

Enfermeira. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral-Ceará.

Quitéria Larissa Teodoro Farias

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral-Ceará.

Florênciia Gamileira Nascimento

Enfermeira. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral-Ceará.

Maria Gírlane Sousa Albuquerque Brandão

Enfermeira. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral-Ceará.

Camila Paiva Martins

Enfermeira. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral-Ceará.

Luiza Jocymara Lima Freire Dias

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral-Ceará.

Ana Suelen Pedroza Cavalcante

Enfermeira- Mestre em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará (UFC). Sobral-Ceará.

Thaís Rodrigues Ferreira

Faculdade Mauricio de Nassau. Parnaíba- Piauí.

RESUMO: O processo de envelhecimento populacional de modo crescente no Brasil é resultado de mudanças no perfil demográfico e populacional. O cuidador surge nesse cenário como a pessoa de suporte ao desenvolvimento

e execução nas atividades básicas e diárias do idoso. Compreendo o crescente processo de envelhecimento populacional e da longevidade, que resulta na maior necessidade de cuidadores, seja informal como formal, o presente estudo tem por objetivo conhecer a produção científica acerca do ser cuidador e o nível de sobrecarga do mesmo, por meio da Escala Zarit Burden Interview (ZBI). Trata-se de uma revisão integrativa, método análise de uma gama de estudos. A busca foi realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no período de outubro de 2018 a partir da associação dos termos “escala de Zarit” e “sobrecarga” e do descritor “cuidador”. Foram identificados 147 estudos, a partir dos critérios de inclusão e exclusão 17 artigos contemplaram o objetivo da produção. Em relação ao perfil dos cuidados dos 17 estudos, 16 os cuidadores são do sexo feminino. Acerca do nível sobrecarga um estudo do estado de São Paulo em 2017 apresentou predominância de sobrecarga leve, e um estudo no país do Chile em 2015 teve maior concentração de ausência de sobrecarga (76,8%).

PALAVRAS-CHAVE: Escala de Zarit; Sobrecarga; Cuidador.

ABSTRACT: Population aging process increasingly in Brazil is the result of changes in the demographic and population profile. The

caregiver arises in this scenario as a support person to the development and execution in the basic and daily activities of the elderly. Understand the growing process of population aging and longevity, resulting in a greater need for caregivers, is informal and formal, this study aims to understand the scientific production about being caregiver and the overload level of the same, through the Scale Zarit Burden Interview (ZBI). It is an integrative review, analysis method of a variety of studies. The search was conducted in the Virtual Library database in Health (BVS) from October 2018 from the association of the terms “scale of Zarit” and “overload” and the descriptor “caregiver”. They identified 147 studies, from the criteria for inclusion and exclusion 17 articles contemplated the purpose of production. Regarding the profile of the care of the 17 studies, 16 caregivers are female. About overload level a study of the state of São Paulo in 2017 showed a predominance of light overhead, and a study in the country of Chile in 2015 had the highest concentration of lack of overload (76.8%).

KEYWORDS: Scale of Zarit; Overload; Caregiver.

1 | INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional de modo crescente no Brasil é resultado de mudanças no perfil demográfico e populacional. Em 2025, o país será o sexto com a maior população idosa (OMS, 2005). Essa realidade se coloca em um paradoxo, à medida que se configura como um dos maiores triunfos da humanidade é um grande desafio para os gestores da saúde (GRATÃO, et al. 2013).

Concomitante ao aumento da longevidade, existe uma realidade crescente das enfermidades crônicas não transmissíveis e incapacitantes nos idosos, responsáveis por um significativo aumento no número de idosos com limitações funcionais, o que gera uma maior necessidade de cuidados permanentes por parte do cuidador (ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014).

O cuidador surge nesse cenário como a pessoa de suporte ao desenvolvimento e execução nas atividades básicas e diárias do idoso, o que exige ser uma pessoa que transmita confiança, logo a tarefa é atribuída a uma pessoa que pode ser membro ou não da família, bem como amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas não remunerados economicamente (CAMARGO, 2010; FUHRMANN et al., 2015; CRUZ; LOUREIRO; SILVA, 2010).

A assistência realizada, varia desde cuidados simples, até os mais intensos e específicos. Derivando das particularidades do cuidador, necessidades essenciais dos cuidados, circunstâncias para uma adequada oferta de cuidado, bem como os fatores sócio culturais e especificidades do doente, podem se desencadear uma fonte estressora, e gerar sobrecarga ao cuidador (MAZZA, et al. 2013).

A carga de atividades desenvolvidas relacionada ao processo de cuidado aos idosos remete atenção ao cuidador, tendo em vista o impacto dessas atividades na vida diária, na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida do cuidador (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Existem numerosos instrumentos de avaliação da sobrecarga do cuidador específicos, a escala de sobrecarga Zarit Burden Interview (ZBI), utilizada em nível mundial, é um instrumento permite avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores informais, tanto em âmbito objetivo (financeiro), como subjetivo desde a vida pessoal e social. Assim, compõem não somente como um instrumento diagnóstico, mas também como fonte de estudos de investigação para equipes que prestam cuidados domiciliares (RIVAS; CRESPO, 2015; FONSECA, et al. 2010).

Na escala de ZBI são avaliados 22 itens, que fazem a descrição como cada item avaliado da escala afeta a pessoa. A pontuação obtida, revela o nível de sobrecarga do cuidador. Existe escalas de pontuação que varia de 0 a 4, como de 0 a 5 em que o score geral pode variar de 22 a 110. De acordo com cortes do escore da pontuação é definido o nível de sobrecarga assim se for: < 46 = sem sobrecarga, 46 a 56 = sobrecarga moderada e >56 = sobrecarga intensa (RODRIGUES, et al. 2013).

Compreendo o crescente processo de envelhecimento populacional e da longevidade, que resulta na maior necessidade de cuidadores, seja informal como formal, o presente estudo tem por objetivo conhecer a produção científica acerca do ser cuidador e o nível de sobrecarga do mesmo, por meio da Escala Zarit Burden Interview (ZBI).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, método de pesquisa selecionado por permitir a inserção de estudos de métodos diversos, desde experimentais e não-experimentais, o que propicia uma vasta visão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Para alcance da metodologia estabelecida, foi necessário seguir seis etapas, sendo estas: a definição da hipótese ou tema da pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão, delimitação das informações extraídas dos estudos analisados os dados e resultados, síntese das evidências e apresentação dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O levantamento da pesquisa foi realizado na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no período de outubro de 2018 a partir da associação dos termos “escala de Zarit” e “sobrecarga” e do descritor “cuidador”, mediado pelo operador booleano AND.

As publicações na BVS contemplaram os periódicos indexados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e o Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de Cuba (CUMED).

Foram identificados 147 estudos a partir dos termos e descritores na BVS, com a inserção dos critérios de inclusão na base de dados, a busca resultou em 42 artigos. Os critérios de inclusão estabelecidos são artigos disponíveis, do período de 2013 a

2018, tendo como assunto principal os cuidadores.

Após leitura do resumo foi aplicado como critério de exclusão: artigos repetidos e que não respondesse o questionamento do estudo. Assim, foram excluídos 25 estudos, sendo: 2 (dois) repetidos, 10 (dez) não atenderem a pergunta norteadora, 4 (quatro) estudos de validação da escala de Zarit, 1 (um) carta ao editor, 2 (dois) de avaliação da síndrome de Burnot, 1 (um) por avaliar a escala de Barthel, 1 (um) de avaliação do estado psicológico, 2 (dois) de avaliação dos fatores de sobrecarga, 1 (um) estudo por avaliar o estado psicossocial de pacientes com esquizofrenia, 1 (um) por discutir a importância a da aplicação da escala de Zarit.

Assim, a presente revisão integrativa é composta por 17 artigos que contemplam o objetivo de conhecer a produção científica acerca do ser cuidador e o nível de sobrecarga do mesmo, por meio da Escala Zarit Burden Interview.

3 | RESULTADOS

Dos 17 estudos, 6 (seis) abordavam aspectos referente aos cuidadores de idosos; 3 (três) estudos tinham como atores principais, cuidadores de pessoas com transtornos mentais; 1 (um) estudo abordou cuidadores de criança; 3 (três) estudos abordaram cuidadores em geral; 1 (um) estudo abordava cuidadores de doenças crônicas e 3 (três) estudos abordavam cuidadores de pacientes.

Dentre os estudos analisados estiveram presentes periódicos das bases de dados LILACS, BDENF, IBECS, escritos nos três idiomas: português, inglês e espanhol.

O quadro 1 apresenta o panorama geral dos estudos que fizeram parte da amostra, apresentando os principais achados em cada estudo, como a autoria, local de aplicação do estudo e principais resultados.

Nº	Autores	Base de indexação	Ano	Idioma	Local de aplicação da escala de Zarit	Principais resultados
1	Brigola et al.,	LILACS	2017	Inglês	São Paulo - Estratégia de Saúde da Família	Maioria de mulheres (n=76), idosas (n=83), com média de 65,8 (+/- 10,4) anos de idade e 4,9 (+/- 4,2) anos de escolaridade; Escala de ZBI: leve sobrecarga.
2	Bom, F.S.; Sá, S.P.C.; Serejo, R.S.	BDENF	2017	Português	Rio de Janeiro	Maioria tinha entre 40 a 59 anos (58,5%), sexo feminino (83%), ensino médio completo (37,7%). Escala de ZBI: 45,3% dos cuidadores com sobrecarga moderada; 13,2% com sobrecarga moderada a severa; 3,8% sobrecarga severa e 32,1% com nenhuma sobrecarga.
3	Brandão et al.,	BDENF	2017	Português	Recife-Pernambuco	90,7% eram do sexo feminino, filhas, casadas e sem renda. Escala de ZBI: 87,2% apresentaram sobrecarga grave.

4	Santos et al.,	LILACS	2017	Português	Belém-Pará	66,66% dos cuidadores eram homens, na faixa etária de 41 a 50 anos (33,33%), solteiro (50%) e ensino superior completo (66,66%). Escala de ZBI: sobrecarga moderada a leve ($58,33 \pm 3\%$; n = 7)
5	Santos et al.,	LILACS	2016	Português	Recife-Pernambuco	Maioria eram mulheres (n = 34), de média idade e cuidavam voluntariamente. Escala de ZBI: sobrecarga moderada.
6	Garcia, M.C.P.; Cantero, A.M.N.; Re, M.L.D.;	LILACS	2016	Espanhol	Paraguai	Maioria 68% são do sexo feminino, em termos de idade, 65% com mais de 40 anos. Escala de ZBI: 33,3% não apresentam sobrecarga, 17% leve sobrecarga e 50% alta sobrecarga.
7	Moraga, Y.L.T.; Riveros, E.R.	BDENF	2016	Espanhol	Chile	Maioria 89,7% são mulheres, com média de 57 anos, 15,5% concluíram o ensino superior e 5,2% não lê ou não escreve. Escala de ZBI: 75,9% dos cuidadores estão sobrecarregados e 24,1% estão livres de sobrecarga.
8	LI-QUIROGA, Mey-Ling et al.	LILACS	2015	Espanhol	Peru	Maioria 68,85% são mulheres, casadas (22,13%), concluíram o ensino primário (38,53%). Escala de ZBI: 30,34% (27/89) apresentam sobrecarga intensa e 69,66% (62/89) leve sobrecarga.
9	Cotelo et al.,	IBECS	2015	Espanhol	Espanha	Maioria 80% são mulheres, casadas (84%), com ensino primário completo (48%). Escala de ZBI: 47,16 (13,55), com 48% dos cuidadores sem sobrecarga, 28% com sobrecarga leve e 24% com sobrecarga severa.
10	Díaz, C.E.; Parra, S.M.; Carrillo, K.S.	IBECS	2015	Espanhol	Chile	Maioria são mulheres (88,1%), na faixa etária de 45 a 64 anos (60,9%), com tempo de cuidadoras >3anos (61,6%) e 73,5% não tem capacitação para ser cuidadora. Escala de ZBI: 76,8% apresentam ausência de sobrecarga; 9,3% sobrecarga leve e 13,9% alta sobrecarga.
11	Andrade et al.,	LILACS	2014	Português	João Pessoa-Paraíba	Maioria são mulheres (95,7%), sendo 82,6% formada pelas mães. Escala de ZBI: sobrecarga intensa (54,5%).

12	Tabeleão, V.O.; Tomasi, E.; Quevedo, L.A.;	LILACS	2013	Inglês	Pelotas-Rio Grande do Sul	<p> Maioria (74%) era do sexo feminino e 41,2% tinha ensino fundamental completo. 65% viviam com o companheiro. Escala de ZBI: mulheres tiveram 8,2 (IC 95%: 4,6, 11,8) pontos a mais na média.</p>
13	Claro et al.,	LILACS	2013	Espanhol	Cúcuta-Colômbia	<p> Maioria são mulheres (87,8%), adultos entre 36 e 59 anos (71,0%), com baixo nível de formação (51,2%), status socioeconômico incompleto e precária primário (91,7% de um estrato e dois), casados (57,9%), na maioria das vezes é a esposa (52,8%) que realiza trabalho de dona de casa (76,2%), com uma dedicação de mais de um ano e meio (34,9%). Escala de ZBI: 77,4% das mulheres têm nível de sobrecarga intensa, 7,9% leve e 2,4% não tem sobrecarga.</p>
14	Carrillo et al.,	IBECS	2013	Espanhol	Català de la Salut-Barcelona	<p> Maioria são mulheres (70,8%), com idade média de 64,75 anos e 31,3% são casadas. Escala de ZBI: nenhuma sobrecarga (29,2%), sobrecarga leve (22,9%) e sobrecarga intensa (47,9%).</p>
15	Manoel et al.,	LILACS	2013	Português	Londrina-Paraná	<p> Maioria, do sexo feminino (9), ocupavam a posição de filha (6), esposa (3) e esposo (1) e tinham média de idade de 61,8 anos. Nove deles apresentavam algum problema de saúde. A média do tempo que a pessoa assumiu o papel de cuidador foi de 5,5 anos, com um mínimo de dois anos e máximo de 27 anos. Escala de ZBI: 4 cuidadores apresentam sobrecarga intensa; 4: moderada; 2: ausência de sobrecarga.</p>
16	Gratão et a.,	LILACS	2013	Português	Ribeirão Preto- São Paulo	<p> Maioria era do sexo feminino (67,8%), com média de 76,6 anos, baixa escolaridade (54,7%) e renda individual mensal de R\$ 942,20. Apenas 15,7% foram identificados como dependentes. Dos cuidadores, 85,6% era do sexo feminino, com média de 56,5 anos e 90,3% eram familiares. Escala de ZBI: média de sobrecarga dos cuidadores foi de 27,8 ($\pm 17,5$).</p>
17	Pereira et al.,	LILACS	2013	Português	Ribeirão Preto- São Paulo	<p> A maioria dos cuidadores eram adultos, filhos, casados e do sexo feminino. Escala de ZBI: média foi de 34,92 (15,8).</p>

Quanto à distribuição em anos de publicação, evidencia-se que não teve nenhum estudo em 2018, porém houveram seis estudos em 2013, um estudo em 2014, dois estudos em 2015, três estudos em 2016 e quatro estudos publicados em 2017.

Em relação ao perfil dos cuidados dos 17 estudos, 16 os cuidadores são do sexo feminino, apenas em um estudo realizado em 2017 no estado do Belém do Pará que as concentrações de cuidadores foram de 66,66% do sexo masculino. Acerca do nível sobrecarga um estudo do estado de São Paulo em 017 apresentou predominância de sobrecarga leve, e um estudo no país do Chile em 2015 teve maior concentração de ausência de sobrecarga (76,8%).

Todos os estudos apresentam características acerca do perfil dos cuidadores e todos utilizaram a escala de ZBI para avaliar a sobrecarga do cuidador.

4 | DISCUSSÃO

Por meio da análise dos artigos selecionados, foi possível evidenciar que a maioria da amostra de cuidadores era predominantemente mulheres, na faixa etária de 36 a 66 anos, com renda média de um salário mínimo e baixo nível de escolaridade. Os estudos apontam ainda que esses cuidadores, conforme a escala de Zarit, apresentam em sua maioria, nível de sobrecarga de moderado a elevado, tendo em vista os cuidados que são prestados integralmente.

A dependência integral de um membro da família pode trazer uma situação de estresse e ameaçar o equilíbrio pessoal, familiar e social que se apresentava anteriormente. A partir da necessidade de cuidar do outro, o cuidador tende a se ajustar à nova realidade, adotando estratégias de enfrentamento que podem propiciar a sua sobrecarga.

O cuidador, que antes tinha sua vida profissional e social, passa a ter de aliar suas atividades diárias às necessidades daquele que precisa de atenção (COSTA et al., 2015) e, além dessa nova atividade a ser exercida, as faltas de informação sobre a doença, sobre o cuidado adequado e sobre o manejo das situações de crise, assim como as dificuldades financeiras, podem agravar a sobrecarga daquele responsável por prestar os cuidados ao paciente (GOMES; RESK, 2009).

Evidenciou-se que a maioria dos estudos categorizados tinham em sua amostra cuidadores do gênero feminino. Muitas delas são filhas, esposas ou parentes próximas ao ser cuidado, realizando as atividades de forma informal (BRIGOLA et al., 2017; BOM; SÁ; CARDOSO, 2013). Uma meta-análise mostrou que cuidadores, especialmente mulheres e cônjuges são a maioria das prestadoras de cuidados domiciliares e apresentam índices mais elevados de depressão e sobrecarga advindos do compromisso de cuidar, além de menores níveis de bem-estar subjetivo e saúde percebida (BRIGOLA et al., 2017).

Grande parte dos cuidadores dos estudos apresentam idade avançada de até 66 anos. Esse fator traz uma dificuldade maior no que se refere às limitações físicas que este pode apresentar por conta do seu envelhecimento (PEREIRA et al., 2013; FONSECA; PENNA, 2008), o que promove déficits no cuidado ao paciente e também podendo prejudicar a saúde ou acentuar quadros de doenças pré-existentes do cuidador.

O baixo grau de escolaridade também foi um fator importante apontado nos estudos, em que, na maioria das vezes, está relacionado à baixa renda, acarretando prejuízos financeiros que sobrecarregam, significativamente, o cuidador, uma vez que, prover cuidados a outros sugere necessidades básicas como alimentação, passando pela realização de atividades físicas até necessidades específicas como aquisição e compra de medicamentos. Portanto, a limitação de recursos financeiros pode traduzir-se em fator gerador de estresse ao cuidador (LOUREIRO et al., 2013).

Ao relacionar os maiores níveis de sobrecarga e o baixo grau de escolaridade dos cuidadores, alguns autores ressaltam que o baixo nível de instrução e de informação dos cuidadores, muitas vezes, pode prover no cuidador sentimentos de ansiedade e angústia que repercutem negativamente no cuidado prestado, bem como na própria saúde do cuidador (MOREIRA et al., 2011), fato que poderá influenciar na maior vulnerabilidade do cuidador ao adoecimento.

Ademais, além da presença de cuidadores com baixo grau de escolaridade, identifica-se que muitos deles se encontram desempregados ou somente realizam atividades domésticas, se dedicando por várias horas diárias ao cuidado (BRIGOLA et al, 2017). A associação entre sobrecarga e baixa escolaridade do cuidador pode ser decorrente da dificuldade de assimilação de informações e conhecimentos sobre a doença, o que poderia ser útil no cuidado. Sugere-se também que indivíduos com baixa escolaridade tenham menor poder aquisitivo, o que aumenta as preocupações diárias e contribui diretamente para o ônus.

Pela escala aplicada dos estudos para quantificar o nível de sobrecarga desses cuidadores, percebe-se um nível de moderado a elevado na maior parte das amostras, sendo este nível diretamente interligado ao grau de dependência do ser cuidado.

A literatura aponta que o domicílio se constitui como um espaço privilegiado para o cuidado, tendo em vista a preocupação com a integralidade e a singularidade do ser humano, pela valorização da relação e respeito ao outro, desde que a família participe e forneça o suporte necessário. Nesse contexto, surgem preocupações pelo fato dos serviços de suporte serem escassos. A família, sendo a fonte de apoio, utiliza de seus esforços e recursos para a prestação de cuidados e, em muitos dos casos, possuem demandas colocadas sobre eles como um “fardo” (VIDIGAL et al., 2018).

Por meio desta análise foi possível identificar o perfil e o nível de sobrecarga desses cuidadores informais, em que, torna-se de extrema relevância pontuar a necessidade da realização de ferramentas e estratégias de apoio, como grupos de familiares, tecnologias leve-duras que auxiliem no conhecimento e na prestação dos

cuidados, no intuito de proporcionar esclarecimentos e influenciar positivamente o manejo do cuidado. Estas e outras formas de intervenções poderão contribuir na melhora da qualidade do cuidado prestado, bem como na qualidade de vida dos próprios cuidadores.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidencia que as mulheres predominam o papel de cuidador, no qual assumem essa responsabilidade desde uma faixa etária de adulto-jovem até idoso, estando entre 36 a 66 anos. Mediante esse contexto as mulheres sofrem com a sobrecarga diária que repercutem de forma negativa em sua saúde física e mental.

Além disso, outros pontos importantes apresentados foram a baixa escolaridade que confluí para falta de informações, tanto sobre o estado do indivíduo cuidado como para a assistência que deve ser oferecida para o mesmo e a restrita condição financeira. Todos esses resultados apresentados refletem a conjuntura de fatores que vem atingindo um determinado grupo populacional, que são os cuidadores.

Existe a necessidade de está articulando intervenções de promoção de saúde voltado aos cuidadores, como de desenvolver política públicas que instruam melhor os cuidadores sobre o processo de cuidado.

Dessa forma, a implantação de instrumentos capazes de sistematizar as características comuns e o aspecto individual do cuidador, como a escala de “Zarit Burden Interview”, se faz de extrema importância para se conhecer, atualizar e tomar medidas cabíveis em prol da saúde do cuidador.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. F. O.; ALVES, R. F.; MELO, M. O et al. **Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de crianças com Câncer.** Psicol. Ciênc. Prof, v. 34, n. 4, p. 1014-1031, 2014.
- ANJOS, K. F.; BOERY, R. N. S. O.; PEREIRA, R. **Qualidade de Vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio.** Texto Contexto Enferm, v. 23, n. 3, p.600-8, 2014.
- BOM, F. S.; SÁ, S. P. C.; CARDOSO, R. S. S. **Sobrecarga em cuidadores de idosos.** Rev enferm UFPE on line., Recife,v.11, n. 1, p. 160-4, jan., 2017,
- BRANDÃO, F. S. R.; COSTA, B. G. S.; CAVALCANTI, Z. R et al. **Sobrecarga dos cuidadores de idosos assistidos por um serviço de atenção domiciliar.** Rev enferm UFPE on line., Recife, v.11, n. 1, p. 272-9, ja., 2017
- BRIGOLA, A. G.; LUCHESI, B. M.; ROSSETTI, E. S. et al. **Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado:** um estudo no contexto rural. Rev. bras. geriatr. gerontol, Rio de Janeiro, v. 20 , n. 3, Mai/Jun 2017.
- CARRILLO, M. G. C.; VIÁN, O. H.; CATASES, M. C et al. **Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria.** Gerokomos (Madr., Ed. impr.), v. 24, n. 3, p. 120-123, 2013.
- CLARO, Y. G. O.; CLAVIJO, A. A. L.; SEPÚLVEDAM. A. J et al. **Características sociodemográficas**

asociadas a la sobrecarga de los cuidadores de pacientes diabéticos en Cúcuta. Rev. cuid. (Bucaramanga. 2010), v. 4, n. 1, p. 459-466, 2013.

COSTA, T. F.; COSTA, K. N. F. M.; MARTINS K. P. et al . **Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico.** Esc Anna Nery, v. 19, n. 2, p.350-355, 2015.

COTELO, N. V.; RODRIGUEZ, N. F. A.; PÉREZ, J. F et al. **Burden and associated pathologies in family caregivers of Alzheimer's disease patients in Spain.** Pharm. pract. (Granada, Internet), v. 13, n. 2, 2015.

CRUZ, D. C.; LOUREIRO, H. A. M.; SILVA, M. A. N. C. G. M. M. et al. **As vivências do cuidador informal do idoso dependente.** Rev Enferm Ref. 2010.

DIAZ, C. E.; PARRA, S. M.; CARRILLO, K. S. **Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras.** Enferm. Glob, v. 14, n. 38, p. 235-248, abr 2015.

Fernandes, M.G.M.; Garcia, T.R. **Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes.** Rev Bras Enferm, v.62, n.3, p.393-9, 2009.

FONSECA, et al. **Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa.** Cadernos de Saúde, v. 3, n. 2, p. 13-19, 2010.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G. **Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Jul/Ago 2008.

FUHRMANN, A. C. et al. **Associação entre a capacidade funcional de idoso dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 14-20, 2015.

GARCIA, M. C. P.; CANTERO, A. M. N.; DOMINGUEZ, M. L. R. **Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores.** Rev. salud pública Parag, v. 6, n. 2, p. 10-15, jul-dic. 2016.

GOMES, W. D.; RESCK, Z. M. R. **A percepção dos cuidadores domiciliares no cuidado a clientes com sequelas neurológicas.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 496-501,out/dez 2009.

GRATÃO, A. C. M.; TALMELI, L. F. S.; FIGUEIREDO, L. C et al. **Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador.** Rev Esc Enferm USP, v. 47, n. 1, p. 137-44, 2013.

LI-QUIROGA, M. L.; PÉREZ, P. A.; OSADA, J. et al. **Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque-Perú.** Rev Neuropsiquiatr, v. 78, n. 4, p. 232-239, oct.-dic.2015.

LOUREIRO, L.S.N. et al. **Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda do cuidado.** Rev. bras. enferm., Brasília, v.67, n.2, p.227-232, 2014.

MANOEL, M. F.; TESTON, E. F.; WAIDMAN, M. A. P et al. **As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador Familiar.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm, v. 17, n. 2, p. 346-353, abr.-jun. 2013.

MAZZA, et al. 2013. **Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental.** Rev Esc Enferm USP, v. 46, n. 2, p. 513-7, 2012.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa:** método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis

MORAGA, Y. L. T.; RIVEROS, E. R. **Cuidadores informales rurales de pacientes dependientes severos**. Rev. iberoam. educ. invest. Enferm, v. 6, n. 1, p. 56-62, 2016.

MOREIRA, P.H.B. et al. **Qualidade de vida de cuidadores de idosos vinculados ao Programa Saúde da Família - Teixeiras, MG**. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 433-440, 2011 .

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PEREIRA, R. A.; SANTOS, E. B.; FHON, J. R. S. et al. **Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral**. Rev. esc. enferm. USP, v.47, n.1, São Paulo, 2013.

RIVAS, M. T; CRESPO, M. **La evaluación de la carga del cuidador**: una revisión más allá de la escala de Zarit. Clínica y Salud v.1, p. 9-15, 2015.

RODRIGUES, et al. **Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador**. Rev Esc Enferm USP,v. 47, n. 1, p. 137-44, 2013.

SANTOS, S. M. C.; OLIVEIRA, L. S.; SANTOS, M. C. S et al. **Avaliação da sobrecarga de trabalho e da qualidade de vida de cuidadores de idosos institucionalizados**. Fisioter. Bras, v. 18, n. 4, p. 433-I: 441, 2017.

SANTOS, W. J.; ALBUQUERQUE, P. C.; FITTIPALDI, E. O. S. **Análise do perfil e sobrecarga de cuidadores de três Unidades de Saúde da Família do Recife/PE**. Fisioter. Bras, v. 17, n. 5, p. 464-I: 471, set.-out 2016.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein (São Paulo), São Paulo , v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar.

TABELEÃO, V. P.; TOMASI, E.; QUEVEDO, L. A. **Sobrecarga de familiares de pessoas com transtorno psíquico: níveis e fatores associados**. Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo), v. 41, n. 3, p. 63-66, 2014.

VIDIGAL, F.C. et al. **Satisfação em cuidar de idosos com alzheimer: percepções dos cuidadores familiares**. Cogitare Enferm, v.19, n.4, p.786-775.

SEGURANÇA DO PACIENTE: A EQUIPE DE ENFERMAGEM COM ÊNFASE NO PROTOCOLO DE QUEDAS E AS ORIENTAÇÕES AO AUTOCUIDADO

Francisca Fernanda Dourado de Oliveira

Acadêmica de Enfermagem do Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA

Roselene Pacheco da Silva

Especialista em Enfermagem Cirúrgica.
Enfermeira do Hospital Regional Norte – CE

Jéssica Costa Brito Pacheco

Especialista em Terapia Intensiva. Coordenadora de Enfermagem da Emergência Pediátrica do Hospital Regional Norte – CE

Gardênia Sampaio Leitão

Acadêmica de Enfermagem do Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA

Ana Suzane Pereira Martins

Mestre em Enfermagem
Universidade Federal do Piauí (UFPI). Enfermeira Hospital Regional Norte - CE

Jean Carlos Fonseca de Sousa

Acadêmica de Enfermagem do Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA

RESUMO: O Brasil faz parte da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004. A Segurança do Paciente é conceituada como: a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. E as quedas dizem respeito ao deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado

por circunstâncias multifatoriais. Os objetivos deste estudo foram analisar como a equipe de enfermagem identifica as quedas de pacientes em unidade hospitalar, e orientar ao autocuidado. Trata-se de uma revisão da literatura. A coleta de dados foi realizada no período de junho a setembro de 2016. Efetuou-se uma busca sistematizada indexados nas Bases de Dados do SciELO - Scientific Electronic Library Online e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em que se buscou-se utilizar artigos publicados entre os anos de 2012 a 2015. Após análise dos artigos constatou-se que os idosos sofrem com maior problema de quedas, devido ser uma das principais consequências de iatrogênicas deste grupo populacional. Portanto as atualizações sobre o tema e o autocuidado na prática cotidiana deve ser aprimoradas pelo profissional de enfermagem, com aplicação de protocolos como ferramentas de prevenção decorrentes das quedas no ambiente hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente. Quedas. Autocuidado.

ABSTRACT: Brazil is part of the World Alliance for Patient Safety, created by the World Health Organization (WHO) in 2004. Patient Safety is conceptualized as: minimizing the risk of unnecessary harm associated with health care. And the falls relate to the unintentional movement of the body to a level lower than the

initial position, caused by multifactorial circumstances. The objectives of this study were to analyze how the nursing team identifies the falls of patients in a hospital unit, and to guide self-care. This is a review of the literature. Data collection was carried out from June to September, 2016. A systematized search was indexed in the Data bases of SciELO - Scientific Electronic Library Online and Virtual Health Library (VHL), in which one searched for articles published between the years 2012 to 2015. After analyzing the articles, it was observed that the elderly suffer with a greater problem of falls, due to being one of the main iatrogenic consequences of this population group. Therefore, updates on the subject and self-care in daily practices should be improved by the nursing professional, with application of protocols as prevention tools resulting from falls in the hospital environment.

KEYWORDS: Patient Safety. Falls. Self-care.

1 | INTRODUÇÃO

O Brasil faz parte da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004. A Segurança do Paciente (SP) é conceituada como: a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Os danos podem ser de diversos tipos, abrangendo-se doenças, sofrimento, lesão, incapacidade e morte. De outro modo, os incidentes de segurança são acontecimentos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em detrimento desnecessário ao paciente e ainda os incidentes que resultam em dano ao paciente são denominados Eventos Adversos (EA) (ANVISA, 2015).

No ano de 2015 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária refere que a ocorrência de EA é um indicador da afastamento entre o cuidado ideal e cuidado real, sendo o enfrentamento deste empecilho um desafio para a qualidade dos serviços de saúde. Considerando que muitos dos EA são evitáveis em sua grande maioria, estes são decorrentes do cuidado prestado pelos profissionais da saúde, podendo ser temporários ou permanentes, físicos, psicológicos e sociais, a adesão de medidas preventivas voltadas para a redução de sua probabilidade de ocorrência pode economizar recursos, evitar sofrimento desnecessário, e salvar vidas.

As quedas é um EA e dizem respeito ao deslocamento não proposital do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é achado no chão ou quando, durante a locomoção, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão (BRASIL, 2013).

Ao considerar a importância no que diz respeito à minimização dos riscos de queda no contexto hospitalar, torna-se indispensável à formulação de um plano de ação que venha assegurar a promoção de prevenção frente aos “possíveis” perigos

dos quais podem contribuir para um índice de incidentes possivelmente associados a danos ao indivíduo hospitalizado. (OLIVEIRA, 2014).

Nesse contexto de precauções e com ênfase na segurança do paciente, tendo em vista minimizar os riscos e danos e assim sistematizar o autocuidado no âmbito hospitalar, salienta ainda que tais medidas trazem sensibilização do profissional de enfermagem em seu trabalho, contribuindo para livrar as pessoas cuidadas desse evento que tem relação também com o fator fisiológico e comportamental (PASA, 2014).

É observável, portanto, que os incidentes trazem danos aos indivíduos hospitalizados, bem como prolongar o seu tempo de permanência hospitalar. Dentro desta linha de pensamento e segundo a (OMS) o envelhecimento populacional em todo o mundo vem aumentando em uma proporção avassaladora. No entanto, estudos mostram que no Brasil a nação idosa apresentando 60 anos ou mais se estima que e 2025, será um número de maior população em nível mundial. (SEVERO, 2015).

Assim sendo, no que se refere às situações de riscos presentes nas instituições de saúde é válido compreender que a preocupação com a segurança e autocuidado do paciente hospitalizado tornou-se crucial na área da saúde. Diante da ocorrência de EA no âmbito hospitalar requer uma atenção contínua das políticas públicas de saúde, alcançando uma melhor assistência à população e principalmente ao público idoso que são os mais vulneráveis aos agravos e oriundos de eventos por queda (JÚNIOR, et al., 2015).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo integrativa. Este tipo de revisão é um método mais abrangente, que proporciona a combinação de dados de literatura empírica e teórica, da mesma maneira que estudos com diferentes abordagens metodológicas. Tendo como principal propósito reunir e sintetizar os estudos realizados sobre um determinado tema, construindo uma conclusão a partir dos desfechos evidenciados em cada estudo (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Este método de pesquisa é constituído de seis fases distintas: identificação do tema; amostragem ou busca na literatura; catalogação dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; explanação dos resultados e síntese do conhecimento apresentado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa (NETO; BARBOSA, 2012). Buscou-se nos autores e obra selecionada, os dados para a elaboração do conhecimento pretendido, não se observa situações vividas, e nem ouve os entrevistados, mas argumentar e conversar com os autores através de seus escritos.

A coleta e análise de dados foi realizada no período de junho a setembro 2016, onde foram acessados os artigos publicados no período de 2012 a 2015, indexados

nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo estas nas bases de dados eletrônicos: BDENF – Banco de Dados em Enfermagem, LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, SciELO - Scientific Electronic Library Online, sendo utilizado o operador booleano “AND”. E descritores do DeSC: Segurança do Paciente; Quedas; Autocuidado.

As seleções dos artigos se deram aos seguintes critérios de inclusão: artigo em língua portuguesa, publicados nos últimos cinco anos, em âmbito nacional, abordando a segurança do paciente, quedas e autocuidado. Posteriormente, realizou-se a análise dos títulos e resumos, sendo selecionados os de importância ao objeto pesquisado, e também fazendo parte da triagem da seleção apenas trabalhos na íntegra, os quais serão demonstrados em forma de tabela. Que após o refinamento da leitura dos artigos selecionados, os resultados serão analisados descritivamente, respeitando-se as normas éticas.

Como critérios de exclusão foram levados em consideração: publicações com data inferior a 2012, artigos que não tratavam de modo direto sobre segurança do paciente e trabalhos disponíveis apenas em resumo.

O estudo foi desenvolvido através de etapas, como determina a metodologia de uma revisão integrativa: seleção das hipóteses ou questões para a revisão, determinação dos critérios para a escolha da amostra, definição das peculiaridades da pesquisa original, análise de dados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão, através de leitura minuciosa do material, categorização, análise das ideias, seguida de sinopse e inferências dos autores.

3 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na busca eletrônica com os descritores previamente estabelecidos, foram identificados 261 artigos entre os anos de 2012 e 2015, onde se realizou-se uma seleção diante dos métodos estabelecidos com critérios de inclusão e exclusão, destes foram selecionados 18, após a leitura dos títulos e resumos, pois os mesmos se inseriram na temática do estudo de forma mais completa e imprescindível, com isso, atenderam os critérios previamente estabelecidos. Nesta revisão integrativa, apenas 8 produções científicas foram selecionadas para compor a tabela por apresentar uma abordagem mais contextualizada da temática.

Nº	AUTOR (ES)	TÍTULO	ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE ESTUDO	PERIÓDICO
1	NUNES; Flávia Danyelle Oliveira et al.	Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão?	2014	Revisão integrativa.	J. res.: fundam. care. online 2014.

2	ALVES;Kisna Yasmin Andrade, SANTOS;Viviane Euzébia Pereira, DANTAS;Cilene Nunes.	A análise do conceito segurança do paciente: a visão evolucionária de Rodgers	2015	Análise conceitual na visão evolucionária de Rodgers.	AQUICHAN.
3	OLIVEIRA;Roberta Meneses et al.	Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências	2014	Estudo descritivo e qualitativo.	Esc. Anna Nery
4	JÚNIOR; Fernando José Guedes da Silva et al.	Risco de quedas entre idosos hospitalizados: ferramenta para segurança do paciente	2015	Estudo descritivo e transversal.	Rev.Enferm. UFPI
5	VACCARI; Èlide et al.	Segurança do ambiente hospitalar para prevenção de quedas em idosos: estudo descritivo	2014	Estudo quantitativo descritivo de corte transversal.	OBJN UFF Esc. De Enferm. Aurora de Afonso Costa.Artigos Originais
6	MALTA; Deborah Carvalho et al.	Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência	2012	Estudo transversal.	Rev. Saúde Pública
7	QUEIRÓS; Paulo Joaquim Pina, VIDINHA; Telma Sofia dos Santos, FILHO; António José de Almeida	Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem	2014	Estudo de natureza teórica.	Revista de Enfermagem Referência
8	REIS; Cláudia Tartaglia, MARTINS; Mônica, LAGUARDIA; Josué	A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura	2012	Revisão bibliográfica.	Ciência & Saúde Coletiva

Tabela 1: Distribuição dos artigos por autores, título, ano de publicação, tipo de estudo e periódico indexado, Brasil, 2016.

Fonte: Publicação científica brasileira, na biblioteca virtual em saúde (BVS), indexadas na base LILACS, SCIELO e BDENF, 2016.

Os dados na tabela apresentam o sumário das características dos estudos incluídos na amostra. Na análise desses artigos selecionados identificou-se 08 (100%) produções, dos quais são 01(10%) revisão integrativa, 01(10%) análise conceitual na visão evolucionária de Rodgers, 01 (10%) estudo descritivo e qualitativo, 02 (20%) estudo descritivo e transversal, 01 (10%) estudo transversal, 01(10%) estudo de natureza teórica e 01 (10%) revisão bibliográfica. Os referidos estudos foram encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que integra as principais bases de dados – SCIELO, LILACS, BDENF.

Partindo de encontro aos estudos analisados, observou-se uma maior incidência de publicações concernente à temática no ano de 2014, correspondendo a 04 (40%) artigos da amostra, no ano de 2015, sendo 02 (20%) artigo de amostra, e no ano de 2012, foram 02 (20%) artigos. Os anos de 1999, 1998 e 1997 e anteriores a esses não apresentaram publicações que contemplassem os critérios de inclusão e exclusão, portanto não foi representado.

Analisou-se as publicações da tabela por meio das temáticas e estes foram distribuídos em categorias, sendo: a importância da segurança do paciente na prática da enfermagem, a prevenção de quedas como ferramenta da segurança do paciente e aspectos assistenciais da enfermagem nas orientações ao autocuidado.

A importância da segurança do paciente na prática da enfermagem

Vistos os dados dos artigos que se adequaram à metodologia, faz-se uma ênfase nesta categoria àqueles relacionados à segurança do paciente, no tocante à sua importância na prática assistencial de enfermagem.

Sendo a Segurança do Paciente compreendida como a redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano associado ao cuidado prestado ao paciente. As realizações para a sua materialização devem contemplar o aprendizado organizacional a partir do erro e a equipe de enfermagem estará atenta quanto a isto. Assim, a SP está concernente com a prevenção de erros no atendimento médico-hospitalar, bem como a sua qualidade (ALVES, SANTOS e DANTAS, 2015).

Para NUNES et al (2014), dentre as equipes de saúde, a de enfermagem está mais vulnerável a cometer EA, por executar variadas intervenções invasivas e permanecer por um tempo prolongado junto ao paciente; os EA mais comuns estão relacionados aos erros durante a administração de medicamentos, instalação de cateteres e sondas, quedas e úlceras por pressão, demonstrando-se que a gravidade do problema está associada indiretamente a fatores como: causas técnicas, recursos humanos reduzidos, prescrições ilegíveis, sobrecarga de trabalho resultante de altas demandas e múltiplos vínculos empregatícios.

Segundo REIS, MARTINS e LAGUARDIA (2013), a ocorrência dos EA está estruturada em uma rede que interliga deficiências de prestação de cuidado em saúde, em sua concepção, organização e funcionamento, em vez de responsabilizar

ou profissionais ou produtos isoladamente; considerando a complexidade das organizações de saúde, vimos ainda que a ocorrência dos EA está associada ao encadeamento de fatores sistêmicos, que incluem as estratégias de uma organização, sua cultura, práticas de trabalho, abordagens de gestão da qualidade, da prospecção de risco e da capacidade de aprender com os erros.

O profissional enfermeiro tem papel primordial no processo, atuando como protagonista na implantação de estratégias para a melhoria da qualidade e da assistência de enfermagem, orientando profissionais da área a conhecer causas e efeitos à saúde do paciente, além de facilitar treinamentos adequados à prevenção de novas ocorrências e implementação da cultura de segurança nos serviços de saúde em geral (OLIVEIRA et al, 2014).

A prevenção de quedas como ferramenta da segurança do paciente

Nos dados analisados, percebeu-se o cuidado dos autores em demonstrar por meio dos escritos como as quedas estão presentes no cotidiano das pessoas, tal como a importância da segurança do paciente como ferramentas de prevenção decorrentes das quedas no ambiente hospitalar.

A finalidade do Protocolo de Prevenção de Quedas, é “reduzir a ocorrência de queda dos pacientes nos lugares de assistência”, em particular aos pacientes hospitalizados, incluindo a temporada total de permanência (VACCARI et al., 2014). Diante disso, este protocolo é uma forma de promover a segurança do paciente, sendo ainda, uma ferramenta de extrema importância para se reduzir essas ocorrências nestes pacientes internados, evitando com isso mais dias de hospitalização.

Para Malta et al. (2012) as quedas atingem qualquer faixa etária, sexo, nível de escolaridade, condição socioeconômica, entre outros atributos. Todos os indivíduos sofrem quedas não intencionáveis em algum momento de sua vida. As mesmas acontecem em locais diversos, como domicílio, local de trabalho ou lazer, via pública, hospital, escola. Há uma grande probabilidade de alguns grupos terem maiores chances de sofrer uma queda, como a criançada, idosos, trabalhadores e esportistas.

Em se tratando dos idosos em específico, no Brasil, é a população idosa que mais cresce nos últimos anos. E devido às alterações fisiológicas, psicológicas e cognitivas comuns com o avanço da idade, os eventos são mais habituais a acontecer, destacando-se as quedas, fato que se torna mais constante. Com isso, os serviços de saúde precisam preocupar-se em acomodar os idosos com segurança, tendo em vista que as lesões desinientes de quedas geram significativas limitações físicas e psicológicas neste grupo populacional, e contribuem para estender o tempo de permanência hospitalar e acrescentam os custos assistenciais (JÚNIOR et al., 2012).

Aspectos assistências da enfermagem nas orientações ao autocuidado

Os trabalhadores da enfermagem, são os profissionais de saúde que estão mais próximos do paciente hospitalizado, haja vista que essa equipe de trabalho permanece prestando uma assistência aos mesmos diariamente e quase que constantemente, pelos muitos procedimentos a serem realizados e as orientações ao autocuidado prestadas.

Para Oliveira et al. (2014) a participação do enfermeiro na implantação de estratégias para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência de enfermagem são necessárias e, ao mesmo tempo, recentes e inovadoras, podendo ajudar os profissionais da área a conhecer as causas e os efeitos à saúde do paciente, além de possibilitar treinamentos adequados à prevenção de novas ocorrências.

Nos últimos 40 anos, a teoria de enfermagem tem tornado um tema predominante na literatura de enfermagem, colaborando para o seu desenvolvimento enquanto profissão. A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea de Orem, é uma das teorias mais referidas na enfermagem, foi desenvolvida entre 1959 e 1985, que inclui o modelo de enfermagem apresentado pela mesma. Esta teoria engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado (QUEIRÓS, VIDINHA e FILHO, 2014).

É relevante as orientações para o autocuidado, quando o paciente estiver hospitalizado, porque desta forma, ele saberá cuidar melhor de si próprio após receber a alta hospitalar, pois o tratamento, seja ele alimentar, fisiológico ou medicamentoso, entre outros, perpetuara por muitas datas. E também essas orientações sejam feitas para o familiar ou cuidador desse paciente.

A enfermagem é capacitada a fazer essas instruções, pois é uma habilidade melhor adquirida em muitas disciplinas da sua grade curricular, e deve ser exercida de forma frequente, para que dessa forma as pessoas desempenhem deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por elas para preservar a vida, o bem-estar, a saúde, e o desenvolvimento.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de um cenário nacional de saúde que vem sendo consolidado no tocante à segurança do paciente, as instituições de saúde têm se empenhado na perspectiva de oferecer uma assistência de excelência, que minimize custos e garanta a satisfação do cliente, através da otimização de estratégias simples e efetivas que contribuem para prevenir e reduzir riscos e danos nos serviços, por meio do seguimento de protocolos específicos, associados a barreiras de segurança no sistema e à educação permanente (OLIVEIRA et al, 2014).

Partindo do que foi mostrado, sobressai ainda, a importância de se estabelecer

uma constante educação e/ou treinamento dos profissionais de saúde, especialmente os atuantes da enfermagem no que se refere a segurança do paciente, EA e o protocolo de quedas, no ambiente hospitalar, pois com isso, os pacientes idosos em particular, seus familiares e cuidadores serão melhor assistidos e instruídos.

A contar desta pesquisa, é considerável salientar que sejam implementados estudos mais atualizados sobre a temática, *pois* a produção científica fora realizada em 2016 para submissão a um congresso ocorrido no mesmo ano e uma futura abordagem sobre essa revisão possibilitará novas discussões. E além de contribuir com as publicações já analisadas e complementada com as novas, se obterão maiores conhecimentos no campo da saúde. Vale ainda ressaltar-se que houve dificuldades em se construir esta pesquisa, em virtude da pouca experiência com tema, e que a partir da mesma, possa sugerir a continuidade de novos estudos.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Brasília. 2015.
- ALVES, k.Y.A; SANTOS, V.E.P; DANTAS, C.N. **A análise do conceito segurança do paciente: a visão evolucionária de Rodgers**. AQUICHAN. v.15, n.4, p.521-528.dez. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa/ Fiocruz. **Protocolo prevenção de quedas**. 2013.
- JÚNIOR, F. J. G. da S. et al. **Risco de quedas entre idosos hospitalizados: ferramenta para segurança do paciente**. Rer. Enferm. UFPI. out-dez;4(4):75-81. 2015.
- MALTA, D. C. **Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência**. Rev. Saúde Pública. v. 46, n.1, p.128-137. 2012.
- NUNES, F. D. O. et al. **Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão?**. J. res.: fundam. care. [online].abr./jun. 6(2):841-847. 2014.
- OLIVEIRA, D. U de. **Avaliação de quedas em idosos hospitalizados**. Dissertação (mestrado). Campos Saúde Universidade Federal de Minas Gerais UFMG. Belo Horizonte, 2014.
- OLIVEIRA; R. M. et al. **Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências**. Esc. Anna Nery. v.18, n.1, p.122-129. jan-mar. 2014.
- PASTA, T. S. **Avaliação do risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Maria UFSM. Brasil. 2014.
- QUEIRÓS, P. J. P.; VIDINHA, T. S. dos S.; FILHO, A. J. de A. **Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem**. Revista de Enfermagem Referência. Série IV- n.3, pp. 157-164. nov./dez. 2014.
- REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(7):2029-2036, 2013.

SEVERO, I. M. **Modelo de predição do risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados: derivação e validação de um escore.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2015.

SOUSA, K. A. S. **Quedas de pacientes adultos em um Hospital Público de Ensino.** Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte - MG. 2014.

VACCARI; E. et al. **Segurança do ambiente hospitalar para prevenção de quedas em idosos: estudo descritivo.** Esc. de Enferm. Aurora de Afonso Costa. UFF Artigos Originais 13 (3):271-81. 2014.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrativerereview: updatedmethodology. **JournalofAdvancedNursing**, v. 52, n. 5, p.546-53. 2005.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ESQUIZOFRENIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lorena Gomes de Abreu Lima

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Integral Diferencial FacidIWyden, Teresina-PI.

Leila Mariane Machado Torres Bezerra

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Integral Diferencial FacidIWyden, Teresina-PI.

Nájila Aguiar Freitas Lemos

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Integral Diferencial FacidIWyden, Teresina-PI.

Tatiane Barbosa de Lira

Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Uninovafapi, Teresina-PI.

Kamila Cristiane de Oliveira Silva

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Piauí. Docente em Enfermagem da Faculdade Integral Diferencial FacidIWyden, Teresina-PI.

Tacianny Alves Batista Lemos

Enfermeira, Mestre em Terapia Intensiva-SOBRAFI. Professora/preceptora FacidIWyden, Teresina-PI.

transtorno relacionado com a cognição que altera várias capacidades do indivíduo, como concentração, interação social, realização de escolhas, entre outros, no qual o prejuízo dessas capacidades são características centrais da esquizofrenia, em que demonstram alterações de desempenho, enquanto que as consequências funcionais tendem a ser estáveis por longo tempo em praticamente todos os pacientes, independentemente da gravidade do quadro. Trata-se de um relato de experiência, realizado através de uma pesquisa de campo, exploratória, descritiva e analítica, com abordagem qualitativa por entrevista direta com o paciente e coleta de informações através do prontuário. Pode-se perceber através do estudo que o método do relato de experiência permite o uso da interdisciplinaridade, sendo possível relacionar e utilizar o conhecimento entre a disciplina do curso de graduação, bem como, correlacionar e perceber que alguns conhecimentos podem ser interagidos. A aplicação do método do estudo de caso é importante durante o período de formação, por contribuir a aproximação da teoria e da prática. Deste modo, os graduandos podem vislumbrar uma postura crítico-reflexiva a respeito dos cuidados de enfermagem frente ao paciente portador da esquizofrenia.

PALAVRAS-CHAVE: Esquizofrenia; Enfermagem Psiquiátrica; Relação Enfermeiro

RESUMO: Atualmente a esquizofrenia tem como definição uma psicose crônica idiopática, mostrando ser um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham, tendo origem multifatorial, onde os fatores genéticos e ambientais parecem estar associados a um aumento no risco de desenvolver a doença. A esquizofrenia é uma das doenças psicóticas mais intrigantes na contemporaneidade. É um

ABSTRACT: Currently, schizophrenia is defined as a chronic idiopathic psychosis, showing a set of different diseases with similar symptoms, having a multifactorial origin, where genetic and environmental factors seem to be associated with an increased risk of developing the disease. Schizophrenia is one of the most intriguing psychotic illnesses in the contemporary world. It is a disorder related to cognition that alters several capacities of the individual, such as concentration, social interaction, making choices, among others, in which the impairment of these capacities are central features of schizophrenia, in which they demonstrate changes in performance, whereas the consequences functional disorders tend to be stable for a long time in virtually all patients, regardless of the severity of the condition. This is an experience report, carried out through a field research, exploratory, descriptive and analytical, with a qualitative approach by direct interview with the patient and collection of information through the medical record. It can be noticed through the study that the method of the report of experience allows the use of interdisciplinarity, being possible to relate and use the knowledge between the discipline of the undergraduate course, as well as, to correlate and to perceive that some knowledge can be interacted. The application of the case study method is important during the training period, because it contributes to the approximation of theory and practice. In this way, the students can glimpse a critical-reflexive position regarding the nursing care in front of the patient with schizophrenia.

KEYWORDS: Schizophrenia; Psychiatric Nursing; Nursing Patient Relationship.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente a esquizofrenia tem como definição uma psicose crônica idiopática, mostrando ser um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham, tendo origem multifatorial, onde os fatores genéticos e ambientais parecem estar associados a um aumento no risco de desenvolver a doença (DA SILVA, 2016).

A esquizofrenia é uma das doenças psicóticas mais intrigantes na contemporaneidade. É um transtorno relacionado com a cognição que altera várias capacidades do indivíduo, como concentração, interação social, realização de escolhas, entre outros, no qual o prejuízo dessas capacidades são características centrais da esquizofrenia, em que demonstram alterações de desempenho, enquanto que as consequências funcionais tendem a ser estáveis por longo tempo em praticamente todos os pacientes, independentemente da gravidade do quadro (NICOLINO, et al. 2017).

Mais de 12% das doenças no mundo são em decorrência dos transtornos mentais, este número aumenta para 23% quando está relacionado aos países desenvolvidos. Cinco das dez principais causas de dependência e incapacidade a longo prazo são as condições neuropsiquiátricas: depressão unipolar (11,8%), transtornos relacionados

ao uso de álcool (3,3%), esquizofrenia (2,8%), transtornos bipolares (2,4%) e demência (1,6%). Na Europa, os problemas de saúde mental são responsáveis por quase 26,6% de problemas de saúde, bem como o suicídio está entre as dez principais causas de morte prematura (XAVIER, et al. 2013). As alterações psicológicas podem ser percebidas a partir do primeiro surto, onde a sua sintomatologia varia de indivíduo para indivíduo, gênero e idade (NICOLINO, et al. 2017).

O primeiro passo do processo de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria é a avaliação. Envolve coleta, organização e análise de informações sobre a saúde do cliente. Esse processo costuma ser chamado de avaliação psicossocial que inclui um exame do estado mental (VIDEBECK, 2012).

Com base na Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee, mediante a avaliação de enfermagem, o enfermeiro pode colocar em prática uma ação que constitua um modelo de compreensão, respeito, sensibilidade e solidariedade para com o ser humano e um cuidado de enfermagem mais amplo e integral (CANABRAVA, et al. 2011).

Nesse contexto, os profissionais de enfermagem têm a responsabilidade de esclarecer e compartilhar com os pacientes bem como os familiares todas as informações que se mostrarem significantes em função do caso de cada indivíduo e de prepara-los para saberem lidar com as situações que a patologia possa favorecer (CARVALHO, 2012).

Para que isso aconteça, é imprescindível ouvir o paciente de modo reflexivo e genuíno e ter a clareza de que a consulta de enfermagem não é um simples procedimento técnico, mas um amplo e profundo contexto de possibilidades de estabelecer relacionamento terapêutico entre o profissional e o paciente (CANABRAVA, et al. 2011).

O propósito dessa avaliação é montar um quadro do atual estado emocional da capacidade mental e do funcionamento comportamental do cliente (VIDEBECK, 2012).

O interesse a respeito do estudo justifica-se em face, da visita a um Hospital Psiquiátrico juntamente aos estudos prático-teóricos das disciplinas Saúde Mental I e II, relacionado à diligência na atenção da assistência de Enfermagem frente ao paciente esquizofrenico, visto que, é perceptível haver peculiaridades tendo em consideração pacientes com transtornos mentais.

Este estudo torna-se pertinente devido à necessidade do conhecimento e aprendizado dos acadêmicos de Enfermagem em relação a compreender como executar de forma precisa a assistência de Enfermagem ao paciente com esquizofrenia, considerando que se faz necessário explorar a prática interligando-a com a teoria e desta forma adquirir o discernimento de maneira detalhada sobre a patologia e condutas de Enfermagem a serem tomadas.

Uma qualificada comunicação entre paciente-profissional reflete nas ações de promoção à saúde. Acredita-se que este estudo poderá colaborar com prováveis mudanças, como elaboração de novas políticas públicas, bem como incentivo aos

profissionais a observarem possíveis falhas existentes na assistência aos pacientes com esquizofrenia.

O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência da avaliação de Enfermagem no paciente psiquiátrico.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, realizado através de uma pesquisa de campo, exploratória, descritiva e analítica, com abordagem qualitativa por entrevista direta com o paciente e coleta de informações através do prontuário.

A experiência relatada foi realizada no Hospital especializado em psiquiatria, localizado na cidade de Teresina – PI, no dia 13 de novembro de 2015 às 11:00 horas da manhã, com uma paciente da unidade feminina de internação.

Chegando ao local, fomos conduzidas pela professora para o pátio do pavilhão, aonde se encontravam algumas internas dispersas. As pacientes foram distribuídas de forma que ficou uma para cada dupla de estudantes.

No início da entrevista nos identificamos como acadêmicas de enfermagem e explicamos que estávamos presentes para ajudá-la, pois iríamos fazer algumas perguntas. A paciente se mostrou bastante receptiva e bem à vontade com a situação. Fizemos uso de um questionário elaborado de forma sistematizada, em que foram analisados aspectos como apresentação, atitude, contato, consciência, atenção, orientação, memória, senso-percepção, pensamento, crítica e noção da doença, humor e afeto, e psicomotricidade.

Com o questionário em mãos, realizamos a entrevista em forma de um bate papo informal, colhendo dados pessoais, história da infância, relação com a família, com a instituição e com a doença, de modo que ela pudesse desenvolver seu raciocínio lógico. Após colhemos os dados, fizemos a avaliação da paciente. O tempo da entrevista varia bastante, tendo em média uma duração de aproximadamente 45 minutos, podendo variar de acordo com a aceitação e conduta de cada paciente.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da inspeção pode-se observar que a paciente estava vestida adequadamente com o uniforme padrão da instituição; atitude ativa e colaborativa; o contato com a paciente foi fácil na questão de obter a simpatia, mas longo por conta de sua inquietação.

A mesma encontrava-se consciente, mas com algumas confusões mentais; a atenção estava em modo hipervigilante; estava orientada; a memória teve aspecto remoto. Ao tentar testar a memória imediata e recente a paciente se recusou a fazer o

teste, pois relatou que não iria lembrar; no senso-percepção a paciente teve momentos de alucinação ao relatar que o marido havia morrido; o pensamento de acordo com o curso se adequava ao estado normal, quanto a forma, perseverarão (dificuldade de abandonar um tema).

No quesito crítica e noção da doença, a paciente sabia o motivo de sua internação, pois relatou que fugiu de casa, porque era “doida”; humor expansivo e afeto lábil; psicomotricidade apresentava-se inquieta.

Para representar a nossa experiência com os internos do Hospital especializado em psiquiatria, localizado na cidade de Teresina – PI, nos foi apresentado um caso no qual foi transformado neste relato. Paciente D.M.O, nasceu no dia 03/02/1970, 45 anos, sexo feminino, estado civil casada, é natural de Bandorro, reside em Teresina, bairro Bela Vista, ocupação do lar, número do prontuário 58186, encontra-se internada no Hospital especializado em psiquiatria, Unidade Carlos Araújo, leito CA 116, data de admissão 07/11/2015, enfermaria 03, CID F.25.0, médico responsável José Heráclito Pereira Vale. Foi internada a pedido da irmã, pois se encontrava longe de casa há alguns dias.

Paciente em estado crônico, tabagista, com crises a mais de 05 meses, e várias internações prévias. Paciente segue consciente, orientada auto e alopsiquicamente, com episódios de confusões mentais, logorréica, apresentava dislalia, inquietação, desinibida, humor expansivo, hipervigilante, afeto lábil, memória preservada, higiene não satisfatória, relatava pensamentos fixos distorcidos. Quanto ao Exame Físico: Paciente segue deambulando sem auxílio, colaborativa. Cabeça e pescoço sem alterações. Hidratada, normocorada. Afebril, eupneica, normotensa, normosfigmica, ausculta cardíaca: BNF2TRR; ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares presentes, murmúrios hidroaéreos presentes. Aceita dieta. Eliminações fisiológicas presentes e normais. Sono e repouso prejudicado devido à agitação e hipervigilância.

O CID F.25.0 da paciente, é caracterizado como Transtorno Esquizoafetivo do tipo maníaco. O diagnóstico de transtorno esquizoafetivo é difícil e complicado, pois, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID10), requer a presença de sintomas de psicose que preencham os critérios de sintomas para esquizofrenia e, adicionalmente, sintomas de humor (mania, depressão ou misto) com gravidade e tempo suficientes para o diagnóstico de transtorno de humor, ambos evoluindo de forma episódica. São considerados contínuos os sintomas tanto de esquizofrenia quanto de humor proeminentes dentro do mesmo episódio da doença e com predomínio claro de sintomas psicóticos semelhantes aos de esquizofrenia ao longo do curso da doença. Para ambas as classificações, os episódios de humor e psicose não podem preencher os critérios de episódio depressivo ou maníaco nem os de esquizofrenia (QUARATINI, 2005).

4 | TRATAMENTO

- Haloperidol 5mg: 1+1+1
- Prometazina 25mg: 1+0+1
- Depacot 500mg (IM): 1+0+1
- Levozine 25mg: 0+0+2

A paciente faz uso de haloperidol 5mg três vezes ao dia (um pela manhã, um pela tarde e um pela noite), é um antipsicótico que inibe as funções psicomotoras, a qual pode encontrar-se aumentada em estados de agitação e excitação, causando sedação psicomotora eficiente. É contraindicado para pacientes em estado de coma e depressão do Sistema Nervoso Central devido a bebidas alcoólicas ou outras drogas depressoras. Seus principais efeitos colaterais são movimentos involuntários dos músculos, tontura, sono excessivo, constipação, náuseas, vômitos, xerostomia ou cialorréia, entre outros.

Também faz uso de prometazina 25mg duas vezes ao dia (um pela manhã e um pela noite), que tem atividade antiemética, ou seja, alivia os sintomas associados ao enjôo, náuseas e vômitos, decorrente dos efeitos colaterais de outras drogas. Tem como efeito colateral sedação ou sonolência, constipação, palpitações, tontura, confusão mental, diminuição na concentração e etc.

Faz uso do depakote (divalproato de sódio) 500mg (IM) duas vezes ao dia (um pela manhã e um pela noite), indicado como monoterápico e para casos de múltiplos tipos de crises, que incluem crises de ausência (breve confusão do sensório ou perda de consciência, acompanhada de determinado número de descargas epilépticas generalizadas). Indicado também para o tratamento de episódios de mania associados com transtornos bipolares. Incluem taquialalia, hiperatividade motora, fuga de ideias.

É contraindicado a pacientes com doença hepática ou disfunção hepática significante e pacientes com hipersensibilidade conhecida a esta medicação. Seus principais efeitos colaterais são sonolência, tontura, vômitos, astenia, náuseas, dor abdominal, dispneia. Os efeitos adversos incluem dor torácica, febre, taquicardia, equimoses, edema, astralgia, agitação, alucinações, entre outros.

Utiliza o medicamento Levozine 25mg uma vez ao dia (dois à noite), indicado para ansiedade, certas síndromes melancólicas e depressivas, síndromes esquizofrênicas, maníacas, alucinatórias e auditivas, dita com uma medicação tranquilizante. É contraindicado em pacientes que apresentem hipersensibilidade aos componentes da fórmula; com antecedentes de agranulocitose tóxica; glaucoma; retenção urinária, depressão severa do SNC, problema cardiovascular, disfunção hepática, transtornos convulsivos, doença de Parkinson, úlcera péptica, e síndrome de Reye.

Entre os efeitos colaterais mais importantes destacam-se reações de hipersensibilidade e as discrasias sanguíneas (mais comumente leucocitose,

leucopenia e eosinofilia), sonolência, dores elevadas, hipotensão ortostática, síncope (no inicio do tratamento). Podem ainda ocorrer palpitação, congestão nasal, edema dos lábios e da face, constipação, xerostomia e alterações da temperatura corporal.

5 | DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÕES DA ENFERMAGEM

Através dos sinais e sintomas apresentados pela cliente foi diagnosticado segundo NANDA (2009-2011), a perambulação, definido por comportamentos como se procurasse alguma coisa, hiperatividade, locomoção inquieta, locomoção não planejada, longos períodos de locomoção sem destino aparente, movimento frequente de um lugar a outro. Relacionado com o estado emocional, prejuízo cognitivo.

Também foi diagnosticada a percepção sensorial cinestésica perturbada, definido por agitação, alucinações, comunicação prejudicada, concentração insatisfatória, desorientação, distorções sensoriais, mudança no padrão de comportamento. Relacionado com o estresse psicológico.

Na perambulação, as intervenções consistem em descentralizar o distúrbio de comportamento da paciente com atividades lúdicas (jogos, pinturas, etc.) e que envolva exercícios, promover um ambiente calmo, oferecer via segura para a cliente andar, falar lenta e calmamente transmitindo uma compreensão empática, respeitar o espaço pessoal e não deixá-la sozinha por muito tempo.

Quanto à percepção sensorial cinestésica perturbada, as intervenções consistem em dirigir-se a pessoa pelo nome, apresentar-se freqüentemente, identificar o local em que ela se encontra bem como o dia e horário, fornecer explicações simples sobre cada tarefa a ser desenvolvida, abordar de maneira calma e carinhosa, e ser um ouvinte atento; notar tanto as mensagens verbais quanto as não-verbais.

6 | CONCLUSÃO

Portanto, pode-se perceber através do estudo que o método do relato de experiência permite o uso da interdisciplinaridade, sendo possível relacionar e utilizar o conhecimento entre a disciplina do curso de graduação, bem como, correlacionar e perceber que alguns conhecimentos podem ser interagidos. O estudo de caso estimula a busca, como liberdade, por novos saberes tendo o professor como um facilitador desse processo, compartilhando a responsabilidade na construção do conhecimento.

A aplicação do método do estudo de caso é importante durante o período de formação, por contribuir a aproximação da teoria e da prática. Deste modo, os graduandos podem vislumbrar uma postura crítico-reflexiva a respeito dos cuidados de enfermagem frente ao paciente portador da esquizofrenia.

O cuidado de enfermagem ao paciente esquizofrênico deve ser realizado

com base na interação com estes pacientes, através da realização de atividades com atendimentos individuais, como por exemplo, a consulta de enfermagem que possibilita a formação de um espaço de compartilhamento de vivências, experiências e conhecimentos entre o acadêmico e o paciente. Essa estratégia auxilia na qualificação do cuidado de enfermagem e quando planejada e executada de maneira correta mostra-se uma ferramenta de reinserção social da pessoa com esquizofrenia, a se retirar na comunidade.

Acredita-se que após esta experiência, a técnica da comunicação terapêutica foi colocada diretamente em uso e este fato favoreceu segurança e preparo para ambas acadêmicas no momento da realização equilibrada do exame. Por ser a ferramenta principal abordada durante a entrevista, percebe-se ao decorrer da prática que os resultados nos mostraram que obtivemos êxito para tal aspecto.

REFERÊNCIAS

- CANABRAVA, D. S. et al. Consulta de enfermagem em saúde mental sustentada na teoria das relações interpessoais: relato de experiência. **Cienc Cuid Saude**, v.10, n.1, p. 150-156, 2011. Acesso em: 18 de outubro de 2018. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8044>
- CARPENITO-MOYET, L. J. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica, 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- CARVALHO, J. C. Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar da pessoa com esquizofrenia. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n.8, p.52-57, 2012. Acesso em: 18 de outubro de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n8/n8a08.pdf>
- DA SILVA, R C B. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, v. 17, n. 4, p. 263-285, 20016. Acesso em: 14 de outubro 2018. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA5_ID99_01052017224004.pdf.
- NICOLINO, P. S. et al. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 708-715, 2017. Acesso em: 14 de outubro de 2018. Disponível em: <http://www.fmc.br/revista/V3N2P29-32.pdf>.
- North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009 - 2011. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
- QUARANTINI, L. C.; SENA, E. P.; OLIVEIRA, I. R. Tratamento do transtorno esquizoafetivo. **Rev. Psiq. Clín.**, v.1, p.89-97, 2005. Acesso em: 18 de outubro de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24417.pdf>
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; SUSSMAN, N. Farmacologia psiquiátrica de Kaplan e Sadock 5^a ed. Artmed, 2013.
- VIDEBECK, S. L. Enfermagem em saúde mental e psiquiatria, 5. ed. p. 535, Artmed, 2012.
- XAVIER, M. et al, Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. **Int J Ment Health Syst**, v.7, p.19, 2013. Acesso em: 18 de outubro de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3708746/>

ANEXO

EXAME DO ESTADO MENTAL ENTREVISTA

1. Nome:

2. Filiação:

Pai:

Mãe:

3. Data de Nascimento ____/____/____ Idade ____ Sexo F OM

4. Estado Civil:

Solteiro Casado Viúvo Outros _____

5. Escolaridade:

Analfabeto 1º. Grau incompleto 1º. Grau completo 2º. Grau incompleto

3º. Grau incompleto 3º. Grau completo

6. Ocupação (Tipo de trabalho realizado e local): _____

7. Naturalidade (Cidade e Estado): _____

8. Cor/Raça: Branca Parda Negra Indígena

9. Endereço:

10. Procedência (de onde ele veio antes de chegar ao hospital):

11. Responsável pela internação (quem e o vínculo com o próprio):

12. Possui família?

O Sim O Não

13. Como é o seu relacionamento com sua família?

14. Você lembra da sua infância? Queria contar alguma lembrança? Infância tranquila?

15. Teste: Repita comigo – escola, uva e amarelo.

16. O(A) senhor (a) sabe que dia é hoje?

17. O(A) senhor (a) sabe onde está?

18. Como o (A) senhor (a) está se sentindo hoje?

19. O(A) senhor (a) gosta daqui?

20. O(A) senhor (a) tem filho(a)s?

21. Porque o (a) senhor (a) veio para esse lugar? Motivo da internação?

22. Já foi internado(a) outras vezes? Motivo?

23. O(A) senhor(a) gosta de visitas? Recebe alguma visita? De quem?

24. Há quanto tempo o(a) senhor (a) está aqui?

25. Peça para ele repetir as palavras anteriores, avalie se a resposta foi:

O Sem resposta O Irregular O Boa

26. O(A) senhor(a) tem se alimentado? O Sim O Não O Às vezes

27. O(A) senhor(a) gosta do tratamento? Sente-se melhor?

28. Como o(a) senhor (a) se diverte aqui? O que mais gosta de fazer?

29. O que o(a) senhor (a) quer fazer quando sair daqui?

30. O que o(a) senhor(a) menos gosta daqui?

ENTREVISTADOR

1. Condições ambientais em que foi feito o exame do estado mental? (Local do exame, circunstâncias, ruídos, profissionais presentes).

2. Conduta do paciente frente ao exame?

3. Impressão geral que o paciente causou? (Cultura, comportamento global, dados obtidos exatos ou inexatos, aparência pessoal, etc).

RELATO DE EXPERIÊNCIA FRENTE AO HOSPITAL PSIQUIATRIACO DE TERESINA-PIAUI

Yanca Ítala Gonçalves Roza

Faculdade Integral Diferencial Facid/Wyden- 10º período de enfermagem

Bruna Furtado Sena de Queiroz

Teresina-Piauí; Faculdade Integral Diferencial Facid/Wyden- 10º período de enfermagem

Evelynne de Souza Macêdo Miranda

Teresina-Piauí; Faculdade Integral Diferencial Facid/Wyden- 10º período de enfermagem

Manuella Bastiany Silva

Teresina-Piauí; Faculdade Integral Diferencial Facid/Wyden- 10º período de enfermagem

Kamila Cristiane de Oliveira Silva.

Teresina-Piauí; Docente Facid/Wyden -Mestre em Ciências e Saúde pela UFPI Teresina-Piauí

(Captação da Realidade; Interação Discentes-Usuários, a problemática Transtorno Bipolar Afetivo e o uso de fármacos). A enfermagem tem papel fundamental nesse processo do cuidado e da assistência, pois poucos profissionais e acadêmicos tem a oportunidade de conhecer mais profundamente o (TBA) e capacidade de diferenciar-lo de outras patologias. A vivência em um hospital psiquiátrico oportunizou o conhecimento das várias interfaces da saúde mental, possibilitou momentos de interação e até recreação com os pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno Bipolar; Enfermagem; Saúde Mental

ABSTRACT: Mental health is a condition of well-being of individuals, in the particular, collective, daily life, that aims to develop functions and abilities. The objective of this study was to report an experience experienced by nursing physicians, in view of this course / movement in the construction of new knowledge, training at cross-sectional levels of mental health throughout the course, focusing on bipolar disorder (TBA) The report is presented in several moments of reference in moments of experience without service (Capture of Reality, Interaction of Users and Users, a problematic Disorder Affective and the Use of drugs). Nursing plays a fundamental role in this process of care and assistance, since some professionals and

RESUMO: A saúde mental é uma condição de bem-estar geral dos indivíduos, nos âmbitos particulares, coletivos, no cotidiano da vida diária onde devemos desenvolver funções e habilidades. Objetivou-se relatar a experiência vivenciada pelos acadêmicos de enfermagem, tendo em vista a contribuição deste percurso/movimento na construção de novos conhecimentos, somando-se aos conteúdos transversais de saúde mental ao longo do curso, tendo como enfoque na pesquisa o transtorno bipolar afetivo (TBA). Este relato é apresentado em quatro partes referentes aos respectivos momentos de vivência no serviço

academics have an opportunity to get to know more deeply the (TBA) and the capacity for differentiation of other pathologies. The experience in a psychiatric hospital made the knowledge of the various interfaces of mental health possible, allowing moments of interaction with the patient.

KEYWORDS: Bipolar disorder; Nursing; Mental health

A Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu na década de 70, com meta de reformular o modelo de atenção em saúde mental, especialmente através da extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e instalação de serviços apropriado para cada demanda, permitindo aos portadores de sofrimento mental uma assistência terapêutica adequada, reabilitação psicossocial e liberdade para usufruir de seus direitos civis. Entre os serviços substitutivos, foi criado os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Ambulatórios de Saúde Mental, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Serviços de Emergência e Urgência, além dos Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral (BRITO et al., 2012).

A saúde mental é uma condição de bem-estar geral dos indivíduos, nos âmbitos particulares, coletivos, no cotidiano da vida diária onde devemos desenvolver funções e habilidades. As políticas públicas de saúde mental têm o objetivo de desenvolver e implementar estratégias eficientes que sejam capazes de promover a prevenção e proteção do bem-estar mental da população em geral e de pessoas que sofrem de transtornos mentais. Algumas das estratégias que estão em vigor são: acesso ao tratamento com psicólogos, psiquiatras e equipe de saúde em geral, medicação de graça entre outros (DEMINCO,2018).

De acordo com a política de saúde mental do Piauí (2017), o fluxo de pacientes alto pois abrange atendimento aos municípios vizinhos, no qual exige organização, movimentos dinâmicos, iniciativas de vários segmentos e praticidade no setor de saúde, tal complexidade trans e interdisciplinar e intersetorial que revelam a profundidade e riqueza neste processo.

Nesse sentido, existe doença mental conhecida como transtorno bipolar afetivo (TBA) no qual é o estado psíquico onde os indivíduos apresentam temperamento de humor excessivo associado a episódios depressivos. Podendo ser hereditário, não tem idade específica para o desenvolvimento da doença, mas os primeiros sintomas podem se apresentar já na adolescência. O (TBA) também está associado a fatores genéticos, ambientais e estilo de vida; tais como: o uso frequente de drogas licita e ilícitas, sedentarismo, episódios frequentes de estresse, entre outros (CLEMENTE,2015).

Em decorrência de diagnósticos equivocados, torna-se complexo a identificação do número real de casos do TBA nos serviços de saúde no Piauí. Diante desse fator é necessário uma análise clara, onde os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes não sejam camuflados ou confundidos com outras patologias psiquiátricas. O diagnóstico eficaz contribuirá para a escolha do tratamento apropriado, diminuindo os danos psicossociais e melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes

(BOSAIPO; BORGES; JURUENA, 2016).

Diante do exposto, buscou-se estabelecer uma aproximação dos discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, com os usuários e serviços de saúde mental. Objetivou-se relatar a experiência vivenciada pelos acadêmicos de enfermagem, tendo em vista a contribuição deste percurso/movimento na construção de novos conhecimentos, somando-se aos conteúdos transversais de saúde mental ao longo do curso, tendo como enfoque na pesquisa o transtorno bipolar afetivo (TBA).

Acredita-se que esta pesquisa possa beneficiar a comunidade científica a fim de nortear futuras pesquisas em saúde mental. Neste sentido, a implementação de programas voltados para o público são fundamentais afim de promover a redução de danos, a reabilitação e reinserção social dos usuários, enfatizando a importância a atenção comunitária articulada às redes sociais e a outros serviços de saúde.

APROXIMAÇÃO COM O SERVIÇO DE SAÚDE

Este trabalho representa uma experiência acadêmica realizada entre os meses de junho e julho de 2015, durante a oferta no quarto período da disciplina Saúde Mental, compreendendo momentos de captação da realidade nos serviços de saúde mental da rede, e de visitas/intervenções no serviço com a participação/envolvimento dos usuários.

METODOLOGIA

Este relato é apresentado em quatro partes referentes aos respectivos momentos de vivência no serviço (Captação da Realidade; Interação Discentes-Usuários, a problemática Transtorno Bipolar Afetivo e o uso de fármacos), apresentados a seguir.

CAPTAÇÃO DA REALIDADE

O primeiro momento da vivência no hospital areolino de abreu compreendeu a captação da realidade dos pacientes, estratégia metodológica de aproximação com a instituição, que possibilitou aos discentes: o reconhecimento do cotidiano do serviço; as dificuldades e desafios enfrentados; e as necessidades a serem trabalhadas na entidade.

No hospital psiquiátrico de Teresina-PI, atualmente, são realizadas 90 consultas diariamente, por 6 psiquiatras e psicólogos no ambulatório, dispõem tratamento para casos leves e intensivos, internação. Nesse sentido, o mesmo apresenta uma proposta terapêutica baseada em trabalhos individuais ou em grupos, e terapias ocupacionais, tais como cuidados domésticos, de agricultura, arte. Pretende-se alcançar a reabilitação dos usuários através da abstinência e da ocupação em atividades cotidianas que exigem disciplina, compromisso, responsabilidade e reflexão, no qual procuram evitar

uso de medicamentos ou qualquer outro tipo de tratamento realizado em âmbito hospitalar, vale ressaltar que paciente pode voltar tomar medicação, caso piora estado de saúde mental.

Quanto ao tratamento intensivo são disponibilizados 10 leitos masculinos e 10 femininos, essa internação dá direito a acompanhante. A diferença é porque é uma internação mais breve que visa controlar o surto no menor tempo. No período da vivência encontravam-se na instituição mais de 12 mulheres, na faixa etária entre 25 e 50 anos. O tempo mínimo e máximo 15 dias e 2 meses. Transtorno bipolar afetivo (TBA) constituiu um dos principais motivos da procura ao tratamento, existindo casos de recaída (maioria) e de reinternação em alguns casos.

Pensou-se em trabalhar alguma atividade que dinamizasse a rotina do serviço e de certa forma pudesse contribuir para o processo de reabilitação dos usuários. A atividade será descrita a seguir.

INTERAÇÃO DISCENTES-USUÁRIOS

A estratégia pensada para por em prática foi, inicialmente, de conhecer os usuários por meio da comunicação/dialogo. Neste momento, os discentes puderam se aproximar do nível de conhecimento, intimidade e tolerância de convivência entre os usuários. Posteriormente, foi possível manter vínculo com paciente, em algumas situações não era praticável diálogo, devido humor lábil. Nesta atividade, os usuários falavam um pouco do seu cotidiano, respectivamente, o passado, o presente e as perspectivas para o futuro.

Durante execução da atividade, foi possível observar que residia paciente em especial, no qual apresentava agitação há mais de 5 anos, depressiva desde dos 18 anos. Paciente discurso desconexo, taquicálica apresentando períodos de fala excessivo e muito rapidamente assim comprometendo o entendimento, fala desconexa, disfagia, hiperativa, excesso de energia, eufórica, chorosa, quadro maníaco com retorno a 12 dias, reduziu por conta própria a dose da medicação, tinha taquipsiquismo, apresentou-se desinibida durante a consulta de enfermagem retirando suas vestimentas, possui alergia medicamentosa, delirante e apresentava comportamentos bizarros “arrancando cabelos”.

Diante disso, foi pensado a partir da necessidade exposta pelos usuários de desenvolverem alguma atividade que minimizasse a ansiedade. Portanto a execução da atividade teve por objetivo promover um diálogo, já que muitas vezes são esquecidos pelos familiares e promover um maior alívio nas tensões expostas do cotidiano da reabilitação.

TRANSTORNO BIPOLAR AFETIVO

O CID 10 F31, segundo pesquisa o transtorno bipolar é complexo e apresenta

múltiplos fatores e dois ou mais episódios de humor lábil, causado pela interação de fatores genéticos e ambientais. Esta patologia manifesta-se em jovens adultos e muitas das vezes, apresenta-se como depressão dificultando processo de diagnóstico (BOSAIPO; BORGES; JURUENA,2016). Para Deminco (2018) (TBA) é uma condição psiquiátrica frequente, que atinge entre 1% e 2% da população e representa uma das principais causas de inábil no mundo; 4% da população adulta mundial sofre de Transtorno Bipolar. A Associação Brasileira de Transtorno Bipolar (ABTB, 2016) confirma que essa prevalência vale também para o Brasil, o que representa 6 milhões de pessoas no país.

De acordo com Berk (2011), transtorno bipolar, é uma condição mental no qual debilita paciente e deixa frágil, comportamento alterado consequentemente, afetando todo contexto biopsicossocial. Neste patologia, pode apresentar episódios bipolares ,contendo misto de emoções; pode apresentar episódios maníacos como por exemplo atitudes bizarras, auto confiança excessiva; pode apresentar também episódios hipomaníacos nesses casos não precisa de hospitalização, geralmente tem “manias” e que não atinge suas atividades diárias.

Visto contexto da doença, nota-se que é necessário cuidado/atenção ao paciente desde dos primeiros sinais e sintomas, se faz necessário participação da família , dialogo, estabelecimento de vínculos entre profissional e paciente, uso de medicação correta, como será relatado a seguir.

USO DE FÁRMACOS

Os medicamentos usados pela paciente foram Risperidona, Carbonato Lítio, Clonazepan, Neotigason, Nistatina. Risperidona é um medicamento usado para tratar psicoses. Esse medicamento tem um efeito favorável sobre diversos transtornos relacionados ao pensamento, às emoções e/ou às atividades, tais como: confusão, alucinações, distúrbios da percepção sensorial. O mesmo também melhora a ansiedade, a tensão e o estado mental alterado, usado tanto em quadros agudos, quanto crônicos. Esse antipsicótico atua como antagonista dos receptores da serotonina e dopamina e faz parte do grupo de antipsicóticos comumente denominado de segunda geração, ou atípicos, os quais são reconhecidos pelo menor risco de incidência de efeitos extrapiramidais quando comparados aos de primeira geração. A risperidona está disponível no SUS sob a forma de comprimidos de 1 mg, 2 mg e 3 mg (SIEGEL;BEAULIEU,2012).

Anistatina é um antibiótico poliênico, com características fungistáticas e fungicidas, que age desestruturando a membrana celular de fungos e leveduras. Como fungicida age especialmente contra a *Candida albicans*. Este fungo pode também aparecer na boca de indivíduos adultos, causando o “sapinho”, principalmente em casos de uso de próteses dentárias ou quando o organismo está enfraquecido por falta de nutrientes, vitaminas e problemas imunológicos. Mais recentemente esse fungo vem atingindo

tanto a região da boca, como outras porções do trato digestivo, principalmente em indivíduos que tem a imunidade comprometida, seja por fármacos ou por doenças (LAVRA,2008).

O carbonato de lítio é indicado no tratamento de episódios maníacos nos transtornos bipolares; no tratamento de manutenção de indivíduos com transtorno bipolar, diminuindo a frequência dos episódios maníacos e a intensidade destes quadros. Esse fármaco é indicado também como adjunto aos antidepressivos na depressão recorrente grave, pois ele potencializará o tratamento. A duração do tratamento varia muito, pois cada pessoa responde de forma diferente ao tratamento (ANVISA,2014).

O clonazepam é medicamento indicado para ansiedade, distúrbios de pânico, e transtorno de humor. Tem por objetivo inibir sistema nervoso, por isto é necessário ter controle sobre a dosagem principalmente em pacientes com uso continuo, o risco de dependência eleva, o mesmo deve ser evitado associado ao uso de álcool (AZEVEDO;ARAUJO; FERREIRA,2016).

Para revista de medicina (2008) , neotigason é utilizado para tratar prurido, psoríase pustular localizada ou generalizada. Este medicamento é contraindicado para pacientes que tenham problemas renais, e altas doses pode causar alterações de humor como por exemplo, irritabilidade, agressividade e depressão

Visto que os medicamentos são essenciais para tratamento, se faz necessário ter acompanhamento do médico em caso de alguma alteração ou hipersensibilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno bipolar afetivo assim como todas as doenças existentes, necessita de um cuidado específico e especial. As equipes que atuam nos serviços de saúde mental tende de ser qualificadas, são responsáveis por prestar uma assistência eficiente, que seja capaz de reverter ou melhorar de forma significativa os transtornos sofridos e a qualidade de vida dos usuários.

A enfermagem tem papel fundamental nesse processo do cuidado e da assistência, pois poucos profissionais e acadêmicos tem a oportunidade de conhecer mais profundamente o (TBA) e capacidade de diferenciar-lo de outras patologias. A vivência em um hospital psiquiátrico oportunizou o conhecimento das várias interfaces da saúde mental, possibilitou momentos de interação e até recreação com os pacientes. E sempre bom lembrar que não existe saúde sem saúde mental.

REFERENCIAS

ANVISA. **Carbonato de Lítio®**: Bula do medicamento [Internet]. 2015. Available from: DISPONIVEL <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=9650462015&pIdAnexo=2930080>. Acesso 17 de out de 2018.

AZEVEDO, Ângelo José Pimentel de; ARAÚJO, Aurigena Antunes de; FERREIRA, Maria Ângela

Fernandes. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.83-90, jan. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.15532014>>. Acesso 17 de out de 2018.

Bosaipo N.B., Borges V.F, Juruena M.F. **Transtorno Bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos**. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50-Supl-1/SIMP8-Transtorno-Bipolar.pdf>. Acesso em: 15 de Outubro de 2018.

BRITO, Andiara Araújo Cunegundes de; SILVA, Danielle Souza; AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. FORMAÇÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM: VIVÊNCIA NA ATENÇÃO A USUÁRIOS DE DROGAS PSICOATIVAS. **Esc Anna Nery**, Rio Grande do Norte, p.396-400, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/26.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2018.

CLEMENTE, Adauto Silva. **Concepções dos psiquiatras sobre o Transtorno Bipolar do humor e sobre o estigma a ele associado**. Belo Horizonte: FIOCRUZ, 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12310/2/Tese_SC_AdautoSilvaClemente.pdf. Acesso em: 15 de Outubro de 2018.

DEMINCO, Marcus. TRANSTORNO BIPOLAR: Aspectos Gerais. **Psicologia.pt**. Brasília, p. 1-58. 08 abr. 2018. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1190.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2018

Janssen-Cilag. Risperdal®: **Bula do medicamento** [Internet]. 2012. Available from: <http://www.janssen.com.br>.

LAVRA, Zênia Maria Maciel et al . Desenvolvimento e validação de método analítico para nistatina creme vaginal por cromatografia líquida de alta eficiência. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo , v. 44, n. 4, p. 637-643, Dec. 2008..

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa et al. **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina: Editora da Universidade Federal do Piauí - Edufpi, 2017. 520 p. Disponível em: <http://www.ufpi.br/arquivos_download/arquivos/EDUFPI/A_POL%C3%8DTICA_DE_SA%C3%9ADE_MENTAL_NO_PIAU%C3%8D_SOB_A_%C3%89GIDE_DA_RAPS.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

Siegel M, Beaulieu AA. **Psychotropic medications in children with autism spectrum disorders: a systematic review and synthesis for evidence-based practice**. J. Autism Dev. Disord. 2012;42:1592–605.

World Health Organization. Strengthening mental health promotion. Genova. Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Acesso em: 15 de Outubro de 2018.

RELEVÂNCIA DE GRUPOS TERAPÉUTICOS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Márcia de Moraes Sousa

Enfermeira, Pós-Graduanda em Urgência e Emergência pela Faculdade Integral Diferencial – WYDEN FACID-PI
Teresina-PI

Kamila Cristiane de Oliveira Silva

Enfermeira, Mestre em Saúde e Ciência pela Universidade Federal do Piauí. Professora da Faculdade Integral Diferencial –WYDEN FACID-PI
Teresina-PI

Andreza Moita Moraes

Enfermeira, Pós-Graduada em Gestão e Auditoria em Saúde Pública pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo-IESM
Teresina-PI

Maria Francinete do Nascimento Silva

Enfermeira, Pós-Graduanda em Urgência e Emergência pela Faculdade Integral Diferencial – WYDEN FACID-PI
Teresina-PI

Bruna Furtado Sena de Queiroz

Acadêmica do X bloco de Enfermagem pela Faculdade Integral Diferencial –WYDEN FACID-PI
Teresina-PI

Thalita Carvalho Cipriano

Enfermeira pela Faculdade Integral Diferencial – WYDEN FACID-PI
Teresina-PI

Valeria Correia Lima tupinambá Lustosa

Enfermeira pela Faculdade Integral Diferencial – WYDEN FACID-PI
Teresina-PI

RESUMO: O Hospital Dia em Psiquiatria é uma modalidade de atendimento que possibilita a atenção integral ao paciente e a família, evitando em muitos casos a internação. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até cinco dias da semana, com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente. Diante do exposto definiu como objetivo relatar as relevâncias de grupos terapêuticos no cuidado com clientes acompanhados em um Hospital-Dia de Teresina. Trata-se de um relato de experiência com aspecto qualitativo e descritivo que adotam uma experiência de discentes de enfermagem, durante o estágio curricular da disciplina de saúde mental II, em um Hospital-Dia de referência em Psiquiatria, Teresina – PI, onde uma vez por semana nos encontrávamos com clientes assistidos nesta referida instituição, no qual era realizado grupos terapêuticos. Entendeu-se que antes de se designar a terapêutica para cada paciente, devemos levar em consideração, não só o plano terapêutico disponível, mas também o que o cliente deseja e a necessidade do mesmo, para que se alcance o objetivo de forma eficiente. A intervenção proporcionou um espaço de acolhimento e de percepção dos acompanhantes, favorecendo a inter-relação entre eles. Fica explícito ao final do estágio que tanto os gestores, profissionais que atua no

hospital, como os familiares e usuários do serviço, ficaram satisfeitos com o nosso trabalho durante os grupos terapêuticos.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Saúde Mental. Saúde Pública

ABSTRACT: The Day Hospital in Psychiatry is a modality of care that allows integral attention to the patient and a family, avoiding hospitalization in many cases. The completion of the program is a diverse set of activities related to the five days of the week, with a workload of 8 hours daily for each patient. In view of the above, the objective was to report the relevance of therapeutic groups without care with clients accompanied at a Day-Hospital in Teresina. This is an experience report with a qualitative and descriptive aspect that adopted the experience of nursing students, during the curricular stage of the mental health discipline II, in a Reference-Day Hospital in Psychiatry, Teresina - PI, where once per week clients with clients assisted in this institution, in the era was group of therapeutic agents. What was done prior to the conception of a therapy for each patient, to take into consideration, is not the therapeutic plan available, but also what the client wants and is necessary for it, so that it reaches the objective efficiently. Damage provided a space for reception and perception of companions, favoring a relationship between them. It is explicitly at the end of the exercise that managers, nonhospital professionals, as well as service users, were satisfied with our work during the therapeutic groups.

KEYWORDS: Nursing. Mental health. Public health

1 | INTRODUÇÃO

Com a luta contra os manicômios, em prol a pessoas e familiares de indivíduos que sofrem com problemas de saúde mental, em 2001 foi aprovada a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que trata sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 2015).

A mesma se destacou por romper com paradigmas obsoletos, mostrando ser possível uma sociedade sem manicômio, alicerçada em dispositivos de base comunitária e na inclusão social da pessoa com transtorno mental.

Nota-se que esta referida lei foi apenas o início para incríveis conquistas, no qual é notório que a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), apoiada na Lei nº 10.216/02, vem consolidando um modelo de atenção comunitário e aberto que se estrutura a partir da implementação e articulação de serviços e equipamentos, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residências Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Oficinas de Geração de Renda, Enfermarias de Saúde Mental em Hospitais Gerais e Leitos de Atenção Integral, entre outros (Ballarin et al, 2011).

Entre os programas de incentivos a deshospitalização destes indivíduos e assim

proporcionar um acompanhamento e qualidade de vida para eles destaca o Hospital Dia em Saúde Mental (HDSM), que se trata de uma modalidade de atendimento que possibilita a atenção integral ao paciente e a família, evitando em muitos casos a internação (BENEVIDES, 2010).

Valadares (2013) apresenta que a proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até cinco dias da semana (de segunda-feira a sexta-feira), com uma carga horária de oito horas diárias para cada paciente. Através de recursos terapêuticos oferecemos atenção multidisciplinar focando o bem-estar psicossocial e a qualidade de vida, potencializando as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletiva.

Mas os hospitais Dia não surgiram junto à reforma psiquiátrica, nem com a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), um breve histórico representa como aconteceu.

O Hospital Dia em Saúde Mental (HDSM) surgiu no Brasil desde a década de 60 (Blaya, 1962; Campos, 1986) porém apenas em 1992 - com a edição de ato administrativo do Ministério da saúde que disciplinou as diretrizes para o seu credenciamento, as normas do seu funcionamento e a forma de remuneração dos serviços prestados -.

O HDSM representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, desenvolvendo programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. Entre outras atividades este serviço deve oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades: o atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades sócio-terapêuticas) e a abordagem à família incluindo orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e continuidade do tratamento (Brasil, 1994).

Mesmo com a implantação do HDSM, as ações eram pontuais, estudos aponta que a falta de capacitação profissional, assim como educação continuada era um déficit para a qualidade do atendimento. Somente a partir de 2005 houve maior investimento em ações de qualificação profissional com projetos de educação continuada e permanente, a partir de editais de supervisão clínico-institucional e de redes, bem como para escola de supervisores, dentre outras ações formativas, visando fortalecer a estratégia de atenção psicossocial nos serviços (SEVERO; L'ABBATE; CAMPOS, 2014).

Nota-se a importância da criação e fortalecimento do HDSM para a população que sofre com problemas psíquicos, diante do exporto e ao observar a importância da divulgação do trabalho nesse estabelecimento, estabeleceu como objetivo geral para este estudo relatar as relevâncias de grupos terapêuticos no cuidado com clientes acompanhados em um Hospital-Dia de Teresina. E como objetivos específicos: apresentar o trabalho de discentes de enfermagem em grupos terapêuticos, assim como expor a visão dos discentes frente ao Hospital Dia de Saúde Mental durante o estágio curricular.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com aspecto qualitativo e descritivo que adotam uma experiência de discentes de enfermagem, durante o estágio curricular da disciplina de saúde mental II, em um Hospital-Dia de referência em Psiquiatria, Teresina – PI.

As ações que resultou neste estudo ocorreram no período de agosto a dezembro de 2015 com a participação de oito estudantes do curso Enfermagem da Faculdade WYDENIFACID, acompanhado e orientado pela professora da disciplina, no qual uma vez por semana os discentes iam ao encontro com em média 15 clientes assistidos nesta referida instituição. Estes momentos ocorriam no período da tarde, durante uma média de três a quatro horas cada encontro, durante esse período de tempo eram realizados grupos terapêuticos, através de rodas de conversas, dinâmicas e conversa individual com o usuário do serviço e/ou familiares.

Os acadêmicos eram responsáveis em planejar atividades do grupo terapêutico, desde cuidados a saúde, a brincadeiras, artes e datas comemorativas.

Foi utilizada uma planilha de planejamento mensal, onde era programada a atividade/ação e o responsável em coordenar, essa metodologia proporcionava autonomia para o discente. E assim, foram desenvolvidas várias atividades entre elas destaca-se corte de revista, pintura, dança e festa natalina.

No primeiro momento foi realizada uma reunião com a gerência do serviço para entender o funcionamento do serviço, assim como as necessidades, logo após foi possível conhecer a instituição e obter o primeiro contato com os usuários. Logo após essa visita técnica, foi realizada uma reunião em sala de aula para discutir ideias e preparar a planilha, após a planilha construída e definida as atividades e funções, deu-se inicio as atividades. As práticas eram sempre moldáveis de acordo com a necessidade dos pacientes que ali se encontrava.

A análise dos resultados foi realizada através de *feedback* da professora da disciplina e também da gerência da instituição. Outra maneira que foi utilizada para avaliar os resultados foi à criação de um portfólio com texto, imagens e fotos das atividades realizadas.

3 | RESULTADO

Entendeu-se que antes de se designar a terapêutica para cada paciente, devemos levar em consideração, não só o plano terapêutico disponível, mas também o que o cliente deseja e a necessidade do mesmo, para que se alcance o objetivo de forma eficiente, por este motivo as ações teve algumas modificações, durante o contato com o público atendido, notou que existia uma preferência por pintura em telas e corte em revistas.

Observou-se como principal ponto positivo, a interação e participação direta entre pacientes e familiares, sobrepondo a insuficiência de recursos necessários da instituição.

Dentre as ações terapêuticas realizadas no hospital-dia, foram desenvolvidas diversas atividades, tais como: recorte em revista, dinâmica com balões, danças de roda, pinturas na pele e desenho livre, onde todos eram incluídos, inclusive acompanhantes, os alunos e professor.

As ações eram realizadas de forma dinâmica e temática, como foi abordado no setembro amarelo um cartaz no qual cada um deveria buscar em revistas e colar nesse cartaz o que lhe faz feliz? Outras ações como alimentação saudável, desenhos em tela dos alimentos preferidos e também cantos e dança em rodas, essas atividades diversificadas foi possível observar e integrar todos os usuários, pois alguns não gostava de corte e colagem, mas amava dançar, outros preferiam as brincadeiras e tinham aqueles que optava por desenhos.

A intervenção proporcionou um espaço de acolhimento e de percepção dos acompanhantes, favorecendo a Inter-relação entre eles, com a identificação de sentimentos, a possibilidade do autocuidado, e ainda o estímulo ao seu desenvolvimento no meio social.

Visto que não apenas o paciente participava das ações como também acompanhantes, profissionais da saúde foram possíveis verificar a importância desta interação e que através dessas metodologias é possível aplicar os princípios e diretrizes do SUS.

No decorrer das visitas foi possível perceber o progresso do tratamento, onde promoveu uma melhor qualidade de vida aos usuários, aos familiares e pessoas do convívio.

Percebeu-se a importância do quadrilátero da saúde, onde ensino, gestão, atenção à saúde e controle social devem estar unidas em prol de qualidade de vida, e quando existem a eficácia deste quadrilátero de forma multiprofissional e intersetorial obtém-se um resultado impar de qualidade na assistência, integralidade, igualdade e universalidade.

4 | CONCLUSÃO

Fica explícito ao final do estágio que tanto os gestores, profissionais que atua no hospital, como os familiares e usuários do serviço, ficaram satisfeitos com o trabalho realizado pelos discentes de enfermagem durante os grupos terapêuticos.

A experiência demonstra que a utilização deste método é eficaz para a qualidade de vida destes usuários, pois se trata de uma ação relevante no planejamento de intervenções clínicas, já que apresenta resultados positivos no acompanhamento, obtendo um atendimento de qualidade, e vale ressaltar a importância da enfermagem

como agir constantemente com esses pacientes, só assim será possível um cuidado continuo, humanizado e eficaz.

REFERÊNCIAS

- BALLARIM, M. L. G. S. et al. **Percepções de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço**. O mundo da saúde, São Paulo. v.35p.162-168-2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004282X2004000500020>. Acesso em 16 de outubro de 2015
- BLAYA, M. (1962). **O primeiro hospital-dia psiquiátrico no Brasil: análise do seu funcionamento e de seus problemas**. Arquivos da Clínica Pinel, 1, 28-33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0> Acesso em 16 de outubro de 2015.
- BRASIL, Lei nº 10.708/03 (2003). **Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações**. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm)
- BRASIL, M. S. **Portaria nº 147/94 (1994)**. Estabelece melhoria da assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria_147_94.asp
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/Dapes. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados, v. 10, n. 12, out. 2015. Disponível em: <https://goo.gl/ULv73a> Acesso em: 4 abr. 2017.
- CAMPOS, M. A. (1986). **O hospital-dia como alternativa assistencial em psiquiatria: opinião de pacientes e seus familiares** (Dissertação de Doutoramento não publicada). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- MATEUS, M. D. **Fundamentos e prática em hospital-dia e reabilitação psicossocial**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 31, n. 1, p. 83, mar. 2009 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000100023 Acesso em: 16 de outubro de 2015.
- SEVERO, A. K. S.; L'ABBATE, S.; CAMPOS, R. T. O. **A supervisão clínico- -institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental**. Rev. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 545-556, 2014. Disponível em: https://edicao.dom.sc.gov.br/1531328424_livro_edicao_assinado_2573.pdf Acesso em 15 de setembro de 2018.

A PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM USUÁRIOS DE TABACO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Gabriela de Queiroz Cerqueira Leite

Universidade Federal de Sergipe, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia.
Maceió - Alagoas.

Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem e Farmácia.
Maceió – Alagoas.

Jorgina Sales Jorge

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem e Farmácia.
Maceió – Alagoas.

Valfrido Leão de Melo Neto

Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de
Medicina.
Maceió – Alagoas.

Maria Cicera dos Santos de Albuquerque

Universidade Federal de Alagoas, Escola de
Enfermagem e Farmácia.
Maceió – Alagoas.

Interview (MINI - Brazilian Version 5.0.0), o Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) e Questionário Socioeconômico, todos em formato digital. A partir dos dados encontrados, foi possível classificar os usuários de tabaco em risco baixo, moderado e alto, seguindo instruções da Organização Mundial de Saúde. Foi obtido que na população de 932 entrevistados, 329 fizeram uso de tabaco pelo menos uma vez na vida, e nesta amostra, 174 apresentaram indicativos de transtornos mentais. Foi possível constatar a fragilidade na rede de atenção à saúde, deste bairro, e concluir que a elevada prevalência de uso do tabaco, sugere a necessidade de uma rede mais eficaz, a fim de oferecer maiores possibilidades de acesso e resolutividade no cuidado a pessoas que têm um padrão de uso mais elevado, que, por conseguinte, estão sujeitos à maiores problemas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Hábito de fumar, tabaco, transtornos mentais, epidemiologia.

RESUMO: O presente estudo visa verificar a prevalência de transtornos mentais em usuários de tabaco, em um bairro da cidade de Maceió-AL, onde a população é predominantemente de baixa renda. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal e analítico, realizado a partir de uma coleta de dados, com entrevistas face a face, utilizando os instrumentos: International Neuropsychiatric

ABSTRACT: This study aims to determine the prevalence of mental disorders in tobacco users in a neighborhood of the city of Maceió-AL, where the population is predominantly low income. This is an epidemiological, descriptive, cross-sectional analytical study, conducted from a collection of data, with face to face interviews using the instruments: International

Neuropsychiatric Interview (MINI - Brazilian Version 5.0.0), Alcohol and Smoking substance Involvement Screening Test (ASSIST) and Socio-Economic Survey, all in digital format. From the data obtained, it was possible to classify tobacco users at low risk, moderate and high, following instructions of the World Health Organization. It was obtained that the population of 932 respondents, 329 had used tobacco at least once in life, and this sample, 174 had indications of mental disorders. It was found the weakness in the care network to health, this neighborhood, and concluded that the high prevalence of tobacco use, suggests the need for a more efficient network in order to offer greater opportunities for access and resoluteness in the care of people who have a higher usage pattern, which are therefore subject to major health problems.

KEYWORDS: Smoking, tobacco, mental disorders, epidemiology.

1 | INTRODUÇÃO

Considera-se como droga, toda e qualquer substância capaz de alterar funções no organismo. Tratando-se de drogas psicotrópicas, é possível afirmar que são aquelas capazes de alterar o psiquismo, agindo sobre as emoções, comportamentos e sensações, diretamente relacionadas ao sistema nervoso central. Entre estas, existem três categorias em que são classificadas: depressores, estimulantes e perturbadores do sistema nervoso central (FORMIGONI, 2014).

O tabaco é uma droga estimulante responsável por diversas mudanças fisiológicas e/ou comportamentais, além de causar diversos danos à saúde configurando-se como uma das principais causas de mortes evitáveis no mundo (FORMIGONI, 2014). Entre os principais efeitos de seu uso estão: a elevação do humor, diminuição do apetite, e uma sensação de relaxamento emocional, portanto é considerada uma droga psicotrópica estimulante do sistema nervoso central (FORMIGONI, 2014).

O tabagismo é considerado um grave problema de saúde pública que afeta milhões de pessoas. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que cerca de 1 bilhão e 200 milhões de pessoas no mundo fazem uso do tabaco, consumindo uma média de 6 trilhões de cigarros por ano (INCA, 2015).

Ainda segundo a OMS, o tabagismo é um fator de risco para o desenvolvimento de cerca de 50 doenças que acometem o organismo fisicamente, além de causar dependência psicológica, e desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas, como ansiedade, depressão e ideação suicida (INCA, 2015).

Estima-se que em média 5 milhões de pessoas por ano, em todo o mundo, morrem devido à comorbidades, causadas pela exposição ao tabaco (WHO, 2008). Entre as causas de morte, há grande destaque para o câncer de pulmão, doenças no aparelho respiratório e doenças coronarianas (PORTAL BRASIL, 2014). Estudos epidemiológicos nacionais apontam que 14,7% dos brasileiros maiores de 18 anos fazem uso do tabaco, sendo em sua maioria homens residentes na zona rural do país

(FORMIGONI, 2014). Esta pesquisa ainda revela que este percentual é um pouco menor na região Nordeste do Brasil, apontando um índice de 14,2% de fumantes; sendo 19,1% do sexo masculino e 9,9% feminino (PNS, 2013).

Baseado em estudos anteriores divulgados pelo INCA, é possível afirmar que o consumo do tabaco por jovens vem crescendo, sendo a faixa etária média de iniciação de 15 anos, evidenciando que o tabagismo, precisa ser observado na perspectiva da prevenção e promoção da saúde, uma vez que é considerado um problema de saúde pública e que seu uso contínuo provoca sintomas que podem precipitar transtornos mentais.

É necessário considerar que o tabaco, quando utilizado continuamente, pode gerar tolerância, e assim o organismo passa a necessitar de quantidades maiores da droga, para que os efeitos sejam reproduzidos e até prolongados. Como consequência deste aumento gradativo no consumo, quando o usuário suspende o uso, surge a fissura, caracterizada pelo desejo incontrolável de fumar, e que somada a sintomas como sudorese, dificuldade de concentração, irritabilidade, ansiedade, humor depressivo e até lentificação da frequência cardíaca, podem caracterizar um quadro de abstinência, que deve ser acompanhado por uma equipe de saúde multiprofissional (CEBRID, 2003).

Nos estudos sobre os efeitos de substâncias psicoativas no organismo, é preciso considerar os transtornos mentais decorrentes de seu uso, e no caso de uso de tabaco, não é diferente. É bastante comum que usuários de tabaco, em suas variadas formas, apresentem comorbidades psíquicas e alterações comportamentais, mas em geral, isto depende dos padrões de consumo de cada usuário e da relação disfuncional que estabelecem com o uso desta droga, e que são devidamente descritos pela Classificação Internacional de Doenças (CID – 10), como uso nocivo ou abuso, e a dependência.

O abuso e a dependência de substâncias podem ser distinguidos a partir das complicações causadas por cada padrão de uso. O abuso é caracterizado por causar danos físicos e mentais, podendo afetar a vida social do usuário, mas sem complicações crônicas. Enquanto a dependência é definida como um padrão de uso que objetiva suprir os sintomas típicos da síndrome de abstinência, que envolvem alterações físicas, mentais e comportamentais, na ânsia de usar a droga.

Com base nestas definições, e nas condições clínicas desencadeadas pelo uso de substâncias psicoativas, que são elencadas na Classificação Internacional de Doenças, é possível afirmar a relação direta que existe entre o uso desse tipo de substância e o surgimento concomitante de transtornos mentais e comportamentais, com destaque para transtornos como ansiedade, depressão, transtornos psicóticos e ideação suicida.

Diante desta constatação, o estudo tem por objetivo, descrever o perfil epidemiológico das pessoas que fazem uso do tabaco e verificar a prevalência de comorbidades psiquiátricas relacionadas ao padrão de uso, num bairro da periferia de

Maceió. Com estes dados, objetiva-se chamar a atenção para a necessidade de tratar o tabagismo como um problema de saúde pública, capaz de comprometer em muitos aspectos, a qualidade de vida dos indivíduos.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal e analítico. A pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo a Pesquisa de Alagoas (FAPEAL), Ministério da Saúde, CNPq, SESAu, Edital PPSUS, chamada 02/2013. A população da pesquisa foi composta por 932 entrevistados, sem fazer distinção de sexo, faixa etária, raça, classe social e grau de escolaridade. No entanto, alguns critérios de inclusão foram considerados: ser morador do bairro, setor censitário e quadra sorteados. Como critérios de exclusão, considerou-se: ser menor de 15 anos, àqueles que tivessem entre 15-18 anos sem autorização do responsável, incapazes de responder aos questionários com a mínima clareza e àqueles que se recusassem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Entre os instrumentos utilizados, está o *International Neuropsychiatric Interview (MINI - Brazilian Version 5.0.0)*, que é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM IV e da CID-10. Trata-se de uma entrevista com duração média de 15 a 30 minutos, que visa uma classificação diagnóstica, e pode ser utilizada tanto na prática clínica, como em pesquisas. O *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*, questionário utilizado para avaliar o consumo de substâncias, entre elas o álcool e o tabaco, baseado em questões que consideram a frequência do uso e as alterações comportamentais em consequência do abuso da droga, no caso, do tabaco. E o *Questionário Socioeconômico*, utilizado com a finalidade de caracterizar as condições socioeconômicas dos participantes da pesquisa, considerando sua idade, sexo, etnia, escolaridade, estado civil, condições de moradia, tipo de família, convênio de saúde, entre outras questões.

Nos meses que antecederam a coleta de dados, a equipe de pesquisadores – composta por alunos dos cursos de graduação da área de saúde, mestrandos e residentes, todos vinculados à UFAL, além de professores e estatísticos – passou por um processo de capacitação, para que todos pudessem participar ativamente da aplicação dos questionários.

A coleta de dados aconteceu a partir da aplicação de entrevistas face a face com pesquisadores treinados e calibrados para aplicar todos os instrumentos, dos quais foram extraídos os dados utilizados para o estudo, que foram utilizados em formato digital, através do aplicativo ODK Collect, baixado em tablets e disponibilizados a cada entrevistador. A coleta foi iniciada no dia 26 de janeiro de 2015, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, com parecer de

número 608 613, e finalizada em 02 de março de 2015.

Os dados foram tabulados no programa SPSS e para análise, foi utilizada uma frequência absoluta e relativa, com intervalo de confiança de 95% e o teste estatístico *Qui-quadrado*.

3 | RESULTADOS

A pesquisa foi realizada em um bairro da cidade de Maceió, cuja população estimada em 2013, segundo o IBGE, é de 94.120 habitantes, caracterizando-se como um dos maiores e mais populosos bairros do município.

A população da pesquisa contou com 932 entrevistados, dentre os quais foram identificados 329 pessoas que fizeram uso de tabaco pelo menos uma vez na vida, ou seja, uma prevalência de 35,3% (figura 1). Como a população foi composta de 692 mulheres e 240 homens, o cálculo das frequências foi proporcional ao sexo, resultando que a frequência de uso de tabaco pelo menos uma vez na vida entre as mulheres foi de 31,64% e entre os homens foi de 45,8%, segundo figura 1.

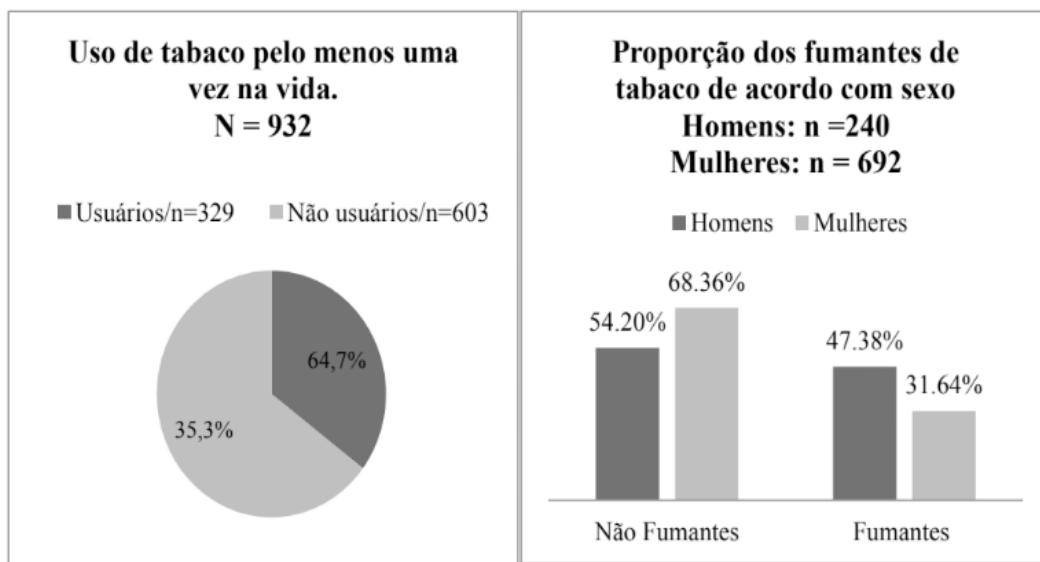


Figura1: Pessoas que fizeram uso do tabaco pelo menos uma vez na vida e sua distribuição quanto ao sexo.

Fonte: Autora. 2016.

Estes foram classificados em três categorias, de acordo com a OMS, ao orientar o uso do questionário ASSIST. As categorias para o uso do tabaco são definidas a partir dos escores que podem variar entre 0 e 31, classificando o risco ao qual os usuários estão expostos. Desta forma, este estudo baseou-se nas categorias de *Baixo Risco*, *Risco Moderado* e *Alto Risco*, para assim, descrever esta amostra de acordo com índices epidemiológicos.

Na amostra de 329 usuários do tabaco, 55% (n=181) são considerados usuários

de baixo risco, apresentando escores que variaram de 0 à 3, representando as pessoas que fazem um baixo uso de tabaco e portanto, tem menor probabilidade de desenvolver problemas de saúde desencadeados por este padrão de consumo; 36,2% (n=119) apresentam escores entre 4 e 26, sendo caracterizados de risco moderado, o que significa maior chance de desenvolver comorbidades e principalmente dependência ao tabaco; e 8,8% (n=29) com escores entre 27 e 31, classificados como usuários de alto risco, com grandes chances de apresentar problemas sociais, econômicos e de saúde indicando possibilidades para um diagnóstico de dependência, de acordo com a figura 2.

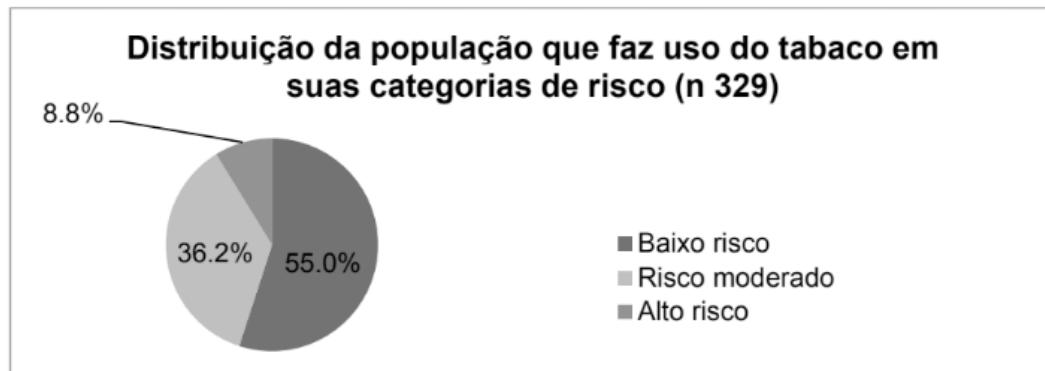


Figura 2: Distribuição da população tabagista em categorias de risco (n=329).

Fonte: Autora. 2016.

No grupo de baixo risco (n=181), 70,7% (n=128) dos sujeitos são do sexo feminino. A faixa etária em que o uso do tabaco é predominante, é de adultos de 46 à 60 anos, equivalente à 28,7% (n=52). Quanto à etnia, a distribuição foi feita entre brancos e não brancos, sendo que a maioria considera-se como não branco 81,8% (n=148). A situação por renda, mostra que 68,5% possui uma fonte de renda, sem fazer distinção entre ativos e inativos. 54,1% (n=98) possui estado conjugal e 86,7% (n=157) possui filhos. Quanto aos serviços oferecidos à comunidade, constatou-se que 50,8% (n=92) tem acesso à serviços de saúde e 69,6% (n=126) não tem acesso ao trabalho; segundo a representação da tabela 1.

	Baixo risco		Risco moderado		Alto risco	
	N=181	100%	N=129	100%	N=29	100%
Faixa etária						
15 – 30	46	25,4%	37	31,1%	9	31%
31 – 45	32	17,7%	35	29,4%	6	13,8%
46 – 60	52	28,7%	26	21,9%	12	48,3%
61 – 75	43	23,8%	20	16,8%	2	6,9%
76 – 87	8	4,4%	1	0,8%	-	-
Etnia						
Brancos	33	18,2%	20	16,8%	6	20,7%
Não brancos	148	81,8%	99	83,2%	23	79,3%

Situação por renda						
Com renda	124	68,5%	81	68,1%	18	62,1%
Sem renda	57	31,5%	38	31,9%	11	37,9%
Estado conjugal						
Possui	98	54,1%	69	58%	19	65,5%
Não possui	83	45,9%	50	42%	10	34,5%
Possui filhos						
Sim	157	86,7%	101	84,9%	25	86,2%
Não	24	13,3%	18	15,1%	4	13,8%
Acesso à saúde						
Sim	92	50,8%	67	56,3%	7	24,1%
Não	89	49,2%	52	43,7%	22	75,9%
Acesso ao trabalho						
Sim	55	30,4%	29	24,4%	8	27,6%
Não	126	69,6%	90	75,6%	21	72,4%

Tabela 1: Caracterização socioeconômica dos usuários de tabaco em suas categorias de risco

Fonte: Autora. 2016.

De acordo com a descrição epidemiológica da população de baixo risco, é possível perceber que 48,6% (n=88) apresentam indicativos de que possuem transtornos mentais; e 29,8% (n=54) com indicativos de comorbidades.

Em relação à população enquadrada como de risco moderado (n=119), é possível observar que alguns dados são semelhantes à de baixo risco, mas outros variam. O sexo feminino continua sendo prevalente 64,7% (n=77); já a faixa etária prevalente é a de 15 à 30 anos 31,1% (n=37). Os não brancos continuam sendo maioria 83,2% (n=99), bem como aqueles que possuem renda 68,1% (n=81). Quanto ao estado conjugal, os que possuem são 58% (n=69); 84,9% (n=101) possuem filhos. Sobre os serviços oferecidos à comunidade, 56,3% (n=67) acessam os serviços de saúde e 75,6% (n=90) não tem acesso ao trabalho.

Na caracterização epidemiológica do grupo de risco moderado, os dados revelam que 56,3% (n=67) apresentam indicativos da presença de transtornos mentais; e 39,5% (n=47) têm indicativos de comorbidades psiquiátricas.

Tratando-se da população de alto risco (n=29), é possível perceber maiores variações nos dados, quando comparados às demais categorias de risco. Neste caso, o sexo masculino é prevalente 51,7% (n=15); enquanto a faixa etária que faz maior uso, equipara-se à de baixo risco, de 46 à 60 anos, com 48,3% (n=12); e os que não se consideram brancos permanecem como maioria 79,3% (n=23). Sobre o estado conjugal, 65,5% (n=19) afirmam possuir e 86,2% (n=25) têm filhos. Quanto o acesso à serviços da comunidade, 75,9% (n=22) afirmam que não acessam os serviços de saúde e 72,4% (n=21) não tem acesso à trabalho.

Sobre os dados epidemiológicos, é possível afirmar que a maioria dos que estão classificados como usuários de tabaco de alto risco, possuem maior indicativo de transtornos mentais 65,5% (n=19); e também de comorbidades psiquiátricas 51,7% (n=15).

Sabe-se que o risco de usuários do tabaco desenvolverem transtornos mentais é maior do que entre aqueles que não consumem a droga. Com base nisto, é possível observar que há um grande indicativo da presença de transtornos mentais entre esta amostra, 52,89% (n=174), e que 35,3% (n=116) apresentam comorbidades psiquiátricas, ou seja, a presença de mais de um transtorno diagnosticado. (Figuras 3)

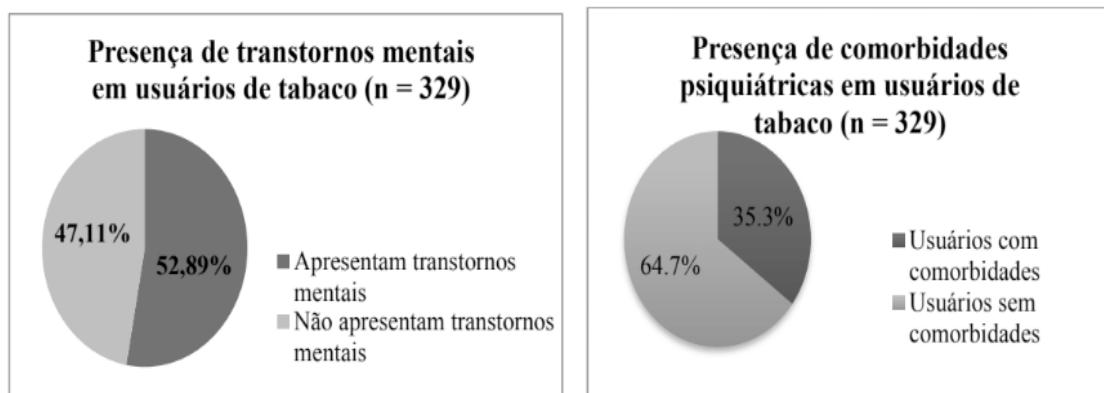


Figura 3: Presença de transtornos mentais e comorbidades em usuários de tabaco (n=329).

Fonte: Autora. 2016.

Entre os transtornos estudados e apresentados na tabela 2, destaca-se a presença de seis transtornos mais recorrentes: depressão maior, que prevalece nas três categorias de risco, apresentando-se em 34,8% (n=63) dos sujeitos classificados em baixo risco; 37,8% (n=45) nos sujeitos de risco moderado e 48,3% (n=14) naqueles classificados em alto risco. Em relação à agorafobia, verificaram-se índices elevados também nas três categorias: 26% (n=47) na população de baixo risco; 25,2% (n=30) dos de risco moderado; e 51,7% (n=15) de alto risco; assim como, transtorno bipolar: 12,2% (n=22) de baixo risco; 26,1% (n=31) entre os de risco moderado; e 24,1% (n=7) dos de alto risco; em transtorno de ansiedade generalizada, 13,8% (n=25) são da amostra de baixo risco; 12,6% (n=15) da de risco moderado; e 17,2% (n=5) de alto risco; quanto ao risco de suicídio, foi notado em 16% (n=29) daqueles usuários de baixo risco; 16% (n=19) de risco moderado; e 27,6% (n=8) dos de alto risco. É preciso destacar que a dependência de álcool mesmo não sendo tão incidente na população de baixo risco 5,5% (n=10), é uma das mais prevalentes na amostra de risco moderado 16% (n=19) e de alto risco 17,2% (n=5).

	Baixo risco N=181 100 %	Risco moderado N=129 100%	Alto risco N=29 100%	
Depressão Maior	63	34,8%	45	37,8%
Distimia	17	9,4%	7	5,9%
Transtorno Bipolar	22	12,2%	31	26,1%
Pânico	11	6,1%	6	5%
Agorafobia	47	26%	30	25,2%

Fobia Social	11	6,1%	6	5%	5	17,2%
TOC*	5	2,8%	5	4,2%	4	13,8%
TEPT**	10	5,5%	9	7,6%	4	13,8%
Dependência de álcool	10	5,5%	19	16%	5	17,2%
Abuso de álcool	3	1,7%	7	5,9%	2	6,9%
Anorexia	1	0,6%	-	-	-	-
TAG***	25	13,8%	15	12,6%	5	17,2%
Personalidade antisocial	5	2,8%	5	4,2%	1	3,4%
Risco de Suicídio	29	16%	19	16%	8	27,6%

Tabela 2: Prevalência de transtornos mentais em usuários de tabaco em função de suas categorias de risco. Maceió, 2015. n = 329:

*Transtorno Obsessivo Compulsivo **Transtorno de Estresse Pós Traumático

***Transtorno de Ansiedade Generalizada. Fonte: Autora. 2016.

4 | DISCUSSÃO

O estudo se propôs a analisar a epidemiologia do uso do tabaco entre a população domiciliada em um bairro da capital de Alagoas, verificando-se a prevalência de transtornos mentais naqueles que fazem uso desta substância.

Foi possível descrever o perfil epidemiológico da amostra de tabagistas encontrada, destacando que a maioria dos que fazem ou já fizeram uso do tabaco, são do sexo masculino, possuem estado conjugal e filhos, consideram-se de outras etnias que não a branca, têm renda e concentram-se, principalmente, nas faixas etárias de 15 a 30 anos e 46 a 60 anos.

A prevalência de usuários de tabaco na população da pesquisa foi de 35,3%, o que representa um percentual maior, se comparado com os dados mundiais, nacionais e do nordeste. Esta divergência pode se dar pelo fato de que, a amostra foi encontrada num bairro de classe baixa da cidade de Maceió, onde a maioria das pessoas não possui emprego, corroborando com Motta (2015), que em seu levantamento bibliográfico, aponta estudos que afirmam haver maior prevalência de tabagismo em classes sociais mais baixas, tanto no Brasil como em países da Europa. Com isto, é possível justificar este índice acima da média regional, alertando para uma situação preocupante no âmbito da saúde pública. É importante ressaltar que os dados levantados neste estudo refletem a realidade de um bairro, e não necessariamente de todo o município.

Verificou-se que o maior número de pessoas que fazem uso do tabaco encontrava-se na categoria de baixo risco. Os fumantes de risco moderado e alto são aqueles que possuem maior frequência de uso, além de apresentarem outros problemas emocionais, sociais e comportamentais, diretamente relacionados ao seu padrão de consumo, e que no momento da entrevista, foram encaminhados para centros de tratamento. É

importante destacar que nem todas as pessoas que fazem uso do tabaco chegam ao nível de alto risco, que sugere associações à dependência química.

Vale ressaltar que a classificação de risco quanto ao uso do tabaco adotada pela OMS, comumente detectada através da aplicação do questionário ASSIST, direciona quais intervenções devem ser realizadas à cada usuário, à depender do escore apresentado, distinguindo-os em grupos que necessitam de: *Nenhuma Intervenção* para aqueles que não fazem uso ou possuem um uso de baixo risco, *Intervenção Breve* para aqueles classificados em risco moderado, e *Tratamento Intensivo* para os de alto risco (OMS,2011).

Em relação ao sexo, como na amostra pesquisada a maioria dos entrevistados era do sexo feminino, foi necessário fazer esta análise proporcional, desta maneira é possível afirmar que o número de mulheres entrevistadas foi quase três vezes maior que o de homens; e assim é possível afirmar que no bairro pesquisado, há uma maioria de usuários de tabaco do sexo masculino, corroborando com estudos anteriores e com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013), confirmando que apesar do número de mulheres usuárias do tabaco ser crescente, a maior incidência de tabagistas continua sendo entre o sexo masculino.

No estudo, quando detalhado o uso do tabaco por faixa etária, observou-se alto índice de usuários na categoria de baixo e alto risco com idades entre 46 e 60 anos. No entanto verificou-se uma maior porcentagem de usuários em risco moderado na faixa etária mais jovem do estudo. Estudos revelam que jovens que iniciam consumo intenso mais cedo possuem maior probabilidade de desenvolver 5 anos depois alguns transtornos psíquicos (RAMIS, 2012), ou seja, podem evoluir de um padrão de risco baixo ou moderado para um padrão de alto risco em que complicações físicas e psíquicas podem ser evidenciadas em pequeno intervalo de tempo. É importante considerar que a elevada taxa de jovens que fazem uso do tabaco neste estudo tem sido também encontrada em outros estudos revelando que a média de iniciação do uso é aos 16 anos (INCA, 2015).

Quanto à etnia, encontrou-se que a maioria das pessoas que fazem uso do tabaco não se consideram brancos. No entanto, é preciso considerar que esta caracterização foi feita em duas categorias: brancos e não brancos, estes distribuídos em pretos, pardos, amarelos e índios, desta forma, é possível constatar que a disparidade entre o número de brancos e não brancos que fazem uso do tabaco na população pesquisada, não foi conclusiva quanto à possível relação entre tabagismo e etnia, corroborando com Santos (2001) que afirma não existir relação significativa entre tais variáveis.

De acordo com Opaleye (2011), é possível constatar que pessoas separadas, divorciadas ou solteiras têm 43% mais chances de ser um usuário de tabaco, quando comparado com os casados. No entanto, os dados encontrados, contrariam os estudos anteriores, mostrando que a maioria dos tabagistas afirma possuir um estado conjugal. O que poderia ser considerado um fator de proteção ao tabagismo, mostrasse como um fator de risco, que pode refletir aspectos da qualidade de vida e moradia

destes indivíduos, e que alerta para o risco à saúde dos parceiros destes usuários, que também são expostos às substâncias tóxicas do cigarro.

Esperava-se que o fato de possuir filhos, caracterizasse um fator de proteção ao uso de tabaco, entretanto, os dados revelaram que a maioria dos tabagistas possui filhos. Estudos apresentam que 40% das crianças do mundo são expostas ao fumo em suas próprias casas, com este elevado índice não se pode relacionar isto somente à negligência, portanto, este alto índice de exposição, foi atribuído ao fato de os usuários do tabaco subestimarem as consequências do fumo passivo (ROSEN, 2015).

A partir dos dados coletados, foi observado que há menor acesso a serviços de saúde entre as pessoas que fazem uso do tabaco em alto risco. A ausência de assistência à saúde para os usuários de tabaco, enquanto ainda são considerados de risco moderado, pode comprometer possíveis intervenções favoráveis à diminuição ou manutenção do padrão de uso do tabaco, fazendo com que este não evolua para um grau de dependência no decorrer dos anos.

De acordo com a Pesquisa Especial de Tabagismo (2008), quanto maior a renda da população, menor o índice de tabagismo. No entanto, neste estudo, foi possível constatar o inverso, em que a maior incidência de tabagistas é justamente na amostra que possui fonte de renda, independente de serem ativos ou inativos, o que, muitas vezes, torna viável a compra do cigarro. Contudo, o maior número de fumantes afirma não ter acesso ao trabalho, sugerindo-se que a renda para a compra da referida substância, pode ser proveniente de algum benefício recebido.

A partir dos instrumentos utilizados para a classificação dos usuários de tabaco em categorias de risco, verificou-se a prevalência de mais da metade da amostra de pessoas que fazem uso do tabaco com indicativos de transtornos mentais. Como pode ser visto na CID-10, é evidente a relação existente entre o uso do tabaco e a predisposição ao surgimento destes transtornos e suas comorbidades. Outro agravante foi que desta amostra aproximadamente um terço apresenta mais de um transtorno psiquiátrico, ou seja, evidenciam-se outras comorbidades. Ao longo dos anos, estudos têm sido realizados a fim de concretizar a relação existente entre o tabagismo e transtornos mentais, como a depressão maior, transtornos de ansiedade, alcoolismo e fobias (CALHEIROS, 2006). É preciso considerar que o tabaco é capaz de causar alterações nos neurotransmissores que podem provocar variações nos quadros psicopatológicos, independente de serem consideradas causas ou consequências do uso da substância (MEDEIROS, 2010).

Por existir essa relação bidirecional de causa e efeito entre tabagismo e transtornos psiquiátricos, é possível pensar que sujeitos diagnosticados inicialmente com algum tipo de transtorno, podem adquirir o hábito de fumar posteriormente, acrescentando efeitos do uso do tabaco sobre os sintomas psicopatológicos. Alguns transtornos combinados a estes efeitos do tabaco podem ter seus sintomas inibidos, como no caso da depressão maior, ou agravados, como no transtorno bipolar.

Existem algumas hipóteses que explicam a relação do tabagismo com os

transtornos mentais, como mencionado por Rondina, Gorayeb e Botelho (2004), no caso de alguns transtornos, como a depressão maior, pode existir uma relação causal; mas é importante não limitar-se à causalidade, pois existem fatores comuns ao surgimento tanto do tabagismo como de outros transtornos. Os dados encontrados confirmam esta hipótese, uma vez que a prevalência de transtornos mentais nesta amostra é significativa, e não há como mensurar a relação de causalidade, e sim, a possibilidade de o uso de tabaco e o surgimento de transtornos psiquiátricos, estarem relacionados aos mesmos fatores, principalmente socioeconômicos.

Entre os transtornos mais estudados quanto à relação com o tabagismo, está a depressão maior. Na literatura, essa relação está cada vez mais evidente e busca alertar que na existência de um diagnóstico de depressão, o tratamento do tabagismo torna-se mais difícil, uma vez que o tabaco é utilizado por estes sujeitos como um inibidor dos sintomas depressivos (PAWLINA, 2014), entretanto, outras questões de natureza física podem ser agravadas por seu uso, como canceres e doenças coronarianas. É necessário pontuar, que questões sociais podem ser fator relevante para o desenvolvimento tanto da depressão quanto do tabagismo, e isto pode justificar o alto índice deste transtorno na população pesquisada (RONDINA, 2004).

Uçok e colaboradores (2004) apresentam o resultado de uma pesquisa em que na amostra de pacientes bipolares, a maioria apresentou diagnóstico de tabagismo. No presente estudo, foi encontrada uma grande incidência de transtorno bipolar entre os tabagistas pesquisados, principalmente nos de risco moderado e alto. Entretanto, apesar deste índice elevado, existe divergência na literatura, sobre a existência de relação causal entre este transtorno e o consumo de tabaco. Diante desta incerteza, é possível apenas, encontrar o consenso de que o uso de tabaco provoca uma piora na evolução do transtorno bipolar (RIBEIRO, 2005).

Entre a amostra de tabagistas, foi possível perceber que a ideação suicida se fez bastante presente. Entretanto, apesar destes dados, ainda há poucos estudos que tratem sobre a relação direta do risco de suicídio ao tabagismo, mas de acordo com Malone e colaboradores (2003), há uma forte associação entre tabagismo e o alto risco de suicídio. É possível pensar que esta relação, esteja ligada a outros transtornos, principalmente à depressão maior, que comumente já apresenta a ideação suicida como uma de suas comorbidades.

Do mesmo modo que há uma forte relação entre depressão e tabagismo, já comprovada em vários estudos, é possível perceber elevada prevalência de transtornos de ansiedade na amostra estudada. Estudo realizado em um ambulatório de psiquiatria em São Paulo revela que os transtornos de ansiedade tem uma alta prevalência em pacientes tabagistas, sendo mais recorrente o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e a agorafobia (SEABRA, 2011). Comparado a outros transtornos, o TAG foi o quinto com maior incidência na amostra aqui estudada, isto pode estar ligado ao fato de que este transtorno é frequentemente relacionado ao estresse ambiental crônico (CID 10), vivenciado por tal população em seu dia-a-dia, uma vez que o bairro em que

residem, oferece poucas condições favoráveis ao bem estar, tais como áreas de lazer, serviços de saúde e saneamento básico.

Quanto à agorafobia, através dos dados revelados pela pesquisa, é possível afirmar que em usuários de alto risco, há maior predisposição para este transtorno. Isto se justifica pelo fato de que estes usuários utilizam o tabaco como uma ferramenta válida para o controle de crises de pânico, que em muitos casos acompanham as situações agorafóbicas, tornando-se uma espécie de sedativo, no entanto, é necessário enfatizar que o relaxamento provocado não exclui as possibilidades de complicações clínicas que o uso do tabaco provoca no organismo (SEABRA, 2011). Observa-se esta prevalência, quando na amostra de tabagistas de alto risco, há um maior índice de agorafobia do que de depressão maior. No entanto, de acordo com o CID-10, a agorafobia vem acompanhada de humor depressivo e ansiedade fóbica, por este motivo, torna-se indispensável uma avaliação mais precisa para se estabelecer o diagnóstico principal.

Uma importante relação a ser estudada é a do tabagismo com a dependência do álcool, estudos anteriores sugeriram que quanto maior a dependência ao tabaco, maior seria o consumo do álcool (CHAIEB, 1998). Malbergier (2005) apresenta o tema na perspectiva de que o tabaco é tido como a porta de entrada para o consumo do álcool. É necessário considerar que, o uso abusivo do álcool e do tabaco, estão intimamente relacionados a doenças cardíacas, respiratórias e psíquicas; bem como é possível constatar que ambas as dependências se relacionam aos mesmos problemas de ordem socioeconômica, tais como, desemprego, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e educação, falta de opções de lazer (FORMIGONI, 2014).

Os dados levantados no presente estudo corroboram de maneira discreta com os estudos anteriores, mas apontam para duas relações que merecem ser destacadas: segundo Castro (2008), há uma tendência de os usuários de tabaco que também consomem álcool, apresentarem maior risco de depressão maior. Neste mesmo sentido, Formigoni (2014) aponta que em pesquisas anteriores, houve um aumento considerável de suicídio entre pessoas que faziam uso do álcool. Esta relação se faz relevante, uma vez que estes são problemas que podem surgir quando o tabaco é usado isoladamente, desta forma é possível pensar que quando o tabaco e o álcool são utilizados concomitantemente, o risco de desenvolver estas e outras comorbidades é aumentado.

5 | CONCLUSÃO

Este é um estudo pioneiro, que teve como objetivo verificar a prevalência dos usuários de tabaco que apresentam indicativos de transtornos mentais, em um bairro da cidade de Maceió. Os dados aqui apresentados possibilitaram o conhecimento inicial de como esta população tem feito uso do tabaco, e foi possível perceber que a

maioria dos resultados confluí com a literatura apresentada.

Percebeu-se que entre os transtornos, a depressão, transtorno bipolar e agora fobia apresentaram maior índice de prevalência entre os usuários de tabaco, e que em alguns casos relacionados à estes diagnósticos, o uso da substância funciona como um fator de proteção aos sintomas depressivos e ansiosos. O estudo também destacou que, o hábito de fumar, bem como o surgimento de transtornos psíquicos podem estar relacionados as questões socioeconômicas, e que devido à isto, torna-se difícil dimensionar o grau de causalidade entre o uso do tabaco e as comorbidades psiquiátricas.

Com este estudo, foi possível conhecer a população do bairro sob o olhar da epidemiologia, e a partir daí, observou-se que a rede de atenção em saúde nesta região encontra-se fragilizada. É preciso enfatizar que a elevada prevalência de uso do tabaco, sugere a necessidade de uma rede mais eficaz, a fim de oferecer maiores possibilidades de acesso e resolutividade no cuidado às pessoas que têm um padrão de uso mais elevado, e que por conseguinte, estão sujeitos à maiores problemas de saúde.

Durante toda a fase de coleta de dados, os participantes da pesquisa que apresentaram uso do tabaco em risco moderado ou alto, ou indicativos para diagnóstico de transtorno mental, receberam encaminhamentos e orientações para que buscassem serviços especializados na rede de saúde mental, contando com o atendimento em psiquiatria no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, os CAPS da cidade de Maceió e o Centro de Referência em Tabagismo, também na capital alagoana.

É necessário considerar os resultados encontrados no contexto de suas limitações, portanto, é importante salientar que nem todas as áreas residenciais do bairro foram pesquisadas, uma vez que foram utilizados dados segundo o censo do IBGE de 2010, que não inclui os setores mais recentes; e que por se tratar de uma amostra aleatória houveram algumas disparidades nos dados, que foram contornadas através de análises proporcionais. Apesar destas limitações, não houve interferência na validação da pesquisa, pois foram encontrados resultados consistentes e que estão de acordo com o que a literatura apresenta sobre o tema.

O tabagismo, cada vez mais, deve ser encarado como um problema de saúde pública, e sua possível associação aos fatores socioeconômicos e aos transtornos mentais, deve ser tema de mais estudos, a fim de tornar estas relações mais concretas e aumentar as possibilidades de discussões no âmbito da saúde mental.

No caso de usuários de tabaco que apresentam comorbidades psiquiátricas, o cuidado no tratamento deve ser redobrado, uma vez que a presença de transtornos mentais dificulta o abandono da substância. Com isto, é importante pensar em modelos de tratamento específicos para este tipo de paciente, a fim de lhe oferecer uma forma de tratamento eficaz.

Para que estas intervenções sejam possíveis, ao longo dos anos, é necessário que haja maior entendimento sobre a dependência do tabaco, suas causas e formas

de controlar ou reduzir o uso.

REFERÊNCIAS

- CALHEIROS, P. R. V.; OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. **Comorbidades psiquiátricas no tabagismo.** Canoas, Aletheia, n. 23, p. 65-74, jun. 2006 .
- CEBRID. **Livro Informativo Sobre Drogas Psicotrópicas.** 2003. Disponível em: <<http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>>. Acesso em: 08 de Outubro de 2015.
- CHAIER, J. A.; CASTELLARIN, C. **Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas.** São Paulo, Rev. Saúde Pública, v. 32, n. 3, p. 246-254, Junho, 1998.
- DE CASTRO, M. R. P. et al. **A dependência da nicotina associada ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, v. 29, n. 2, p. 131-140, 2008.
- FORMIGONI, M. L. O. S. (org.). **Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2.** Brasília. 5^a ed. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel.php?codmun=270430#topo>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2015.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab: relatório Brasil.** Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Pesquisa Nacional de Saúde.** 2013. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo>. Acesso em: 10 de Dezembro de 2015.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo.** Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tabagismo>. Acesso em: 24 de Novembro de 2015.
- MALBERGIER, A. et al. **Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica.** São Paulo, Rev. psiquiatr. clínica, v. 32, n. 5, p. 276-282, 2005.
- MALONE, K. M. et al. **Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders.** American Journal of Psychiatry, 2003.
- MEDEIROS, Danuta. **Tabagismo e transtorno mental comum na população de São Paulo-SP: um estudo a partir do inquérito de saúde no município de São Paulo (ISA-CAPITAL).** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia. 2010.
- MOTTA, Janaína Vieira dos Santos et. al . **Mobilidade social e tabagismo: uma revisão sistemática.** Rio de Janeiro, Ciência e saúde coletiva, v. 20, n. 5, p. 1515-1520, 2015.
- MUNARETTI, C. L.; TERRA, M. B. **Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria.** Rio de Janeiro, Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 56, n. 2, p. 108-115, 2007.
- OPALEYE, E. S. et al . **The Brazilian smoker: a survey in the largest cities of Brazil.** São Paulo, Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 34, n. 1, p. 43-51, Março, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de**

Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria. 2011.

PAWLINA, M. M. C. et al. **Nicotine dependence and levels of depression and anxiety in smokers in the process of smoking cessation.** São Paulo, Revista de Psiquiatria Clínica, v. 41, n. 4, p. 101-105, Agosto. 2014.

PORTAL BRASIL. Cigarro mata mais de 5 milhões de pessoas, segundo OMS. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/08/cigarro-mata-mais-de-5-milhoes-de-pessoas-segundo-oms>>. Acesso em: 24 de Novembro de 2015.

RAMIS, T. R. et al. **Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados.** São Paulo, Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 15, n. 2, p. 376-385. Junho, 2012 .

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; CIVIDANES, G. **Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas.** Revista de Psiquiatria Clínica, v. 32, n. Supl 1, p. 78-88. 2005.

RONDINA, R. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. **Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos.** São Paulo, Revista de Psiquiatria Clínica. v. 30, n. 6, p. 221-228, 2003.

ROSEN, L.; KOSTJUKOVSKY, I. **Parental risk perceptions of child exposure to tobacco smoke.** BMC Public Health, v. 15, n. 1, p. 1, 2015.

SANTOS, U. P. et al. **Emprego da determinação de monóxido de carbono no ar exalado para a detecção do consumo de tabaco.** J. Pneumol, v. 27, n. 5, p. 231-6, 2001.

SEABRA, C.; FARIA, H.; SANTOS, F. **O tabagismo em uma perspectiva biopsicossocial: panorama atual e intervenções interdisciplinares.** CES Revista Int, v.25, p. 321-333, 2011.

ÜÇOK, A. L. P. et al. **Cigarette smoking among patients with schizophrenia and bipolar disorders.** Psychiatry and clinical neurosciences, v. 58, n. 4, p. 434-437, 2004.

MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR APLICADO A UM ADOLESCENTE USUÁRIO DE DROGAS: UM ESTUDO DE CASO

João Breno Cavalcante Costa

Centro Universitário-UNINTA
Santana do Acaraú-Ceará;

Anny Caroline dos Santos Olímpio

Centro Universitário-UNINTA
Sobral-Ceará;

Ana Íris Mota Ponte

Centro Universitário-UNINTA
Santana do Acaraú-Ceará

Maria Gleiciane Cordeiro

Centro Universitário-UNINTA
Santana do Acaraú-Ceará;

Benedita Beatriz Bezerra Frota

Centro Universitário-UNINTA
Sobral-Ceará;

Carlos Henrique do Nascimento Moraes

Centro Universitário-UNINTA
Acaraú-Ceará;

submetido a esse grupo vulnerável e à sua família, para melhorar a qualidade de sua vida, com base em referenciais teóricos específicos do campo, como, por exemplo, o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF). O estudo teve como objetivo identificar as áreas de atenção de profissionais de saúde no âmbito da saúde familiar e particular de um indivíduo. Utilizando a metodologia de coleta de dados a partir do MCAF, a coleta foi realizada por acadêmicos enfermagem de uma instituição de ensino da Zona Norte do Ceará no Brasil. Dos resultados foi visto a necessidade de aplicação do modelo de cuidado para uma sistematização de atendimento adequado e diferenciado para cada cliente. Os dados nos permitem inferir que os aspectos que influenciam os estados de saúde que determinam os cuidados de saúde referente ao cliente e que o meio em que esse indivíduo está inserido a partir de suas consequências reverberantes, pode acarretar déficit na qualidade da dinâmica familiar e com isso uma desestruturação dos elos.

PALAVRAS-CHAVE: Usuários de drogas; Adolescentes; Relacionamento familiar.

1 | INTRODUÇÃO

A família representa o pilar da sociedade humana. É a primeira base em que a maioria dos seres humanos constrói sua personalidade. É notório o aumento do número de pessoas que fazem uso da substância psicoativa, dentre elas, o crack tem sido o foco das discussões sobre o uso de drogas no Brasil. Nesse sentido, é de fundamental importância à participação dos profissionais de saúde para promover conforto ao paciente

RESUMO: A família representa o pilar da sociedade humana. É a primeira base em que a maioria dos seres humanos constrói sua personalidade. É notório o aumento do número de pessoas que fazem uso da substância psicoativa, dentre elas, o crack tem sido o foco das discussões sobre o uso de drogas no Brasil. Nesse sentido, é de fundamental importância à participação dos profissionais de saúde para promover conforto ao paciente

seres humanos constrói sua personalidade. É a célula fundamental e valor inalienável da sociedade, reconhecida pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, que atesta a importância que ela assume no desenvolvimento do ser humano (MARTINS; FERNANDES; GONÇALVES, 2012).

A família também pode ser entendida como um sistema em que um conjunto de elementos se inter-relaciona. Assim, um sistema é considerado uma entidade composta de, no mínimo, dois elementos e uma relação estabelecida entre cada elemento e, pelo menos, um dos demais elementos do conjunto. Cada um dos elementos de um sistema é ligado a todos os outros direta ou indiretamente (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Mediante o contexto discursivo familiar posteriormente há apresentar é relevante o conhecimento quanto o aumento do número de pessoas que fazem uso da substância psicoativa, dentre elas, o crack tem sido o foco das discussões sobre o uso de drogas no Brasil. Notícias veiculadas pela mídia supervalorizam os princípios físico-químicos desta substância como grande geradora dos problemas advindos do seu consumo (QUINDEIRE; JORGE, 2013).

No estudo realizado recentemente por Bastos e Bertoni (2014) pela Fiocruz aponta o uso de crack como responsável por apenas 35% do consumo total de drogas ilícitas no país, o que nos leva a crer que ainda existem muitas divergências em relação à temática, fazendo-se necessários estudos mais detalhados e profundos.

O primeiro estudo brasileiro abordando o perfil do usuário de crack, no ano de 1989, mostra o retrato de uma população de homens, menores de 30 anos, desempregados, com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo (NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996).

Comparando os dois estudos, o mais recente e o primeiro realizado há mais de vinte anos, podemos constatar uma semelhança importante entre ambos, apesar das mudanças socioculturais ocorridas no país nos últimos anos. Entretanto, pouco se sabe sobre a população assistida nos serviços de saúde da rede pública, quem são essas pessoas que procuram ajuda e em que situação elas se encontram. Em torno deste cenário, é importante o alerta sobre o debate acerca das drogas, especialmente por influência da mídia, que tende a produzir retóricas maniqueístas e polarizações que, em nada, acrescentam para uma compreensão mais complexa sobre o fenômeno (DE ANDRADE., et al 2016).

Nesse sentido, é de fundamental importância à participação dos profissionais de saúde para promover conforto ao paciente submetido a esse grupo vulnerável e à sua família, para melhorar a qualidade de sua vida, com base em referenciais teóricos específicos do campo, como, por exemplo, o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF).

O MCAF baseia-se em um fundamento teórico que não envolve somente o conceito de sistemas. Esse é uma estrutura multidimensional, com três categorias principais: estrutural (estrutura interna - composição da família, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites; estrutura externa - a família extensa e sistemas mais amplos; e contexto, quer dizer, etnia, raça, classe social,

religião, espiritualidade e ambiente), de desenvolvimento (estágios, tarefas e vínculos) e funcional (instrumental, que envolve as atividades de vida diária, e expressiva, que abrange comunicação, solução de problemas, papéis, influência, poder, crenças, alianças e uniões) (DUARTE., et al 2015).

No Brasil, ao utilizar esse modelo, o profissional de saúde poderá conhecer a família em seu contexto e identificar suas necessidades, bem como alternativas de cuidado específicas a sua condição (RADOVANOVIC; CECILIO; MARCON, 2013). Para conhecer e avaliar cada família, ele deve decidir quais as subcategorias que considera relevantes e oportunas, porque nem todas precisam ser avaliadas numa primeira entrevista com a família, e algumas nunca precisarão (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

O ponto de partida para o trabalho com famílias é a compreensão, por parte do profissional, do próprio modelo de organização familiar, com crenças, valores e procedimentos que efetivamente são adotados na sua vida em família. A abordagem dos sistemas familiares tem sido empregada com o intuito de auxiliar na compreensão da família como unidade de cuidado e não simplesmente como a soma da individualidade de cada membro da família, em diversos contextos (CAVALCANTE et al., 2016).

Diante do exposto, indaga-se: como o MCAF pode identificar as áreas de atenção de profissionais de saúde no âmbito da saúde familiar e particular de um indivíduo para poder contribuir com a melhoria da assistência a esses usuários no contexto da Estratégia Saúde da Família?

2 | METODOLOGIA

A presente pesquisa exploratória é caracterizada como estudo de caso, no qual se adotou como estratégia metodológica a abordagem qualitativa. Essa abordagem é indicada como delineamento mais adequado para a investigação de um fenômeno e descrição do contexto investigado (GIL, 2017).

Trata-se de um estudo realizado no mês de julho a agosto de 2016 no Centro de Saúde da Família – CSF, inserido na Estratégia Saúde da Família, no município de Santana do Acaraú, Ceará. A escolha do sujeito da pesquisa ocorreu através de discussões entre a equipe pesquisadora e os profissionais de saúde do CSF supracitado, utilizando-se como critério de seleção a existência de usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social. O acompanhamento desse paciente ocorreu através de visitas domiciliares assistidas pela agente comunitária de saúde – ACS.

Na etapa de coleta de dados utilizou-se de fontes primárias, entrevista aberta a partir da observação direta e nas visitas domiciliares o referencial teórico do Modelo Calgary de Avaliação da Família – MCAF.

Para a avaliação dos dados referentes à estrutura familiar foram utilizados o genograma e o ecomapa como embasamento teórico para melhor definição dos

critérios de avaliação do MCAF, que possibilitam compreender a estrutura interna e externa da família. Estes instrumentos de avaliação possibilitam a percepção de toda a família delineando sua natureza, as interfaces e pontos de intermediações, pontes a construir, recursos a serem buscados e mobilizados para conflitos (SINIAK, 2014).

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados durante as entrevistas, em três encontros: dois realizados na própria residência do usuário, onde o mesmo e seus familiares estiveram presentes, e realizado no CSF. Para a manutenção do sigilo e anonimato dos membros da família foram utilizados os nomes para suas identificações: Pai, Mãe e Filho.

Durante a investigação foi adotada a conduta de respeito aos princípios bioéticos preconizados na Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). O sigilo e o anonimato dos participantes foram estabelecidos pela utilização de nomes fictícios.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O filho tinha 17 anos, era solteiro, de cor parda, natural da cidade de Santana do Acaraú – CE, onde morava na zona urbana. Cursou o ensino fundamental incompleto, era sedentário e não frequentava o Centro de Saúde da Família.

Apesar de ser tabagista, fumando mais de 30 cigarros diários, a informação mais relevante inerente ao sujeito de estudo referia-se ao fato do mesmo ser usuário rotineiro e abusivo de droga ilícita, com ênfase no crack. Dessa forma, o usuário enquadrava-se em um grupo de risco. Indivíduos envolvidos no consumo de drogas encontram-se em situação de risco gerando crises familiares, sintomas agressivos, comportamentos antissociais, criminalidade, dentre outros (LIMA; SILVA SOUZA; DANTAS, 2016).

O paciente, devido sua dependência química, apresentou uma mudança no seu quadro comportamental, evidenciado por atitudes de agressividade, ansiedade, agitação e hostilidade, devidamente relatadas durante a conversação específica sobre o uso do crack.

O uso de drogas ilícitas pode provocar dependência psicológica, abalando a estrutura social do indivíduo causando problemas no relacionamento familiar, problemas na justiça, no trabalho, e, em casos extremos, pode levar o indivíduo à morte (GOMES., et al 2017)..

O Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) consiste numa estrutura multidimensional e sistêmica que contempla três categorias principais de funcionamento da família estrutural (composição, organização e características dos membros familiares), de desenvolvimento (estágios, tarefas e vínculos) e funcional (atividades, comunicação e papéis familiares) (RODRIGUES, 2016).

Quanto à categoria estrutural, trata-se de um sistema familiar tradicional que conserva a estrutura nuclear, composto por pai (I-49), mãe (I- 35) e filho (I- 17). Nos sistemas mais amplos dispõem de diversos elementos do supra sistema familiar como:

Área restrita a segurança, unidade de saúde (frequentada somente por I- 35), escola (I-17), e trabalho (I- 49).

No que se diz respeito ao desenvolvimento foi identificada dificuldade de interação social entre os membros da família, não tendo boa relação interpessoal pelo fato da inserção do filho às drogas. Famílias de renda baixa, no contexto à subcategoria ambiente, residem em bairro sem condições sociais e sanitárias. Vale importante ressaltar que as condições socioeconômicas em que vivem são de extrema importância para a promoção da saúde, visto que essas influenciam no processo saúde-doença. A dimensão instrumental do funcionamento familiar está associada às atividades cotidianas da família.

Evidenciou-se também o mal uso de recursos financeiros evidenciados pela manutenção do acompanhamento de saúde regular do adolescente, onde mantinha resistência a procurar o serviço de saúde, porem a mãe o influenciava a busca, pois queria cessar o uso contínuo das drogas, apresentava déficit nas condições de higiene e relacionamento perturbado entre os membros, o que não favoreceu a promoção da saúde da unidade familiar. Por último, discutimos os conceitos associados à dimensão funcional expressiva da família, sendo os padrões de interação o principal foco de avaliação.

As observações diretas realizadas apontaram que, em relação ao funcionamento instrumental, cada membro da família não apresentava uma rotina estabelecida de estudo e nem de trabalho que dignificasse uma perspectiva de futuro. A falta de orientações paternas e responsabilidades para o membro da família fez com que o indivíduo se tornasse vulnerável aos atrativos maléficos oferecidos por fatores autodestrutivos específicos a essa condição psicossocial, tais como as drogas.

3 | CONCLUSÃO

A avaliação familiar respaldada pelo Modelo Calgary permitiu realizar a análise da família integralmente, levantando os principais aspectos de sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento, contemplando assim o objetivo traçado.

Esta avaliação familiar possibilitou conhecer o relacionamento entre os membros familiares, como se dá o processo saúde-doença dentro da família e como acompanhar de forma mais intrínseca situações que possam desestruturá-la.

O consumo de drogas tem efeitos devastadores, gerando, no usuário, dependência química, e na família, extenuação estrutural. Observou-se que a conduta individual de um membro familiar diante o uso de crack pode gerar consequências reverberantes na qualidade da dinâmica familiar usufruída pelos indivíduos.

O presente estudo de caso permitiu identificar os principais problemas enfrentados por uma gestante usuária de crack, propiciando também analisar a família como um todo, com o intuito de obter maiores informações acerca de sua dinâmica.

As reflexões aqui trazidas a partir das vivências durante a construção do presente estudo apontam para a importância do trabalho da equipe multiprofissional em saúde diante da necessidade de tratamento de um usuário de drogas, aliando essa força de trabalho a outros instrumentos sociais, acionados de acordo com a realidade e necessidade de cada município, na realização de intervenções que norteiem a reestruturação biopsicossocial do sujeito de estudo.

REFERÊNCIAS

Andrade AT, et al. Aspectos sociodemográficos dos usuários de crack assistidos pela rede de atenção psicossocial. **SMAD-Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 12, n. 1, p. 40-47, 2016.

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: Editora ICIT/FIOCRUZ; 2014.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

Cavalcante AES, et al. Aplicação do modelo calgary para avaliação familiar na estratégia saúde da família. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 16-28, 2016.

Duarte MCS, et al. **Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos hospitalizados sob cuidados paliativos.** 2015.

Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

Gomes LBS, et al. **Delineamento do perfil das instituições de assistência ao dependente químico e sua família no Brasil a partir das informações disponibilizadas nos sites.** 2017.

Lima MDA; Silva AS; Dantas MF. Assistência social e ações de enfrentamento ao crack e outras drogas: um debate necessário. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 11, 2016.

Nappo AS; Galduróz JC; Noto AR. Crack use in São Paulo. **Subst Use Misuse**. 1996;31(5):565-79.

Quinderé PHD; Jorge MSB. **A experiência do uso do crack e sua interlocução com a clínica: dispositivos para o cuidado integral do usuário.** Fortaleza: EDUECE; 2013.

Radovanovic CAT; Cecilio HPM; Marcon SS. Avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional da família de indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 34, n. 1, p. 45-54, 2013.

Rodrigues FA. **Avaliação de famílias de pacientes em situação de terminalidade sob cuidados paliativos: estudo à luz do Modelo Calgary.** 2016.

Siniak DS. **Rede de apoio social de familiares de usuários de crack.** 2014.

Wright LM; Leahey M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.** São Paulo (SP): Roca; 2012.

FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE BURNOUT NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Laércio Bruno Ferreira Martins

Acadêmico do curso de fisioterapia, Universidade
Estadual do Piauí
Teresina-PI

Bárbara Carvalho dos Santos

Fisioterapeuta, Universidade Estadual do Piauí
Teresina-PI

Edilene Rocha de Sousa

Fisioterapeuta, Universidade Estadual do Piauí
Teresina-PI

Caroline Rodrigues de Barros Moura

Acadêmica do curso de fisioterapia, Universidade
Estadual do Piauí
Teresina-PI

Geisa de Moraes Santana

Acadêmica do curso de fisioterapia, Universidade
Estadual do Piauí
Teresina-PI

Jordano Leite Cavalcante de Macêdo

Fisioterapeuta, docente Universidade Estadual do
Piauí
Teresina-PI

David Reis Moura

Fisioterapeuta, Hospital de Urgência de Teresina
Teresina-PI

Marcelino Martins

Fisioterapeuta, docente Universidade Estadual do
Piauí
Teresina-PI

RESUMO: Introdução: Síndrome de Burnout (SB) está relacionada ao esgotamento profissional e é uma das manifestações que mais afeta os profissionais da saúde, acarretando diversas consequências para estes e para quem os rodeia. No cuidado intensivo, esta síndrome influi diretamente na qualidade do cuidado e atendimento do paciente, aumentando número de falhas em procedimentos e diminuindo a satisfação do paciente. **Objetivo:** Verificar os fatores associados à SB em profissionais de saúde que trabalham na UTI. **Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada em bases de dados nos idiomas português, inglês e espanhol. **Resultados:** Foram incluídos 11 estudos. A maioria buscou identificar incidência e fatores associados à SB na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), foram abordados enfermeiros, médicos e fisioterapeutas. Alguns buscaram métodos de Coping e outros investigaram alterações decorrentes da SB. Em médicos a prevalência da SB variou de 33% a 64%, em enfermeiros, entre 18% e 24%, e em fisioterapeutas de um terço. Os fatores de risco foram ruídos excessivos, problemas administrativos, quantidade excessiva de pacientes, falta de recursos e relacionamento com a equipe. As consequências foram desordens do sono, perda de memória, anormalidades do humor e má gestão financeira. As causas foram jornada

de trabalho, indefinição de horários, número inadequado de profissionais, dificuldade de interação com colegas, dificuldade de comunicação com superiores. Fatores de proteção foram tempo de formação e tempo de atuação na UTI. **Conclusão:** A SB apresenta alta incidência em profissionais que trabalham em UTI, demonstrando que precisam ser tomadas medidas para melhorar essa situação.

PALAVRAS-CHAVE: Estresse Ocupacional, Unidades de Terapia Intensiva, Esgotamento Profissional.

ABSTRACT: **Introduction:** Burnout syndrome (BS) is one of the manifestations that most affects health professionals, causing several consequences for these and for those who surround them. In intensive care, this syndrome directly influences the quality of care and care of the patient, increasing the number of procedures failures and decreasing patient satisfaction. **Objective:** To verify the factors associated with SB in health professionals working in the ICU. **Methods:** This is a bibliographical review, carried out in Portuguese, English and Spanish databases. **Results:** Eleven studies were included. The majority sought to identify the incidence and factors associated with BS in the Intensive Care Unit (ICU). Nurses, physicians and physiotherapists were approached. Some sought Coping methods and others investigated consequences from BS. In physicians the prevalence of BS varied from 33% to 64%, in nurses, between 18% and 24%, and in physiotherapists was of one third. The risk factors were excessive noise, administrative problems, excessive amount of patients, lack of resources and relationship with the team. The consequences were sleep disorders, memory loss, mood abnormalities and poor financial management. The causes were working hours, lack of time, inadequate number of professionals, difficulty in interacting with colleagues, difficulty in communicating with superiors. Protection factors were time of graduation and time of actuation in the ICU. **Conclusion:** The BS has a high incidence in professionals working in the ICU, mainly due to factors such as excessive work hours, excessive noise and interaction with colleagues.

KEYWORDS: Occupational Stress, Intensive Care Units, Burnout, Professional.

1 | INTRODUÇÃO

O mundo globalizado trouxe vários progressos e facilidades para o ser humano, porém, vieram agregados a isso muitos problemas. Todo este processo alterou notavelmente o cenário do trabalho, onde o foco é a produtividade e a competitividade, dando pouca ênfase aos direitos trabalhistas. O profissional precisa trabalhar mais para suprir suas necessidades econômicas, e a exposição prolongada a ambientes e situações estressantes frequentemente se revertem em estresse ocupacional. A soma destes fatores pode acarretar em despersonalização e exaustão emocional, gerando assim a sensação de baixa realização profissional (VASCONCELOS; MARTINHO, 2017; LIMA; FARAH; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018).

O estresse em uma condição multifatorial, que pode ser experimentada por qualquer pessoa, independente de raça ou condição social. Na maioria das vezes, está relacionado a um evento derivado de fatores externos ou internos às quais o indivíduo tem resistência ou incapacidade para adequar-se e quando continuamente mantida, como por exemplo, em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde o indivíduo é continuamente pressionado e as responsabilidades profissionais são elevadas, visto o estado crítico do público ao qual estão prestando serviço. Tais condições podem levar os trabalhadores a níveis extremos, o que pode gerar diversas alterações psíquicas e orgânicas, mantendo-os em um estado ativo e excessivo de desejo de mudança. Todo esse conglomerado de emoções pode provocar danos mentais aos indivíduos expostos a tais situações (ANDOLHE et al., 2015; ALMEIDA et al., 2016).

As UTI's historicamente são consideradas importantes causadoras de estresse, tanto para pacientes quanto para familiares, entretanto, tem-se notado que este é um ambiente estressante também para os profissionais que nela trabalham, sobretudo por causa do ritmo de trabalho exaustivo, rotinas exigentes, questões éticas frequentes e difíceis de serem resolvidas, como o convívio frequente com sofrimento e morte, e imprevisibilidade, contato próximo e permanente com pessoas que necessitam de cuidados diários, o que pode induzir um envolvimento emocional entre o paciente e o profissional de saúde (SOBRINHO et al., 2010; EZAÍAS et al., 2010).

Durante períodos de lazer e descanso, os sentimentos negativos gerados enquanto estes profissionais trabalham podem desaparecer. Contudo, quando este sentimento de angústia ocorre mesmo em situações sem a presença desses fatores estressantes, isto pode indicar uma situação de estresse crônico, potencial desencadeador da Síndrome de Burnout (SB) (ANDOLHE et al., 2015; ALMEIDA et al., 2016).

O termo “Burn Out”, de origem inglesa significa “consumir-se” ou “queimar-se”. Esta Síndrome pode ser dividida em três dimensões, sendo estas, a exaustão emocional, despersonalização e realização profissional. A SB acarreta consequências em diversos domínios, e se apresenta com sintomas específicos como irritabilidade, dores musculares, falta de apetite, esgotamento físico e mental, além de sentimentos de exaustão, inutilidade, ansiedade e descontentamento que ocorrem devido à sua insatisfação e inadaptação com seu ambiente de trabalho, sendo apontada como uma das manifestações que mais afeta aos profissionais da saúde, trazendo consigo consequências negativas em nível individual, profissional, familiar e social (EZAÍAS et al., 2010; VASCONCELOS; MARTINHO, 2017).

No ambiente de trabalho, as principais consequências descritas são violações das normas de organização, longas pausas, atrasos frequentes, absenteísmo, desempenho reduzido, comunicação deficiente, falta de compromisso com o trabalho, pouca atenção e concentração. Sendo o absenteísmo um dos problemas que mais geram custos a empregadores, podendo suscitar custos de até 60% de todos os recursos destinados ao tratamento de doenças. Frente a todas estas variáveis, no

cuidado intensivo, essa síndrome pode implicar sérias consequências individuais, influindo diretamente na qualidade do atendimento prestado ao paciente, gerando aumento no número de falhas em procedimentos e diminuição da satisfação do cuidado (PAREDES; SANABRIA-FERRAND, 2008; VASCONCELOS; MARTINHO, 2017).

2 | OBJETIVO

Verificar os fatores associados à SB em profissionais de saúde que trabalham em ambiente de UTI.

3 | MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica realizada nas bases de dados PUBMED, SciELO, SpringerLink, Free Medical Journals e nos banco de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de Periódicos da Capes, com os descritores: Estresse Ocupacional (Occupational Stress), Unidades de Terapia Intensiva (Intensive Care Units), Esgotamento Profissional (Burnout, Professional) nos idiomas português, inglês e espanhol, associados a operadores booleanos nas seguintes configurações: “Esgotamento profissional AND Unidades de Terapia Intensiva”, “Estresse profissional AND Unidades de Terapia Intensiva”, “Burnout AND Intensive Care Units”, “Professional stress AND Intensive Care Units” e “Estrés profesional AND Intensive Care Units” no período de agosto a outubro de 2018.

Foram adotados como critérios de inclusão: artigos que relatassem a ocorrência da Síndrome de Burnout em profissionais de saúde que trabalhassem em UTI, artigos completos publicados em português, Inglês e Espanhol, e estudos publicados entre 2008 e 2018. Os critérios de exclusão foram: revisões sistemáticas e de literatura, artigos incompletos, resumos publicados em anais de eventos científicos, estudos publicados em período prévio a 2008, referências duplicadas, estudos que buscavam a validação de instrumentos de medida e estudos que abordavam grupos de profissionais diferentes dos que trabalhavam em ambiente hospitalar da UTI.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 40 artigos, dos quais 11 foram incluídos e 29 excluídos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, sendo quatro artigos excluídos por serem revisões de literatura, seis por estarem incompletos, cinco por estarem duplicados, nove por abordarem profissionais de saúde que não trabalham em ambiente de UTI e cinco por terem como amostra estudantes de graduação em cursos de saúde.

A TABELA 01 apresenta os principais resultados deste estudo.

AUTOR, ANO	MÉTODO	RESULTADO
ANDOLHE et al., 2015	Estudo observacional, transversal; 20 enfermeiros; 224 técnicos e auxiliares de enfermagem; Escala de estresse no trabalho (EET) reduzido; Lista de Sinais e Sintomas de Estresse (LSS); Escala de Coping Ocupacional (ECO); Inventário Maslach de Burnout (MBI).	EET: 74,47% nível médio de estresse; 13,29% nível baixo; 12,24% nível alto; LSS: 46,13% nível médio; 30,00% alto e altíssimo; ausência de nível baixo em 25%; Coping: tempo de formado, tempo de atuação na UTI, Trabalhar na UTI clínica, ter companheiro, gostar de trabalhar na UTI, efetividade das horas de sono; Fatores estressantes: não ter horário fixo de trabalho, falta de efetividade das horas de sono, não ter disposição para o trabalho, número de profissionais inadequado, recursos materiais disponíveis.
BURGHI et al., 2014	Estudo transversal; 282 enfermeiros, 82 médicos; Questionário anônimo; MBI.	Alterações mais frequentes: Desordens do sono; alterações de libido; problemas com alimentação, perda de memória, anormalidades do humor, manejo inadequado do dinheiro.
CUBERO et al., 2016	Estudo de Coorte; Médicos; Questionário sócio demográfico; MBI.	Fatores de risco: Jornada excessiva de trabalho (mais de 15 pacientes por dia e mais de 60h semanais).
EZAÍAS et al., 2010	Estudo descritivo; 160 Enfermeiros técnicos e auxiliares profissionais; Instrumento autoaplicável e MBI.	54 profissionais possuem alto grau de exaustão emocional; 43 demonstram alto grau de despersonalização; 48 demonstram baixa realização profissional; Evidenciou que profissionais com altos índices de Burnout se recusam a participar em pesquisas; Os mais acometidos foram auxiliares de enfermagem (18), auxiliares e técnicos (3) e enfermeiros (6). Mulheres evidenciaram mais exaustão profissional; homens evidenciaram maior despersonalização; Profissionais recém-formados tiveram maiores índices de baixa realização e altos de exaustão; Despersonalização se mostrou mais evidente em auxiliares/técnicos de enfermagem (17) e enfermeiros (3).
FERNANDES; NITSCHE; GODOY, 2018	Estudo descritivo; 160 profissionais de Enfermagem de 04 Unidades de Terapia Intensiva; Questionário estruturado; História tabágica; MBI; Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT); Questionário de Dependência de Fagerström (QDF); Mensuração do monóxido de carbono	74 indivíduos foram classificados com alto grau de exaustão (05 Auxiliares, 46 Técnicos e 23 Enfermeiros); 87 profissionais obtiveram baixo grau; (07 Auxiliares, 56 Técnicos e 24 Enfermeiros). A mediana de despersonalização foi de 04 pontos e 52 profissionais obtiveram alto grau (06 Auxiliares, 35 Técnicos e 11 Enfermeiros); SB foi identificada em 34 profissionais; não foi encontrada diferença entre presença e ausência da SB e autoclassificação para tabagismo; foi encontrada diferença significativa para a correlação entre SB e profissionais que fazem uso de álcool; Profissionais do sexo feminino estavam mais propensas a ter Burnout. Coping: Não fazer uso de álcool ou tabaco, ser casado, praticar atividades físicas, ter filhos. Uso de álcool e tabaco esteve relacionado a aumento do risco de desenvolvimento de exaustão emocional, redução da realização profissional e despersonalização.

MONTE et al., 2013	Estudo transversal; 22 enfermeiros; Escala de Bianchi de Estresse (EBS)	Fatores estressantes: Ambiente físico na UTI; nível de barulho; realização de atividades burocráticas; realização de atividades sem tempo disponível, coordenar as atividades, admitir pacientes na UTI, controlar a qualidade do cuidado, orientar familiares de pacientes críticos, enfrentar a morte do paciente, atender às emergências da unidade, orientar os familiares para o cuidado do paciente, atender às necessidades dos familiares, supervisionar as atividades da equipe e comunicação com administração superior.
POPP, 2008	Estudo transversal; 53 enfermeiras de 24 a 54 anos; MBI; Inventário de Estratégias de Coping (IEC).	Resultados significativos em relação às dimensões de despersonalização e baixa personalização. Os enfermeiros que apresentaram menores níveis de Burnout utilizaram estratégias de enfrentamento, tais como: análise lógica da situação problemática, suas causas, consequências e possíveis soluções, como a execução de ações que solucionem o problema e o desenvolvimento de gratificações ou recompensas alternativas em outro tipo de fontes de satisfação, como, relações sociais, atividades e desenvolvimento pessoal.
SANTOS et al., 2018	Estudo de coorte; 60 fisioterapeutas; questionário sociodemográfico; MBI.	Síndrome de Burnout teve prevalência de 33,3%; Prevalência 38,3% de exaustão emocional; Despersonalização com 16,7%; Ineficácia 15,0%; O Burnout esteve relacionado a características do trabalho, carga horária de plantão noturno e carga horária total semanal; outras variáveis não foram avaliadas.
SILVA et al., 2015	Estudo transversal; 130 profissionais; MBI; Escala de Estresse no Trabalho (JSS) e Self Reporting Questionnaire (SRQ).	Fatores estressantes: Carga horária; relacionamento interpessoal; relacionamento profissional; relacionamento com a chefia; déficit de pessoal.
SOBRINHO et al., 2010	Estudo descritivo; 297 médicos; Questionário padronizado contendo MBI, Whoqol-Bref e Job Content Questionnaire (JCQ)	Principais fatores de risco: Ruídos excessivos na UTI; possibilidade de complicações no atendimento aos pacientes; problemas administrativos. Fatores estressantes: Lidar com sofrimento e morte; obrigação de lidar com diversas questões simultaneamente; quantidade de pacientes por médico; ritmo acelerado das atividades profissionais; falta de recursos materiais; comprometimento da equipe; relacionamento com a equipe; cuidar de paciente terminal; pressão para dar alta aos pacientes. Coping: praticar atividades físicas, ter um <i>hobby</i> , idade igual ou superior a 33 anos, ter mais de 9 anos de graduação.
VASCONCELOS; MARTINHO, 2017	Estudo transversal; 91 enfermeiros de terapia intensiva; Questionário sociodemográfico; MBI; Inventário de Depressão de Beck (IDB).	A distribuição era: 17 enfermeiros na unidade de terapia intensiva geral; 10 na do convênio; Oito na da neurocirurgia; Seis na da pneumologia; Cinco na pediátrica; 10 na neonatal; Cinco na da cirurgia cardíaca; Sete na da hemodiálise; Sete na cardíaca; Seis na da clínica médica; Cinco na do pronto-socorro; E cinco na unidade de tratamento de queimados; 13 apresentavam síndrome de Burnout; 81 não apresentavam sintomatologia depressiva; Cinco estavam com sintomas de disforia; E cinco apresentaram sintomatologia depressiva.

Tabela 01. Descrição da metodologia e resultados dos estudos analisados.

Fonte: Pesquisadores.

As atividades laborais são caracterizadas como um meio de sobrevivência material que permite que o indivíduo seja “aceito” na sociedade capitalista. O trabalho também se configura como uma forma de socialização e de construção da identidade, favorecendo a expressão da subjetividade das pessoas, podendo resgatar ou promover a saúde. Contudo, os afazeres laborais podem ter efeitos adversos aos supracitados dependendo da forma como são organizados, sendo assim um potencial para depreciação da saúde dos trabalhadores. Diante deste contexto, deve-se atentar para os condicionantes e determinantes envolvidos nesta estreita e complexa relação entre saúde e trabalho (RUBACK et al., 2018).

A SB pode ser conceituada como o esgotamento emocional do indivíduo em relação ao trabalho, que cursa com exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional. É mais comum em profissionais que trabalham com públicos semelhantes de forma continua e permanente e pode refletir no desenvolvimento de atitudes frias, negativas e insensíveis dirigidas aos receptores do atendimento prestado. Síndromes como esta atentam para os aspectos biopsicossociais que evidenciam o estresse ao qual a sociedade moderna está sendo acometida, onde as condições de trabalho e o estresse psicológico mostram-se como fatores de risco para a população economicamente ativa. Essa condição geralmente é encontrada em profissionais das áreas de ensino e da saúde, por estarem diretamente relacionadas ao contato emocional contínuo com pessoas (GOVÊIA et al., 2018; SILVA et al., 2017).

Para Lima, Farah e Bustamante-Teixeira (2018), o Burnout é originário de um desequilíbrio entre demandas e recursos, e expectativa e realidade, onde os níveis de demandas e expectativas extrapolam os recursos e a realidade, impedindo o indivíduo de se adaptar a uma determinada situação. Na área de saúde, isso está diretamente relacionada ao esgotamento físico e mental, contato frio e impessoal com pacientes, atitudes de ironia, cinismo e indiferença, insatisfação com o trabalho, baixa autoestima, desmotivação e desejo de abandonar o cargo (GOVÊIA et al., 2018).

Dessa forma, neste estudo, a maioria dos estudos analisados buscou identificar a incidência e os fatores associados ao desenvolvimento da SB na UTI, abordando principalmente profissionais como enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem e em menor número, médicos e fisioterapeutas, outros profissionais não foram citados em nenhum dos estudos. Alguns trabalhos buscaram evidenciar os métodos de Coping utilizados pela amostra de seus estudos e outros buscaram investigar as principais alterações decorrentes da SB. Os métodos de Coping são estratégias de enfrentamento utilizadas a fim de vivenciar atividades de maneira adequada, sendo uma das formas mais efetivas de neutralização de estressores (ANDOLHE et al., 2015).

Dentre os estudos que utilizaram majoritariamente profissionais de enfermagem, os métodos de Coping mais utilizados foram ter companheiro e filhos, praticar atividades físicas, gostar da atividade que desempenha e do local de trabalho e realizar análise lógica de situações problemáticas. Foram considerados fatores de proteção não fazer

uso de álcool e tabaco, ter efetividade nas horas de sono e trabalhar a muito tempo no ambiente de UTI, conforme TABELA 01.

Ainda de acordo com a TABELA 01, em trabalhos, que além de enfermeiros, utilizaram também técnicos e auxiliares de enfermagem, a prevalência maior se deu em enfermeiros, 28% a 42% apresentando nível grave, seguidos por técnicos e auxiliares, 18% a 24% apresentando nível severo, sendo o sexo feminino o mais acometido e mais propenso ao desenvolvimento da SB em todos os estudos. Esses dados corroboram o estudo de Larré, Abud e Inagaki (2018), no qual este justifica a maior incidência de tal síndrome em profissionais do sexo feminino, pela história da profissão e porque estas desempenham dupla jornada de trabalho, na qual tem que cuidar da família, moradia e ainda desempenhar as atividades profissionais.

Na TABELA 01 também foi possível verificar que as principais consequências associadas ao Burnout foram desordens do sono, alterações de libido, problemas com alimentação, perda de memória, anormalidades do humor e má gestão financeira. Esses achados também condizem com a literatura pesquisada, onde o trabalho de Ruback et al. (2018), afirma que estes dados podem ser atribuídos às fracas relações de trabalho e à cultura do foco no problema e na doença, o que ignora fatores que mantém as pessoas no trabalho e as protege de doenças.

Os fatores apontados como estressantes e indutores da SB segundo a TABELA 01 foram jornada de trabalho excessiva, indefinição de horários, número inadequado de profissionais, ambiente barulhento, gestão deficiente de tempo, dificuldade de interação com colegas, insatisfação com o ambiente, falta de equipamento adequado, dificuldade de comunicação com superiores. Alguns estudos demonstraram que os profissionais que trabalham na UTI clínica correm menos risco de desenvolverem SB em alto nível que profissionais que trabalham em UTIs cirúrgicas e UTIs de especialidades (EZAÍAS et al., 2010; MONTE et al., 2013).

Quando se observa o trabalho desempenhado por profissionais de enfermagem, considerada a quarta profissão mais estressante do mundo, podem-se identificar alguns fatores de risco individuais e ambientais que propiciam a instalação do estresse, como ritmo de trabalho acelerado, sobrecarga de trabalho, existência de conflitos entre valores pessoais e laborais, e a falta de tempo para lazer. Todos estes fatores levam este profissional a ter sua qualidade de vida prejudicada no ambiente profissional, impactando na condução dos pacientes e na segurança da sua própria saúde (LIMA; FARAH; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018).

Os resultados encontrados neste estudo, referentes a profissionais de enfermagem remetem aos trabalhos de Larré, Abud e Inagaki (2018), Moreira; Souza; Yamaguchi (2018) e Sanches, Souza e Lima (2018), que realizaram pesquisas bibliográficas a fim de identificar a ocorrência da SB em profissionais de enfermagem, concluindo que enfermeiros são os mais acometidos pela SB, devido ao compromisso e à responsabilidade de sua profissão com a melhora da qualidade de saúde de seus pacientes, além do enfrentamento diário de situações extremamente estressantes no

ambiente de trabalho como a falta de recursos e a incapacidade de responder às expectativas. Estes estudos apontam evidências que isto está relacionado à ausência de comunicação entre enfermeiros e os cargos de gerência, ficando este, por vezes, sem autonomia para desempenhar suas atividades de forma resolutiva. Sendo, portanto, que as principais fontes de estresse se encontram no relacionamento com pacientes e familiares de pacientes, e relacionadas ao ambiente de trabalho.

A TABELA 01 também demonstrou que nos estudos que utilizaram médicos, os métodos de Coping e fatores de proteção foram prática regular de atividades físicas, manutenção de um *hobby*, idade igual ou superior a 33 anos e ter mais que nove anos de graduação. Nestes estudos, a SB em nível alto teve prevalência que variou de 33% a 64%, sendo os principais fatores de risco apontados, a presença de ruídos excessivos na UTI, complicações no atendimento aos pacientes, problemas administrativos, ter que lidar com sofrimento e morte e com diversas questões simultaneamente, quantidade excessiva de pacientes, ritmo acelerado das atividades, falta de recursos materiais, comprometimento da equipe, relacionamento com a equipe, e a pressão para dar alta aos pacientes (CUBERO et al., 2016; SILVA et al., 2015; SOBRINHO et al., 2010).

Em nível mundial, 01 a cada 02 médicos apresentam SB, o que representa uma situação crítica, sendo um terço destes, acometidos de maneira considerável, e um décimo de forma grave e permanente. No Brasil, 01 a cada 05 profissionais médicos é afetado. Como causas principais são apontadas situações como plantões prolongados, privação de sono, equipe incompleta ou desfalcada, pressão do tempo e urgências, convívio com sofrimento e morte, além de que no cenário atual da sociedade, ocorre uma pressão cada vez maior para a incorporação de procedimentos e condutas que visam ao melhor desempenho dos médicos na produção e a desvalorização profissional que a classe vem sofrendo frente à sociedade, o que se evidencia pela hostilidade ocorrida no cotidiano, em que cada vez mais pacientes recorre a mecanismos judiciais em decorrência ao descontentamento por serviços prestados (GOVÊIA et al., 2018; MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2018).

Diferentemente dos achados deste estudo, no qual o tempo de atividade em UTI foi considerado fator positivo e de proteção, Moreira, Souza e Yamaguchi (2018), assenta que muitos anos de experiência profissional na UTI atuam como desencadeadores da SB, considerando o trabalho em ambiente hospitalar um fator de proteção. Por outro lado, o autor confirma os fatores de risco e os fatores causadores encontrados neste estudo, e sugere que a divisão multidisciplinar adequada das atividades na UTI atenua a tensão profissional que a classe médica sofre.

Somente o estudo de Santos et al (2018) abordou profissionais da fisioterapia, evidenciando prevalência da SB em 33,3% da amostra de 60 fisioterapeutas, estando relacionada principalmente a características não especificadas pelos autores no ambiente de trabalho, carga horária de plantões noturnos e carga horária total semanal. O próprio autor do estudo afirma que muitos dos profissionais fisioterapeutas ainda desconhecem a Síndrome e aplica esta afirmativa como explicação para a escassez

na literatura brasileira de estudos que os aborde. Por outro lado, cita que na literatura internacional este fato não se repete, citando diversos estudos, nos quais a prevalência do Burnout variou de 13,8% a 25,5%, sendo a maior incidência em profissionais do setor privado.

Dentre os instrumentos citados nos estudos para a detecção do Burnout e do estresse ocupacional, de acordo com a TABELA 01 estavam Escala de estresse no trabalho, Lista de sinais e sintomas de estresse, Escala de Coping Ocupacional, Inventário Maslash de Burnout, Escala de Bianchi de Estresse, Inventário de estratégias de Coping, Questionário WHOQOL-BREF e Inventário de Depressão de Beck. Destes, o mais aceito para a identificação da Síndrome de Burnout, independentemente das características ocupacionais e de sua origem, é o Inventário Maslash de Burnout (MBI). O MBI avalia como o trabalhador vivencia seu trabalho, de acordo com três dimensões conceituais, sendo as mesmas: exaustão emocional, realização profissional e despersonalização. Entretanto, embora seja o instrumento mais utilizado e mais aceito, não há um consenso na literatura para sua interpretação, sendo feita a descrição dos resultados pela presença de pelo menos uma das três dimensões em alto nível. Outra limitação deste instrumento está no fato de este não levar em consideração fatores prévios e as consequências do processo, servindo única e exclusivamente para a avaliação da síndrome no momento atual (CARLOTTO; CÂMARA, 2004; SILVEIRA, 2016; SANTOS et al., 2018).

5 | CONCLUSÃO

A partir deste trabalho observou-se que a equação entre fatores estressantes e trabalho em UTI's, tem resultado cada vez mais em situações que levam ao esgotamento profissional como SB. Também ficou nítido que problemas familiares influenciam na sobrecarga de tais indivíduos, acentuando o quadro dos mesmos.

Contudo, apesar da relevância do tema, poucos estudos foram encontrados nas bases e bancos de dados utilizados, revelando que ainda têm-se o pensamento errôneo que os únicos personagens a terem dificuldades nesse ambiente são os pacientes e familiares. Este trabalho ressalta a importância de serem realizadas mais pesquisas com esse público, visando disseminar que estes também precisam de melhores condições de trabalho, para assim terem mais qualidade de vida e terem mais rendimento em seu trabalho.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. A.; et al. Generators factors of Burnout Syndrome in health professional Factores generadores del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. **Rev Fund Care Online**, v. 08, n. 03, p.: 4623-4628, 2016.

ANDOLHE, R.; et al. Estresse, Coping e Burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia

Intensiva: fatores associados. **Journal of School of Nursing**, vol. 49, p.: 58-64, 2015.

BURGHI, G.; et al. Prevalence, risk factors and consequences of severe Burnout syndrome in ICU. **Intensive Care Med**, vol. 40, p.: 1785–1786, 2014.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Factorial Analysis Of The Maslach Burnout Inventory (MBI) In A Sample Of Teachers From Private Schools. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 3, p. 499-505, 2004.

CUBERO, D. I. G. et al. Burnout in Medical Oncology Fellows: a Prospective Multicenter Cohort Study in Brazilian Institutions. **J. Canc. Educ.**, v. 31, p.: 582-587, 2016.

EZAIAS, G. M.; et al. Sindrome De Burnot En Trabajadores De Salud En Un Hospital De Media Complejidad. **Rev. enferm. UERJ**, vol. 18, n. 04, p.: 524-529, 2010.

FERNANDES, L. S. Associação entre Síndrome de Burnout, uso prejudicial de álcool e tabagismo em profissionais de Enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas de Botucatu – UNESP. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

FERNANDES, L. S.; NITSCHE, M. J. T.; GODOY, I. Association between Burnout syndrome, harmful use of alcohol and smoking in nursing in the ICU of a university hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 01, p.: 203-214, 2018.

GOVÉIA, C. S.; et al. Associação entre síndrome de Burnout e ansiedade em residentes e anestesiologistas do Distrito Federal. **Rev Bras Anestesiol.**, vol. 68, n. 05, p.:442-446, 2018.

LARRÉ, M. C.; ABUD, A. C. F.; INAGAKI, A. D. M. A relação da Síndrome de Burnout com profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Nursing**, v. 21, n. 237, p.: 2018-2023, 2018.

LIMA, A. S.; FARAH, B. F.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Analysis Of The Prevalence Of Burnout Syndrome In Professionals Of Primary Health Care. **Trab. Educ. Saúde**, v. 16 n. 1, p. 283-304, 2018.

MONTE, P. F.; et al. Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm**, vol. 26, n. 05, p.: 421-427, 2013.

MOREIRA, D. S.; et al. Prevalence of Burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 07, p.:1559-1568, 2009.

MOREIRA, H. A.; SOUZA, K. N.; YAMAGUCHI, M. L. Burnout Syndrome in Physicians: a systematic review. **Rev Bras Saude Ocup.**, n. 43, 2018.

PAREDES, G. O. L.; SANABRIA-FERRAND, P. A. Prevalencia Del Síndrome De Burnout En Residentes De Especialidades Médico Quirúrgicas, Su Relación Con El Bienestar Psicológico Y Con Variables Sociodemográficas Y Laborales. **Rev. Fac. Med.**, v. 16, n. 01, p.: 25-32, 2008.

POPP, M. S. Estudio Preliminar Sobre El Síndrome De Burnout Y Estrategias De Afrontamiento En Enfermeras De Unidades De Terapia Intensiva (UTI). **INTERDISCIPLINARIA**, v.25, n. 01, p.: 5-27, 2008.

READER, T. W.; et al. Burnout in the ICU: Potential consequences for staff and patient well-being. **Intensive Care Med**, vol. 34, p.: 04-06, 2008.

RUBACK, S. P.; et al. Stress and Burnout Syndrome Among Nursing Professionals Working in Nephrology: an Integrative Review. **Fundam. Care. Online**, v. 10, n. 03, p.: 889-899, 2018.

SANCHES, R. S.; SOUZA, A. R.; LIMA, R. S. Factors related to the development of stress and burnout

among nursing professionals who work in the care of people living with HIV/aids. *J. Res. Fundam. Care. Online*, v. 10, n. 01, p. 276-282, 2018.

SANTOS, C. L. C.; et al. Prevalence of the Burnout Syndrome and associated factors in intensivist physical therapists. *Rev. Pesq. Fisio.*, v. 08, n. 03, p.: 336-344, 2018.

SILVA, J. L. L.; et al. Aspectos Psicossociais E Síndrome De Burnout Entre Trabalhadores De Enfermagem Intensivistas. *Revista Baiana de Saúde Pública*, vol.39, n.01, p.: 182-185, 2015.

_____. Prevalencia del Síndrome de Burnout entre profesores de la Escuela Estatal em Niterói, Brasil. *Enfermaría Actual em Costa Rica*, n. 34, 2017.

SILVEIRA, A. L. P. Burnout Syndrome: consequences and implications of an increasingly prevalent reality in health professionals' lives. *Rev Bras Med Trab.*, v. 14, n. 03, p.: 275-284, 2016.

SOBRINHO, C. L. N.; et al. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Revista Brasileira De Educação Médica*, vol. 30, n. 01, p.: 106-115, 2010.

VASCONCELOS, E. M.; MARTINHO, M. M. F. Predictors of Burnout syndrome in intensive care nurses Predictores del síndrome de Burnout em enfermeras de La unidad de terapia intensive. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 38, n. 04, 2017.

VASCONCELOS, E. M.; MARTINHO, M. M. F.; FRANÇA, S. P. S. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Rev Bras Enferm.*, v. 71, n. 01, p.: 147-153, 2018.

VERDON, M.; et al. Burnout In A Surgical ICU Team. *Intensive Care Med*, vol. 34, p.: 152-156, 2008.

FATORES INVIABILIZADORES DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES INTERNADOS NA UTI: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Laércio Bruno Ferreira Martins

Acadêmico de fisioterapia, Universidade Estadual
do Piauí
Teresina-PI

Bárbara Carvalho dos Santos

Fisioterapeuta, Universidade Estadual do Piauí
Teresina-PI

Caroline Rodrigues de Barros Moura

Acadêmica de fisioterapia, Universidade Estadual
do Piauí
Teresina-PI

Suellen Aparecida Patrício Pereira

Fisioterapeuta, Universidade Estadual do Piauí
Teresina-PI

Edilene Rocha de Sousa

Fisioterapeuta, Universidade Estadual do Piauí
Teresina-PI

David Reis Moura

Fisioterapeuta, Hospital de Urgências de Teresina
Teresina-PI

Marcelino Martins

Fisioterapeuta, docente Universidade Estadual do
Piauí
Teresina-PI

inúmeros benefícios decorrentes do uso da mobilização precoce de pacientes críticos, sendo estes benefícios inclusive pautados pelas evidências científicas, tais como redução da fraqueza muscular, menor tempo de permanência na UTI e no hospital, além de serem práticas seguras e viáveis para a maioria dos pacientes que estão neste ambiente. **Objetivo:** Verificar os fatores que inviabilizam ou interrompem a prática da mobilização precoce em pacientes na UTI. **Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica com os descritores: Unidade de Terapia Intensiva, Debilidade muscular, Resposta de Imobilidade Tônica, Deambulação Precoce, Ventilação Mecânica nos idiomas inglês, português e espanhol, no período de agosto a outubro de 2018. **Resultados e Discussão:** Foram incluídos 05 artigos que preencheram os critérios de elegibilidade. Os fatores inviabilizadores apontados nos estudos foram: falta de equipamentos, sedação e sonolência excessiva, ausência de segurança profissional e de parâmetros. Os motivos de interrupção consistiram em instabilidades cardíacas e respiratórias, além da interação fisioterapeuta-paciente. **Conclusão:** Diversas barreiras constituíram-se para a não adoção ou interrupção da mobilização precoce, dentre estes se destacam falta de parâmetros, instabilidades cardíacas e respiratórias e interação profissional-paciente. Entretanto,

RESUMO: Introdução: Em unidades de terapia intensiva (UTI) comumente os pacientes permanecem restritos ao leito, acarretando, imobilidade e disfunção severa do sistema osteomioarticular, e embora se apontem

ainda que a temática abordada neste estudo seja bastante relevante, a literatura pesquisada demonstrou um número escasso de estudos com o tema, o que demonstra a necessidade de mais pesquisas na área.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de Terapia Intensiva, Debilidade muscular, Resposta de Imobilidade Tônica, Deambulação Precoce, Ventilação Mecânica.

ABSTRACT: **Introduction:** In the intensive care unit (ICU), patients are often restricted to the bed, causing immobility and severe dysfunction of the osteomyelitis system, and although there are numerous benefits of using early mobilization of critical patients, such as reduced weakness, shorter time of permanence in the ICU and in the hospital, studies indicate that the practice is not adopted despite the existence of studies that demonstrate its benefit as a safe and viable practice in the majority of the patients hospitalized in ICU. **Objective:** To verify the factors that prevent or interrupt the practice of early mobilization in ICU patients. **Methods:** This is a bibliographical review, in databases with descriptors: Intensive Care Units, Muscle Weakness, Immobility Tonic, Response, Early Ambulation, Respiration, Artificial in the English, Portuguese and Spanish languages, from August to October 2018 **Results and Discussion:** We included 05 articles that met the eligibility criteria. They were identified as impractical factors, lack of equipment, sedation and excessive drowsiness, lack of safety and professional parameters. The reasons for the interruption consisted of cardiac and respiratory instability, in addition to the physiotherapist-patient interaction. **Conclusion:** Several barriers were established for the non-adoption or interruption of early mobilization, among which the lack of parameters, cardiac and respiratory instability, and professional-patient interaction stand out. However, although the topic addressed in this study is quite relevant, the researched literature has shown a scarce number of studies with the theme, which demonstrates the need for more research in the area.

KEYWORDS: Intensive Care Units, Muscle Weakness, Early Ambulation, Respiration, Artificial.

1 | INTRODUÇÃO

No curso de uma doença crítica, em que pacientes necessitam de ventilação mecânica por mais de sete dias, é comum que estes permaneçam imobilizados, desenvolvendo fraqueza neuromuscular. A fraqueza muscular adquirida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tem incidência entre 25% e 60%, e pode contribuir de maneira significativa para o aumento da duração do tempo de ventilação mecânica e aumento do tempo de internação nessas unidades. É comum que estes pacientes tenham restrição na morbidade neuromuscular, que podem permanecer por anos após a internação, o que restringe as atividades recreativas e a autonomia, diminuindo, consequentemente, a qualidade de vida (QV) (HODGSON et al., 2013; HOPKINS et al., 2012).

Durante o repouso, a utilização do sistema muscular esquelético fica reduzida. Os músculos são ativados menos frequentemente, durante períodos mais curtos e cargas reduzidas. Dessa forma, a descarga mecânica dos músculos desencadeia uma cascata de respostas que altera sua morfologia e a proporção de suas fibras lentas e rápidas, a contratilidade e a capacidade aeróbica, resultando em catabolismo, atrofia e fraqueza (LIPSHUTZ e GROPPER, 2013).

Existem diversas barreiras percebidas para a mobilização precoce. Os pacientes da UTI apresentam distúrbios graves no equilíbrio fisiológico, fazendo com que os profissionais de saúde concentrem sua atenção no tratamento dos sistemas de órgãos que mais ameaçam a sobrevivência (LIPSHUTZ e GROPPER, 2013).

Embora a literatura pesquisada mostre um crescimento na elaboração de protocolos para a prevenção dos fatores de risco, visando reduzir a incidência de fraqueza muscular adquirida na UTI, ainda existe uma tendência de imobilização e sedação nestes pacientes, o que contribui para a maior degradação muscular, tanto esquelética quanto respiratória (GODOY et al., 2015).

Entretanto, embora se apontem inúmeros benefícios decorrentes da utilização da mobilização precoce em pacientes críticos, tais como redução da fraqueza muscular, menor tempo de internação hospitalar, estudos apontam que a prática não é adotada em países desenvolvidos, apesar da existência de vários pequenos estudos internacionais que demonstram o seu benefício como uma prática segura e viável na maioria dos pacientes de UTI (DANTAS et al., 2012; HODGSON et al., 2013; HOLDSWORTH et al., 2015).

2 | OBJETIVO

Verificar os principais fatores que inviabilizam ou interrompem a prática da mobilização precoce em pacientes críticos internados na UTI.

3 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, onde uma pesquisa sobre o tema foi realizada nas bases de dados: SciELO, Pubmed, Free Medical Journals, Portal de Periódicos da Capes e no banco de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: Unidade de Terapia Intensiva, Debilidade muscular, Resposta de Imobilidade Tônica, Deambulação Precoce, Ventilação Mecânica, nos idiomas inglês, português e espanhol, no período de agosto a outubro de 2018.

Foram adotados como critérios de inclusão artigos de intervenção que relatassem o uso de protocolos que abordassem mobilização ativa e passiva em pacientes mecanicamente ventilados internados na UTI, artigos publicados em periódicos

indexados nos idiomas selecionados, publicados entre 2008 e 2018.

Os critérios de exclusão foram: revisões sistemáticas e de literatura, artigos que abordassem predominantemente terapias medicamentosas ou usassem mobilização fora do ambiente de UTI, resumos publicados em anais de eventos científicos, ano de publicação prévio a 2008, estudos duplicados e artigos incompletos.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 22 estudos, dos quais 17 foram excluídos e cinco foram incluídos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, sendo sete revisões bibliográficas, cinco estudos por estarem duplicados, três por serem protocolos de ensaio clínico randomizado, um estudo por investigar as crenças dos profissionais acerca da mobilização precoce e um estudo por investigar se as atividades de mobilização permaneceram após a saída do paciente da UTI.

Os principais fatores apontados como causas da não realização da mobilização de pacientes críticos na UTI de acordo com a Tabela 01 foram ausência de apoio institucional e de equipamentos, espaço físico insuficiente, exigência de ordem médica, sedação e sonolência excessiva do paciente e falta de segurança do profissional. Choong et al (2013), em seu estudo abordou crianças e adolescentes em idade escolar e apontou a ausência de parâmetros como principal inviabilizador.

Outros estudos apontaram os motivos de interrupção da mobilização, sendo estes, instabilidades cardíacas como taquicardia, bradicardia, e instabilidades respiratórias como sinais de desconforto respiratório evidenciado pelo uso da musculatura acessória, batimento da asa do nariz, aumento da frequência respiratória, alteração da saturação periférica do oxigênio e aumento ou redução da pressão arterial média em 20 mmHg. Foi assinalada ainda a interação fisioterapeuta-paciente.

Os resultados do estudo estão expressos na Tabela 01.

AUTOR; ANO	MÉTODO	RESULTADO
DIEZ et al (2012)	<ul style="list-style-type: none">Submissão de 7 pacientes a carga mecânica passiva unilateral por duas horas e meia, 4 vezes ao dia.	<ul style="list-style-type: none">Principais barreiras: ventilação mecânica; sedação; imobilização.

DANTAS et al (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • 59 pacientes em ventilação mecânica; • Controle: 14; • Mobilização precoce: 14. 	<ul style="list-style-type: none"> • Causas de interrupção: taquicardia ou bradicardia; sinais de desconforto respiratório evidenciado pelo uso da musculatura acessória; batimento da asa do nariz e aumento da FR>25 IRPM; alteração da SpO2 para <90% e aumento ou redução da pressão arterial média (PAM) em 20mmHg.
CHOONG et al (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário contendo barreiras para realização da mobilização, o melhor momento e a natureza da prática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Principais barreiras: institucional; falta de equipamentos; falta de espaço físico para a prática; exigência de uma ordem médica; falta de parâmetros.
NYDAHL et al (2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Ponto-prevalência de um dia em cento e dezesseis UTIs em 2011. 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivos de interrupção: Instabilidade cardiovascular, sedação profunda, contraindicação médica, e fraqueza.
HODGSON et al (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização em pacientes sob ventilação invasiva, 192 pacientes (58+-15 anos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Principais barreiras: intubação e a sedação. • Causas de interrupção: instabilidade cardiovascular ou respiratória e interação fisioterapeuta-paciente.

Tabela 01: Descrição da metodologia e resultados dos estudos elegíveis.

Fonte: Autores

O imobilismo prolongado de pacientes críticos tem repercussão negativa no sistema musculoesquelético, cardiovascular, respiratório, tegumentar e cognitivo (CONCEIÇÃO et al., 2017).

A preservação da função muscular esquelética é um fator de relevância fundamental nestes pacientes, sendo um grande desafio para os profissionais de saúde, que embora elaborem diversos protocolos para prevenção e redução da incidência dos fatores de risco da fraqueza muscular adquirida na UTI e mobilização precoce ainda enfrentam diversos problemas para a sua execução, com alguns autores afirmando que os riscos de imobilização em doenças críticas não estão bem definidos, não havendo evidências correlacionando o uso da mobilização precoce com a melhora de estado funcional (BAILEY, MILLER e CLEMMER, 2009; GODOY, 2015).

Em um estudo realizado por Holdsworth et al (2015), buscando investigar as crenças de profissionais acerca das vantagens da realização da mobilização de pacientes ventilados mecanicamente foi evidenciado que os profissionais de saúde têm em consenso, que a mobilização aumenta a função respiratória, função física e encurta o tempo de permanência hospitalar, achados condizentes com os encontrados neste trabalho. Mas, se por um lado, os profissionais tem conhecimento e entendem que a mobilização de seus pacientes é benéfica, por outro lado, a preocupação acerca dos riscos para alguns pacientes e algumas questões práticas como a carga de trabalho e disponibilidade de equipamentos os faz permanecerem na cultura de imobilização e sedação de pacientes nas UTI, o que contribui para a maior degradação muscular, tanto esquelética quanto respiratória.

Esta imobilização e sedação contribuem mais ainda para que ocorram alterações cada vez mais significativas, sobretudo relacionadas ao sistema cardiovascular, que foram apontadas como causa de interrupção de protocolos nos estudos de Dantas et al (2012), Nydahl et al (2014) e Hodgson et al (2015), pois este sistema requer um esforço adicional para manter a pressão arterial, débito cardíaco, bem como adequado e constante fluxo cerebral, sendo necessária administração de altas doses de drogas vasopressoras para que os pacientes retornem ao estado hemodinamicamente estável, não estando assim, aptos a iniciarem nem progredirem com a realização da terapia. (CONCEIÇÃO et al., 2017).

Dentre as barreiras encontradas neste estudo para a mobilização de pacientes, de acordo com a Tabela 01, estavam ausência de apoio institucional e de equipamentos, espaço físico insuficiente, exigência de ordem médica, sedação e sonolência excessiva do paciente, falta de segurança do profissional e a falta de parâmetros, além disso, Holdsworth et al (2015) sugere que a disponibilidade de evidências ou diretrizes que apoiem ou orientem a mobilização de pacientes na UTI tem pouco papel sobre se esse comportamento é ou não praticado clinicamente, apesar do trabalho substancial focado na geração de evidência quantitativa nesta área. Assim, há concordância com os resultados deste estudo, em que as barreiras e os facilitadores são muito mais pragmáticos, concentrando-se em pessoal, equipamento e trabalho em equipe.

Devido à gravidade de suas doenças, os pacientes em estado crítico são frequentemente considerados “muito doentes” para se envolverem em atividades físicas, especialmente após sua admissão na UTI. Além disso, o uso de sedação é frequentemente visto como uma barreira à fisioterapia, uma vez que os pacientes costumam estar sonolentos demais para participar de qualquer atividade. Ademais, estes pacientes geralmente têm muitas linhas e tubos internos e o risco de desalojar estes equipamentos aumenta com a movimentação do paciente. O uso de vasopressores e a terapia contínua de substituição renal também são identificados como barreiras. Por fim, o delirium na UTI pode limitar a participação do paciente nas sessões de terapia (LIPSHUTZ e GROPPER, 2013; HOLDSWORTH et al., 2015).

Outra barreira importante que impede a realização do protocolo em pacientes

sedados e sonolentos está relacionada ao risco de desenvolvimento de lesões, estresse e à preocupação com atrasos das atividades habituais dentro da UTI, e que a ocorrência destas barreiras está diretamente relacionada ao grau de responsabilidade, confiança e propriedade por parte do profissional que realiza o procedimento (JOLLEY et al., 2014).

5 | CONCLUSÃO

Diversas barreiras constituíram-se para a não adoção ou interrupção da mobilização precoce, dentre estes se destacam falta de parâmetros, instabilidades cardíacas e respiratórias e interação profissional-paciente. Entretanto, ainda que a temática abordada neste estudo seja bastante relevante, a pesquisa bibliográfica demonstrou um número escasso de estudos com o tema, o que demonstra a necessidade de mais pesquisas na área.

REFERÊNCIAS

- BAILEY, P. P.; MILLER, R. R.; CLEMMER, T. P. Culture of early mobility in mechanically ventilated patients. **Critical care medicine**, v. 37, n. 10, p.: 429-435, 2009.
- CHOONG, K.; et al. Early Mobilization in Critically Ill Children: A Survey of Canadian Practice. **Critical Care Medicine**, v. 41, n. 7, p.: 1745-1753, 2013.
- CONCEIÇÃO, T. M. A.; et al. Safety criteria to start early mobilization in intensive care units. Systematic review. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.**, v. 29, n. 04, p. 509-519, 2017.
- DANTAS, C. M.; et al. Influência da mobilização precoce na força muscular periférica e respiratória em pacientes críticos. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 24, n. 02, p.: 173-178, 2012.
- DIEZ, M, L.; et al. Mechanisms underlying ICU muscle wasting and effects of passive mechanical loading. **Critical Care**, vol, 16, 2012.
- GODOY, M. D. P.; et al. Fraqueza muscular adquirida na UTI (ICU-AW): efeitos sistêmicos da eletroestimulação neuromuscular. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 51, n. 4, 2015.
- HODGSON, C. L.; et al. Clinical review: Early patient mobilization in the ICU. **Critical Care**. v. 17, n. 207, 2013.
- _____. Early mobilization and recovery in mechanically ventilated patients in the ICU: a bi-national, multi-centre, prospective cohort study. **Critical Care**, v. 19, n. 81, 2015.
- HOLDSWORTH, C.; et al. Mobilization of ventilated patients in the intensive care unit: An elicitation study using the theory of planned behavior. **Journal of critical care**, v. 30, n. 6, p. 1243-1250, 2015.
- HOPKINS, R. O. et al. Physical therapy on the wards after early physical activity and mobility in the intensive care unit. **Physical therapy**, v. 92, n. 12, p. 1518-1523, 2012.
- JOLLEY, S. E.; et al. Medical intensive care unit clinician attitudes and perceived barriers towards early mobilization of critically ill patients: a cross-sectional survey study. **BMC Anesthesiology**, v. 14, n. 84, 2014.

LIPSHUTZ, A. K. M.; GROPPER, M. A. Acquired neuromuscular weakness and early mobilization in the intensive care unit. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, v. 118, n. 1, p. 202-215, 2013.

NYDAHL, P.; et al. Early Mobilization of Mechanically Ventilated Patients: A 1-Day Point-Prevalence Study in Germany. *Clinical Investigations*, v. 42, n. 5, p.: 1178-1186, 2014.

IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ellizama Belem de Sousa Mesquita

Pós Graduanda em Urgência e Emergência – Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM, Teresina – Piauí

Brisa Cristina Rodrigues Cardoso Magalhães

Pós Graduanda em Gestão em Saúde – Universidade Federal do Piauí - UFPI, Teresina – Piauí

Elliady Belem de Sousa Mesquita

Graduanda em Farmácia – Associação de Ensino Superior do Piauí – AESPI, Teresina – Piauí

Edson Belem de Sousa Mesquita

Graduado em Fisioterapia - Associação de Ensino Superior do Piauí – AESPI, Teresina – Piauí

Elanea Brito dos Santos

Graduada em Enfermagem - Faculdade do Piauí – FAPI, Teresina - Piauí

Michelly Gomes da Silva

Pós Graduada em Saúde Família e Saúde Mental pela UNIPÓS, Teresina – Piauí

Marcos Vinicius de Sousa Fonseca

Pós Graduando em Urgência e Emergência – Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM, Teresina – Piauí

Larissa Bezerra Maciel Pereira

Graduada em Enfermagem - Faculdade do Piauí – FAPI, Teresina - Piauí

Avilnete Belem de Souza Mesquita

Mestre em Ciência dos Materiais – Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina – Piauí

Alexsandra Leandro Viana

Graduada em Enfermagem - Associação de Ensino Superior do Piauí – AESPI, Teresina – Piauí

Rosa da Paz Firmino Ferreira

Mestre em Terapia Intensiva – SOBRATI – Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo – São Paulo

RESUMO: A humanização em UTI onde se presta cuidados a pacientes críticos é uma tarefa complexa que exige muito empenho por parte da equipe de saúde, especialmente os enfermeiros, porque estes necessitam utilizar a tecnologia aliada a empatia. Nesta perspectiva, objetiva-se com esta pesquisa: Analisar a importância da humanização na assistência de enfermagem em UTI e identificar a importância da assistência humanizada prestada pelo enfermeiro em UTI para o paciente e seus familiares. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada com 6 enfermeiras que trabalham em uma UTI de um hospital privado de Teresina. A coleta de dados foi realizada através de um roteiro de entrevista semi-estruturado, com autorização prévia das participantes, sendo que suas respostas foram analisadas e interpretadas através da análise de conteúdo. Os resultados apontaram que 3(50%) entrevistadas estavam com idades entre 32 a 39 anos e 3(50%) entre 25 a 27 anos,

todas mulheres, sendo 3(50%) casadas e 3(50%) solteiras. Quanto a religião 4(66,6%) eram católicas e 2(33,3%) eram evangélica, sendo que suas respostas geraram 4 categorias: Importância da humanização; métodos para a execução da humanização; benefícios da humanização para o paciente e dificuldades para aplicar a humanização. Foi possível concluir com esta pesquisa que o profissional enfermeiro é indispensável para a uma assistência humanizada em UTI e que este executa as suas atividades de forma holística, buscando sempre o reestabelecimento da saúde do paciente através da qualidade e da satisfação da assistência tanto do paciente como também dos seus familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da assistência. Enfermagem. UTI.

ABSTRACT: Humanization in ICUs where care is provided to critical patients is a complex task that requires a lot of commitment on the part of the health team, especially nurses, because they need to use technology allied to empathy. In this perspective, the objective of this research is: To analyze the importance of humanization in ICU nursing care and to identify the importance of the humanized care provided by the nurse in the ICU for the patient and his / her family. This is a descriptive research with a qualitative approach, carried out with 6 nurses working in an ICU of a private hospital in Teresina. Data collection was performed through a semi-structured interview script, with the prior authorization of the participants, and their responses were analyzed and interpreted through content analysis. The results indicated that 3 (50%) interviewed were between 32 and 39 years old and 3 (50%) between 25 and 27 years old, all women, 3 (50%) married and 3 (50%) unmarried. As for religion 4 (66.6%) were Catholic and 2 (33.3%) were evangelical, and their response generated four categories: Importance of humanization; methods for the implementation of humanization; benefits of humanization for the patient and difficulties in applying humanization. It was possible to conclude with this research that the professional nurse is indispensable for a humanized care in the ICU and that the ICU performs its activities in a holistic way, always seeking the reestablishment of the patient's health through the quality and satisfaction of the patient's care as well as of their families.

KEYWORDS: Humanization of assistance. Nursing. UTI.

1 | INTRODUÇÃO

A hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), uma unidade preparada para atender pacientes graves ou potencialmente graves, apesar de contar com assistência médica e de enfermagem especializadas e contínuas e dispor de equipamentos diferenciados, expõe o paciente a um ambiente hostil, com exposição intensa a estímulos dolorosos, onde a luz contínua, bem como procedimentos clínicos invasivos são constante em sua rotina de cuidados (SALICIO; GAIWA, 2006).

É importante considerar também que a UTI é um ambiente que necessita de atendimento médico e de enfermagem contínuo, devido ao estado de saúde e de

debilitação em que o paciente se encontra, necessitando assim de mecanismos tecnológicos cada vez mais avançados, capazes de tornar mais eficiente o cuidado prestado ao paciente crítico. Esses avanços vêm contribuindo para a melhoria da assistência, principalmente quando se trata de serviços de terapia intensiva (FERNANDES; DAHA; HANGUI, 2006).

No entanto, observa-se que com os avanços tecnológicos a assistência prestada pelos profissionais têm se tornado mecanicista, descaracterizando o cuidado como ação humana, pois não basta o hospital adquirir tecnologia de ponta, modernos equipamentos, estrutura física invejável, se não estiver comprometido com a humanização do serviço (LEITE; VILLA, 2005).

De acordo com Barbosa e Rodrigues (2004), um dos grandes desafios enfrentados pelos profissionais nas UTI's, é a humanização da assistência, pois na maioria das vezes os profissionais que trabalham neste setor estão muito mais envolvidos com que as máquinas mostram do que com a individualidade, as necessidades e características do ser cuidado.

Silva, Porto e Figueiredo (2008) destacam também que o enfermeiro pode ser visto pelo paciente como uma figura simbólica de mãe protetora, lidando e cuidando de suas necessidades básicas e sinais vitais, através de processos transferências. Frente a estas situações, cabe ao profissional acolher o paciente, visando promover sua independência, tanto física como emocional, não deixando que as atividades técnicas predominem sobre a necessidade de cuidado, de segurança e proteção.

Desta forma, a humanização é um processo complexo, demorado e amplo, ao qual se oferece resistência, pois envolve mudanças de comportamento. Não é técnica ou artifício, é um processo vivencial a permear toda a atividade dos profissionais no intuito de realizar e oferecer o melhor tratamento ao ser humano, dentro das circunstâncias peculiares vividas em cada momento do hospital (LEITE, VILLA, 2005).

Segundo Oliveira (2001) and Miranda, Barreto e Barreto (2004) humanizar, caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvido, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com coerência e paciência as palavras e os silêncios, onde o relacionamento e o contato direto fazem crescer e fortaleça trocas que contribuam para o desenvolvimento de uma assistência verdadeiramente humana.

O Ministério da Saúde define humanização como uma valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, que são os usuários, os trabalhadores e os gestores (BRASIL, 2001). Já Fernandes, DAHA, HANGUI (2006) destaca que o humanismo é um valor que a enfermagem deve manter como filosofia, buscando equilíbrio entre a técnica e o comportamento humanitário, promovendo assim o bem-estar do ser humano, considerando sua individualidade e dignidade.

Nessa perspectiva, a compreensão da realidade vivenciada pela equipe multiprofissional e a importância da humanização na assistência de enfermagem em UTI requer, entre outras coisas, a identificação dos fatores que dificultam a sua

atuação, os quais podem estar contribuindo para a despersonalização da assistência humanizada no atendimento ao paciente e sua família, gerando o distanciamento, o estresse e o sofrimento da equipe.

Além disso, nos últimos tempos, a humanização em UTI tem sido um assunto bastante abordado em decorrência da constante preocupação em oferecer uma assistência de qualidade, tendo em vista que este setor hospitalar é destinado a pacientes críticos que necessitam de cuidados constantes e prioritários, pois estes estão mais debilitados e com a sua saúde em risco, sendo este risco um grande influenciador para que os familiares e o próprio paciente se sintam inseguros porque UTI para eles é sinônimo de perigo e desolação.

O interesse por este estudo surgiu pela necessidade em aprofundar os conhecimentos para o real entendimento da humanização da assistência de enfermagem em UTI, onde estes profissionais de saúde necessitam utilizar este conhecimento para a sua prática assistencial, pois a tecnologia aliada à empatia, a experiência e a compreensão do cuidado prestado fundamentado no relacionamento interpessoal terapêutico, promovem um cuidado seguro e humano favoreceram para uma melhor qualidade do cuidado prestado.

Desta forma, este estudo é relevante porque surge a necessidade de se colocar em prática uma assistência humana, voltada para o ser cuidado e suas particularidades no sentido de entender a humanização no seu aspecto mais amplo tendo em vista os objetivos propostos.

Portanto, objetivo geral do estudo foi analisar a importância da humanização na assistência de enfermagem em UTI e como objetivo específico foi identificar a importância da assistência humanizada prestada pelo enfermeiro em UTI para o paciente e seus familiares.

2 | REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O significado da internação em uma UTI

A hospitalização em UTI, uma unidade preparada para atender pacientes graves ou potencialmente graves, apesar de contar com assistência médica e de enfermagem especializadas e contínuas e dispor de equipamentos diferenciados, expõe o paciente a um ambiente hostil, com exposição intensa a estímulos dolorosos, onde as luzes contínuas bem como procedimentos clínicos invasivos são constantes em sua rotina de cuidados (SALICIO; GAIVA, 2006).

Partindo do pressuposto que a Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente que concentra pacientes graves, mais recuperáveis, cuidados por profissionais que se empenham para maximizar suas chances de viver mais e, principalmente melhor e com uma assistência de qualidade e humanizada, tem-se assistido nos últimos

anos um considerável crescimento e aprimoramento de ações concretas destinadas a promover a humanização da assistência hospitalar no âmbito das UTIs.

Além disso, a UTI é um ambiente caracterizado por uma constante expectativa de situações de emergência, com pacientes sujeitos a mudanças súbitas no estado geral. Esses fatores tornam o ambiente estressante para todos os que convivem e trabalham neste setor. Outro aspecto a ser ressaltado é o estigma da internação na UTI no que refere a cultura sobre as características desse setor vivenciada pela sociedade e que não se altera ao longo do tempo (URIZZI, *et al.*, 2008).

A UTI, por ser um ambiente destinado ao atendimento de pacientes graves, denota um duelo entre a vida e a morte, inclui vários procedimentos agressivos e invasivos e conta com um aparato tecnológico e informatizado, muitas vezes é estigmatizada, gerando concepções errôneas sobre a assistência e as atitudes da equipe, que apenas tentam empregar seu conhecimento técnico-científico e a tecnologia existente para manter a vida de pacientes (NASCIMENTO; MARTINS, 2000).

Pina, Lapchinsk, Pupulim (2008) ao avaliarem o significado que os pacientes atribuem a sua internação em UTI identificaram que os sujeitos tinham uma percepção insatisfatória, pois expressaram sensações desagradáveis ou desfavoráveis quanto à internação na UTI, reportando-se a: solidão e saudade da família; insegurança e medo da morte; receio de procedimentos e da dor; sensibilidade emocional; vivência do sofrimento dos outros pacientes, dentre outras coisas. Por outro lado, também identificou-se percepção satisfatória, reportando-se à atenção e dedicação dos profissionais, à importância da religiosidade, ao tratamento diferenciado, à UTI salva-vidas e à gratidão para com a equipe e a família.

Os autores acima reportam ainda que a permanência de um paciente na UTI ultrapassa os limites fisiológicos reconhecidos pela equipe intensivista, independentemente da gravidade do quadro clínico. É de extrema importância reconhecer e aceitar que fatores emocionais permeiam este setor e que a falta de informação e conscientização dos usuários pode desencadear conflitos e desequilíbrios de ordem sentimental e psicológica.

Para lidar com estas e outras situações em ambientes hospitalares o Ministério da Saúde implantou, no ano 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e, posteriormente, a Política Nacional de Humanização (PNH), visando atender às demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde, baseando-se na integralidade da assistência (BRASIL, 2004).

Portanto, a humanização do atendimento em saúde subsidia o atendimento, a partir do amparo dos princípios predeterminados como: a integralidade da assistência, a equidade e o envolvimento do usuário, além de favorecer a criação de espaços que valorizem a dignidade do profissional e do paciente (CASETE; CORRÊA, 2005).

3 | METODOLOGIA

A presente pesquisa foi realizada pelo método descritivo, desenvolvido através da abordagem qualitativa. O método descritivo tem como objetivo primordial à descrição das características de determinada população ou fenômeno, então, o estabelecimento de relações entre variáveis, e ainda propicia maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito (MARCONI; LAKATOS, 2000)

Para Leopardi (2002), o estudo descritivo além da exigência do pesquisador por uma série de informações sobre o que deseja pesquisar, deve estar apoiado em suas reflexões, experiências e referencial teórico sobre a temática estudada, desenvolvendo argumentos e a fim de compreender o fenômeno pesquisado.

E para Minayo (2004), a abordagem qualitativa se caracteriza como o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa foi realizada em uma UTI de um hospital privado da cidade de Teresina-PI, a qual assistência de enfermagem é estabelecida rotineiramente. Sua UTI é constituída por 12 leitos.

Este hospital foi fundado em 1998, fica localizado na Rua Lucídio Freitas-zona norte, possui atualmente 250 a 500 Funcionários, além disso, conta com uma equipe multiprofissional e também presta assistência aos mais variados níveis de especialidade: clínica geral, cardiologia, urologia, ortopedia, cirurgia geral, reumatologia, pediatria, neurologia, endocrinologia, gastroenterologia, acupuntura, otorrinolaringologia, geriatria, fonoaudiologia, fisioterapia, radiologia, psicologia, psicopedagogia.

As entrevistas foram realizadas com os enfermeiros que trabalham há mais de um ano na UTI deste hospital público. Tendo em vista que as entrevistas foram realizadas sob a adequação ao regime de trabalho dos sujeitos participantes.

Os enfermeiros entrevistados foram informados sobre o tema e o desenvolvimento da pesquisa, os quais tiveram sua identidade substituída por nomes de pedras preciosas e semipreciosas escolhidos pessoalmente por eles.

Além disso, teve-se como critério de inclusão para participar da pesquisa os enfermeiros que aceitarem participar do estudo, independente de raça, cor, religião ou estado civil. Foram excluídos os enfermeiros que tiverem menos de um ano de trabalho na UTI em questão e os que se negarem a participar da pesquisa.

A produção dos dados ocorreu através de um roteiro de entrevista semi-estruturado, previamente elaborado, sendo caracterizado pela formulação da maioria das perguntas previstas com antecedência e tendo sua localização provisoriamente determinada (BONI; QUARESMA, 2005).

A técnica utilizada para a obtenção dos dados para a pesquisa, foi uma entrevista semi-estruturada com questões abertas e fechadas, permitindo que os participantes revelem informações relevantes de maneira natural, associada ao método de

observação direta, que possibilita a observação do comportamento dos enfermeiros participantes em seu ambiente de trabalho (MARCONI; LAKATOS, 2000).

Dessa forma, foram obtidas informações relacionadas à questão norteadora e roteiro de entrevista, em que os informantes apresentarão seu discurso a respeito do momento situado na sua vivência.

Os participantes foram informados e esclarecidos previamente sobre o tema, os objetivos e a forma de participação na pesquisa, solicitando autorização para uso de MP4 play, visando facilitar a escuta das vozes, e a transcrição imediatamente após o relato, a fim de que não se perca nada do conteúdo falado. As entrevistas foram encerradas quando alcançado o ponto de saturação, ou seja, a repetição das falas.

A análise e interpretação das informações se deram por meio da adequação da técnica de análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido das falas dos participantes que fazem parte de uma comunicação, cuja presença ou frequência, signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (MINAYO, 2004).

Considerando as exigências formais contidas em Brasil (1996) na Resolução 196/96, o presente projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade UNIP, que é um órgão colegiado de natureza técnico-científico vincula o ao Comitê Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde.

Os objetivos foram expostos aos participantes do estudo, além de lhes garantir que a pesquisa não oferecerá risco de vida, como também o sigilo das informações coletadas, seu anonimato e de que sua participação será livre e não remunerada, por isso, terão, a qualquer momento, o direito de se retirarem da pesquisa sem qualquer dano. Aos mesmos foi solicitado que confirmem e autorizem sua participação neste estudo após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

4 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Este item ocupa-se da apresentação dos dados coletados através da entrevistas realizadas com 06 enfermeiras de um hospital privado da cidade de Teresina-PI que aceitaram participar da pesquisa.

Inicialmente foram coletados os dados em relação à idade, ao sexo, escolaridade, religião, estado civil. No que se refere à idade 3(50%) entrevistadas estavam entre 32 a 39 anos e 3(50%) entre 25 a 27 anos, todas mulheres, sendo 3(50%) casadas e 3(50%) solteiras. Quanto a religião 4(66,6%) eram católicas e 2(33,3%) eram evangélicas (Tabela 1).

Variável	Categoria	N	%
Idade	32 -39 Anos* 25-27 Anos	3 3	50 50
Estado Civil	Casada Solteira	3 3	50 50
Religião	Católica Evangélica	4 2	66,6 33,3
Total		6	100

Tabela 1: Apresentação sócio-demográfica das enfermeiras de um hospital privado de Teresina-PI, 2018.

Fonte: entrevistas com enfermeiras de hospital privado de Teresina-PI, 2012.

4.1 Importância da humanização

Esta categoria foi construída com base nas informações das enfermeiras entrevistadas, as quais descreveram a importância do enfermeiro para o desenvolvimento de uma assistência humanizada para pacientes e familiares em ambiente de UTI.

Em todas as falas das entrevistadas apontaram a correlação da importância do enfermeiro no desenvolvimento da humanização com a qualidade da assistência prestada e também a melhora do paciente. Eis as falas abaixo:

É importante principalmente no atendimento aos pacientes da UTI, porque é o momento que o paciente é mais submetido a procedimentos invasivos, ele tá isolado da família. (Ametista)

A humanização vai ser muito importante, tanto por paciente quanto pra família, que vai ficar distante dele durante esse tratamento, então ele precisa realmente ser tratado com humanização. (Turqueza)

Para que a assistência seja eficaz e produtiva para o bem estar do paciente. (Esmeralda)

Inicialmente foi possível perceber que todos os sujeitos da pesquisa retratam a humanização como essencial para uma assistência de qualidade em ambiente de UTI, tanto para o paciente quanto para os seus familiares, no sentido de acolhê-los e também integrar a equipe de saúde ao cuidado humanizado. Ressalta-se ainda que o enfermeiro sendo o responsável pela equipe é considerado um profissional importante para o estabelecimento de uma assistência humanizada.

Além disso, foi observada nas falas dos enfermeiros a importância da

humanização ser desenvolvida rotineiramente na assistência de enfermagem, a qual esta diretamente ligada ao reestabelecimento do quadro clínico do paciente. Sendo assim, considera-se a humanização como uma atividade provida de sentimentos, responsabilidade, sensibilidade, ou seja, o cuidado pressupõe uma relação à pessoa e não a individualidade.

Desta forma, humanização no setor saúde é ir além da competência técnico científica e política dos profissionais, comprehende o desenvolvimento da competência das relações interpessoais que precisam estar pautadas no respeito ao ser humano, no respeito à vida, na solidariedade, na sensibilidade de percepção das necessidades singulares dos sujeitos envolvidos (CASATE;CORRÊA, 2005).

Salicio e Gaiva (2006) acrescentam que para a humanização acontecer seria necessário o compromisso de todos, um pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (Federal, Estadual e Municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde, assim como gestores, trabalhadores e usuários da rede de saúde.

Sendo assim, partido do pressuposto que todos os enfermeiros entrevistados têm realmente uma concepção da sua importância para uma assistência humanizada em UTI, fica evidente o quanto esta compreensão é indispensável para a execução e continuidade de uma assistência de qualidade. Portanto, os desafios do processo de humanização da assistência e das relações de trabalho a serem enfrentados pela profissão implicam em superação da relevância dada a compreensão da sua importância.

4.2 Métodos para a execução da humanização

Esta categoria demonstra as atitudes e métodos utilizados pelas enfermeiras entrevistadas para a execução de uma assistência humanizada para paciente de UTI. Inicialmente as falas a seguir demonstram métodos simples, os quais não dependem de conhecimentos científicos. Eis as falas:

Atitudes muito pequena, muito sutis, de você respeitar o silêncio, de você respeitar a ambientação da UTI, ambientação própria para aquele paciente. (Ametista)

Fazer com que o paciente sinta-se em um ambiente mais próximo possível da sua casa, evitando muitas vezes que o paciente chegue até a desorientar, até a ficar em delírio, é o que acontece muito em UTI. (Opala)

Nas falas a cima foi possível identificar a forma como a humanização é encarada pelas enfermeiras entrevistas, no sentido de tratar o paciente de forma cordial, como por exemplo: chamá-lo pelo nome, tratá-lo com respeito, oferecer conforto e uma aproximação com a família.

Segundo Casate e Corrêa (2005) humanizar a relação com o doente realmente

exige que o trabalhador valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar. Porém, compreendemos que tal relação não supõe apenas um ato de bons modos exercido por profissionais moldados e já portadores de qualidades humanas essenciais, mas um encontro entre sujeitos, pessoas humanas, que podem construir uma relação saudável, compartilhando saber, poder e experiência vivida.

Rizzotto (2002) também concorda com o pensamento anterior e acrescenta que os conhecimentos sobre a natureza humana e o desenvolvimento de atitudes de valorização do homem são fundamentais para a humanização, sendo prioritário que os currículos incluam conteúdos relativos aos aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos na área da saúde. As matérias humanísticas podem contribuir na busca por novas abordagens em saúde.

Foi possível observar também nos depoimentos das entrevistadas o desenvolvimento da humanização ligada diretamente a conhecimentos teóricos baseados em atitudes padrões da assistência de enfermagem. Eis as falas:

Vai tá providenciando por paciente tudo que aquele ser humano precisa, tanto para o seu restabelecimento físico, por seu restabelecimento emocional, então desde o contato com a família até todas as coisas necessárias pra sua recuperação vão ta incluídas. (Turqueza)

Agente procura tá dando o suporte necessário para aquele paciente, procurando atender todas as suas necessidades como ser humano. (Esmeralda)

Nestes depoimentos a cima, foi possível identificar a humanização como uma ação baseada em procedimentos técnicos em uma assistência organizada e voltada a necessidade de cada paciente.

Este fato comentado anteriormente corrobora com os achados do estudo de Caetano *et al.* (2007) o qual observou que as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde apresentam enfoque técnico do fazer, no entanto estes profissionais não podem esquecer que o cuidar deve ser encarado como uma característica humana, baseada na afetividade, no conhecimento de valores, habilidades e atitudes empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades dos pacientes para manter ou melhorar a condição humana.

É importante considerar também que a humanização da UTI está intimamente vinculada à atuação dos profissionais de saúde frente aos fatores estressantes. É importante na atenção ao paciente o controle da dor e ansiedade, explicações sobre sua doença e tratamento em linguagem acessível, melhora da qualidade do sono, maior movimentação no leito, políticas de visitas aberta, respeito à privacidade, conforto e apoio psicológico e emocional (MANUTI; GALDEANO, 2007).

O envolvimento com o paciente e a família é um pré-requisito essencial para humanizar. Porém, este aspecto deveria ser trabalhado e discutido com a equipe para não gerar angústia ou sentimento de impotência, levando, com isso, à negação e ao

distanciamento como mecanismos de defesa.

Dessa forma, percebemos que o enfermeiro tem grande importância na humanização da UTI, pois cabe a ele dedicação integral ao paciente, família e equipe, visto que esse profissional é quem acompanha toda a evolução do quadro do cliente, desde à admissão até a alta hospitalar.

Portanto, não resta dúvida de que, apesar de todo esforço das enfermeiras entrevistadas para identificar a importância da humanização na assistência de enfermagem em UTI esta é uma tarefa difícil, pois demanda, às vezes, atitude individual em relação a um sistema tecnológico dominante. A própria dinâmica de uma UTI muitas vezes impede momentos de reflexão sobre a devida orientação dos profissionais aí atuantes.

4.3 Dificuldades para aplicar a humanização

Esta categoria refere-se às dificuldades enfrentadas por enfermeiros atuantes em UTI para a aplicação de uma assistência humanizada, sendo estas dificuldades forma citadas apenas por metade das entrevistadas e a outra metade referiu não ter dificuldade em desenvolver uma assistência humanizada. Eis as falas a seguir:

Acaba que no dia-a-dia a equipe esquece que ali tem uma pessoa doente, uma pessoa vulnerável e que agente precisa respeitar o horário dela repousar, agente tá ali trabalhando, conversando, rindo, né, enquanto isso aquela pessoa tá ali como se tivesse, como fosse assim um objeto daquele espaço, né, e que agente tem dificuldade de humanizar, por causa do automático, agente já trabalha no automático, agente já entende que aquilo dali é uma coisa comum, porém para o paciente não é nada comum. (Ametista)

Agente tem dificuldade da família acatar as regras do setor, isso dificulta a nossa humanização. (Esmeralda)

Às vezes agente até tem, por se envolver muito em burocracia, a enfermeira deixa de prestar uma assistência por paciente para esta se envolvendo com exames. (Diamante)

As depoentes apontaram algumas dificuldades para desenvolverem uma assistência humanizada, tais como: a rotina de trabalho, a família que não entende as regras do setor e a burocracia, a qual o seu serviço tem que assumir.

Caetano e Soares (2007) também concordam com o pensamento anterior e acrescentam que, de uma forma geral, os fatores que dificultam o processo de humanização estão relacionados ao modo de cuidar, ainda fundamentados no modelo cartesiano de atenção, às relações interpessoais entre os membros da equipe de saúde e às normas e rotinas estabelecidas pelos serviços de saúde.

Além disso, apontam como obstáculos para a humanização os fatores estressantes no trabalho da enfermagem, quais sejam: o lidar com o sofrimento do paciente e da

família, o fazer específico da profissão (que requer agilidade, atenção e renovação de conhecimentos técnicos), a necessidade de improvisação, as questões de ordem burocrática, o inter-relacionamento com a equipe e o barulho constante dos aparelhos (CAETANO; SOARES, 2007).

Desta forma, fica evidente que as ações de enfermagem devem ser estabelecidas de maneira a ter como foco principal o bem estar do paciente, por mais que um ambiente como a UTI dificulte esta ação.

Segundo Amestoy, Schwartz e Thofehrn (2006) a humanização deve fazer parte da filosofia e da prática da enfermagem, nos diversos cenários em que atua, especialmente, nas UTIs. Os recursos materiais e os instrumentais são muito importantes na UTI, porém, não são mais significativos que a essência humana. É esta essência que guiará o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, tornando-a capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil aos indivíduos que convivem, diariamente, na UTI.

Portanto, nem a rotina de trabalho, nem o ambiente, nem as burocracias imposta pelo serviço devem influenciar na humanização da assistência de enfermagem em UTI, uma vez que estas influências podem deixar lacunas em relação aos papéis mal definidos entre a equipe de enfermagem, deixando a desejar as potencialidades da profissional.

4.4 Benefícios da humanização para o paciente

Esta categoria aponta os benefícios do profissional de enfermagem desenvolver uma assistência humanizada a paciente em UTI. Eis os depoimentos:

Recuperação do paciente mais rápida e objetiva assim como um maior apoio emocional para os familiares (Esmeralda)

Uma assistência humanizada aos familiares com apoio emocional também irá favorecer a prestação da assistência de enfermagem e consequentemente a melhora do paciente. (Turqueza)

Nas falas acima foi possível identificar que as enfermeiras entrevistadas ao serem questionadas a respeito dos benefícios da assistência humanizada retrataram vários quesitos, entre eles: a melhorar do quadro clínico do paciente, apoio emocional tanto para o paciente como para a família. Estes achados vêm de encontro a pesquisa realizada por Caetano *et al.* (2007), a qual demonstrou estes mesmos benefícios.

Desta forma, fica evidente que a doação pelo enfermeiro de uma assistência humanizada a pacientes de UTI constitui-se em um dos caminhos para a melhoria da qualidade da atenção em saúde, embora seja um grande desafio, tendo em vista a complexidade do trabalho nessa área. Além disso, é importante ressaltar que a transformação da prática profissional e dos modelos assistenciais tem grande

dependência do direcionamento que as universidades dão à formação dos profissionais de saúde.

Nesta perspectiva, Amestoy, Schwartz e Thofehrn (2006) acrescentam que o exercício da profissão é o próprio homem e toda sua peculiaridade no existir, seja ela qual for, não se deve antever ou mesmo pré-conceituar suas necessidades. É preciso, num processo de interação e reciprocidade de perspectivas, captar e planejar conjuntamente o que deve ser feito para cada vez mais beneficiar este paciente de uma assistência de qualidade e humana.

Caminhar rumo à humanização da assistência significa refletir sobre como cuidar do paciente, lidar consigo, trabalhar em equipe respeitando a mesma e informar a família o cuidado que está sendo prestado ao paciente. As ações da equipe de enfermagem devem favorecer a bioética, produzir um cuidado digno e individual de enfermagem ao cliente, respeitando as suas necessidades biopsicos socioespirituais.

Dessa forma, para que o cuidado se torne relevante dentro das ações de enfermagem é importante refletir a respeito das atitudes e dos cuidados prestados a quem precisa, buscando sempre se identificar com as principais necessidades do cliente promovendo um atendimento humanizado.

Sendo assim, o compromisso com a humanização estimula a convivência harmoniosa e produtiva em um ambiente caracterizado pela negatividade como a UTI, o qual deve ser estimulado por: a padronização de rotinas, a definição de funções e tarefas, o treinamento e a educação continuada, a organização profissional valorizando o trabalho em equipe, ou seja, a interação interdisciplinar.

Portanto, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, devem contemplar seu cotidiano na busca de caminhos que vislumbrem o alcance de novas perspectivas do fazer. O exercício da profissão é um compromisso com o paciente em estar presente sempre que possível, atendendo às suas indagações e inquietações. É a contínua dedicação ao ato do fazer inesgotável, na vontade de superar a qualidade da assistência, apoiando-se na solidariedade e na ética e os novos deveres que emergem da complexidade do cuidado, o qual envolve prudência, dedicação, lealdade, confiança, humildade, esperança e ética.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível alcançar os objetivos propostos e identificar que ao se falar na importância do enfermeiro para uma assistência humanizada, seja voltado para a assistência direta ou para as relações de trabalho, implica essencialmente falar de cuidado humanizado. Sabemos que este cuidado está inteiramente ligado com o profissional que o executa: seu estado psicológico, físico e mental. Contudo, é importante ressaltar que muitas vezes devido à sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho, a enfermagem presta uma assistência mecanizada e tecnicista, não reflexiva,

esquecendo de humanizar o cuidado.

Percebemos então, que o cuidado humanizado realizado pro enfermeiros reflete em uma assistência de qualidade, pois minimiza as situações de estresse em torno do paciente, permitindo que o cliente tenha individualidade, autonomia, capacidade de fazer o alto cuidado e se sinta respeitado. Por outro lado, no campo profissional, facilita a interação da equipe, o reconhecimento do trabalho prestado, o diálogo com os pacientes e familiares.

Sendo assim, foi possível identificar através deste estudo a importância do enfermeiro para a assistência humanizada para pacientes internados em UTI no sentido de refletir a respeito da sua importância, dos métodos para a sua execução, das dificuldades e dos benefícios de uma assistência humanizada para os pacientes e familiares.

No que se refere aos métodos de execução foram apontados: tratar o paciente com respeito, sabendo ouvi-lo e tirar suas dúvidas, acompanhamento da família, até o trabalho tecnicista voltado as necessidades do paciente e garantido com isso uma assistência de qualidade. As enfermeiras entrevistas apontaram também algumas dificuldades encontradas por elas para a aplicação da humanização em UTI, tais como: a rotina e a burocracia de trabalho, a família que tem dificuldade em aceitar as normas da instituição.

No entanto, foram apontados também os benefícios do enfermeiro prestar uma assistência humanizada, a qual esta diretamente ligada a melhora do quadro clínico do paciente, mais segurança, estabilidade e conforto emocional tanto para o paciente quanto para os seus familiares.

Conclui-se que o enfermeiro é um profissional indispensável para a aplicação de uma assistência humanizada em UTI e que dentre os entrevistados todos consideram a sua importância para desenvolver uma assistência de qualidade voltada as reis necessidades do paciente.

Portanto, diante de fatos concretos e importantes vimos à necessidade da equipe multiprofissional que atua em UTI, principalmente, a enfermagem que está assistindo nas 24 horas o paciente, a responsabilidade por prestar um cuidado que valorize a intersubjetividade dos sujeitos, os direitos e a cidadania. Finalmente, que busque melhores condições de trabalho, valorizando assim sua categoria e ocupando seu espaço no contexto dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** Rio de Janeiro, v. 19, v. 4, p. 444-49, mai.2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ape/v19n4/v19n4a13.pdf>>.

FERNANDES, A. M. O.; DAHER, M. C.; HANGUI, N. Y. **Manual de normas e rotinas hospitalares.** AB editora. Goiânia. 2006.

BARBOSA, E. C. V.; RODRIGUES, B. M. R. D.; Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica. **Acta sci., Health sci.**; v. 26. n. 1 p. 205-212. Maringá. 2004. Disponível em:<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1666/1074>>.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998. Disponível em: <www.ufrgs.br/HCPA/gppger/res1996.htm>.

_____. Ministério da Saúde. PNHAH – **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Portaria nº 881, GM/MDS de 19 de junho de 2001 e Portaria nº 202, SAS de 19 de junho de 2001. Disponível em: <<http://www.humaniza.org.br>>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BONI, V.; QUARESMA, S. Aprendendo a Entrevistar: Como Fazer Entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-graduados em Sociologia Política da UFSC**, Santa Catarina, v.2, m.1, jan/jul. 2005.

BOLELA, F.; JERICO, M. C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, agos, v.10, n. 2, p. 301-09, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n2/a19v10n2.pdf>>.

CASETE, J. C.; CORRÉA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latinoam Enfermagem**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 105-11, ago. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/18.pdf>>.

CAETANO, J. A. et. al. Cuidado humanizado em terapia intensiva. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**. Rio de Janeiro, jun, v.11, n. 2, p. 325-30, 2007. Disponível em:<<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a22.pdf>>

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M^a. R.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface**. Botucatu, v. 13, suppl. 1, p. 571-80, mai. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a09v13s1.pdf>>.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **CienSaude Colet**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, mai. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>.

DESLANDES, S.F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface - Comunic., Saude, Educ**. Botucatu, v.9, n.17, p.401-3, jan-fev. 2005. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a17.pdf>.

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Re. Latino-am. Enfermagem**. v. 13 n. 12. Ribeirão Preto. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a03.pdf>>

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002. 294 p.

MARCONI, M^a. A.; LAKATOS, E. M^a. **Metodologia Científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MARUITI, M. R.; GALDEANO, L. E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 20, v. 1, p. 37-43, agos. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ape/v20n1/a07v20n1.pdf>>.

MATSUDA, L. M.; SILVA, N.; TISOLIN, A. M. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação em uma UTI-adulto. **Acta Scientiarum**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 163-70, set. 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ape/v20n1/a07v20n1.pdf>>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo (SP): Hucitex, 2004

MORAES, J.C. *et al.* Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulta: Visão dos clientes. **Revista Nursing**. Rio de Janeiro, v.79, n.7, p. 43-55, set. 2004. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm>.

NASCIMENTO, E. R. P.; MARTINS, J. J. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. **Nursing**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 29, p. 26-30, set. 2000. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v3n29a08.htm>.

OLIVEIRA, M. E. Mais uma nota para a melodia da humanização. 2001. In: BEDIN, E. R.; MIRANDA, L. B.; BARRETO, R. **Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/13_Revisao3.html>.

PINA, R. Z.; LAPCHINSK, L. F.; PUPULIM, J. S. L. Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva. **Cienc Cuid Saúde**. Maringá, Out-Dez, v. 7, n. 4, p. 503-08, 2008. Disponível em:<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6658/3916>>.

RIZZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev Bras Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 196-99, mar-abr,2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v55n2/10506.pdf>>.

SALICIO, D. M. B. S.; GAIVA, M. A. M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 08, n. 03, p. 370 - 76, mai. 2006. Disponível em:<www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm>.

SANTOS, C. R.; TOLEDO, N. N.; SILVA, S. C. Humanização em unidade de terapia intensiva: paciente-equipe de enfermagem-família. **Nursing**. Rio de Janeiro, v.17, p.26-9, out,1999. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v17n29a08.htm>.

SEVERO, G. C.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Scientia Medica**. Porto Alegre, jan./mar v. 15, n.1, p. 21-29, 2005. Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1539/1142>>.

SILVA, R. C. L.; PORTO, I. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. Reflexões a cerca da assistência de Enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. **Esc Anna Nery RevEnferm**. Rio de Janeiro,mar, v. 12, n. 1, p. 156- 9, 2008. Disponível em:<http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20081/26ARTIGO22.pdf>.

URIZZI, F. *et al.* Vivencia de familiares de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev.Bras.Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 370-75, out-nov. 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a09.pdf>>.

A SAÚDE DOS MORADORES DE RUA :TORNAR VISÍVEL O INVISÍVEL

Maria Yaná Guimarães Silva Freitas

Universidade Estadual de Feira de Santana,
Departamento de Saúde, Feira de Santana- BA

Guilherme de Jesus Santos

Universidade Estadual de Feira de Santana,
Departamento de Saúde, Feira de Santana- BA

Alessandra de Almeida Pereira

Universidade Estadual de Feira de Santana,
Departamento de Saúde, Feira de Santana- BA

Caroline Andrade Araújo

Universidade Estadual de Feira de Santana,
Departamento de Saúde, Feira de Santana- BA

Fernanda Aiume Carvalho Machado

Universidade Estadual de Feira de Santana,
Departamento de Saúde, Feira de Santana- BA

Brenda Fadigas Carvalho

Universidade Estadual de Feira de Santana,
Departamento de Saúde, Feira de Santana- BA

entre os anos de 2005 a 2016 utilizando os descritores moradores de rua e saúde; análise crítica da amostra; interpretação dos dados e apresentação dos resultados evidenciados. Foram selecionados três artigos nas bases de dados consultadas que versavam sobre a temática. Apesar da existir na constituição a existência população em situação de rua, esta não foi contemplada de forma integral. É necessário preparo técnico dos profissionais de saúde para receber as pessoas em situação de rua. A vida na rua expõe a pessoa a diversos riscos, exigindo dos profissionais de saúde uma abordagem específica. A situação de vulnerabilidade dos moradores de rua conduz a essa população a doenças infectocontagiosas: HIV/AIDS, sífilis, e tuberculose, dermatoses. A prevalência de tuberculose é 67 vezes maior na população em situação de rua, quando comparada a população geral. Conclui-se que a população em situação de rua, ainda, é vista de maneira marginalizada, e enfrenta dificuldades de acesso aos serviços de saúde, e mesmo com a criação da Política Nacional para População de rua, Consultório na Rua, falta análise do perfil do profissional para atender essa população.

PALAVRAS-CHAVE: Invisível, Moradores de rua, Profissionais de saúde, Saúde, SUS

RESUMO: A invisibilidade implementada ao morador em situação de rua conduz a necessidade de mobilizar os diversos segmentos da sociedade para tornar essas pessoas visíveis e fomentar mudanças gerais e na saúde. Identificar as publicações nacionais de artigos sobre moradores de rua e saúde Trata-se de revisão integrativa da literatura elaborada através das seguintes etapas: seleção da questão temática; coleta de dados nas bases de dados eletrônicas (LILACS e SCIELO),

1 | INTRODUÇÃO

Desde o período colonial até a atual crise do sistema capitalista encontramos diversos olhares sobre os moradores de rua. Infelizmente, o preconceituoso que rotula o ser humano em situação de rua como “vagabundos, mendigos, sujos, desocupados, pessoas que vivem pedindo”, mas na verdade são indivíduos desprovidos de família, emprego, saúde, residência e bens materiais que passam a não serem vistos pela sociedade como cidadãos. É uma população que aumenta a cada ano, principalmente com a crise econômica, vivenciada globalmente, e especificamente, no Brasil.

Assim, pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) relata que estimativa da população em situação de rua, no Brasil, no ano de 2015, foi de 101.854 pessoas e 77,02% desta população encontra-se em municípios com mais de 100 mil habitantes. Faz-se necessário a contagem da população de rua ao censo populacional de 2020, pois sabemos que as estimativas não são precisas e o numero de pessoas nesta situação vem aumentando a cada dia (NATALINO, 2016).

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS o conceito de moradores de rua é: “Grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, e a não referência de moradia regular” (BRASIL, 2012).

Essa população fixa-se, predominantemente, nas áreas centrais das cidades, onde comércio e serviços em geral se concentram, atraído pelo maior afluxo de pessoas, o que possibilita a obtenção de alimentos e alguns recursos financeiros, sendo que, no período noturno, esses locais ficam praticamente despovoados, se transformam em abrigos e ambiente de socialização entre pessoas que vivem na rua (CARNEIRO JUNIOR et al. p. 49, 1998). As condições de vida dessas pessoas são decadentes, visto que sofrem por falta de alimentação, de condições básicas de higiene, sem condições financeiras, problemas de saúde e falta de acesso aos serviços de saúde, além de passarem frio, fome, depressão, tristeza e sofrerem por causa do julgamento alheio.

A saúde pode apresentar sinais discretos ou mais acentuados de fragilidade que estão relacionados ao tempo de permanência na rua, o uso de drogas lícitas e ilícitas, fome, envolvimento em situações de violência dentre outros motivos.

Com base na complexidade do assunto e pouca literatura disponibilizados sobre o tema é que vimos a necessidade de dar maior visibilidade ao tema principalmente em um período que converge com o dia 19 de agosto que representa o dia nacional de mobilização da população em situação de rua.

Assim, a imposição social da invisibilidade implementada ao morador em situação de rua conduz a necessidade de mobiliar os diversos segmentos da sociedade para tornar essas pessoas visíveis e nesta perspectiva fomentar mudanças especificamente na saúde proporcionando assistência mais digna e humanizada para a população em

situação de rua. Desta forma, emergiu o seguinte questionamento: qual a importância social da saúde prestada aos moradores em situação de rua? E tem como objetivo específico demonstrar a importância social da saúde nos moradores de rua e como a equipe de saúde deve intervir para prestar assistência humanizada.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que é um método de pesquisa que realizará a busca, a avaliação crítica e a síntese de estudos publicados sobre saúde e população em situação de rua.

Para construção desta revisão, foram utilizadas as seguintes etapas: seleção da questão temática; coleta de dados pela busca na literatura nas bases de dados eletrônicas, com o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão para selecionar a amostra; análise crítica da amostra; interpretação dos dados e apresentação dos resultados evidenciados.

A busca de dados ocorreu através das bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), entre os anos de 2005 a 2016 no período de 20 a 26 de junho de 2017.

Os descritores escolhidos para a referida pesquisa foram: moradores de rua; processo saúde doença; enfermagem. Serão realizados cruzamentos dos descritores através do conector “AND”, na língua portuguesa para o LILACS e Scielo, e nessa ordem: moradores de rua and; processo saúde doença and; enfermagem and independente da ordem estabelecida aos descritores.

Para selecionar os estudos foram estabelecidos critérios de exclusão e inclusão. Serão incluídos estudos disponíveis em texto completo nas bases de dados selecionadas; estudos publicados na língua portuguesa, o período de publicação foi de 2005 à 2016. Foram excluídos artigos disponíveis apenas em resumo; estudos publicados em fontes que não sejam disponíveis eletronicamente, e estudos publicados em língua estrangeira.

Foi realizada uma leitura completa dos artigos sendo excluídos aqueles que não abordaram a questão norteadora, os que estavam duplicados nas bases de dados, e os que não forneceram acesso completo do texto.

Logo em seguida, buscou-se estudar e compreender os principais parâmetros e forma de aplicação empregada nos trabalhos encontrados.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram selecionados três artigos nas bases de dados consultadas que versavam sobre a temática moradores de rua e processo saúde doença, para compor este estudo. A seguir apresentar-se-á um panorama geral das publicações (Quadro 1).

Ao analisar os tipos de publicação, verificou-se que 03 eram artigos científicos publicados nas revistas Latino-Americana de Enfermagem, Cadernos Brasileiros de Saúde Mental e Caderno Saúde Pública.

Os moradores em situação de rua passam a não serem vistos pela sociedade, que negligenciam os direitos humanos e a saúde. Assim, no Art 23 da carta de Direitos Humanos “Todo o homem tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego”, e segundo a Constituição Federal no Art. 196 “A Saúde é dever de todos e direito do Estado”.

No Art. 6º “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. É necessário que a legislação consiga vencer os limites entre o escrito e a execução fazendo-se cumprir as leis pré estabelecidas.

Importante, também, que a sociedade perceba que os moradores de rua são pessoas como qualquer outra, que apenas não tiveram oportunidades, ou que passam por problemas, e que precisam de ajuda para tratar-se, para curar-se, e é preciso aprender a respeitar o ser humano, pois não sabemos dos percursos e dificuldades vivenciados pelas pessoas que encontraram na rua, as vezes, faz-se necessário minimizar alguns de seus problemas.

A Organização Mundial de Saúde - OMS, em 1946 define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. Passando então a saúde, a ser mais um valor da comunidade que do próprio indivíduo.

Existem algumas convergências e divergências sobre a definição proposta pela OMS, onde muitos dizem ser utópico e inatingível, ressaltando ainda que o completo bem-estar, seria com a perfeição do bem-estar, sendo algo inviável a conquistar pelas diversas imperfeições humanas. Com isso Rosa, Cavichioli, Brêtas, (p. 579, 2005) estimula alguns questionamentos do tal tripé (físico, mental e social): como assegurar o status de saudável para pessoas com doenças crônicas? Como analisar o bem-estar mental, quando há dificuldade na auto-avaliação, mesmo de profissionais, perante um universo de subjetividades que constitui o ser humano? Como definir o bem-estar social numa sociedade capitalista com predominância de políticas de cunho neoliberal que geram desigualdades, levando parcela significativa das pessoas ao sofrimento?

Esses questionamentos nos fazem refletir sobre a amplitude do conceito de saúde, mas não inviabiliza o atendimento as necessidades básicas do ser humano

na perspectiva de fazer cumprir o que seja de competência do profissional de saúde no que tangue ao cuidado humanizado e menos repulsa as pessoas que não estejam limpas e cheirosas.

Numa perspectiva ampla, saúde reflete como resultado das condições de habitação, alimentação, educação, renda, trabalho, emprego, lazer, acesso a serviços de saúde, dentre outros fatores, o que vai de forma oposta as condições vivenciadas por moradores de rua (AGUIAR, IRIART, p. 116, 2012).

A vida na rua pode ser abordada como causa ou consequência de problemas de saúde, pois de acordo com BRASIL (2012) “há quem vá viver na rua e, por isso, adoeça e há quem adoeça e, por isso, vá viver na rua.” Apesar da Constituição Federal brasileira de 1988 prever a garantia do direito à saúde a todos com acesso universal a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, e os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde - SUS, serem norteados pela universalidade, equidade e integralidade, ainda a população não é atingida por tal benefício, especificamente a população em situação de rua. Desta forma, faz-se necessário um preparo técnico dos profissionais de saúde para receber essa pessoa em situação de rua de forma integral, evitando erros desnecessários, como apontado por Rosa, Cavichioli, Brêtas, (p. 578, 2005), em exigir do usuário, moradores de rua, comprovante de residência ou documentação de identificação para usufruir dos serviços do SUS, dificultando assim o acesso ao serviço.

Sendo assim, a principal porta de entrada dessas pessoas no SUS são através dos serviços de urgência e emergência, quando condições crônicas mal cuidadas culminam em quadros agudos (BRASIL, 2012).

De acordo com AGUIAR, IRIART (p. 119, 2012) os principais problemas de saúde são: o abuso de substâncias psicoativas, HIV/AIDS, transtornos mentais/psiquiátricos, problemas odontológicos, dermatológicos e gastrointestinais. A vida na rua, expõe a pessoa a diversos riscos, exigindo dos profissionais de saúde uma abordagem específica, já que os mesmos estão sujeitos às violências, tendo alimentações incertas e em baixa condições de higiene, água de baixa qualidade e pouco disponível, privação de sono e afeição, além de sofrer drasticamente às variações climáticas. A postura diferenciada do profissional de saúde, o reconhecimento da necessidade da escuta qualificada para essa população, o apoio, sem imposições, a construção de uma história clínica, diagnóstico e projeto terapêutico singular adequados ao indivíduo são condutas essenciais e fazem o diferencial na arte de cuidar (BRASIL, 2012).

Ressaltando ainda, que adesão ao tratamento e acompanhamento, para moradores de rua costuma ser um desafio, por conta de suas condições de vida. Faz necessário o treinamento do olhar profissional que deve enxergar os moradores de rua como portadoras de direitos de um cidadão brasileiro, respeitando sua autonomia, direito de escolha e evitando juízos morais, com isso, de acordo com Rosa, Cavichioli, Brêtas, (p. 581, 2005): O cuidado de enfermagem ao povo de rua passa necessariamente pela compreensão da “cultura da rua”, na qual é preciso considerar esclarecimentos

sobre: quem são essas pessoas?; como vivem?; como conseguem sobreviver física, psicológica e socialmente? e que sentido atribuem às suas vidas?

A situação de vulnerabilidade dos moradores de rua conduzem a essa população a doenças infectocontagiosas tais como; HIV/AIDS, sífilis, e tuberculose. Segundo Brito et al. (2007), a população em situação de rua é uma das mais vulneráveis em relação a transmissão do HIV, por incluir grupos de alto risco formados por egresso do sistema prisional, usuários de crack e cocaína e profissionais do sexo. Soma-se a esses fatores a prática sexual desprotegida, pelo fato de não terem acesso a camisinhas e o uso compartilhado de drogas injetáveis.

A sífilis é uma doença sistêmica de evolução crônica, que mesmo possuindo métodos diagnósticos adequados e tratamento simples, permanece como um importante problema de saúde pública, inclusive para a população em situação de rua. Essa questão se deve pela dificuldade que essa parcela da população tem em procurar os serviços de saúde por meio da discriminação, e muitas das vezes na unidade de saúde que procuram, não são atendidos por problemas burocráticos, como por exemplo a falta de um comprovante de residência, documento e etc.

A tuberculose é uma doença infecciosa, que dissemina-se de uma pessoa para outra por meio da transmissão pelo ar, essa característica permite uma fácil disseminação da doença. Segundo BRASIL (2012), a prevalência de tuberculose é 67 vezes maior na população em situação de rua, quando comparada a população geral. Isso se deve ao fato de a tuberculose atingir com frequência pessoas sem cuidados adequados de saúde (desabrigados), viver em habitação com muitas pessoas, comprometimento imunológico Além disso, essas pessoas enfrentam várias dificuldades quanto ao tratamento continuado, tais como alimentação inadequada, baixa autoestima e o uso de álcool e outras drogas.

Procedência	Título do artigo	Autores	Periódico (vol, no, pág, ano)	Considerações / Temática
Scielo	Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua.	ALECRIM, Tatiana Ferraz de Araújo; MITANO, Fernando; REIS, Amanda Alessandra dos. ROOS, Cristine Moraes; PALHA, Pedro Fredemir; PROTTI-ZANATTA, Simone Teresinha.	RevEscEnferm USP. 2016; 50(5): 808-815.	Analise dos discursos dos profissionais de saúde do Consultório na Rua em relação ao cuidado à pessoa em situação de rua com tuberculose.

Scielo	Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade.	HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice.	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p.1497-1502, jul. 2015.	Análise através de uma observação de campo juntamente com uma equipe de Consultório de Rua sobre o acolhimento e produção do cuidado voltados para população em situação de rua no ano de 2013.
Scielo	Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil.	AGUIAR, Maria Magalhães; IRIART, Jorge Alberto Bernstein	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p.115-124, jan. 2012.	Análise das práticas e significados de saúde e doença com a população em situação de rua em Salvador, Bahia. O presente artigo foi um estudo qualitativo e antropológico, onde se observou a população residente nas ruas da cidade de Salvador.
Scielo	População em situação de rua e tuberculose: relato de experiência de uma extensão universitária.	DIAS, Dayse Caetano Bezerra; LIMA, Cícera Luana Alves; LIMA, Maria Laiene Alves; PINHEIRO, Patrícia Geórgia Oliveira Diniz; SÁ, Lenilde Duarte.		Trata-se de um relato de experiência do Projeto de Extensão “Atenção à saúde da população em situação de rua: tuberculose e vulnerabilidades” que foi desenvolvido junto às equipes do CR, serviço que presta atenção integral a saúde da população em situação de rua.

LILACS	Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte	BOTTIL, Nadja Cristiane Lappann et al.	Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v.1 n.2, p.162-176, 2009.	Estudo descritivo, que objetiva identificar as condições de saúde mental na população em situação de rua de Belo Horizonte, no período de março e julho de 2009, tendo uma amostra aleatória de 245 homens adulto em situação de rua.
Scielo	O Processo Saúde-Doença-Cuidado e a População em Situação De Rua	ROSA, Anderson da Silva. CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco. BRÊTAS, Ana Cristina Passarella	Rev. Latino-am. Enfermagem, v.13, n.4, p.576-82, 2005.	Trata-se de ensaio de forma empírica e contextual o processo saúde-doença-cuidado na sua interface com a pobreza, enfatizando a problemática de pessoas que vivem na e da rua. Estimula a reflexão sobre o papel técnico, científico e político do(a) enfermeiro(a) frente à prestação do cuidado a essa população.

Quadro 1. Artigos levantados nas bases de dados LILACS e Scielo sobre revisão integrativa

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo trouxe uma olhar diferenciado em relação à população em situação de rua, que tem características peculiares e estão inseridos no grupo de pessoas que possuem em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, que habitam em espaços públicos como ruas, praças, viadutos e não são vistos como cidadãos com direitos à saúde com acesso universal a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde não contemplados.

Após a análise chegou-se à conclusão que a população em situação de rua, ainda, é vista de maneira marginalizada por conta de uma construção histórica, e que por esse motivo enfrenta dificuldades de acesso aos serviços de saúde o que dificulta e agrava principalmente o acompanhamento e tratamento de doenças particularmente as infecto contagiosas.

Observa-se que mesmo com a criação da Política Nacional para População de rua, Consultório na Rua que visa assegura os diretos a essa população principalmente quando se trata ao acesso a saúde, falta análise do perfil do profissional para atender essa população, qualificação profissional para garantir o atendimento das necessidades da mesma e cumprimento da legislação vigente.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. M. IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.1, p.115-124, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n1/12.pdf>>
- BOTTIL, N. C. L. et al. Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.1 n.2, p.162-176, 2009. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1141>>
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil. Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado a saúde junto a população em situação de rua**. Brasilia-DF, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populalcao_rua.pdf>
- CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde e Sociedade**, v. 7, n. 2, p. 47-62, 1998. Disponível em: <www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/7024/8493>
- GONÇALVES, F. R. **Direitos sociais: direito à moradia**. Disponível em: <<https://helberfreitas.jusbrasil.com.br/artigos/145423551/direitos-sociais-direito-a-moradia>>
- NATALINO, M.A.C. **Texto para Discussão Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. IPEA**. Brasília, outubro de 2016. Disponível em: . <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf>
- OMS, **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO) - 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>
- ROSA, A. S. CAVICCHIOLI, M. G. S. BRÉTAS, A. C. P. O Processo Saúde-Doença Cuidado e a População em Situação de Rua. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.4, p.576-82, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a17.pdf>>

ANÁLISE DE RISCOS OCUPACIONAIS NA PRODUÇÃO DE MAÇÃ: UM ESTUDO DE UM SISTEMA PRODUTIVO DA SERRA CATARINENSE

Fauser Batista Rolim Rosa

engfauser@gmail.com

Renata dos Santos Magnus

rsm_mbh@hotmail.com

Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC, Bolsista do Laboratório de Biomecânica da UNESC, Criciúma/SC, Brasil.

Willians Cassiano Longen

willians@unesc.net

Fisioterapeuta. Especialista em Ciências do Esporte e Medicina Esportiva - PUC-PR. Doutor em Ciências da Saúde. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva- PPGSCol.

Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Fisioterapia Traumato Ortopédica da UNESC. Criciúma/SC, Brasil.

se e identificam-se riscos ambientais nas suas diversas formas, sejam riscos químicos, físicos, biológicos, de acidentes e ergonômicos. Os agentes químicos vêm a ser o principal risco a saúde do trabalhador na lavoura, estando sujeito diretamente ao contato do produto e dependendo da forma aplicada pode ampliar o risco aos demais circunvizinhos. Os valores apresentados alarma quanto a grandeza associada a extensão das plantações na região serrana e a forma de tratamento dos produtos oferecidos no mercado.

PALAVRAS-CHAVE: Maça. Raleio. Poda. Segurança. Agrotóxicos.

ABSTRACT: Cultural practices were addressed and the risks inherent in apple production activity. The goal was to identify the causative agents of occupational diseases in the activity, taking into account the entire production process that involves everything from spraying, pruning, thinning, harvesting to the provision in packaging for delivery to the distributor. field visits were made to follow the process of each step and know the employees values of pesticides, adding extension to the references available. There is and identifies environmental risks in its various forms, whether chemical, physical, biological, accidents and ergonomic. Chemical agents come to be the main risk the health of workers in agriculture, subject to

RESUMO: Foram abordados os tratos culturais e os riscos inerentes na atividade de produção de maçãs. O objetivo foi identificar os agentes causadores de doenças laborais na atividade, levando em conta todo o processo produtivo que envolve desde a pulverização, poda, raleio, colheita até a disposição em embalagem para entrega ao distribuidor. Foram feitas visitas a campo para acompanhar o processo de cada etapa e conhecer os valores empregados de defensivos agrícolas, agregando extensão às referências bibliográficas disponíveis. Verifica-

directly contact the product and depending on the applied form can increase the risk to other surrounding. The values shown alarm as the magnitude associated with the extension of the plantations in the mountainous region and the form of treatment of the products offered on the market.

KEYWORDS: Apples. Thinning. Poda. Safety. Pesticides.

1 | INTRODUÇÃO

As frutas acondicionadas nos bins (recipiente de madeira com capacidade de armazenar 350 kg de maçãs) são levadas para as câmaras frigoríficas, para armazenagem, classificação e embalagem em caixas de papelão, para o mercado consumidor, formalizando o Certificado Fitossanitário de Origem Consolidado, com a elaboração de um PPRA de uma câmara frigorífica de maçãs.

Conforme a portaria nº 5/92 do Ministério do Trabalho, a elaboração do mapeamento de risco é obrigatório nas empresas, sendo utilizado como uma ferramenta adequada para a identificação e controle dos riscos ambientais, que possam interferir na saúde do trabalhador, pois com base neste mapa, pode-se analisar, prevenir, e minorar a exposição dos trabalhadores acidentes de trabalho.

Na confecção do mapa de riscos ambientais é de primordial importância, a interação entre o Engenheiro de Segurança do Trabalho, os colaboradores expostos a atividade, durante suas jornadas de trabalho, onde verifica-se e identifica-se riscos ambientais nas suas diversas formas, seja riscos químicos, físicos, biológicos, ergonômicos, entre outros, pois estes representam, incolumidade o perigo a saúde do trabalhador, sendo estudada e analisada em cada posto de trabalho da atividade laboral, de modo a propiciar um ambiente higienizado, seguro e saudável ao trabalhador.

2 | METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido através de visitas em campo, em pomares e câmaras frigoríficas de atmosfera controlada, onde foram verificadas as tarefas da produção da fruta da macieira até o *parking house* com a classificação da fruta, embalagem, armazenamento e venda ao mercado consumidor.

A análise de risco na produção de maçã foi conjugar os trabalhos práticas, os tratos culturais, que uma planta de macieira necessita até a produção dos frutos e armazenagem final.

Aliado a este acompanhamento prático, vem as pesquisas bibliográficas, através de livros, artigos científicos, conversas com engenheiros agrônomos, doutores, mestres na cultura da maçã.

Pesquisou-se a bibliografia disponível no meio acadêmico e científico, observando

as normas da produção integrada da maça (PIM) e verificando por análise dos riscos físicos, biológicos e químicos desta atividade.

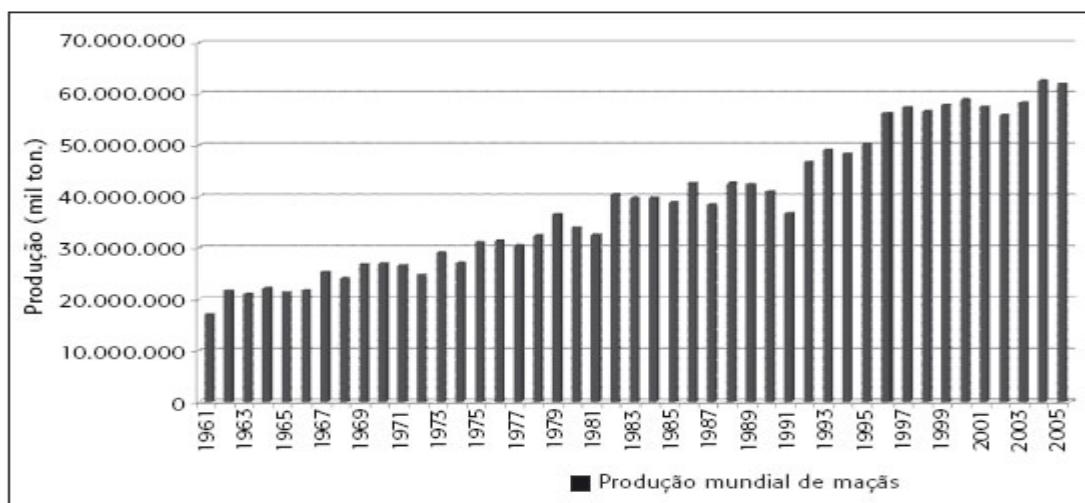
3 | DISCUSSÃO

Para destacar a representatividade do cultivo da maçã no mundo foram utilizados dados referentes aos 13 principais países produtores da cultura (Alemanha, Argentina, Brasil, Chile, China, EUA, França, Índia, Irã, Itália, Polônia, Rússia e Turquia), que respondem por cerca de 77% da produção mundial, segundo a *Food and Agriculture Organization* (FAO, 2007).

A maçã é cultivada em todos os continentes. Os maiores produtores estão localizados no Hemisfério Norte do planeta, principalmente na Ásia e na Europa. De acordo com a FAO (2007), foram produzidas 62.150.650 mil toneladas em todo o mundo no ano de 2005.

A produção mundial de maçã permaneceu estável entre os anos de 1996 e 2003, comparativamente às últimas décadas, enquanto a área cultivada aumentou na maioria dos países produtores. Seguindo a tendência do incremento da área, nas duas últimas safras analisadas - 2004 e 2005 - houve significativa evolução da quantidade produzida (Gráfico 1).

Gráfico 1
Produção mundial de maçã (em mil toneladas)



Fonte: elaborado pelos autores com base nos dados da FAO (2007).

Gráfico 1 - Produção mundial de maça (em mil toneladas)

Fonte: FAO (2007).

O que fomentou o aumento da produção e produtividade, da maça no mundo, foram o emprego de novas tecnologias na agricultura, com o emprego de análise de solo, sabe-se escolher qual a adubação correta fazer no solo do pomar, a escolha de mudas de macieira certificadas, produzidas por viveiros inspecionados, pelos órgãos

governamentais competentes, e o emprego de tratos culturais adequados (poda, pulverizações, etc), defensivos agrícolas menos nocivos a natureza e ao homem, foram fatores determinantes na expansão da cultura da maça a nível mundial.

Existem diversos conceitos referentes à poda segundo Fachinello, Nachtigal e Kersten (2008), dentre eles:

- Poda é a remoção metódica das partes de uma planta, com o objetivo de melhorá-la em algum aspecto de interesse do fruticultor;
- É cortar os galhos indesejáveis existentes na macieira, que são os galhos ou ramos doentes, defeituosos, visando um controle de crescimento e condução da planta.

A poda da macieira é realizada com tesouras e serrotes, onde se faz na primeira parte do serviço uma limpeza de galhos não produtivo (chamados de ladrões), ramos com doenças e deteriorados, pois só roubariam a seiva da planta, não apresentam gemas produtivas (que darão origem aos frutos de maçã), na segunda etapa, poda-se visando conduzir a árvore, e reduzir o excesso de galhos com gemas produtivas, facilitando a penetração dos raios solares, e o arejamento da planta, facilitando a penetração dos defensivos agrícolas.

Em alguns países, principalmente naqueles que apresentam alto grau de desenvolvimento tecnológico e com escassez de mão de obra, a poda pode ser realizada com máquinas apropriadas, o que apresenta um grande rendimento porém o uso de máquinas não permite que se tenha uma poda seletiva de ramos.

É importante que os instrumentos de poda estejam limpos e afiados e necessário que, juntamente com os instrumentos, se disponha de pasta bordalesa, que deve ser pincelada sobre os cortes acima de 3,0 cm de diâmetro para evitar a penetração de patógenos.

Com o avanço tecnológico, hoje já encontramos no mercado tesouras de podas elétricas, que são providas de uma mochila com baterias, que conectadas por cabos nas tesouras, atingem a produtividade de 3 tesouras manuais.

Pois o trabalhador se desgasta pouco fisicamente, e executa o trabalho com maior padronização de cortes, tendo em vista a escassez de mão de obra, a tesoura elétrica é a certeza de maior rendimento no pomar, pois o que o serrote não cortou a tesoura corta, sempre lembrando de impermeabilizar o corte, com o uso da calda sulfocástica e borbaleza, que atuam como um desinfetante, e cicatrizante da macieira (FACHINELLO, 2008).

No trabalho de poda, o trabalhador está exposto ao risco físico do frio do inverno que nos dias da poda podem atingir temperaturas negativas, haja visto ser no mês de julho. Ainda o colaborador, corre o risco de ser cortado pela tesoura ou serrote, no desempenho da função. Ao podar os galhos mais altos tem que utilizar uma escada de 2m, o que caracteriza o trabalho em altura, conforme NR-35.

Por raleio, entende-se a operação que elimina parte das frutas ou até mesmo das flores, visando melhorar a qualidade das frutas remanescentes e evitar a alternância de produção.

Quando se faz raleio dos frutos em uma planta, há uma perda de produtividade, se considerando apenas o presente ciclo, porém o ganho de peso dos frutos que permaneceram na planta compensa em parte a perda pela redução dos mesmos (BLEICHER, 2002).

Atualmente, não se pode pensar em comercializar frutas, principalmente para consumo “in natura”, sem que se disponha de um produto de boa qualidade. Por sua vez, a qualidade é determinada por um conjunto de características, principalmente pelo tamanho, cor, estado fitossanitário e sabor. Muitas destas características são específicas do cultivar, porém algumas delas são afetadas diretamente pela operação do raleio.

O raleio é uma das operações fundamentais para a maioria das espécies frutíferas e também uma das operações mais delicadas, que exige uma grande quantidade de mão-de-obra, o que representa uma elevação considerável nos custos de produção.

O trato cultural do raleio tem por objetivo básico a eliminação da quantidade excessiva de frutos por galho. Em uma cachopa de 5 frutos, elimina-se 2 frutos, deixando 3 frutos, que aumentarão de calibre, proporcionando maior qualidade na produção, e causando menor stress a planta da macieira (EMBRAPA, 2004).

As finalidades do raleio, como trato cultural de suma importância da macieira, é a diminuição da carga de frutos da planta, almejando a retirada dos frutos defeituosos, doentes, evitando assim a quebra de galhos por excesso de peso, com a retirada da carga excessiva de frutas. A planta perde menos seiva, e melhora a sua fisiologia, diminui o stress da planta, evitando assim a alternância de produção para a safra do outro ano, melhorando a coloração dos frutos, e por consequência a qualidade (FACHINELLO, 2008).

Além da colheita, o raleio diminui os custos das operações da colheita e da classificação, uma vez que possibilite a maiores rendimentos. O raleio reduz também os gastos com conservação e transporte.

O raleio pode ser realizado através de dois métodos: manual e químico.

O raleio manual consiste na eliminação do excesso de frutas da planta manualmente ou através de tesouras apropriadas. O raleio manual é, sem dúvida, o que permite uma melhor quantificação e seleção das frutas que devem permanecer na planta. Já o raleio químico é a aplicação de produtos que derrubam as flores e frutos, utilizando raleantes como o carbaril, cianamida hidrogenada, o ethephon, ácido giberélico e ácido naftalenoacetamida. Estes produtos são inibidores fisiológicos da planta, que atuam inibindo o crescimento das gemas, e flores, cortando a seiva do pedúnculo dos frutos. O espectro raleante do ANA (ácido naftalenoacético), na cultura da macieira, pode ter a duração do efeito, por prazo maior que 30 dias, influenciando a maturação dos frutos, porém mesmo com a aplicação do produto raleante ANA, não

se dispensa a prática do raleio manual, para melhor uniformização dos frutos na planta de macieira, mas não exerce influência sobre a época de maturação das frutas.

O raleio químico, para pomares de grandes áreas plantadas, diminuem o custo de produção e se torna vantajoso (WESTWOOD 1982 apud FACHINELLO, 2008).

Uma vez determinado o ponto de maturação mais adequado, inicia-se o processo de colheita, que, normalmente, é feita manualmente, colhendo-se as frutas individualmente.

Embora a colheita seja uma operação realizada por mão-de-obra menos qualificada, é necessário que sejam tomados alguns cuidados básicos para que as frutas cheguem ao destino final com boas qualidades. Dentre os principais cuidados que devem ser tomados estão:

- Não provocar qualquer tipo de dano mecânico à fruta, pois favorecem a entrada de patógenos, principalmente de fungos que causam o apodrecimento das frutas;
- Cuidados em não colher frutas verdes;
- A colheita deve, sempre que possível, ser realizada nas horas mais frescas do dia, sendo que as frutas colhidas devem ser colocadas em local protegido do sol, seja no galpão ou mesmo na sombra das plantas do pomar, pois o sol pode provocar sérios danos à película das frutas, bem como aumentar a temperatura das mesmas, com aumento na taxa respiratória e na transpiração;
- Para cada tipo de fruta existem embalagens mais apropriadas, porém o importante é que a embalagem proporcione o máximo de rendimento ao operador, com um mínimo de dano às frutas;
- Deve-se fazer a desinfecção do material utilizado para a colheita das frutas, principalmente das embalagens de transporte e armazenamento, para tanto, pode-se utilizar o hipoclorito de sódio (água sanitária),
- As frutas são, na maioria, produtos bastante perecíveis, isto faz com que o intervalo de tempo, entre a colheita e o destino final, deva ser o mais reduzido possível (FACHINELLO, 2008).

A maturação é a fase do desenvolvimento da fruta em que ocorrem diversas mudanças físicas e químicas, tais como alterações na coloração, no sabor, na textura, mudanças na permeabilidade dos tecidos, produção de substâncias voláteis, formação de ceras na epiderme, mudanças nos teores de carboidratos, de ácidos orgânicos, nas proteínas, nos compostos fenólicos, nas pectinas, entre outros.

As mudanças ocorridas durante a fase da maturação são desencadeadas, principalmente, pela produção de etileno e, em consequência, aumento na taxa respiratória.

A respiração consiste na decomposição oxidativa de substâncias de estrutura química mais complexa, como amido, açúcares e ácidos orgânicos, em estruturas

mais simples, como CO₂ e água, havendo produção de energia.

O processo respiratório continua a ocorrer mesmo com a colheita da fruta e está intimamente ligado com a temperatura. Em geral, temperaturas mais elevadas, tanto antes como após a colheita, aumentam a taxa respiratória, reduzindo, com isso, a longevidade da fruta (FACHINELLO, 2008).

De acordo com o modelo de respiração, as frutas podem ser classificados em Frutas Climatéricas - são aquelas que apresentam um período em que ocorre uma elevação na taxa respiratória, devido à produção autocatalítica de etileno. Esta produção de etileno, ácido ribonucléico (RNA) e proteínas, juntamente com aumento na taxa respiratória e com a decomposição de certas estruturas celulares, marcam a transição entre a fase de maturação e senescência. Frutas Não Climatéricas - são aquelas que não apresentam elevação na taxa respiratória próximo ao final do período de maturação, ou seja, a taxa respiratória apresenta um declínio constante até atingir a fase de senescência.

As frutas climatéricas podem ser colhidas mesmo que ainda não estejam maduros, pois a maturação é atingida após a colheita. No entanto, as frutas não devem ser colhidas muito jovens, devido a perdas nas qualidades organolépticas.

As frutas não climatéricas devem permanecer na planta até atingirem a fase de maturação, visto que não ocorrem modificações nos parâmetros físicos e químicos após a colheita.

Para determinação do ponto de colheita são utilizados alguns parâmetros, que são os de indicação diretos e os de indicação indireta. Dentre os de indicação direta temos:

As mudanças na coloração da casca que é o parâmetro mais utilizado para a maioria das frutas. É uma medida empírica que requer experiência do fruticultor, pois a mudança na coloração da casca é característica individual de cada espécie e/ou cultivar (FACHINELLO, 2008).

A firmeza da polpa onde é feita com um aparelho denominado penetrômetro cuja leitura indica o grau de resistência da polpa. Recomenda-se a realização de duas ou mais leituras em cada fruta, em posições opostas, devido ao fato de que a maturação não ocorre de maneira uniforme na fruta (FACHINELLO, 2008).

O crescimento da fruta é outro parâmetro que pode ser avaliado pelo peso ou pelo diâmetro das frutas (FACHINELLO, 2008).

O Teor de Sólidos Solúveis Totais (SST): Embora outros compostos também estejam envolvidos, o teor de sólidos solúveis totais nos fornece um indicativo da quantidade de açúcares presente nas frutas. Com a maturação, os teores de SST tendem a aumentar devido à biossíntese ou à degradação de polissacarídeos. A medição do teor de SST é feita utilizando-se um aparelho denominado de refratômetro sendo a leitura dada em °Brix. Como a solubilidade dos açúcares é dependente da temperatura da fruta, recomenda-se fazer a correção do teor de SST para a temperatura de 20°C.

Acidez Total Titulável (ATT) e Ph: A ATT é medida, num extrato da fruta, por meio de titulação com hidróxido de sódio e representa o teor de ácidos presentes. Normalmente a ATT diminui com a maturação da fruta. O pH apresenta comportamento inverso ao da ATT, ou seja, aumenta com a maturação da fruta (FACHINELLO, 2008).

Relação entre SST/ATT é um importante indicativo do sabor, pois relaciona os açúcares e os ácidos da fruta. Durante o período de maturação a relação SST/ATT tende a aumentar, devido à diminuição dos ácidos e aumento dos açúcares, sendo que o valor absoluto depende da cultivar utilizada (FACHINELLO, 2008).

Teste iodo-amido é utilizado, principalmente, para determinação do ponto de colheita de maçãs e mede, pela reação do iodo como o amido, a quantidade de amido que foi hidrolisada. É um teste de fácil execução e bastante preciso, porém é influenciado pela cultivar, condições da cultura e condições climáticas.

Além dos parâmetros acima mencionados, existem outros como, por exemplo, ressonância magnética, liberação de etileno, CO₂ e complexos aromáticos, os quais necessitam de equipamentos e de técnicos especializados, o que restringe a utilização a nível de instituições de pesquisa (FACHINELLO, 2008).

Já os parâmetros de indicação indireta são os dias após a plena floração, onde o número de dias desde a plena floração até a colheita é relativamente constante para uma mesma cultivar, dentro de uma dada região. Assim, é possível saber-se, com antecedência, a época em que as frutas de uma determinada cultivar iniciarão o estágio de maturação. Tal fato é importante, nem tanto para determinar o início da colheita propriamente dito, mas sim para fazer um planejamento de atividades.

Existem outros parâmetros indiretos para determinar o ponto de colheita, como, por exemplo, dias após o estágio T, soma das temperaturas a partir dos 40 dias após a plena floração, entre outros, porém não são comumente utilizados (FACHINELLO, 2008).

Para o exercício da produção integrada é obrigatório que os agricultores possuam um caderno de campo. É obrigatório o registo, no caderno de campo, da ocorrência dos estados fenológicos da cultura, as operações culturais adotadas bem como as datas da sua realização. No âmbito da fitossanidade é obrigatório o registo da estimativa do risco efetuada, de modo a traduzir a ocorrência (ou não) de determinado inimigo, bem como as espécies de fauna auxiliar observada na parcela.

Quando se justificar a realização de um tratamento fitossanitário é obrigatório o registo dos seguintes elementos: a substância ativa e o produto fitofarmacêutico aplicado, bem como, a dose e o volume de calda utilizado e a data em que foi efetuado (PORTUGAL, p 189, 2012).

O caderno de campo, é a materialização efetuada pelo produtor de macieira, sob a orientação do seu responsável técnico (Engenheiro Agrônomo ou Técnico Agrícola), onde acompanha o desenvolvimento do pomar, começando pelo estágio fenológico, conforme a planta desenvolve se faz a aplicação dos produtos fitossanitários.

Também no caderno de campo, se efetua o registro climático, aplicação de fertilizantes no solo, o controle de ervas daninhas com roçados e aplicação de herbicidas, o caderno de campo é uma exigência legal, da produção integrada, para que se possa emitir o certificado fitossanitário de origem (da poda até a colheita), e o certificado fitossanitário de origem consolidado (do armazenamento até a embalagem da fruta).

A colheita da maioria das frutas se dá num espaço de tempo relativamente curto, isso faz com que haja necessidade de conservá-los além da época de produção, o que proporciona benefícios tanto para o produtor, que obtém melhores preços, quanto para o consumidor que pode dispor das frutas em épocas em que não é possível produzi-las. Dentre os diversos métodos de conservação de frutas e hortaliças, somente será abordado o método de conservação pela utilização do frio, ou frigoconservação ou armazenamento refrigerado, embora existam outros métodos também importantes.

A frigoconservação é o método mais utilizado para conservação de frutas, que podem ser destinadas tanto ao consumo “in natura” quanto para a industrialização, por isso sua grande importância. Sendo realizada de diferentes formas, dentre os armazenamentos refrigerados estão:

A atmosfera normal é o sistema mais utilizado para prolongamento do período de armazenamento da maioria das frutas, principalmente as de clima temperado. Baseia-se na combinação de baixas temperaturas, geralmente de -1 a 4°C, com alta umidade relativa do ar (UR), geralmente superior a 85%. A temperatura baixa reduz a velocidade do metabolismo respiratório, sendo que o valor mínimo tolerado é variável com a espécie a cultivar. Por outro lado, frutas com atividade respiratória alta, como as frutas de clima tropical, não se adaptam ao armazenamento com temperatura muito baixa.

A atmosfera modificada é um método de conservação que visa modificar a concentração de gases ao redor e no interior da fruta, associada ou não à utilização de baixas temperaturas, porém sem um controle preciso dos teores gasosos. A alteração da atmosfera pode ser conseguida colocando-se as frutas em embalagens de polietileno ou PVC, aplicando-se ceras, ésteres de sacarose, na-carboximetilcelulose, ácidos graxos não saturados de cadeia curta, entre outros.

O armazenamento em atmosfera controlada é uma técnica que vem sendo utilizada com bastante sucesso em algumas frutíferas, principalmente em maçãs. Baseia-se na manutenção das frutas em uma câmara fria com uma proporção definida de O₂ e CO₂, aliada à baixa temperatura. O ar atmosférico é composto por aproximadamente, 78% de N₂, 21% de O₂ e 0,03 de CO₂. Com a utilização de câmaras frias hermeticamente fechadas, pode-se alterar os teores de O₂ e CO₂ para 1 a 3% e 1 a 5%, respectivamente. Com isso, se reduz o processo respiratório da fruta, reduzindo, consequentemente, os processos de degradação.

Os níveis de O₂ e CO₂ a serem utilizados são bastante variáveis com a espécie e com a cultivar utilizadas, sendo que esse controle é feito por computadores que

analisam a composição do ar no interior da câmara, fazendo automaticamente a correção. A proporção adequada do ar atmosférico no interior da câmara pode ser conseguida pela eliminação de O_2 e aumento de CO_2 , através da respiração natural das frutas. Caso os níveis de CO_2 ultrapassem os limites máximos, passa-se o ar por soluções de $Ca(OH)_2$, $NaOH$ ou H_2O , que absorvem o gás. Caso os níveis de O_2 diminuam muito, a recomposição é feita através da injeção de ar no interior da câmara. Para retirar o excesso de etileno, passa-se a atmosfera da câmara numa solução de permanganato de potássio ($KMnO_4$). Outras maneiras mais rápidas de rebaixar a concentração de O_2 é aumentar a de CO_2 , são a combustão do gás propano ou através da purga da câmara com nitrogênio.

Os grandes inconvenientes deste sistema são a exigência de câmaras frias praticamente herméticas, equipamentos complexos e mão-de-obra especializada o que aumentam os custos de utilização.

O armazenamento da maçã em atmosfera controlada é o mais utilizado no momento, pelas cooperativas e grandes armazenadores, pois trata-se da melhor tecnologia, e maior segurança alimentar, proporcionando ao consumidor, uma fruta saudável e com excelentes qualidades organolépticas, fornecendo frutas durante todo o ano ao mercado consumidor.

A manutenção da qualidade das frutas durante um período mais prolongado depende de uma interação entre as condições envolvidas no armazenamento.

As principais condições que influenciam na qualidade das frutas são a temperatura, a umidade relativa e o período de armazenamento. Tais condições são bastante variáveis com as espécies e também com as cultivares.

A qualidade da fruta depende das condições de armazenamento, para isso, se faz necessário o emprego de mão obra qualificada, desde a época da colheita e transporte, para que não causem batidas na polpa da maçã, e consequentemente na fase do armazenamento não apresente manchas amarronzadas pelas batidas, sendo a temperatura ideal em torno de $0^{\circ}C$ e umidade relativa no interior da câmara frigorífica em torno 85 a 90%, com tempo de refrigeração de no mínimo de 90 dias e no máximo de 300 dias, pois trata-se de câmaras hermeticamente fechadas, com controle de temperatura e umidade por sistema informatizado, segundo normas técnicas de produção integrada de maça.

O fluxograma de pré-colheita, demonstra as etapas de implantação do pomar, desde a escolha do terreno, com localização geográfica Leste-Oeste, para proporcionar a distribuição solar sobre o pomar desde o nascente ao poente, para colorir melhor as frutas e cicatrizar os cortes na árvore na época da poda.

Antes do plantio se faz uma análise de solo laboratorial, que será demonstrado as necessidades de correção do solo com aplicação de calcário, para eliminação da acidez do solo, e por conseguinte a correção. Com aplicação de nitrogênio, fósforo e potássio, magnésio, zinco, aduba-se o pomar.

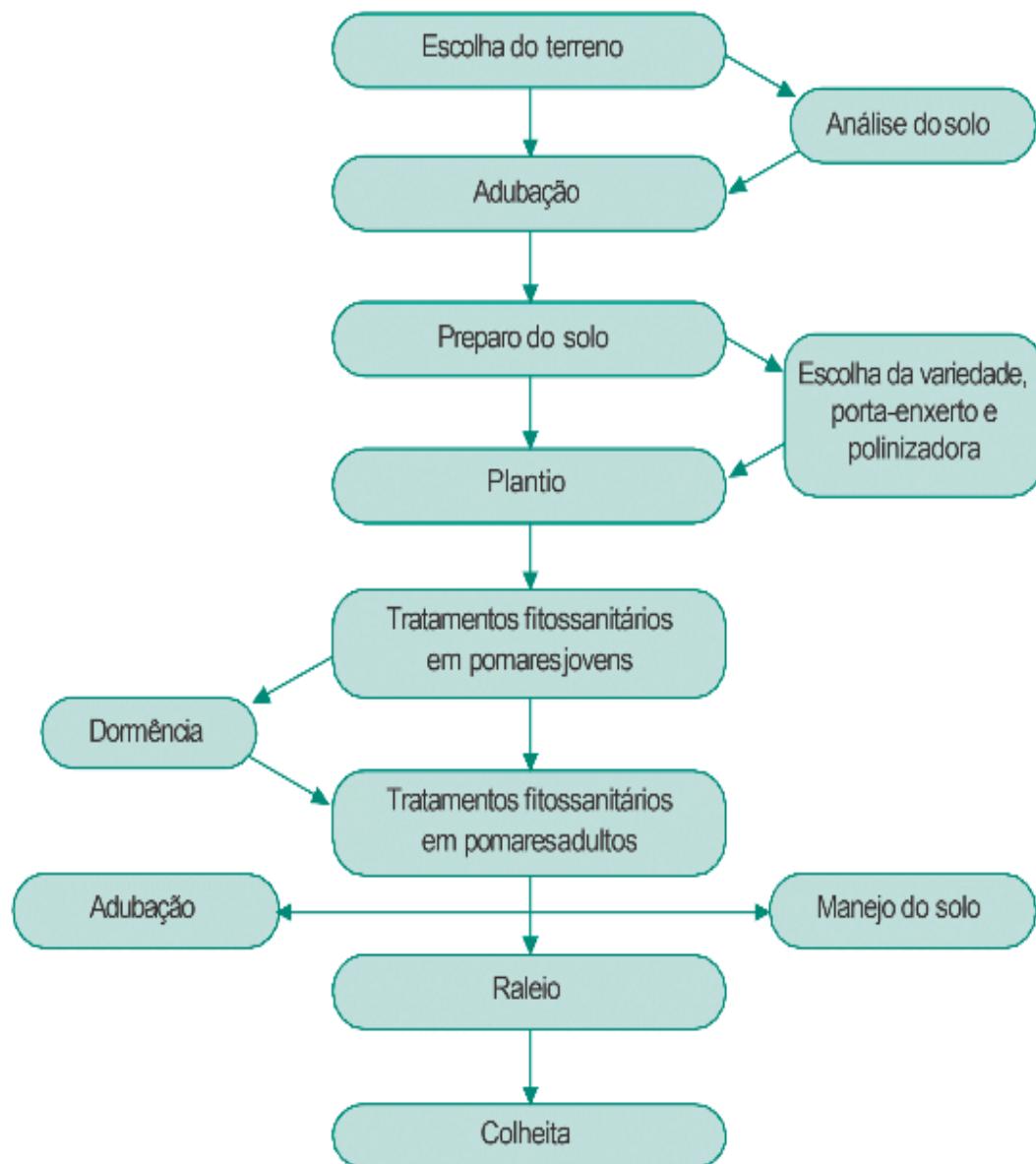
O plantio das mudas se dispõe com espaçamento médio de 2 metros entre

plantas e 5 metros entre filas, ou seja, 10m² a área de uma planta de macieira.

Com aplicação dos agroquímicos, dentro das recomendações da produção integrada de maça, dispõe-se de agrotóxicos, com menor poder residual, e toxicidade aceitável pelos órgãos de vigilância fitossanitária, que é desempenhada em Santa Catarina pela CIDASC.

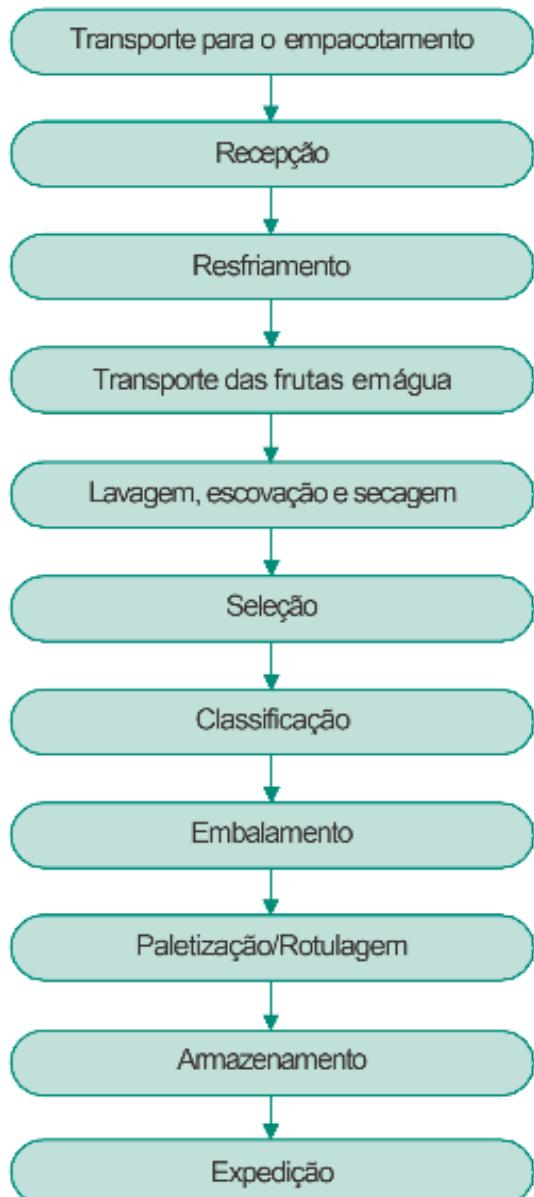
Se tratando dos demais tratos culturais como poda, raleio, colheita, são as etapas, que são registradas no caderno de campo, onde o engenheiro agrônomo ou técnico agrícola responsável seguem os trâmites da produção integrada de maças (PIM), para a obtenção do certificado fitossanitário de origem CFO, fornecido pela CIDASC.

Fluxograma da Pré-Colheita



Fonte: Embrapa, 2004.

Fluxograma da Pós-Colheita



Embrapa, 2004

O fluxograma da etapa pós-colheita demonstra a importância da colheita da maçã se tratando do ponto ideal de maturação e danos mecânicos, que porventura, venham a ocorrer por batidas na fruta ao colocá-la nas sacolas ou bins, transporte da fruta por estrada de chão batido, pois ao magoar a polpa da fruta, será comprometida a qualidade de armazenamento, por apresentação de necrose de tecidos e coloração marrom o que deprecia a fruta.

Com relação as máquinas classificadoras de maçãs, encontra-se alta tecnologia, com a utilização de raios infravermelhos, que são capazes de detectar manchas de danos mecânicos, picadas de mosca no interior da polpa da maça. Quando são verificados defeitos na fruta desta natureza, são descartadas para indústria de alimentos. Com relação as classificações da fruta da maçã, são divididas em categorias extra (exportação), categoria 1, categoria 2, categoria 3, e indústria (frutos batidos, com manchas ou necroses de doenças ou de chuvas de granizo).

Após a classificação, segue a embalagem das frutas em badejas de papel, e

caixas de papelão, que são guardadas em câmaras de atmosfera controlada. Nesta etapa conclui-se o certificado de origem consolidado (CFOC). Para posterior transporte e venda ao mercado consumidor, fechando a safra dentro dos padrões da produção integrada da maçã.

O Estado de Santa Catarina é um expressivo consumidor nacional de agrotóxicos, as Leis Estaduais nºs. 11.069/98 e 13.238/04 e o Decreto nº 3.657/05 que dispõem sobre o uso, comércio, transporte e armazenagem de agrotóxicos, foram importantes passos na regulamentação e uso racional desses produtos na agricultura.

Os agrotóxicos são definidos como produtos e agentes de processos físicos, químicos ou biológicos destinados ao uso nos setores de produção, armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas nativas ou implantadas e de outros ecossistemas e também em ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora e da fauna, a fim de preservá-la da ação danosa de seres vivos considerados nocivos, bem como substâncias e produtos empregados como desfolhantes, dessecantes, estimuladores e inibidores do crescimento.

Assim, consideram-se agrotóxicos e afins os produtos acaricidas, bactericidas, fungicidas, herbicidas, inseticidas, nematicidas, lesmicidas, formicidas, desfolhantes, espalhantes adesivos, óleos minerais, etc.

Os agrotóxicos podem causar algumas reações e sintomas no homem, como:

- Sistema nervoso: Inibem substâncias como a enzima colinesterase, regula os impulsos nervosos ao regular os níveis de acetilcolina). A acetilcolina: mantém a corrente nervosa, faz lembrar o passado, planejar o futuro (memória). Mas o excesso é prejudicial
- Na respiração: Dificuldade respiratória.
- Sintomas: Náuseas, tontura, dores de cabeça, alergias, tremor no corpo, lesões nos rins e fígado, câncer, mal de Parkinson, insônia, etc.

A intoxicação acontece por não saber dos riscos; por falta de cuidado; pelo não uso de equipamento de proteção adequado; por mal funcionamento dos pulverizadores (contaminação de partes do corpo).

Já o maior número de intoxicações ocorre ao fazer a mistura (produto mais concentrado); no carregamento (derramamento); na aplicação (falta de EPI).

As principais vias de intoxicação: 99,25% via dermal (pele); contaminação durante pulverizações; operário enchendo o tanque do pulverizador tratorizado: 86% nas mãos, 5% nos braços, 7% nas pernas, 2% no tórax; aplicação com pulverizador costal, controle ervas daninhas: 61% nas pernas, 31% nas mãos; operário aplicando com pulverizador tratorizado (turbopulverizador): 66% nas mãos, 15% nas pernas, 13% nos braços.

Equipamentos de Proteção Individual: Macacão: (calça e camisa de mangas

longas). Ser confortável, leve, folgado, sem pregas, sem rasgões e pouco absorvente; Luvas: luvas impermeáveis de borracha ou PVC. Leves e macias. Observação: Não usar luvas de couro ou rasgadas; Boné árabe: protege a cabeça e nuca; Botas: botas impermeáveis, de plástico ou de borracha. Observação: O macacão ou calça por fora das botas; Óculos e máscara: Proteger os olhos, boca, nariz, garganta e pulmões. Máscara descartável; Avental plástico: proteger a barriga, pernas ou costas.



Figura 1 - EPI's

Fonte: Krueger, S.I.

Cuidados no preparo do agrotóxico a pulverizar: Ler o rótulo das embalagens; Usar equipamentos de proteção; Nunca trabalhar sozinho; Afastar crianças e pessoas estranhas; Trabalhar em local aberto; Observar o sentido do vento; Não fumar, beber ou comer; Usar recipientes e equipamentos adequados; Após o manuseio e/ou aplicação, trocar de roupa e lavar-se bem; Pulverizar apenas o alvo desejado.

Nas pragas (insetos) e agentes causais de doenças (fungos) e nas pessoas: contato/contaminação, ingestão e respiração.

Atuação nas plantas contra as pragas: cobertura externa da planta, ação de profundidade ou translaminar, ação sistêmica.

Modos de controle: no momento da sua utilização.

Preventivo (usa-se antes da previsão de ataque): curativo logo após a instalação de uma doença, ainda sem sintomas externos.

Erradicante (quando já são visíveis os sintomas ou manchas de uma doença) (KRUEGER, S.I.).

Foi visto em campo uma doença arrasadora que já está contaminando os pomares de maçã, o cancro europeu, que nada mais é que o câncer da macieira. Esta doença juntamente com a sarna, a podridão de frutos causados por fungos, juntamente com as pragas da macieira, sendo a mosca das frutas, as mariposas, acáros.

Com a presença de diversas doenças, fica obrigatório a utilização de agrotóxicos, pesticidas, que são os fungidas para doenças, e os inseticidas para as pragas. O único meio eficaz de controle é através das pulverizações, para podermos produzir o fruto da maçã.

A dependência humana dos agroquímicos para poder produzir alimentos a cada ano se torna maior, fruto dos desequilíbrios ambientais e efeito estufa, comprometendo a saúde e segurança dos trabalhadores e consumidores de alimentos.

As frutas podem ser contaminadas desde o campo até o empacotamento e distribuição, o que torna necessário acompanhar com detalhe cada etapa do processo, procurando criticamente identificar e prevenir os potenciais perigos, com ênfase nos biológicos e químicos.

Nesta categoria estão incluídas bactérias, fungos, protozoários, helmintos, vírus, etc., que podem provocar doenças nos seres humanos e animais.

Estes microrganismos encontram fatores favoráveis e desfavoráveis ao seu desenvolvimento em determinados ambientes. O controle dos fatores favoráveis evita a proliferação dos microrganismos patogênicos nos alimentos.

O pH baixo da polpa da maçã não é adequado para o desenvolvimento de bactérias. Esporadicamente pode haver contato dos frutos com alguma bactéria patogênica através de água contaminada ou que tenha sido manipulado com as mãos sujas, feridas mal curadas ou desprotegidas. Uma vez que maçãs destinadas ao consumo *in natura* não passam por qualquer tipo de preparo térmico que elimine essas bactérias, é necessário minimizar o risco de contaminação em todas as etapas do processo.

Os maiores agentes de potenciais alterações nas frutas seriam os fungos (espécies dos gêneros *Penicillium*, *Alternaria*, *Botrytis*, *Glomerella*, *Botryosphaeria*, *Rhizopus*, *Venturia*, *Monilinia*, *Pezicula*, *Fusarium*, etc).

Se algum conseguir se desenvolver em pHs ácidos, pode causar importantes perdas econômicas, além de significar um risco para a saúde, como o *Penicillium expansum*, produtor da toxina patulina.

Para evitar as contaminações fúngicas, é recomendada uma correta manipulação da fruta, incluindo sua colheita no estádio de maturação adequado, para minimizar a incidência de podridões. Também pode-se combater as contaminações pela correta aplicação de tratamentos fungicidas no campo ou em pós-colheita, observando sempre as normas da produção integrada.

A principal forma de prevenir problemas microbiológicos, quaisquer que sejam, é manter uma boa higiene em todas as etapas que ocorrem no pomar, na empacotadora ou no transporte. Boas práticas agrícolas no campo e boas práticas de fabricação na

empacotadora são o alicerce sobre o qual a garantia de produção de frutas seguras será construída.

É extremamente importante elaborar um plano de limpeza e desinfecção viável, bem escrito e de cumprimento obrigatório na empacotadora. Somado a este plano, os cuidados devem ser igualmente considerados e evitados com rigidez no pomar. As frutas devem ser cultivadas e colhidas em condições que minimizem o risco de contaminação com patógenos humanos.

Animais domésticos ou silvestres contaminados, sacolas, caixas, ferramentas de colheita ou bins sujos de terra e colhedores com higiene pessoal deficiente podem ser fontes de contaminação biológica no campo.

A atenção deve ser redobrada na produção orgânica para que os perigos de contaminação química por agrotóxicos não cedam lugar a perigos microbiológicos, introduzidos se a fruta entrar em contato com material orgânico mal compostado.

Na empacotadora, os patógenos podem ser encontrados no chão, nas escovas, nos ralos, na máquina classificadora, esteiras ou em qualquer equipamento. Se não houver sanitização adequada, qualquer uma das superfícies que entram em contato com as maçãs podem ser uma potencial fonte de contaminação microbiológica. Operações inadequadas podem aumentar significativamente o risco das maçãs serem contaminadas. Assim, padrões de higiene e sanitização devem ser rigorosamente empregados durante as operações de empacotamento.

As principais medidas de controle são:

- Utilizar somente adubos orgânicos bem compostados;
- Evitar que os colhedores pisem no interior dos bins, o que pode veicular microrganismos do solo;
- Fornecer água potável aos trabalhadores;
- Usar água tratada ou livre de contaminação, comprovada por análises periódicas;
- Estabelecer plano de frequência de troca da água das máquinas classificadoras;
- Treinar o pessoal em higiene pessoal e limpeza;
- Fornecer instalações sanitárias adequadas (com vasos sanitários, papel higiênico, pia, sabão, toalhas de papel) próximas das áreas de produção e manipulação dos frutos;
- Evitar a presença de animais nos campos de produção, principalmente na época da colheita, e na empacotadora;
- Manter um bom plano de limpeza e desinfecção, além de um plano de controle integrado de pragas;
- Planejar muito bem o local de armazenamento das caixas de papelão onde serão embalados os frutos já classificados, a fim de evitar a contaminação

por fezes e urina de roedores, bem como como poeira, que podem veicular microrganismos patogênicos;

- Afastar das atividades que envolvem manipulação do produto portadores de doenças infecto-contagiosas;
- Utilizar água clorada com no mínimo 100 ppm de cloro residual nas etapas em que o fruto passar por lavagem;
- Verificar, periodicamente, a necessidade de manutenção ou troca de peças das máquinas classificadoras que podem estar retendo sujeira ou danificando os frutos;
- Eliminar corretamente os resíduos sólidos para evitar a ocorrência de contaminação cruzada;
- Controlar o acesso à unidade de produção a fim de barrar a introdução de perigos externos;
- Supervisionar e entrada de matérias-primas na empacotadora;
- Dar preferência à colheita seletiva das frutas.

A pré-seleção no campo evita o ingresso de material de descarte no interior da empacotadora. Desta forma, além do risco de contaminação, também é reduzido o trabalho na linha de seleção e empacotamento e o desperdício de espaço e energia para se armazenar material pouco nobre.

A Resolução RDC nº12, de 2 de janeiro de 2001 da ANVISA, aprovou um regulamento técnico sobre padrões microbiológicos para alimentos, que estabelece limites de coliformes de origem fecal e coliformes termotolerantes e de *Salmonella spp.* Em amostras de frutas frescas, “in natura”, preparadas (descascadas, selecionadas ou fracionadas) sanitificadas, refrigeradas ou congeladas. Esta resolução deve ser usada como referência na análise de perigos biológicos.

Para a identificação dos potenciais perigos químicos na produção de maçãs, recomenda-se que sejam listados todos os produtos associados a cada etapa da produção e pós-colheita a fim de identificar medidas preventivas para eliminar os perigos ou reduzir seu impacto ou sua ocorrência.

Com o advento do sistema de produção integrada, que preconiza a utilização racional dos agrotóxicos, o risco de ocorrência de contaminação química diminui. No entanto, é necessário que as normas da produção integrada, com as indicações de número máximo de aplicações de cada agrotóxico, sejam rigorosamente seguidas.

Na etapa de recepção da matéria-prima nas empacotadoras, cuidado especial é requerido quando a maçã for oriunda do sistema convencional de produção. Neste caso, o que seria considerado um ponto crítico pode passar a ser um ponto crítico de controle, visto que o risco de ocorrência de resíduos acima do permitido aumenta significativamente.

O uso de produtos fitossanitários em excesso é uma problemática que se deve

analisar. A aplicação excessiva de produtos pode ocorrer no campo ou na pós- colheita, ao utilizar fungicidas ou outros tratamentos, como os antioxidantes empregados para prevenir a escaldadura em maçãs e peras.

A forma de combater estes perigos será com a criação de um plano adequado de tratamentos, o que já existe e é empregado na produção integrada, que permita garantir valores de resíduos abaixo do limite máximo recomendado, valor geralmente imposto pelas diferentes legislações sanitárias dos compradores. Além disso, é necessário um plano de amostragem que permita garantir um bom cumprimento do plano de tratamentos. A adoção da produção integrada, tanto no campo quanto na pós-colheita, é o primeiro passo para minimizar este risco.

As principais medidas de controle são principalmente de natureza preventiva, a saber:

- Dar preferência ao manejo integrado de pragas e doenças;
- Usar produtos registrados para a cultura e recomendados por profissional qualificado;
- Fazer a manutenção e calibração periódica dos equipamentos de aplicação dos agroquímicos;
- Treinar o pessoal envolvido nas operações de preparo e aplicação dos agroquímicos;
- Providenciar um manual de uso de defensivos agrícolas (produtos permitidos, dosagens, períodos de carência, registros);
- Manter fichas técnicas dos produtos químicos (ingrediente ativo, categoria toxicológica, prazo de carência);
- Registrar a lubrificação (data, local, produto) e manter fichas técnicas dos lubrificantes usados nas máquinas;
- Listar os produtos de limpeza utilizados e registrar cada vez que se proceder à sanitização;
- Nunca misturar frutas de diferentes sistemas de produção (integrada e convencional).

Apesar de todos os esforços daqueles que trabalham com produtos agrícolas, esses produtos poderão nunca estar completamente livres de riscos à saúde humana. No entanto, a utilização de um sistema eficaz de rastreamento poderá reduzir o campo de ação do risco e ser útil na identificação e eliminação do mesmo. Por isso a rastreabilidade é um complemento importantíssimo para as boas práticas agrícolas e de fabricação.

Os agroquímicos utilizados são fungicidas, inseticidas e acaricidas, sendo o caso da análise de 26 tratamentos fitossanitários, onde foram gastos 479 kg de pesticidas misturados a 234.000 litros, para a produção da maçã gala. Conforme dados da

CIDASC de São Joaquim, são 7200 hectares de área plantada de maçã, distribuídos em 1.500 unidades produtivas, com aproximadamente 15.000 pessoas envolvidas na produção de maçã, com população flutuante de trabalhadores, do interior do Rio Grande do Sul, Paraná, etc. Calculando o quantitativo de pesticidas utilizados no município de São Joaquim, em 7.200 ha de área plantada, são gastos 492.685,71 kg ou 492,68 toneladas, misturados em 1.684.800 litros de água, estando expostos em torno de 15.000 trabalhadores.

4 | CONCLUSÃO

Ao término deste trabalho foi possível concluir que o maior perigo a saúde do trabalhador da fruticultura da macieira são os riscos químicos. Iniciando-se com as pulverizações ou tratamentos fitossanitários após a poda dos ramos no mês de julho, com calda sulfocáustica e bordaleza, a base de enxofre e cobre, respectivamente. Estendendo-se desde a brotação dos botões florais no final de agosto, até a pré-colheita que ocorre em fevereiro, para a variedade gala, abril e maio, para a variedade fugi. Com relação a análise de riscos que esta carga anual de agrotóxicos impacta os recursos hídricos, lençóis freáticos, poluição do ar, a contaminação das plantas vizinhas aos pomares, e quantidade de pessoas que desenvolvem alergias na pele, no sistema respiratório, renites, intolerância a lactose por ingestão de alimentos com resíduos agrotóxicos, tem-se dados alarmantes, que merecem maior estudo das autoridades competentes.

REFERÊNCIAS

- BLEICHER, Jorge. **A Cultura da Macieira**. In: EPAGRI (Empresa de Pesquisa e Extensão Rural de Santa Catarina). Florianópolis. 2002.
- BRASIL. **Legislação Federal de Agrotóxicos e Afins**. Brasília: Ministério da Agricultura, Departamento de Defesa e Inspeção Vegetal, 1998.
- EMBRAPA. Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária. **Manual de Segurança e Qualidade para a Cultura da Maçã**. Projeto PAS Campos. Convênio CNI/SENAI/SEBRAE/EMBRAPA. Brasília, 2004.
- FACHINELLO, José Carlos; NACHTIGAL, Jair Costa; KERSTEN, Elio. **Fruticultura Fundamentos e Prática**. Pelotas. 2008.
- FADINAP, UNITED NATIONS. **Database on Pesticides and the Environment**. Disponível em: <<http://www.fadinap.org/pesticide/index.htm>> Acesso em: 28 Jul. 2015.
- FAO. **Manejo de Agrotóxicos da FAO: Código Internacional**. Disponível em:<www.fao.org/waicent/faoinfo/agricult/agp/agpp/pesticide/Code/Article8.htm>. Acesso em 18 set. 2002.
- GLEBER, L; PELIZZA, T.R; ALMEIDA, D.L. Variáveis Ambientais e Toxicológicas de Agroquímicos Utilizados na Produção Integrada de Maçãs (PIM) Visando Modelagem Matemática. **Revista de Ciências Agroveterinárias**. Lages. 2006. v.5, n.2, p. 169-184

KONDA, L.N. et al. Modeling of Single-step and Multistep Adsorption Isotherms of Organic Pesticides on Soil. **Journal of Agricultural and Food Chemistry**, n.50, p.7326-7331, 2002.

KRUEGER, Reinhard. **Agrotóxicos Informações Úteis Cuidados no Uso**. Apresentação de palestra. CIDASC, São Joaquim. 2014.

NOVA SERRANA LTDA. **Caderno de Campo**. São Joaquim. 2015.

PORUTGAL. Ministério da agricultura, mar, ambiente e ordenamento do território. **Normas Técnicas para Produção Integrada de Pomóideas**. Lisboa, 2012.

PROTAS, J. F. S.; SANHUEZA, R. M. V. **Normas Técnicas e Documentos de Acompanhamento da Produção Integrada de Maçãs**. Bento Gonçalves: Embrapa Uva e Vinho, 2002. 64 p.

INCIDÊNCIA DE ACIDENTES DE MOTOCICLETA NAS CIDADES SATÉLITES DO RECANTO DAS EMAS, SAMAMBAIA E RIACHO FUNDO II NO DISTRITO FEDERAL

Juliana de Sousa Muniz

Faculdade Icesp

Marcos André Gonçalves

Instituto de Cardiologia do Distrito Federal - ICDF

Silvia Emanoella Silva Martins de Souza

Instituto de Cardiologia do Distrito Federal - ICDF

Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde - Nesprom / Universidade de Brasília - UnB

Dylliany Cristina da Silva Sales

Instituto de Cardiologia do Distrito Federal - ICDF

Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde - Nesprom / Universidade de Brasília - UnB

Leila de Assis Oliveira Ornellas

Instituto de Cardiologia do Distrito Federal - ICDF

Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde - Nesprom / Universidade de Brasília - UnB

Jônatas de França Barros

Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde - Nesprom / Universidade de Brasília - UnB

André Ribeiro da Silva

Instituto de Cardiologia do Distrito Federal - ICDF

Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde - Nesprom / Universidade de Brasília - UnB

RESUMO: Objetivo: Definir a incidência de acidentes motociclisticos na região administrativa sul do Distrito Federal coberta pelo NAPH 04 do SAMU-DF e relacionar a importância do APH (Atendimento Pré Hospitalar). **Método:** Estudo descritivo, quantitativo e qualitativo, realizado

através de tabulação de dados obtidos nas fichas de atendimento das Unidades de Suporte Básico de Vida (UBS) e Unidades de Suporte Avançado (USA) referentes ao NAPH 04 do SAMU no período de Julho/2015 à Dezembro/2015, mapa de violência referente ao ano de 2013 e dados do DETRAN-DF. Os dados foram coletados nos meses de janeiro a março de 2016, sendo a amostra final composta por 116 acidentes motociclisticos. **Resultados:** Observou-se que 78% das vítimas eram do sexo masculino, na faixa etária dos 31 anos. O domingo registrou 21,55% dos acidentes. Os acidentes ocorreram em sua maioria entre 12h00min e 17h59min (39,65%). Autolesão apareceu como a principal causa dos acidentes correspondendo a 51,72% da amostra. Os membros inferiores foram os mais acometidos representando 35% dos agravos. 98,27% dos acidentados foram hospitalizados. **Conclusão:** No que diz respeito as internações hospitalares, os motociclistas representaram a categoria que mais gerou gastos ao SUS. Conscientizar a população é fundamental visando à redução e prevenção dos acidentes, além disso, é necessário adotar medidas socioeducativas que ajudem a melhorar o comportamento do indivíduo no trânsito.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes de Trânsito, Motocicletas, SAMU, Assistência Ambulatorial

ABSTRACT: **Objective:** To define the incidence of motorcycle accidents in the administrative in region Southern Federal District covered by NAPH 04 SAMU- DF and the importance of APH (Pre Hospital Care). **Materials and Methods:** quantitative, qualitative and descriptive study by tabulating data obtained from the records of meeting the basic life support units Life (UBS) and Advanced Support Unit (USA) for the NAPH 04 SAMU in the period July / 2015 to December / 2015 and literature review of articles selected for the years 2010-2015 on the topic discussed, violence map for the year 2013 and DMV-DF data. Data were collected in the months of January to March 2016, with the final sample of 116 motorcycle accidents. **Results:** It was observed that 78% of victims were male, aged between 31 years. Sunday recorded 21.55% of accidents. Accidents occurred mostly between 12:00 and 17:59 (39.65%). Self-injury appeared as a major cause of accidents corresponding to 51.72% of the sample. The lower limbs were the most affected representing 35% of injuries. 98.27% of the victims were hospitalized. **Conclusion:** As regards the hospitalizations, motorcyclists represented the category more generated expenses to the SUS. Raise awareness of the population is essential in order to reduce and prevent accidents, moreover, it is necessary to adopt educational measures that help to improve the individual's behavior in traffic.

KEYWORDS: Accidents, Traffic, Motorcycles, SAMU, Ambulatory Care.

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as motocicletas têm ganhado espaço significativo entre os meios de transporte mais utilizados, vários fatores influenciam essa escolha, desde fatores culturais até fatores socioeconômicos, as motocicletas trazem a vantagem de serem mais baratas, a manutenção se torna mais fácil, transitam melhor em meio a congestionamentos e levam vantagem no quesito estacionamento¹².

Segundo dados do DETRAN-DF/2012, em 2002 existiam 42 mil motocicletas no Distrito Federal e com um crescimento exacerbado de 272,5%, em 2012 o número de motocicletas praticamente quadriplicou atingindo um número significativo de 158 mil motocicletas circulando pelas vias enquanto o número de automóveis cresceu 87,5%, ou seja, é notório o índice cada vez mais alto de indivíduos trocando as 4 rodas por apenas 2.

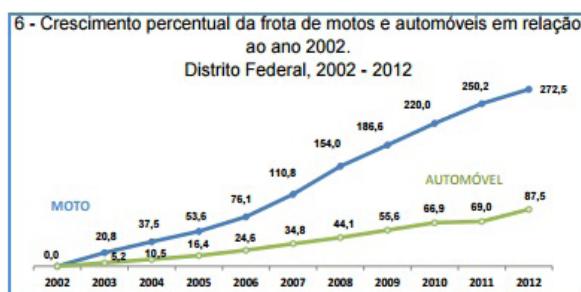


Gráfico 1

Fonte: GDF/SSP/Detran/Gerest, 2013

Acidentes envolvendo moto-moto, moto-carro, moto-ônibus, moto-caminhão, moto-pedestres e até mesmo quedas por conta própria são comuns, pois há muitos fatores que contribuem para esta realidade dentre eles há o aumento de veículos em circulação, a precariedade das vias públicas, a má sinalização, a falta de impunidade para os indivíduos que por irresponsabilidade acabam colocando sua própria vida e a de terceiros em risco seja por dirigir/pilotar em alta velocidade ou por dirigir/pilotar embriagado e ainda pela fiscalização inadequada frente a esse cenário¹².

Os motociclistas se tornam mais vulneráveis aos acidentes de trânsito principalmente por levarem desvantagem nos equipamentos de proteção individual quando comparados a quem está dirigindo um carro, muitos fazem uso só do capacete e outros nem mesmo isso e quando sofrem qualquer tipo de colisão acabam por se chocar no asfalto, entram em contato rapidamente com o chão numa velocidade que não dá nem tempo de pensar muito em como escapar da queda².

Mundialmente falando, os acidentes motociclísticos representam a terceira causa de óbito, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares e neoplásicas, o que ressalta a importância de trabalhar em cima desse problema de saúde pública na tentativa de minimizar esse quadro e consequentemente diminuir os traumas físicos, psicológicos e os altos custos dos serviços de saúde utilizados com essa clientela⁶.

Quando se fala em mortalidade, os números são ainda mais preocupantes, dados do DETRAN-GO mostram que o Brasil é o segundo país do mundo em vítimas fatais envolvendo motocicletas, representando 7,1 óbitos a cada 100 mil habitantes¹².

Quando se refere ao SAMU-DF, vale ressaltar que a distribuição é feita por núcleos que são divididos por cidades administrativas. O NAPH 01 cobre as cidades de Sobradinho, Paranoá e Planaltina, o NAPH 02 é responsável pela cobertura do Gama e Santa Maria, o NAPH 03 cobre Taguatinga, o NAPH 04 Samambaia, Recanto das Emas e Riacho Fundo II, o NAPH 05 responde pelas cidades de Ceilândia e Brazlândia, o NAPH 06 São Sebastião e Plano Piloto e o NAPH 07 representa o Guará e o Núcleo Bandeirante.

Tendo em vista o alarmante índice de acidentes envolvendo motociclistas por ano no Distrito Federal, houve um interesse em explorar esse cenário abordando não só os acidentes e suas causas, mas também, abordando a importância do primeiro atendimento nessas situações, visto que há pesquisas do SAMU em outros Estados acerca desses dados enquanto no Distrito Federal os dados encontrados são de outros órgãos e não do SAMU.

O foco da pesquisa foi o SAMU-DF referente ao NAPH 04 que cobre as cidades satélites de Samambaia, Recanto das Emas e Riacho Fundo II. A partir dos dados coletados e tabulados podemos definir a incidência de acidentes motociclísticos nessa região administrativa do Distrito Federal e a importância do APH (Atendimento Pré Hospitalar).

2 | MÉTODO

Trabalho descritivo de abordagem quantitativa, retrospectivo, obtido através de tabulação de dados obtidos nas fichas de atendimento das Unidades de Suporte Básico de Vida (UBS) e nas Unidades de Suporte Avançado (USA) nos meses de Janeiro, Fevereiro e Março de 2016 referentes ao NAPH 04 do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) nas cidades de Samambaia, Recanto das Emas e Riacho Fundo II no período de Julho a Dezembro de 2015 e revisão bibliográfica para comparação dos resultados com artigos selecionados correspondentes aos anos de 2010 a 2015 acerca do tema abordado publicados em língua portuguesa, mapa de violência referente ao ano de 2013 e dados do DETRAN-DF.

Para coleta dos dados foi criado um instrumento específico elaborado pelos pesquisadores no qual continha as informações a serem buscadas nas fichas de atendimento (sexo, idade, dia da semana, horário, tipo de acidente, agravos, hospitalização e exclusão) que foram analisadas manualmente. Após esse processo os dados coletados foram tabulados no software *Excel for Windows* e os resultados apresentados em forma de gráficos e tabelas para melhor compreensão.

O critério de inclusão foi todos os acidentes de moto, sejam aqueles causados por colisão, choque ou queda e que resultaram em ferimentos ou morte do motociclista e/ou de seu passageiro, nas cidades de Samambaia, Recanto das Emas e Riacho Fundo II no período de Julho de 2015 a Dezembro de 2015.

A amostra foi composta de 4 mil fichas de atendimento, desse total foram analisadas 173 fichas que correspondiam aos acidentes de moto, sendo 57 excluídas por terem recebido atendimento por outros meios, como o Corpo de Bombeiros ou por terem negado atendimento ou evadido do local do acidente, fechando assim a amostra final em 116 acidentes.

A pesquisa teve autorização do NEU (Núcleo de Educação e Urgência) onde foi encaminhado um pré-projeto para avaliação inicial onde o mesmo foi autorizado pelo coordenador geral do SAMU para sua continuidade. Foi assinado pelos pesquisadores um termo de compromisso garantindo o sigilo, a confidencialidade e a proteção da imagem das vítimas.

Vale ressaltar que os resultados não foram mais significativos devido dificuldades na SES-DF onde no período analisado houve paralisações dos servidores, devoluções de horas extras devido ao não pagamento que resultaram na diminuição de viaturas disponíveis para atendimento.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O sexo masculino predominou nos acidentes motociclísticos. O resultado corrobora a pesquisa referente ao SAMU de Teresina-PI onde o sexo masculino

representou 76,13% dos acidentes⁶. E os dados do SAMU da Paraíba onde o perfil das vítimas socorridas apontaram em sua maioria os homens, representando 73,5% da amostra². Outras pesquisas também apontaram os homens como principais vítimas, esse resultado se dá pelos mesmos serem mais atrevidos no trânsito, andarem em maior velocidade, ultrapassarem outros veículos na pista não respeitando o limite de distância de um veículo para o outro entre outras ações impulsivas.

A maior prevalência dos acidentes motociclísticos ocorreu entre adultos jovens com idade entre 20 e 39 anos (71,54%). Observou-se ainda nessa pesquisa que a idade mínima encontrada foi 17 anos e a idade máxima 63 anos. O resultado corrobora a maioria dos artigos analisados onde a faixa etária mais acometida variou entre os 20 e 30 anos, ou seja, indivíduos com plena capacidade produtiva. No SAMU-ES os números mostram uma importante participação dos adolescentes nesse cenário onde as vítimas apresentavam idades variando entre 15 e 32 anos¹¹.

Gráfico 3: Idade

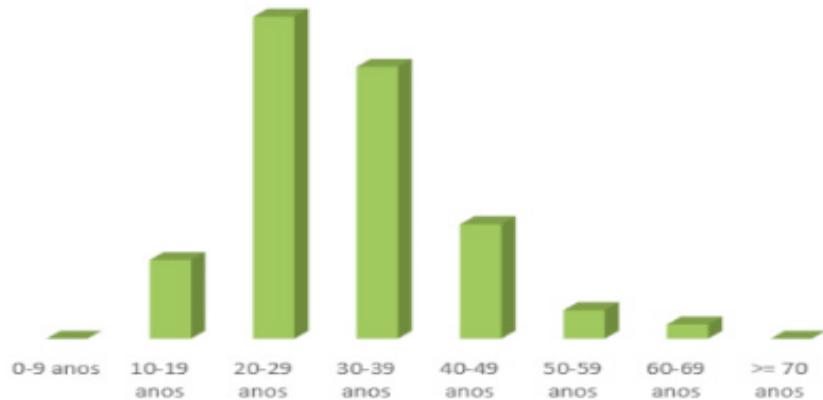


Gráfico 3: Idade

O dia da semana com maior índice de acidentes foi registrado o domingo, podendo estar relacionado a alguns fatores como o aumento de ingestão alcoólica nos finais de semana, participação em rachas e avanço de sinal fechado. A quarta-feira apareceu como o segundo dia sendo considerado outro famoso dia do futebol, além do domingo, onde as pessoas tentam chegar em casa mais cedo ou para ver o jogo na TV ou para jogarem com os amigos. Os dados encontrados nessa pesquisa vão contra a pesquisa realizada no Espírito Santo em 2012 onde a maioria dos acidentes atendidos pelo SAMU foram na sexta-feira representando 22,5% da pesquisa e o Domingo teve o menor índice de acidentes totalizando 8,7%¹¹.



Gráfico 4: Dias da semana

As ocorrências foram registradas principalmente no período da tarde entre 12h00min e 17h59min, já os dados do SAMU-ES trazem o turno da manhã entre 8h e 09h59min como o horário com maiores ocorrências¹¹. O SAMU de Teresina-PI aponta o horário entre 19h00min e 00:59 como o mais suscetível aos acidentes⁶.

Dentre os acidentes mais comuns se destaca a autolesão com 60 casos correspondente a 51,72%. Esse índice pode estar relacionado com a baixa idade dos motociclistas, onde a inexperiência, o pouco conhecimento dos veículos e nossas vias retas e largas propiciam a alta velocidade. Outra característica que pode influenciar é o clima. Uma parcela da nossa pesquisa incide com o início do período das chuvas, o que influencia diretamente nos acidentes. Em contrapartida os dados do SAMU-Paraíba em 2012 mostram que os acidentes mais comuns envolviam colisão seja ela por carro x moto, moto x moto, ônibus x moto entre outros aonde os números chegaram a 44% da amostra analisada¹⁰.

Os membros inferiores foram a região corpórea mais afetada nos acidentes representando 35% da pesquisa. Quanto às lesões mais comuns podemos destacar as escoriações com 52,58%, a dor com 24,13% e as fraturas com 10,34%. O SAMU do município de Ipatinga-MG em 2010 também apontou as escoriações como a lesão mais acometida nos acidentes motociclísticos (64,1%) e os membros inferiores como a região corpórea mais afetada seguida pelos membros superiores³. Já o SAMU da cidade de Picos-PI em 2011 trouxe as fraturas como principal lesão frente a esse cenário totalizando 80% e os membros inferiores como a região mais acometida correspondendo a 56,2% da amostra⁹. A predominância das lesões nos MMII e MMSS se dá pelo fato de serem as regiões mais expostas pelos motociclistas e ao déficit de equipamento de proteção individual.

Foram encaminhados para o hospital após o acidente 98,27% dos motociclistas. O resultado da pesquisa corrobora com os resultados do SAMU-ES em 2012 onde as hospitalizações atingiram 83,3%¹¹. Essa taxa bastante significativa de internação hospitalar implica em custos para o Estado como podemos observar no Mapa da Violência de 2013.

Os dados da tabela 1 mostram que houve um aumento drástico no número de internações de motociclistas entre os anos de 1998 e 2012 superando o peso das quedas de todas as demais categorias. Em 2012 no Distrito Federal taxa ajustada (por 100 mil) de internações no SUS por acidentes de trânsito trouxe os motociclistas com 30,4% das internações contra 13,4% dos pedestres e 14,2% dos motoristas comprovando os números acima onde há um aumento de grande magnitude quanto às internações de motociclistas (WAISELFISZ, 2013). No que se refere aos custos destas internações, a tabela 2 traz a média gasta com cada público.

ANO	Pedestre	Ciclista	Motociclista	Automóvel	Tpte. carga	Ônibus	Total
1998	54.394	12.887	18.975	20.134	2.062	536	108.988
1999	61.520	12.464	21.298	20.686	1.358	387	117.712
2000	63.867	12.244	22.287	19.567	1.315	306	119.585
2001	61.575	11.828	23.536	15.892	1.060	289	114.181
2002	55.870	12.265	26.590	16.097	851	333	112.007
2003	47.000	13.442	31.345	16.656	919	354	109.696
2004	47.884	12.116	33.270	18.203	814	233	112.520
2005	50.949	12.485	37.627	16.479	868	259	118.667
2006	49.706	13.106	41.982	14.664	1.083	436	120.977
2007	45.398	11.378	46.650	13.591	1.024	471	118.511
2008	32.007	8.553	43.638	9.955	637	373	95.162
2009	39.904	9.732	59.032	13.623	852	360	123.503
2010	42.611	10.119	75.924	15.894	1.129	390	146.066
2011	40.794	10.086	84.238	16.923	1.131	459	153.632
2012	43.821	9.581	88.438	16.069	1.030	458	159.152
Δ %	-19,4	-25,7	366,1	-20,2	-50,1	-14,5	46,3

Tabela 1. Número ajustado de internações no SUS por acidentes de trânsito. Brasil. 1998/2012

Fonte: SIH/Tabnet/MS

Categoria	Custo R\$	%
Pedestre	R\$ 54.882.873,00	26,0%
Ciclista	R\$ 9.036.625,00	4,3%
Motociclista	R\$ 102.071.861,00	48,4%
Automóvel	R\$ 25.907.141,00	12,3%
Transporte de carga	R\$ 1.515.367,00	0,7%
Ônibus	R\$ 551.273,00	0,3%
Outros- Sem dados	R\$ 16.785.344,00	8,0%
TOTAL	R\$ 210.750.484,00	100,0%

Tabela 2. Estrutura de custos das internações hospitalares por acidentes de trânsito no SUS. Brasil. 2012

Fonte: SIH/Tabnet/MS

O fato é que esses custos ainda vão muito além, pois engloba a parte hospitalar e pós-hospitalar quando dependendo do agravo a vítima ainda terá reabilitação, terá

que fazer uso que alguma medicação, usar algum equipamento de auxílio entre outros custos adicionais. Sem contar na perda de produção da vítima e automaticamente na sua perda econômica por não conseguir voltar a exercer suas atividades como antes.

4 | CONCLUSÃO

Atualmente os acidentes de trânsito são considerados um sério problema de saúde pública, visto que a cada ano aumenta a frota de veículos trafegando pelas cidades do Brasil a fora. No que se refere às motocicletas esse índice é ainda mais alarmante, pois é notório que cada vez mais os indivíduos estão trocando os veículos por motocicletas por encontrarem algumas vantagens quanto a custos, investimentos e manutenções.

A questão é que os motociclistas acabam levando desvantagem no que diz respeito à segurança no trânsito por fazerem uso apenas de capacetes e dependendo da região, muitas vezes nem isso, como é comum vermos nas cidades do interior, pessoas pilotando moto sem nenhum equipamento de proteção e ainda carregando duas pessoas na garupa.

Os resultados da análise das 116 fichas de atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU-DF NAPH 04, mostrou que os homens jovens são os mais acometidos por acidentes motociclísticos sendo a autolesão o acidente mais comum, porém a colisão entre moto x carro também mostrou uma participação significativa nesse cenário. Autolesão é considerado todo acidente onde não há colisão direta mesmo que outros meios sejam o mecanismo do acidente.

A pesquisa não teve como objetivo mostrar que os motociclistas são os mais imprudentes no trânsito, mesmo porque dependendo do tipo de acidente, o motociclista nem é o responsável, mas por ser o mais vulnerável na situação, por exemplo, numa colisão contra um carro, acabam levando a pior, as lesões são mais graves comparadas com um motorista de carro onde além do cinto de segurança ainda tem o auxílio do airbag do veículo.

Tendo em vista a crescente de acidentes motociclísticos e as consequências tanto físicas como psicológicas e que envolvem tanto a vida social do indivíduo acometido como também das pessoas que o cercam, observa-se a importância do atendimento pré-hospitalar. O atendimento pré-hospitalar tem papel fundamental nesses acidentes, pois ali ocorre a primeira intervenção que se realizada de modo eficaz, previne futuros agravos e até mesmo ajuda a prevenir as mortes evitáveis, aquelas que poderiam ser evitadas caso recebessem o atendimento necessário naquele primeiro momento.

Nesse cenário contamos com os serviços prestados pelo SAMU, que englobam uma rede que conta com atendimentos pré-hospitalares, medidas preventivas, serviços assistenciais hospitalares hierarquizados e centros de reabilitação. A equipe é composta por profissionais de saúde de diversas áreas como médicos, enfermeiros,

auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e socorristas que atendem em duas complexidades, o suporte básico de vida (SBV) atende vítimas que não apresentam risco iminente de morte e consequentemente não precisam de técnicas invasivas e o suporte avançado de vida (SAV) atende vítimas de maior complexidade, com risco de morte e muitas vezes precisando de medidas invasivas como intubação endotraqueal.

Conforme a tabela 2 percebe-se que 48,4% dos gastos são destinados ao tratamento dos motociclistas¹⁴. A pesquisa evidenciou que não houve diminuição desses custos, pelo contrário, houve um aumento significativo no número de internações de motociclistas e aí fica um questionamento para futuras pesquisas: Desses vítimas que foram hospitalizadas, quantas necessariamente precisaram ficar internadas para tratamentos mais prolongados?

A pesquisa nos ajudou a conhecer mais sobre esse cenário, sobre o público envolvido e as circunstâncias em que esses acidentes aconteceram possibilitando assim identificar quais intervenções a serem feitas sobre essa problemática. Conscientizar a população, principalmente os usuários desse tipo de transporte é fundamental visando à redução e prevenção dos acidentes, a educação no trânsito é dever e responsabilidade de todos por isso se faz necessário à adoção de medidas socioeducativas que ajudem a melhorar o comportamento do indivíduo no trânsito.

REFERÊNCIAS

1. AMORIM, Camila Rego et.al. Acidentes de trabalho com mototaxistas. Rev. Bras. Epidemiol, vol.15, n°1, p: 25-37, 2012.
2. BARBOSA, Mariana Queiroga et al. Acidente Motociclístico: Caracterização das Vítimas Socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Revista Brasileira de Ciências da Saúde, vol.18, n°1, p:3-10, 2014
3. FREITAS, Iara Almeida; NÓRA, Edna Aparecida. Serviço de atendimento móvel de urgência: perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito com vítimas motociclistas. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste, vol.5, n°2, Nov/Dez 2012.
4. GOLIAS, Andrey Rogério Campos; CAETANO, Rosângela. Acidentes entre motocicletas: análise dos casos ocorridos no estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011. Ciência&SaúdeColetiva, vol.18, n°5, p:1235-1246, 2013.
5. MENEZES, Ana Maria Batista. Noções Básicas de Epidemiologia. Editora Revinter, 184 p. 2001.
6. REZENDE, Dinah Sá et al. Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI. Rev. Bras. Enferm, Brasília, vol.65, n° 6, p:936-941, nov/dez 2012.
7. SEERIG, Lenise Meneses. Motocicletas: Perfil, prevalência de uso da moto e acidentes de trânsito- Estudo de base populacional, Pelotas, Dezembro, 2012.
8. SILVA, Elisângelo Aparecido Costa da et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. Revista Eletrônica de Enfermagem, vol.12, n° 3, p: 571-577, 2010.
9. SOARES, Lorena Sousa et. al. Caracterização das vítimas de traumas por acidente com motocicleta internadas em um hospital público. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, vol.23, n° 1, p: 115-

10. SOARES, Rackynelly Alves Sarmento et al. Caracterização das vítimas de acidente de trânsito atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Município de João Pessoa, Estado da Paraíba, Brasil, em 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, vol.21, n° 4, p: 589-600, out-dez 2012.
11. TAVARES, Fábio Lucio; COELHO, Maria José; LEITE, Franciéle Marabotti Costa. Homens e acidentes motociclísticos: caracterização dos acidentes a partir do atendimento pré-hospitalar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol.18, n° 4, out/dez 2014.
12. TAVARES, Roberto Filho; SOUSA, Junior Nunes de; ESPÍNDULA, Brasileiro Marislei. Acidentes de motocicleta: Os cuidados de enfermagem em situações de emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*, vol.3, n° 3, p: 1-20, ago/dez 2012. Disponível em <http://www.ceen.com.br/revistaelectronica>
13. ZABEU, José Luís Amim et al. Perfil de vítima de acidente motociclísticos na emergência de um hospital universitário. *Rev. bras. Ortop.*, São Paulo, vol.48 n° 3, p:242-245, 2013.
14. WAISELFISZ, Julio Jacobo. Mapa de violência 2013: Acidentes de Trânsito e Motocicletas. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2013.

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE ACORDO COM AS ESCALAS DE KATZ E LAWTON

Maria Iara Socorro Martins

Universidade Federal do Ceará, Departamento de
Pós-graduação em Saúde Coletiva
Fortaleza – Ceará

Tatiane Gomes Alberto

UniFanor I Wyden, Departamento de Fisioterapia
Fortaleza – Ceará

Emanuela Pinto Vieira

UniFanor I Wyden, Departamento de Fisioterapia
Fortaleza – Ceará

Welber Hugo da Silva Pinheiro

UniFanor I Wyden, Departamento de Fisioterapia
Fortaleza – Ceará

Jamille Soares Moreira Alves

UniFanor I Wyden, Departamento de Fisioterapia
Fortaleza – Ceará

participantes com idade entre 60-88 anos; seguindo os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A Coleta se deu através de uma entrevista individual pela aplicação dos questionários de Katz e de Lawton. Os dados foram analisados e tabulados pelo *Microsoft Word* e *Excel* 2007, expressos em forma de gráficos e tabelas. Onde observou-se em relação às AVD's um alto grau de independência das idosas institucionalizadas, com exceção das atividades de higiene pessoal (n=1) e continência (n=4), em que apresentaram dependência; com uma classificação de seis para seis para independência total e parcial em determinadas atividades, respectivamente. Na classificação geral do grau de independência quanto à realização das AIVD's mais de 80% (n=10) das participantes apresentaram uma dependência parcial na realização das mesmas, sugerindo uma pontuação entre 6 e 20 escores. Concluindo-se que as participantes foram classificadas quanto a funcionalidade como dependentes parciais tanto no Índice de Katz quanto na Escala de Lawton e Brody.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Saúde do Idoso Institucionalizado. Idoso Fragilizado.

ABSTRACT: Functional evaluation of the elderly can be performed through the Katz scale, which evaluates the Basic Daily Life Activities (ADLs), and the Lawton and Brody scale, evaluating the

RESUMO: A avaliação funcional do idoso pode ser realizada através da escala de Katz, que avalia as Atividades de Vida Diária (AVD's) básicas, e a escala de Lawton e Brody, avaliando o grau de dependência em relação às Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's). Este estudo objetivou caracterizar o perfil dos idosos institucionalizados segundo as escalas de avaliação da funcionalidade Katz e Lawton. Pesquisa transversal de abordagem quantitativa, realizada em um abrigo de idosas situado na cidade de Fortaleza – Ce, com 12

degree of dependence on the Instrumental Activities of Daily Living (AIVDs). This study aimed to characterize the profile of the institutionalized elderly according to the Katz and Lawton evaluation scales. Cross - sectional research with a quantitative approach, carried out in a shelter for the elderly located in the city of Fortaleza, Ce, with 12 participants aged 60-88 years; following the ethical precepts of Resolution 466/12 of the National Health Council. The collection took place through an individual interview through the application of Katz and Lawton questionnaires. The data were analyzed and tabulated by Microsoft Word and Excel 2007, expressed in the form of graphs and tables. There was a high degree of independence of the institutionalized elderly women, with the exception of personal hygiene activities ($n = 1$) and continence ($n = 4$), in which they presented dependence; with a rating of six to six for total and partial independence in certain activities, respectively. In the general classification of the degree of independence regarding the performance of AIVD's, more than 80% ($n = 10$) of the participants had a partial dependence on their performance, suggesting a score between 6 and 20 scores. It was concluded that the participants were classified as functional as partial dependents in both the Katz Index and the Lawton and Brody Scale.

KEYWORDS: Aged. Health of Institutionalized Elderly. Frail Elderly.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população configura-se como uma realidade da atualidade vivenciada em âmbito mundial, caracterizando com um processo natural, irreversível e dinâmico, das alterações físicas, comportamentais e psicológicas que trazem implicações do ponto de vista social, médico e de políticas públicas (BARROS *et al.*, 2010).

O último censo demográfico brasileiro, realizado em 2010, evidenciou que a quantidade de idosos no Brasil atingiu 10,8% da população, correspondendo a cerca de 20,5 milhões de indivíduos. Dessa forma, estima-se que o país, até 2025, seja classificado como o sexto país do mundo com o maior número de idosos, cerca de 34 milhões, representando 15% da população total (IBGE, 2012).

É conhecido que, à medida que os indivíduos envelhecem, muitas tarefas diárias que eram executadas com facilidade se tornam mais difíceis de serem realizadas, levando à dependência de outras pessoas para a sua execução. O processo de dependência da pessoa idosa dentro do seu próprio ambiente familiar pode contribuir para a sua institucionalização (OLIVEIRA; MATTOS, 2012).

Segundo Lisboa e Chianca (2012) a capacidade funcional pode ser definida como habilidade para execução de atividades que viabilizam o cuidado próprio e a vida independente e a diminuição dessa capacidade leva os idosos a uma situação de dependência na realização de atividades de vida diária, necessitando de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos, demandando uma maior

utilização dos serviços de saúde e suporte da assistência social (TANNURE *et al.*, 2010; OLIVEIRA; MATTOS, 2012).

Na população idosa, apenas o diagnóstico baseado na avaliação clínica não é suficiente para aferir a real condição de saúde do idoso, já que os níveis de independência e funcionalidade apresentam maior relevância, sendo, portanto, a avaliação funcional a dimensão-base da assistência geriátrica e contribui com subsídios para o planejamento da assistência e monitorização do estado clínico-funcional do idoso (COUTINHO *et al.*, 2012).

Para que a atuação fisioterápica possa ser direcionada, avalia-se funcionalmente a capacidade do indivíduo idoso realizar suas Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). As escalas de avaliação em geriatria servem para quantificar os níveis de dependência e independência entre os idosos, de forma breve e simples (CANTERA; DOMINGO, 1998 Apud GOMERCINDO, 2012).

Conforme Lisboa e Chianca (2012) a escala de Katz ou Índice de Independência em Atividade da Vida Diária (EIAVD) é um dos instrumentos mais antigos e mais citados na literatura para avaliação da capacidade funcional, analisando as AVDs básicas, sendo elas: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, transferir-se da cama para a cadeira e ter continência.

A independência dessas atividades significa que a tarefa desempenhada é sem supervisão, direção ou ajuda. Foi construída no raciocínio que a diminuição da capacidade para executar as AVDs nos pacientes idosos segue um mesmo padrão de evolução, ou seja, perdem-se primeiro a capacidade de se banhar, posteriormente, de se vestir, de transferir-se e alimentar-se. A recuperação do desempenho das seis atividades básicas ocorre de forma inversa, semelhante ao processo de desenvolvimento da criança (TREFIGLIO *et al.*, 2012).

A escala de Lawton utilizada para conhecer o grau de dependência em relação às atividades instrumentais da vida diária, relacionadas à participação do indivíduo no contexto social, é constituída de nove questões. Cada questão possui três opções: a primeira indica independência; a segunda, dependência parcial e a terceira, dependência total. Definidos os graus de independência e dependência, procede-se a análise em três níveis, “sem ajuda”, “com ajuda parcial” e “não consegue” e para o cálculo do escore atribui-se de 3, 2 e 1 pontos respectivamente, com pontuação máxima de 27. Quanto maior o escore maior será o grau de independência. As atividades avaliadas são: usar o telefone, fazer compras, cuidar de suas finanças, preparar refeições, arrumar a casa, fazer os trabalhos manuais domésticos (pequenos reparos), lavar e passar roupa, tomar medicamentos na dose certa e no horário correto e sair de casa sozinho (BRASIL, 2006).

A partir deste panorama, estabelece-se como objetivo deste estudo a caracterização do perfil de idosos institucionalizados segundo as escalas de avaliação da funcionalidade Katz e Lawton.

2 | MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal de abordagem predominantemente quantitativa com aplicação de uma entrevista estruturada por dois questionários validados cientificamente, a saber: Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody.

A pesquisa foi realizada durante todo o mês de novembro de 2014, com visitas semanais. O local de realização foi em um abrigo de idosas situado na cidade de Fortaleza – Ce.

O estudo foi composto por 12 idosas, residentes em um abrigo localizado na cidade de Fortaleza – CE, com idade entre 60 e 88 anos. Sendo inclusas as idosas com um bom desempenho cognitivo e que se fizeram presentes no dia da aplicação dos questionários, e excluídas as que estavam acamadas ou que se opuseram a responder os questionários.

A coleta se deu em um único dia, onde foi realizada uma entrevista com cada idosa através da aplicação dos questionários de Katz e de Lawton e Brody, e posteriormente, os dados foram analisados e tabulados através dos programas Microsoft Word e Excel 2007 e expressos em forma de gráficos e tabelas.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, as participantes do estudo foram contatadas, sendo esclarecidas quanto a proposta da pesquisa, bem como os objetivos da investigação, os aspectos éticos e a garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos indivíduos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 12 idosas institucionalizadas em um abrigo filantrópico na cidade de Fortaleza-CE, com predomínio da faixa etária situada entre 60 e 88.

Smanioto e Haddad (2011) afirmam que a predominância e a maior sobrevida observada no sexo feminino, assim como a média de idade para idosos institucionalizados são dados predominantes em outros estudos.

No gráfico 01 observa-se o grau de dependência e independência do grupo avaliado em relação às atividades da vida diária (AVD's) avaliadas pelo Índice de Katz, que revela alto grau de independência das idosas institucionalizadas, com exceção das atividades de higiene pessoal (em uma idosa) e continência (para quatro idosas), para a qual apresentaram dependência.

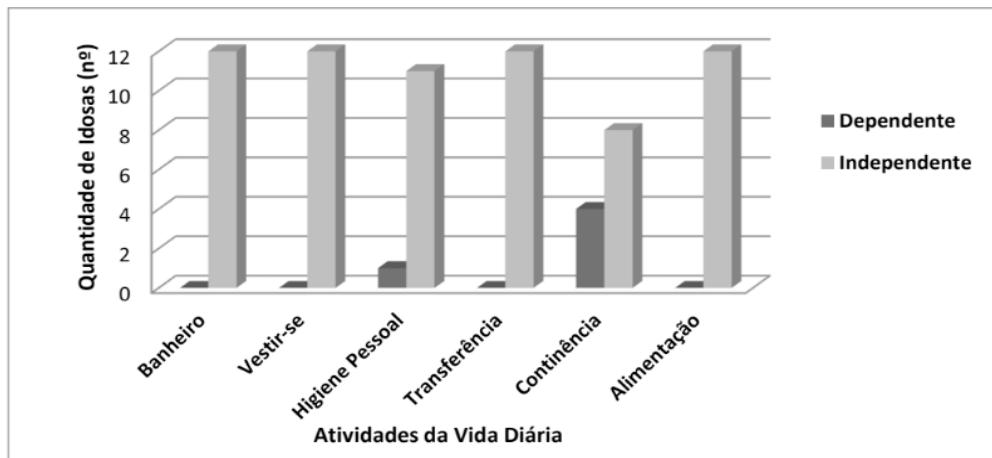


Gráfico 01: Avaliação de Atividades Básicas da Vida Diária através do Índice de Katz. Fortaleza, 2014.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

No estudo realizado por Smanioto e Haddad (2011) que 49% e 48,5% dos idosos avaliados também apresentaram dependências ligadas à continência e higiene pessoal, respectivamente. Confirmado a teoria de que as habilidades relacionadas à realização de atividades mais complexas vão declinando primeiro, e preservando-se àquelas que interferem diretamente na sobrevivência como, por exemplo, a alimentação.

A incontinência tem forte relação com as atividades de vida diária, podendo decrescer a qualidade de vida dos idosos, pois pode levar ao afastamento, depressão e alterações no convívio social pela vergonha ou medo de urinar em público, interferindo diretamente no estilo de vida deste idoso (EVANGELISTA *et al.*, 2013).

No gráfico 02 tem-se a classificação funcional das idosas com relação às AVD's através do Índice de Katz, em que se revela um equilíbrio entre o grupo participante, pois 6 delas apresentaram independência total para todas as atividades, enquanto outras 6 demonstraram dependência parcial para algumas atividades, o que pelo Índice de Katz essa classificação é dada pela dependência em uma ou duas atividades, não apresentando nenhuma classificação de dependência importante.

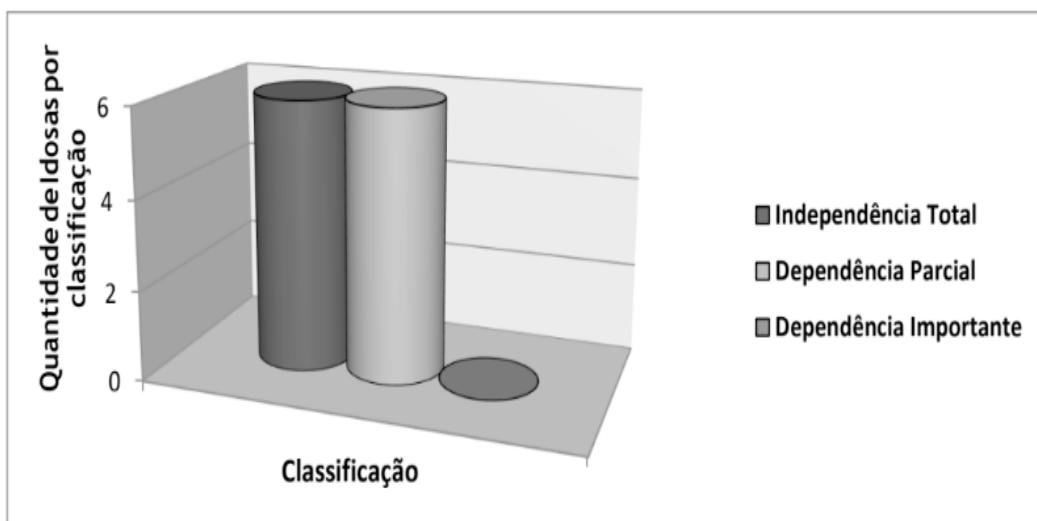


Gráfico 02: Classificação do grau de dependência/independência das idosas institucionalizadas através do Índice de Katz. Fortaleza, 2014.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Segundo Smanioto e Haddad (2011) o índice de dependência aumentado nas idosas institucionalizadas é resultado de uma concepção que considera o idoso um ser desprovido de autonomia e submisso das alterações advindas do processo de envelhecimento e das doenças associadas. Revelando ainda a realidade à qual se encontram nessas instituições de longa permanência, nas quais se evidencia ser mais fácil e rápido a realização das atividades para os idosos, ao invés de estimulá-los à essa prática, o que demanda tempo e paciência.

Na medida em que os idosos apresentam-se mais dependentes, maior será a necessidade de auxílios e cuidadores domiciliares. Assim, observa-se a necessidade cada vez mais frequente e aumentada da interação de um profissional de saúde no acompanhamento humano deste processo fisiológico que é o envelhecimento, como um meio de evitar, retardar ou diminuir o comprometimento da independência e autonomia dos indivíduos, garantindo-os uma melhor qualidade de vida (OLIVEIRA; MATTOS, 2012).

Com relação às Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's), o gráfico 03 apresenta a classificação de independência através da Escala de Lawton e Brody para cada atividade, classificando-as em independência, dependência parcial e dependência total para a realização dessas atividades. Chamando-se atenção para o alto nível de independência no quesito tomar as medicações, para a dependência parcial com relação à realização de viagens apenas na presença de um acompanhante, e a dependência total para as atividades ligadas à capacidade de ir fazer compras, realizar trabalho doméstico e administração do próprio dinheiro.

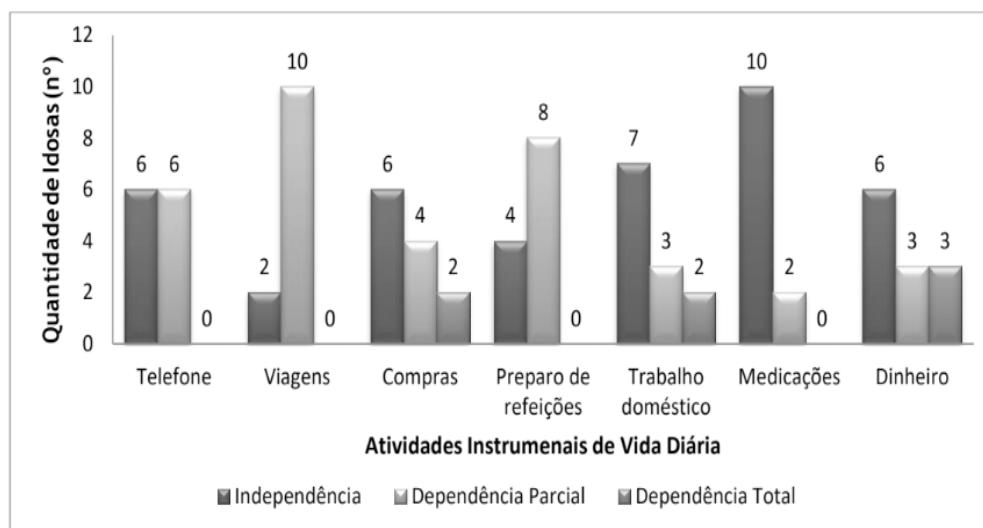


Gráfico 03: Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária através da Escala de Lawton e Brody. Fortaleza, 2014.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

As Atividades Instrumentais de Vida Diária estão relacionadas à convivência e interação do indivíduo com a comunidade (COELHO FILHO, 2012). As AIVD's são mais elaboradas e sua realização está relacionada ainda ao estado cognitivo do idoso. Com base nisso Oliveira e Mattos (2012) observaram em estudos anteriores que mais de 70% dos idosos avaliados apresentavam dependência para alguma atividade instrumental de vida diária e, em concordância ao nosso estudo, às tarefas ligadas ao manuseio do telefone e viagens foram as que eles apresentaram maior dependência na realização. Enquanto no estudo dos próprios autores mais de 80% dos idosos institucionalizados apresentaram incapacidade funcional para as AIVD's.

No gráfico 04 expõe-se a classificação geral do grau de independência das idosas institucionalizadas quanto à realização das AIVD's por meio da Escala de Lawton e Brody. Observando-se que mais de 80% (10 idosas) das participantes apresentaram uma dependência parcial na realização das mesmas, sugerindo uma pontuação situada entre 6 e 20 escores e a necessidade de uma pessoa para auxiliar em alguma atividade e/ou restrição na realização desta, realizando algo relacionado a esta em baixa complexidade.

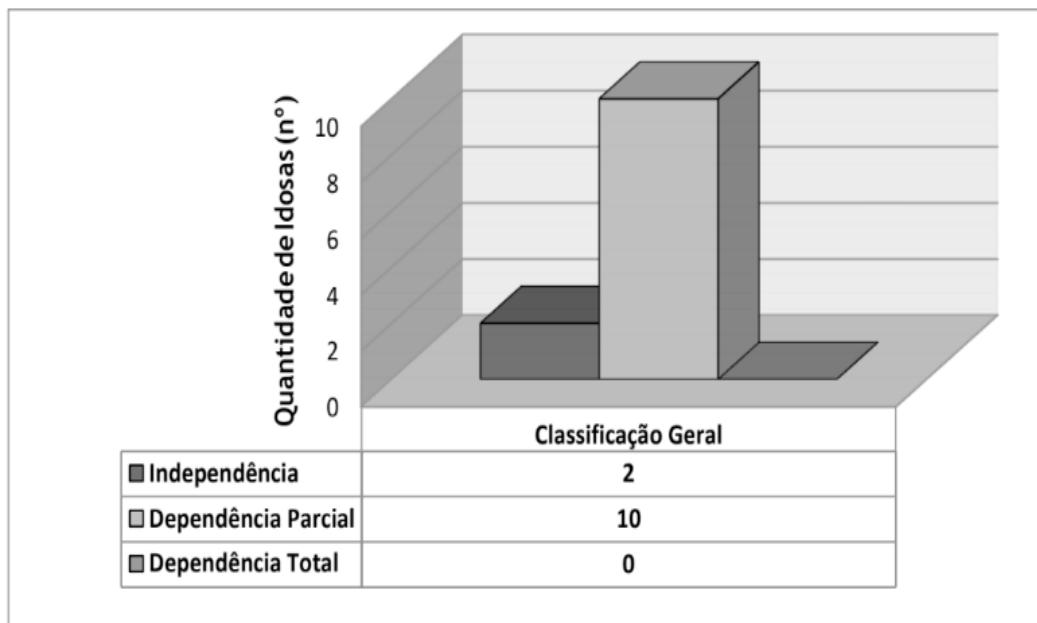


Gráfico 04: Classificação geral do grau de independência das Atividades Instrumentais de Vida Diária de acordo com a aplicação da Escala Lawton e Brody. Fortaleza, 2014.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

No estudo semelhante realizado por Uesugui, Fagundes e Pinho (2011) observou-se que idosos apresentaram uma classificação de dependência parcial, denotando que conforme haja uma dependência para as AVD's maior será também a dependência para as AIVD's.

No Brasil, observa-se que os idosos no geral, institucionalizados ou não, apresentam uma forte prevalência de dependência quanto às AIVD's, e no intuito

de embasar estes dados, vem dando-se credibilidade ao fato de que este quadro esteja intrinsecamente relacionado aos anos de escolaridade do indivíduo (OLIVEIRA; MATTOS, 2012).

Trindade *et al.* (2013) ressaltam que a dependência física ou mental pode ser um fator de alto risco, levando em conta que nem todo doente é independente, fazendo-se importante o desenvolvimento de políticas na saúde pública para minimizar essa dependência. Evidenciando também que o decréscimo no desempenho cognitivo desencadeia o comprometimento das habilidades funcionais e associação de quadros depressivos.

4 | CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que a classificação funcional das idosas com relação às AVD's através do Índice de Katz, demonstrando dependência parcial para algumas atividades, não apresenta nenhuma classificação de dependência importante. E ainda quanto classificação de independência através da Escala de Lawton e Brody com relação às AIVD's, constatou-se um alto nível de independência no quesito tomar as medicações, seguida de dependência parcial e dependência total para as demais atividades avaliadas. Essa diminuição da funcionalidade dentre outros, mantém relação direta com o nível de cognição apresentado pelas idosas, o que foi observado frente à realização deste estudo.

Desse modo, nota-se que a independência funcional nas AIVDs são as primeiras a apresentarem déficits quando comparadas à independência nas AVDs, o que se justifica pela alta complexidade de seus quesitos e por não interferirem no processo de sobrevivência, ou seja, não são essenciais à vida.

Recomenda-se ainda a realização de novas pesquisas com essa temática, contemplando as escalas utilizadas, para elevar o nível de respaldo dos trabalhos, frente à carência de estudos para discussão abordando os domínios empregados no presente trabalho, principalmente em se tratando da aplicabilidade da escala de Lawton e Brody em idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

BARROS, Juliana Fonseca Pontes et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados na cidade de Maceió- AL. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v.23, n.2, p.168-174, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

COELHO FILHO, J.M. Abordagem clínica do paciente idoso. **Rev Digital Ebah**. 2012. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAA12gAC/abordagem-clinica-paciente-idoso>> Acessado dia 24 de novembro de 2014.

COUTINHO, Lawrence Andrade Costa da Rocha. Alterações nas atividades de vida diária no idoso ativo segundo o Protocolo de Medida de Independência Funcional. **Revista de Trabalhos Acadêmicos**. Rio de Janeiro, v.4, n.6, p. 09-18, 2012.

EVANGELISTA, Eloise Azevedo et al. Instrumentalização do índice de Katz na população idosa de uma unidade da estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 8, 2013.

GOMERCINDO, Maria Cristina Haneiko. Avaliação da capacidade funcional de idosos de uma comunidade do município de porto união em santa Catarina. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 30- 45, maio/ago. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro. 2012. Disponível em:< http://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf.>. Acesso em: 14/03/2012.

LISBOA, Cristiane Rabelo; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.65, n.3, p.482-7, 2012.

OLIVEIRA, Paulo Henrique; MATTOS, Inês Echenique. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. **Epidemiologia Serviço da Saúde**. Brasília, v.21, n.3, p.395-406, 2012.

SMANIOTO, Francieli Nogueira; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 12, n. 1, 2011.

TANNURE, Meire Chucreet al. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.5, p.817-22, 2010.

TREFIGLIO, Natália; KAIRALLA, Maisa C.; CAMPORA, Flávia. Avaliação do grau de dependência para atividades básicas da vida diária de idosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, v.10,n. 1, p.19-23, jan-fev, 2012.

TRINDADE, A. P. N. T. et al. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioter Mov**, v. 26, p. 281-9, 2013.

UESUGUI, Helena Meika; FAGUNDES, Diego Santos; PINHO, Diana Lucia Moura. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 5, p. 689-94, 2011.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM UMA ENFERMARIA DE CLÍNICA CIRÚRGICA

Rodrigo Costa Soares Savin

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro – RJ.

Tatiana de Araujo Lima

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro – RJ.

Dayse Carvalho do Nascimento

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro – RJ.

Priscila Francisca Almeida

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro – RJ.

Mercedes Neto

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro – RJ.

Andressa de Souza Tavares

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro – RJ.

RESUMO: A doença oncológica é uma patologia caracterizada pelo processo de replicação celular desordenado. Estima-se que no Brasil, entre os anos de 2016 e 2017, ocorreram cerca de 600 mil casos novos de câncer. Diante deste quadro, verifica-se a necessidade e a importância do profissional enfermeiro na busca de uma assistência integralizada e humanística direcionada a esse perfil de paciente. Objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes oncológicos de uma enfermaria

de clínica cirúrgica e comparar o tempo de internação destes com pacientes hospitalizados por outras necessidades cirúrgicas. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo descritivo-exploratório, comparativo e documental, realizado com 106 pacientes oncológicos. Os dados foram apresentados por meio de estatísticas descritivas de frequência e medidas de tendência central. Evidenciou-se um perfil de pacientes idosos, em sua maioria do sexo feminino, casados, católicos, e de baixa escolaridade. O tempo de permanência foi maior para os portadores de doença oncológica, em comparação aos paciente hospitalizados por outras necessidades cirúrgicas. Portanto, destaca-se a necessidade de se traçar estratégias no serviço para garantir a qualidade e a continuidade do cuidado, diante do novo perfil de clientela observado.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Enfermagem Perioperatória; Epidemiologia;

ABSTRACT: Oncological disease is a pathology characterized by disordered cell replication. It is estimated that in Brazil, between 2016 and 2017, there were around 600 thousand new cases of cancer. In view of this situation, the need and the importance of the nurse in search for an integrated and humanistic care directed to this patient profile is verified. The aim of this study was to characterize the sociodemographic

profile of oncology patients in a surgical clinic ward and to compare their hospitalization time with patients with other diagnoses. This is a quantitative, descriptive-exploratory, comparative and documentary study with 106 cancer patients. Data were presented through descriptive frequency statistics and central tendency measures. It was evidenced the predominance of elderly patients, mostly female, married and catholic, with low level of education. The length of stay was higher for patients with cancer, compared to patients hospitalized for other surgical needs. Therefore, it is necessary to establish strategies in the service to guarantee quality and continuity of care, given the new customer profile observed.

KEYWORDS: Cancer; Perioperative Nursing; Epidemiology.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer é um problema de saúde pública de grande magnitude e impacto, sobretudo nos países em desenvolvimento. Estima-se que, nas próximas décadas, estes respondam por 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (BRASIL, 2016).

Uma pesquisa de âmbito mundial, realizada em 2012, pelo Projeto Globocan/Iarc, demonstrou que, dos 14 milhões de casos novos estimados para aquele ano, mais de 60% ocorreram em países em desenvolvimento. Para a região da América Latina e do Caribe, foi estimada a ocorrência de 1,1 milhões de casos novos de câncer para o mesmo ano (BRASIL, 2015).

Estimou-se para o Brasil, entre os anos de 2016 e 2017, a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Contudo, apenas para a Região Sudeste, compreendendo o mesmo período, as estimativas seriam de 134.330 para homens e 156.760 para mulheres, totalizando 291.090 novos casos de câncer (BRASIL, 2017).

A palavra câncer vem do grego *karkínos*, que quer dizer caranguejo, e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.C. O câncer não é uma doença nova, o fato de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que ele já comprometia o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo. Atualmente, câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos (BRASIL, 2015). A doença oncológica é uma patologia celular, na qual uma única célula perde a capacidade de se reconhecer, diferenciar-se, e ainda sua funcionalidade, acarretando no processo de replicação celular desordenada (CORONHA, CAMILO & RAVASCO, 2011).

Existem diversos tipos de nódulos benignos e malignos; tumores benignos apresentam-se de forma mais organizada, com seu crescimento geralmente gradual, possuindo bordas bem delimitadas e de fácil ressecção, ao contrário dos tumores malignos, que se apresentam de forma mais agressiva, podendo infiltrar e danificar

estruturas proximais, não possuindo uma delimitação bem definida e tendendo a causar metástase para tecidos circum-adjacentes (BRASIL, 2015).

O câncer é uma das doenças mais temidas no mundo. Parte deste medo é relacionado pela ausência de tratamento curativo para a maior parte dos tumores, o que pode ser explicado em virtude de uma procura tardia pelo serviço de saúde, ocasionando num prognóstico negativo no tratamento da patologia (SIQUEIRA, BARBOSA & BOEMER, 2007).

Franco-Giraldo e Alvarez-Dardet (2009) relataram que a globalização e a industrialização, decorrentes do sistema capitalista, geraram modificações na sociedade, no que tange à mudanças no estilo de vida e padrões de comportamento, bem como novas rotinas e condições de trabalho, consumo e nutrição. Paralelamente, ocorreu a redução das taxas de mortalidade e natalidade, além do aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população mundial. Esse quadro de transição demográfica e epidemiológica proporcionou alterações nos processos de saúde-doença, destacando-se o aumento das taxas de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as doenças cardiovasculares e o câncer.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2009), o número de cirurgias irá aumentar na mesma proporção em que cresce o número de pacientes oncológicos. Desta forma, há uma necessidade de qualificação profissional para a assistência dessa clientela (BRASIL, 2009).

Diante deste quadro, verifica-se a necessidade e a importância do enfermeiro em âmbito assistencial estar direcionando uma assistência integral e humanizada a este perfil de paciente, buscando a visão holística em todo o processo de cuidado.

Durante todo o processo terapêutico, a enfermagem é a categoria mais presente no contato direto com os clientes, e seus cuidados não se restringem a ações técnicas, como também buscam contemplar as diversas características inerentes ao ser humano (SOUZA et al., 2013).

Partindo deste pressuposto, a motivação para este estudo foi a vivência do residente de enfermagem frente à admissão e o contato direto com pacientes oncológicos em uma enfermaria de clínica cirúrgica. A pesquisa justificou-se a partir da percepção do incremento crescente do número de internações de pacientes oncológicos numa enfermaria de clínica cirúrgica de um hospital universitário do município do Rio de Janeiro. Partiu-se da hipótese de que o paciente oncológico demande um tempo médio de permanência maior que o de outros pacientes cirúrgicos, possivelmente ocasionando a diminuição da rotatividade de internações e impactando numa espera maior do que a usual pelos pacientes com outras demandas cirúrgicas, não oncológicas.

Este estudo partiu, portanto, do seguinte problema: qual o perfil sociodemográfico e o tempo médio de permanência do paciente com doença oncológica?

Objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes oncológicos de uma enfermaria de clínica cirúrgica e comparar seu tempo médio de permanência

com o de pacientes cirúrgicos não oncológicos. Ademais, o presente estudo pretendeu ampliar e aprofundar o conhecimento sobre a clientela oncológica, visto que a mesma compõe grande parcela dos atendimentos de urgência/emergência e internações hospitalares, ressaltando-se que o profissional de enfermagem está em contato direto com esta clientela em todos os níveis de assistência de saúde.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo-exploratório, comparativo e documental, onde identificou-se 106 pacientes oncológicos de uma enfermaria cirúrgica, comparando-se seu tempo médio de permanência com o de pacientes não portadores de doença oncológica.

A pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário de grande porte e alta complexidade, situado no município do Rio de Janeiro, tendo sido devidamente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, respeitando os preceitos éticos da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Observa-se nesta clínica cirúrgica a totalidade de oito leitos femininos e dez leitos masculinos, sendo destes dois masculinos e dois femininos destinados à proctologia, com uma gama de profissionais trabalhando de forma multidisciplinar, dentre eles enfermeiros, nutricionistas, médicos, psicóloga, fisioterapeutas, residentes de cada especialidade citada e técnicos de enfermagem divididos em plantão diurno e noturno. Neste cenário, evidencia-se uma maior prevalência de casos de hernioplastia, colecistectomia e tireoidectomia, eventos cirúrgicos que tendem a um tempo médio de internação de três dias, até sua alta.

As unidades de análise foram os pacientes oncológicos hospitalizados na enfermaria em questão durante o ano de 2016, tendo por base os dados da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Como critérios de inclusão, foram selecionados todos os pacientes maiores de 18 anos com diagnóstico de câncer e/ou suspeitas oncológicas informadas na AIH, considerando tanto os que obtiveram alta hospitalar como os que evoluíram a óbito durante a internação no serviço. Foram excluídos os pacientes internados para submeterem-se a biópsias.

A coleta de dados consistiu de um formulário, no qual abordou-se o levantamento das seguintes variáveis: número de registro/prontuário, sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, município de residência, motivo da internação/diagnóstico principal e tempo de internação.

Foi solicitada a dispensa do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) por tratar-se de uma pesquisa retrospectiva com dados secundários, coletados diretamente do histórico de internação hospitalar, prontuários e registros escritos, pertencentes ao serviço.

"IV.8 - Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento. " (BRASIL, 2012).

Os dados coletados foram tabulados no Microsoft Excel e analisados por meio do *software* SPSS (Statistical Package for Social Sciences®), em sua versão 20.0. Os resultados foram apresentados por meio de estatísticas descritivas de frequência e medidas de tendência central (média, desvio-padrão e mediana).

Toda pesquisa oferece riscos aos seus participantes (físicos, psicológicos, espirituais, morais, familiares, financeiros, dentre outros). Ainda que possam ser mínimos, estes precisam ser previstos pelo pesquisador e descritos no estudo. Cabe salientar, portanto, que este estudo não envolveu coleta de dados primários com seres humanos, já que a coleta se deu por pesquisa documental, não tendo sido divulgados os nomes dos participantes.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Modelos conceituais relacionados a fatores socioeconômicos e de estruturação dos serviços de saúde, incluindo aspectos relacionados aos diferentes níveis de exposição a fatores de risco e de acesso a diagnóstico, tratamento e prevenção explicam, por exemplo, as iniquidades na mortalidade por câncer entre os grupos socioeconômicos e étnicos, bem como a diferença nas taxas de sobrevivência para a maioria dos tumores em homens e mulheres (GONG et al., 2012).

Os dados de caracterização geral apontam que, na amostra de 106 pacientes hospitalizados com câncer, no ano de 2016, 39,6% eram do sexo masculino e 60,4% do sexo feminino (**Figura 1**). Segundo BRASIL (2017), este dado ilustra a realidade do aumento de casos de câncer para o ano de 2016 e uma maior prevalência para o sexo feminino. Estudos recentes realizados nos Estados Unidos relatam um maior percentual de pessoas do sexo feminino com cânceres de pulmão, brônquios, câncer do sistema genital, e outros cânceres em estágios avançados de primeiro diagnóstico, associados a um maior grau de privação socioeconômica (PHILIPS et al., 2013). Rodrigues e Ferreira (2010) afirmaram que, em países desenvolvidos, o câncer incide de forma similar em ambos os sexos mas, quando se remete a países em desenvolvimento - entre os quais se inclui o Brasil - observa-se maior prevalência em indivíduos do sexo feminino.

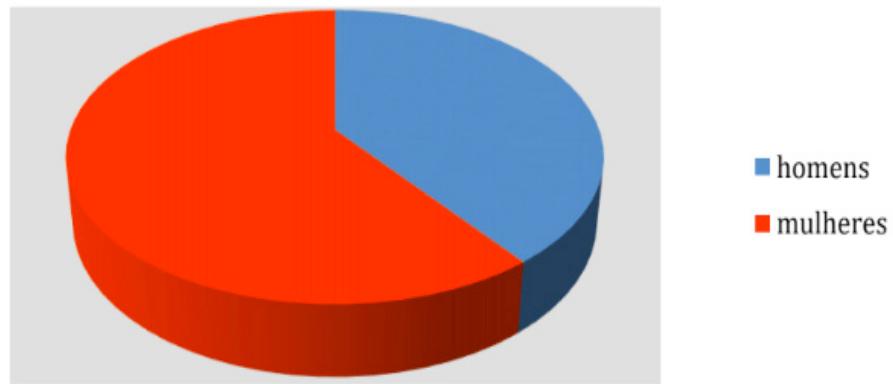


Figura 1. Frequência relativa de casos de câncer, segundo o sexo, em enfermaria cirúrgica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, janeiro-dezembro de 2016.

Da amostra de 106 indivíduos, 54,7% declararam raça/cor de pele branca, 28,3% parda, 11,3% negra e 4,7% intitularam-se de outra cor, além de 1% não ter declarado sua raça/cor (**Figura 2**). Atualmente, é consenso para a Comissão dos Determinantes Sociais em Saúde que o contexto social determina a cada indivíduo sua posição e esta, por sua vez, determina as oportunidades de saúde, segundo exposição às condições nocivas e saudáveis e segundo situações distintas de vulnerabilidade (BARATA, 2009).

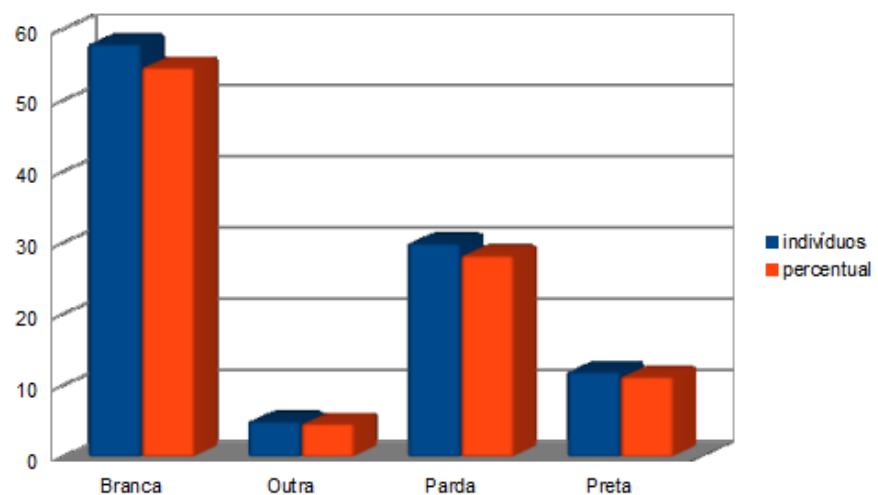


Figura 2. Frequências absoluta e relativa de casos de câncer, segundo raça/cor, em enfermaria cirúrgica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, janeiro-dezembro de 2016.

No Brasil, um país miscigenado e de herança escravocrata, pode-se deduzir que não existe associação entre a doença oncológica e o padrão étnico dos indivíduos, uma vez que a maior parte da população acometida pela doença são pessoas que se autodenominam brancas, as quais em sua grande maioria não sofreram com a escravatura e a desigualdade social. Antes pensado como um problema exclusivo de países desenvolvidos, o câncer é hoje uma das principais causas de morbimortalidade em países de baixa e média renda e, portanto, uma prioridade de saúde para esses países, que atualmente já aportam a maior carga de câncer no mundo, porém com sistemas de saúde particularmente despreparados para atender a este desafio (BRAY

et al., 2012).

Segundo Wagner et al. (2012), as etnias também afetam a incidência e a mortalidade por câncer e, muitas vezes, as disparidades raciais são marcantes e podem resultar de causas complexas. As taxas de mortalidade de vários tipos de câncer são maiores entre os negros, em comparação com qualquer outro grupo étnico/racial. Nos Estados Unidos, para todos os tipos de câncer combinados, a taxa de mortalidade entre os negros é 25% maior do que entre os brancos.

Com relação à idade, obteve-se uma média de 62,82 anos (desvio-padrão de 13, 315), sendo a mínima de 20 e a máxima de 92 anos. Percebe-se uma maior frequência de acometimento por doença oncológica em pessoas idosas, devido ao desenvolvimento econômico e o prolongamento da expectativa de vida dos indivíduos, que por sua vez, acabam tendo de conviver com agravos e complicações de doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer.

Oliveira et al. (2012) também afirmaram que cerca de 75% das neoplasias ocorrem em indivíduos com mais de 60 anos de idade, constituindo a segunda maior causa de morte nesse grupo etário. Pacientes idosos representam uma parcela da população com características heterogêneas, agregando uma série de comorbidades que afetam direta e indiretamente o tratamento e o prognóstico de doenças neoplásicas (ANTUNES et al; 2015).

Do total de pacientes analisados, 60,4% eram residentes do município do Rio de Janeiro e outros 39,6% eram procedentes de outros municípios. As mudanças no padrão demográfico que ocorreram no país acarretaram importantes implicações para as políticas sociais, especialmente para as de saúde. Nas economias mais desenvolvidas, pelo fato do envelhecimento populacional ter ocorrido de forma gradativa, foi possível promover a organização dos sistemas de previdência e de saúde, de modo a acomodar o aumento da demanda nesses setores, processo que não ocorreu nos países em desenvolvimento (NORONHA & ANDRADE, 2005).

Como o crescimento demográfico não foi acompanhado pela desenvolvimento do sistema de saúde como um todo, os grandes centros urbanos acabaram por absorver cidadãos de municípios vizinhos. As diferenças no perfil de mortalidade por câncer observadas entre os países podem ser atribuídas, inclusive, à variação geográfica na disponibilidade e prestação de cuidados.

Com relação ao estado civil, 45,3% eram casados, 24,5% solteiros, 17% viúvos, 8,5% divorciados, e 4,7% não declararam seu estado civil. A literatura revela que o cuidado domiciliar a um paciente com câncer, apesar de permeado por desgastes físicos e emocionais, carrega consigo consequências positivas para aquele que assume o cuidado, principalmente no sentido de conferir domínio e sentido às suas vidas, reconhecimento por outros e redefinição de prioridades após a morte do familiar (KANG et al., 2013).

Hofelman et al (2014) corroboraram tal explanação, afirmando ser importante a presença de um companheiro para o enfrentamento da doença, devido ao grande

impacto psicossocial gerado, porém pontuando que sua ausência não constitui-se num fator de risco. Portanto, percebe-se pelas prevalências apresentadas que os pacientes, em sua grande maioria, provavelmente possuem uma rede familiar de apoio, por se tratarem de indivíduos casados e provavelmente com filhos. Entretanto, observou-se uma prevalência elevada de viúvos (17%), o que pode estar relacionado proporcionalmente à idade do grupo apresentado, e pode indicar a necessidade de uma atenção especial a este tipo de clientela, devido à possibilidade de isolamento social e ausência de suporte familiar para o enfrentamento da doença.

No que tange à religião, observou-se que quase metade do grupo analisado (47,2%) intitulam-se como católicos, 21,7% evangélicos, 3,8% espíritas, 0,9% umbandistas, 2,8% de outra religião, e ainda, 17,9% declararam não possuir religião e 5,7% não quiseram declarar sua opção religiosa. Segundo Caldeira, Carvalho e Vieira (2014), a angústia espiritual está presente durante o tratamento do câncer, tendo a religião uma grande importância, bem como a necessidade de preparo dos enfermeiros para auxiliar o paciente durante seu processo de enfrentamento.

Considerando os níveis de escolaridade, observou-se uma grande maioria (48%) tendo apenas o ensino fundamental, 23% com ensino médio, 9% com ensino superior, 4% de analfabetos e 16% que não informaram sua escolaridade (**Figura 3**).

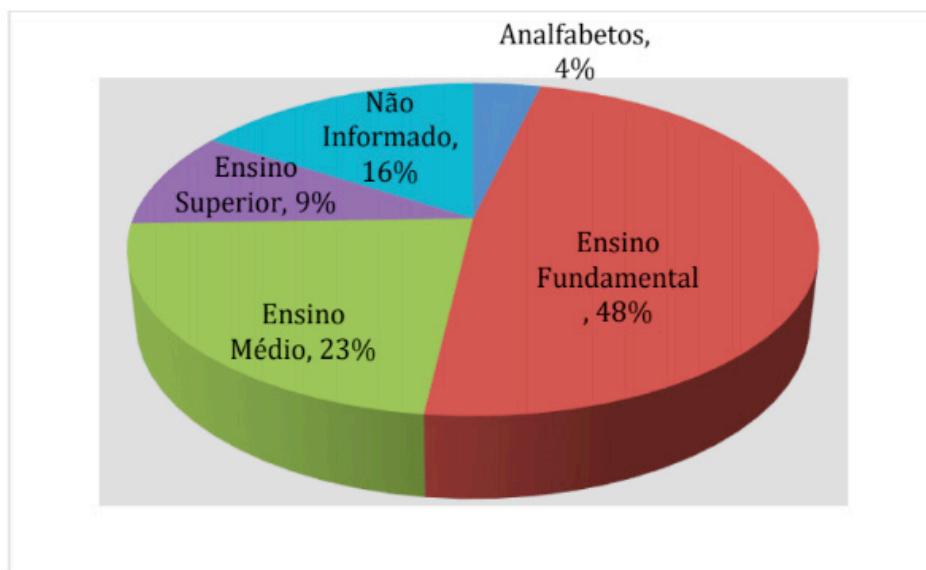


Figura 3. Frequência relativa de casos de câncer, segundo níveis de escolaridade, em enfermaria cirúrgica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, janeiro-dezembro de 2016.

Este dado revela falhas em um importante determinante de saúde, que é a educação. Pacientes com elevado nível de instrução lidam de uma maneira melhor com o diagnóstico do câncer e executam orientações e prescrições médicas e de enfermagem com maior rigor. Além disso, espera-se que estes pacientes tenham acesso a um diagnóstico mais precoce da doença, evitando-se a ocorrência de carcinomas invasivos ou estadiamentos avançados. Foi o que concluiu o estudo de Calazan et al.

(2008) que confirma a relação entre a baixa escolaridade e o risco de doença invasora em mulheres com câncer de colo de útero. Outro estudo demonstrou que pacientes com minimamente o ensino médio completo apresentam uma proporção menor de casos invasivos de câncer de cabeça e pescoço, em relação àqueles com menor nível de instrução formal (CAMPOS, CHAGAS & MAGNA; 2007).

Quanto ao vínculo empregatício, 87,7% não informaram sua profissão ou ocupação, 7,5% se declararam aposentados, 2,8% informaram estarem desempregadas e 2% encontravam-se empregados, sendo 0,9% deles autônomos. Como os dados foram levantados a partir de prontuários, documentos do serviço e de Autorizações de Internação Hospitalar, e o preenchimento destes dados é feito por pessoas terceirizadas, acredita-se que falta capacitação desses profissionais para o preenchimento correto e fidedigno das mesmas, para que este tipo de informação não fique defasada e possa contribuir com pesquisas futuras.

No entanto, autores apontam para o fato de que, quanto maior a renda *per capita*, maior a mortalidade por câncer na população, o que sugere uma associação entre o câncer e o desenvolvimento econômico. O inerente aumento da expectativa de vida da população correlaciona-se com uma maior prevalência de doenças crônicas, como o câncer, dentre indivíduos com maior renda.

Os principais diagnósticos encontrados, considerando a amostra estudada foram: neoplasia de reto (23,5%), neoplasia de tireóide (17%), neoplasia de cólon sigmóide (15,1%), neoplasia de estômago (9,4%), neoplasia de fígado (5,7%) e neoplasias de cólon com exceção do sigmóide (5,7%) (**Figura 4**).

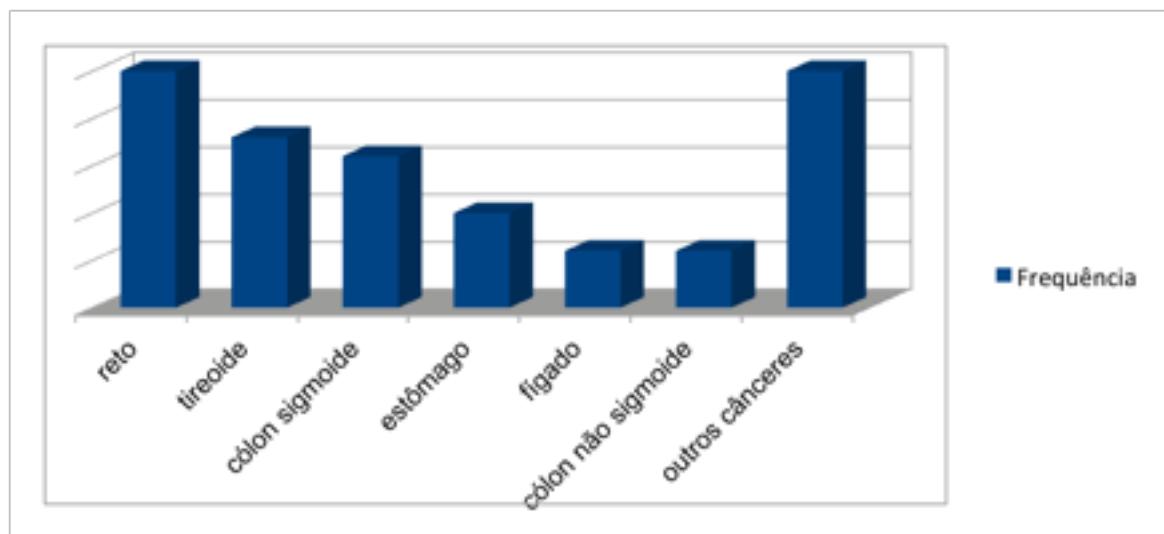


Figura 4. Frequência relativa de casos, segundo tipos de câncer, em enfermaria cirúrgica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, janeiro-dezembro de 2016.

O diagnóstico de câncer gera consequências negativas nos âmbitos social, econômico e pessoal, pois o paciente se vê diante de uma condição limitante, causada pelos efeitos da doença e do tratamento, e que podem impedi-lo de manter-se ativo no mercado de trabalho, na dinâmica familiar e nos papéis sociais (ANDERSEN et al.,

2015). Brasil (2015) estimou, para o biênio 2016-2017, que os tipos mais frequentes de câncer em homens - excetuando o de pele não melanoma – seriam os de próstata (28,6%), pulmão (8,1%) e colorretal (7,8%); enquanto que nas mulheres, os de mama (28,1%), colorretal (8,6%) e colo do útero (7,9%) estariam entre os mais prevalentes.

Dos 106 pacientes analisados no ano de 2016, 81% obtiveram alta hospitalar e 19% foram a óbito durante a internação (**Figura 5**). Esse dado não levou em consideração se o paciente que obteve alta hospitalar internou novamente no ano seguinte (2017), se houve intercorrências ou se veio a óbito posteriormente, pois foram levantadas informações apenas sobre a internação no ano supracitado. Segundo Brasil (2017), em 2016 ocorreram no Brasil a aproximadamente 596.070 novos casos de câncer, sendo o câncer colorretal o terceiro mais frequente no sexo masculino e o segundo no sexo feminino.

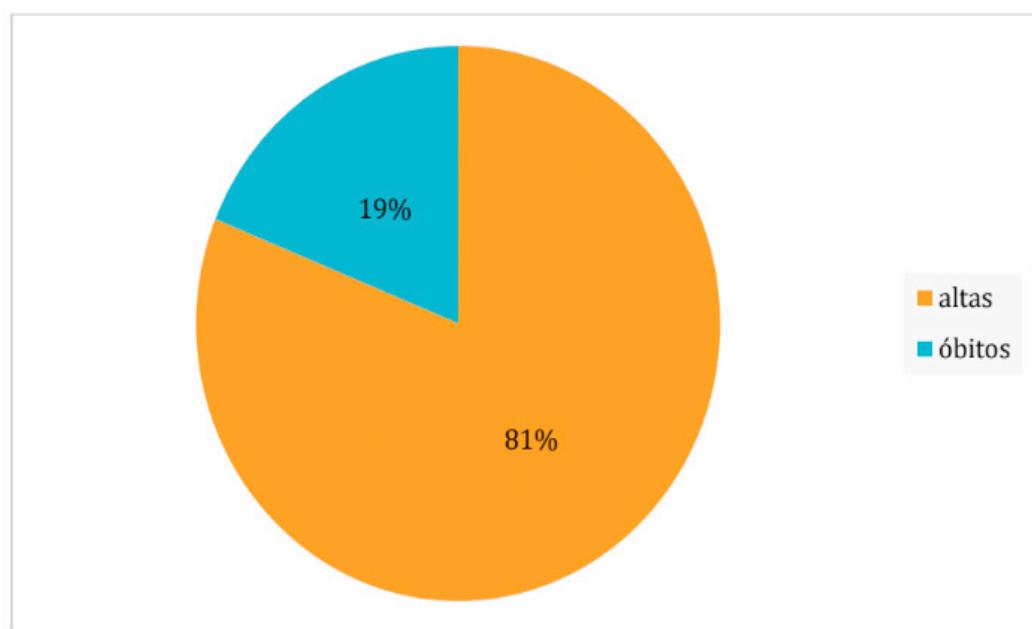


Figura 5. Evolução dos casos de câncer em enfermaria cirúrgica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, janeiro-dezembro de 2016.

Após o diagnóstico do tumor, o tratamento varia conforme a localização do mesmo, seu tipo histológico, seu estadiamento na ocasião do diagnóstico, e também as condições clínicas em que o paciente se encontra; os efeitos colaterais do tratamento são importantes na análise da escolha, assim como a probabilidade de cura, o alívio de sintomas e a prolongação da sobrevida. Esses tratamentos normalmente giram em torno da cirurgia, com quimioterapia antineoplásica, associada ou não a radioterapia (OLIVEIRA, 2012).

Num estudo de Zanatta, Magnagnago e Brenner (2016), observou-se que 46,28% dos pacientes com adenocarcinoma colorretal observados em cinco anos de acompanhamento foram a óbito; enquanto 21,1% tiveram tempo livre de doença por 5 anos, e 7,9% apresentaram recidiva no período. A sobrevida média global dos pacientes em cinco anos foi de 36,6 meses, ou seja, três anos.

Verificou-se, na amostra estudada, um tempo médio de permanência hospitalar de 19,3 dias (desvio-padrão de $\pm 21,26$) e mediana de 12,5 dias, com um período mínimo de 2 dias (uma neoplasia de tireoide) e um máximo de 127 dias (uma metástase oncológica que evoluiu a óbito). Segundo Cruz et al. (2015), o tempo médio de permanência de pacientes oncológicos numa enfermaria cirúrgica foi de até 3 dias.

Verificou-se que as internações fora de clínica na enfermaria cirúrgica compuseram um quadro presente, com frequências por vezes maiores que as principais cirurgias realizadas. Comparando o tempo médio de permanência dos pacientes oncológicos com o de pacientes internados por causas não oncológicas, observou-se uma diferença de 16,3 dias a mais no período de internação hospitalar. Considerando o exposto, é possível pressupor que um paciente oncológico ocupa um leito hospitalar com uma média de tempo cinco vezes maior do que os demais pacientes hospitalizados por demandas cirúrgicas, diminuindo a rotatividade das internações.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A rotina de trabalho e o cotidiano dentro das enfermarias possibilitam ao residente de enfermagem uma enriquecedora troca de experiências com os pacientes, ajudando a fortalecer a relação entre o cuidador e o cuidado, e transformando esta em um vínculo de confiança, na qual o paciente encontra uma fonte de apoio no profissional, permitindo que suas ações sejam direcionadas a uma assistência mais precisa, específica e integral.

Os resultados deste estudo são relevantes para o planejamento dos serviços de saúde, ao considerar o perfil identificado dos pacientes assistidos para terapêutica paliativa oncológica. Identificou-se, na amostra em questão, um perfil de pacientes idosos, em sua maioria mulheres, casados, católicos, e de baixa escolaridade. Considerando o maior tempo médio de permanência hospitalar do paciente portador de doença oncológica, em comparação a pacientes com outras demandas cirúrgicas, cabe traçar estratégias no serviço para garantir a qualidade do cuidado, diante do perfil de clientela observado.

Ressalta-se a importância da capacitação do profissional enfermeiro para lidar com este tipo de clientela, por ser a categoria profissional que permanece maior tempo dedicada à assistência deste usuário.

REFERÊNCIAS

ADERSEN, I; KOLODZIEJCZYK, C; THIELEN, K; HEINESEN, E; DIDERICHSEN, F. **The effect of breast cancer on personal income three years after diagnosis by cancer stage and education: a register-based cohort study among Danish females.** BMC Public Health. 2015 Jan;15:50. Doi: 10.1186/s12889-015-1387-0.

ANTUNES, Y.P.P.V;BUGANO D.D.G; GIGLIO, A; KALIKS, R.A; KARNAKIS, T; PONTES, L.B. **Características clínicas e de sobrevida global em pacientes oncológicos idosos num centro**

oncológico terciário. Einstein. 2015 out-dez;13(4):487-91. Doi: 10.1590/S1679-45082015AO3067.

BARATA, R.B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Organização Mundial da Saúde. **Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas.** Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância.** – Rio de Janeiro: Inca, p. 122, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Tipos de Câncer 2016.** Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/tbregioes_consolidado.asp. Acesso em: 05 out. 2017.

BRAY, F.; JEMAL, A.; GREY, N.; FERLAY, J.; FORMAN, D. **Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008–2030): a population-based study.** Lancet. 2012;13(8):790-801.

CALAZAN, C; LUIZ, R.R; FERREIRA, I. **O diagnóstico do câncer do colo uterino invasor em um centro de referência brasileiro: tendência temporal e principais fatores relacionados.** Revista Brasileira de Cancerologia, 2008;54(4):325-331.

CALDEIRA, S; CARVALHO, E.C; VIEIRA, M. **Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro.** Revista Latino Americana de Enfermagem. 2014;22(1):28-34.

CAMPOS J.L.G.C; CHAGAS J.F.S; MAGNA L.A. **Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida.** Rev. Bras. Cir. Cabeça PESCOÇO, 2007;36(2):65-8.

CORONHA, A.L.; CAMILO, M.E.; RAVASCO, P. **A importância da composição corporal no doente oncológico: qual a evidência?** Acta Med Port. 24(S4):769-778. 2011.

CRUZ, N.M; MARQUES, G.S; RODRIGUES, F.R; ALMEIDA, P.F. **Perfil dos pacientes internados nas unidades de cirurgia geral de um hospital universitário.** 53º congresso científico do Hupe: Controle do Câncer: Novos Horizontes – Rio de Janeiro, 24 a de agosto de 2015.

FRANCO-GIRALDO, A.; ÁLVAREZ-DARDET, C. **Salud pública global: undesafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A.** Panamericana de Salud Pública, Washington, DC, v. 25, n. 6, p. 540- 547, 2009.

HOFELMANN, D.A; ANJOS, J.C; AYALA, A.L. **Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil.** Ciênc. Saúde Coletiva. 2014;19(6):1813-24.

KANG, J; SHIN, D.W; CHOI, J.E; SANJO, M; YOON, S.J; KIM, H.K; et al. **Factors associated with positive consequences of serving as a family care giver for a terminal cancer patient.** Psychooncology [internet]. 2013 mar [cited 2016 Oct 31]; 22(3): 564-71.

NORONHA, K.V.M.S.; ANDRADE, M.V. **Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina.** Rev Panam Salud Pública. 2005;17(5-6):410-418.

OLIVEIRA, D.R; FORTES, V.L.F; TRAMONTINA, C.C; OLIVEIRA, T.C; BROCK, F; CORSO, D. **A pessoa idosa vivenciando a condição de um tratamento quimioterápico.** RBCEH. 2012;7 supl:58-70. Doi: 10.5335/rbceh.2012.1041.

PHILIPS, J.R.B.U.; BELASCO, E.; MARKIDES, K.S.; GONG, G. **Socioeconomic deprivation as a determinant of cancer mortality and the Hispanic paradox in Texas, USA.** Int J Equity Health. 2013;12(26):1-9.

RODRIGUES, J.S.M; FERREIRA, N.M.L.A. **Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir.** Rev Bras Cancerol. 2010;56(4):431-41.

SIQUEIRA, K.M.; BARBOSA, M.A.; BOEMER, M.R. **O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns des-velamentos.** RevLatino-am. Enfermagem, Jul/Ago 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a13.pdf>. Acesso em: 15 set 2016.

SOUZA, L.F.; MISKO, M.D.; SILVA, L., et al. **Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia.** Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2013.

WAGNER, S.E.; HURLEY, D.M.; HÉBERT, J.R.; McNAMARA, C.; BAYAKLY, A.R.; VENA, J.E. **Cancer mortality-to-incidence ratios in Georgia: describing racial cancer disparities and potential geographical determinants.** Cancer. 2012;118(16): 4032-4045.

ZANATTA, C; MAGNAGNAGNO, A.O; BRENNER, D. **Experiência histórica de câncer colorretal de centro de referência em oncologia.** Revista Thêma et Scientia – Vol. 6, no 1, jan/jun 2016.

MELHORA DA AUTOESTIMA EM MULHERES INTERNADAS EM AMBIENTE HOSPITALAR COMO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE; RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lígia Maria Gomes da Silva

Bacharéis em Fisioterapia pela Faculdade Santo Agostinho Teresina-PI;

E-mail do autor principal: ligiagomes17@gmail.com.

Ilraiany de Araújo Lima

Bacharéis em Fisioterapia pela Faculdade Santo Agostinho Teresina-PI;

Luana Ferreira Nunes

Bacharéis em Fisioterapia pela Faculdade Santo Agostinho Teresina-PI;

Jéssica Vanessa Sousa Araújo

Bacharéis em Fisioterapia pela Faculdade Santo Agostinho Teresina-PI;

Gyselle Carolyne de Almeida Alves

Bacharéis em Fisioterapia pela Faculdade Santo Agostinho Teresina-PI;

Ana Jéssica Ferreira Alencar

Bacharéis em Fisioterapia pela Faculdade Santo Agostinho Teresina-PI;

Danyel Pinheiro Castelo Branco

Professor Mestre

comumente apresentam sintomas de depressão. A imposição de uma rotina diferente pode alterar os hábitos do enfermo, o tornando vulnerável ao desenvolvimento de problemas psicológicos que englobam todo o desconforto emocional, como a depressão o que trará impacto na sua autoestima conceituada é um sentimento de, autor respeito e autoconfiança, está diretamente ligada a capacidade de lidar com os desafios da vida, é sendo assim indispensável para uma vida satisfatória. Desta forma é importante trabalhar com ações que tenham como objetivo melhorar a autoestima do paciente para assim otimizar o tempo de alta hospitalar, reduzindo assim os gastos públicos em saúde. **Objetivo:** inserir os acadêmicos em ambiente hospitalar e promover melhora da autoestima de mulheres em longo período de internação. **Metodologia:** realizou-se uma visita ao Hospital da Primavera de Teresina-PI no dia 8 de março de 2016 dia internacional da mulher, durante toda a manhã os acadêmicos visitaram os leitos hospitalares, onde haviam mulheres internadas promovendo ações com objetivo de melhorar a autoestima das pacientes. As ações desenvolvida foram: declamação de poemas elaborados pela turma, coral compostos pelos acadêmicos onde foram cantadas as músicas de Erasmo Carlos “Mulher” e Ana Paula Valadão “Aos olhos do pai”, foram entreguem rosas as pacientes junto com palavras de incentivos, ao final foi

RESUMO : Introdução: De acordo com o SUS as internações hospitalares no mês de junho de 2016 no Brasil foram de 897.670 mil. Sendo média de permanência de cada paciente é de 5,6 dias de acordo com o Ministério da Saúde, porém pacientes com patologias mais graves passam longos períodos em internação e

ministrada uma palestra sobre a importância da autoestima e sua contribuição no processo saúde doença. **Resultados:** houve interação positiva entre os acadêmicos e as mulheres internadas, foi possível observar que o resultado esperado foi alcançado. A visita proporcionou aos acadêmicos uma vivencia dentro do ambiente hospitalar, permitindo aos mesmos ir além do conceito saúde-doença, focando nos princípios psicossociais fundamentais para a recuperação da paciente. **Conclusão:** a visita deu aos alunos a oportunidade de desenvolver ações em promoção de saúde, conhecer a rotina hospitalar e colocar em prática os conhecimentos adquiridos em sala de aula sobre os aspectos psicológicos envolvidos no processo saúde doença.

PALAVRAS-CHAVE: Autoestima, Ambiente hospitalar e promoção de saúde.

INTRODUÇÃO

O aumento dos casos de câncer tem acarretado um elevado número de internações hospitalares. De acordo com o SUS as internações hospitalares no mês de junho de 2016 no Brasil foram de 897.670 mil. Sendo média de permanência de cada paciente é de 5,6 dias de acordo com o Ministério da Saúde, porém pacientes com patologias mais graves passam longos períodos em internação e comumente apresentam sintomas de depressão (CASTRO, 2012).

A imposição de uma rotina diferente pode alterar os hábitos do enfermo, o tornando vulnerável ao desenvolvimento de problemas psicológicos que englobam todo o desconforto emocional, como a depressão o que trará impacto na sua autoestima conceituada é um sentimento de, autor respeito e autoconfiança, está diretamente ligada a capacidade de lidar com os desafios da vida, é sendo assim indispensável para uma vida satisfatória (ALVES, 2011).

Os pacientes oncológicos têm a sua rotina alterada e passam a conviver com inúmeros procedimentos invasivos e dolorosos, além disso passam a depender mais de seus familiares e da equipe multiprofissional para a realização do autocuidado e isso pode despertar sentimentos de angustia, tristeza e medo. Tornando-se dessa forma, mais vulnerável ao desenvolvimento de problemas psicológicos que englobam o desconforto emocional, a depressão e a ansiedade (ROCHA, 2014).

Vários fatores podem interferir na resposta ao tratamento desses pacientes, deve-se levar em conta toda a natureza da pessoa doente, como as suas experiências e vivências, o meio no qual ela está inserida, e os fatores sociais e culturais que a rodeia (CARVALHO, 2016).

Desta forma e de suma importância oferecer uma assistência humanizada ao paciente hospitalizado, com uma abordagem no cuidado não só física, mas também biopsicocultural. Isso implica, portanto, em garantir a criação de um ambiente que resulta em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada (TAVARES, 2014).

A humanização deve ser utilizada como recurso para melhorar as condições de hospitalização e minimizar os seus efeitos deletérios. Vale apostar em atividades

recreativas como uma alternativa a fim de contribuírem para o desenvolvimento de uma assistência embasada nos valores humanos, permitindo que o enfermo expresse seus sentimentos, e manifeste por meio das brincadeiras, os eventos desagradáveis que ocorrem durante a internação (FLORENTINO, 2015).

Assim, com a realização das atividades, o paciente consegue minimizar os efeitos negativos acarretados pelo período de hospitalização, além disso, as atividades lúdicas proporcionam um meio de interação entre os enfermos, familiares e equipe multiprofissional (PINHEIRO, 2012).

As atividades lúdicas têm se tornado, portanto, uma terapia alternativa que ao serem oferecidas a pacientes oncológicos, contribuem para quebrar a rotina da hospitalização, além de melhorar a aceitação da doença. Desta forma é importante trabalhar com ações que tenham como objetivo melhorar a autoestima do paciente para assim otimizar o tempo de alta hospitalar, reduzindo assim os gastos públicos em saúde

A ação teve como objetivo inserir os acadêmicos em ambiente hospitalar e promover melhora da autoestima de mulheres em longo período de internação.

METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se de um relato de experiência, onde realizou-se uma visita no período da manhã ao Hospital da Primavera de Teresina-PI no dia 8 de março de 2016 dia internacional da mulher, a visitação aos leitos hospitalares foi realizada somente após a autorização do hospital, os profissionais de saúde do hospital nos encaminhavam aos leitos onde haviam mulheres internadas.

As atividades realizadas foram elaboradas pelos acadêmicos de fisioterapia do Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina-PI. Iniciamos as atividades com declamação de poesias elaboradas pela turma, coral compostos pelos acadêmicos e o professor responsável pelos mesmos. Foram interpretadas com voz e violão as músicas do Erasmo Carlos “ Mulher” e Ana Paula Valadão “Aos olhos do pai”, durante a interação dos alunos com os pacientes foram entregues rosas naturais.

Finalizamos a ação em cada leito com palavras de incentivos tanto para as pacientes como aos acompanhantes, oração e uma palestra sobre a importância da autoestima e sua contribuição no processo saúde doença, o qual era nosso objetivo de melhorar a autoestima das pacientes internadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ação social realizada no Dia Internacional da Mulher, buscou promover uma melhora na autoestima das mulheres presentes no ambiente hospitalar. Durante a ação foi possível observar que as pacientes reagiram de forma positiva com a entrega de rosas e a apresentação da roda musical, onde notou-se a participação ativa de

todas as pacientes que, independente da patologia, acompanharam cantando e dando as mãos como forma de confraternizar com os acadêmicos.

A comunicação foi um instrumento valioso entre pacientes e acadêmicos, pois pode-se notar que as atividades ali realizadas revigoraram a alegria e a perseverança das mulheres que estavam naquele momento vulnerabilizadas pelo processo de adoecimento e hospitalização. As pacientes puderam ser acolhidas e tiveram a oportunidade de socializar com os cuidadores, explanando suas preocupações e incertezas a fim de aliviar tais angústia.

Nessa perspectiva, a autoestima impacta favoravelmente a qualidade de vida de pessoas hospitalizadas, desse modo vê-se que pacientes com autoestima elevada respondem melhor ao tratamento, pois persistem em se manter seguros e ternos, gerando uma apreciação da vida e um maior estímulo para a busca da alta hospitalar.

CONCLUSÃO

De maneira geral a vivência adquirida ao conhecer essas mulheres proporcionou oportunidade de atuação teórico-prática, unindo os em dois contextos: conhecer a rotina hospitalar e colocar em prática os conhecimentos adquiridos em sala de aula sobre os aspectos psicológicos envolvidos no processo saúde doença.

Assim dando aos alunos a oportunidade de desenvolver ações em promoção de saúde. Instituições devem consistir em: espaços saudáveis de cuidados de saúde, indo além do tratamento de doenças com a prevenção e a promoção da saúde positiva, contribuindo para o empoderamento da pessoa hospitalizada, para que essa possa controlar os fatores que influenciam sua saúde. Acredita-se que a promoção da saúde tanto seja possível quanto necessária em ambientes hospitalares; e que as ações desenvolvidas nesse sentido podem conduzir o indivíduo e sua família na busca de uma melhor qualidade de vida.

Percebeu-se que não houve dificuldade de aceitação dessas mulheres no ambiente hospitalar para com os acadêmicos de fisioterapia; assim assimilando-se e sendo beneficiados suas intervenções junto aos pacientes; cabendo a esse profissional contribuir para a humanização, auxiliando-a no trato e manejo do sofrimento dos sujeitos hospitalizados, visto que a situação não os exclui da condição de seres humanos.

Nesse sentido, a experiência dos acadêmicos pode se configurar como dispositivos que se quer humanizar, tornar-se promotora da saúde e da cidadania de sujeitos, mais que pacientes; mais quando se tem atenção e amor pelo próximo há melhora da autoestima de mulheres em longo período de internação.

REFERÊNCIAS

ALVES, Elioenai Dornelles; MENDES, Hélder Fonseca. **Educação e promoção da saúde como estratégia para a reabilitação de pacientes com sequela de AVE: estudo de caso.** 2011.

CARVALHO, Isabela Gonzales et al. **Ansiedade, depressão, resiliência e autoestima em indivíduos com doenças cardiovasculares**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 24, p. 1-10, 2016.

CASTRO MOURA, Caroline; RODRIGUES RESCK, Zélia Marilda; REZENDE DÁZIO, Eliza Maria. **Atividades lúdicas realizadas com pacientes portadores de neoplasia internados em hospital geral**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 13, n. 3, 2012.

FLORENTINO, Iara Mendes; DE CAMARGO, Maria José Gugelmin. **Atividades de lazer no contexto hospitalar: uma estratégia de humanização**. Revista Brasileira de Estudos do Lazer, v. 2, n. 2, p. 99-114, 2015.

PINHEIRO, Marisa. **Intervenção de enfermagem de âmbito psicoterapêutico com mulheres com cancro de mama**. Diss. [sn], 2012.

ROCHA, Francisca Cecília Viana et al. Profile of elderly patients admitted to the hospital emergency/ Perfil de idosos internados no hospital de urgência/Perfil de los pacientes ancianos ingresados en la emergencia del hospital. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 3, n. 3, p. 32-8, 2014.

TAVARES, Mariana Olívia Barbosa. O hospital por um riso: o impacto de ações de humanização na saúde mental de pacientes hospitalizados. 2014.

CÂNCER DE MAMA: TIPOS DE TRATAMENTO E MUNICÍPIOS DE ORIGEM DE MULHERES ATENDIDAS EM HOSPITAL NA CIDADE DE SOBRAL- CEARÁ

Michele Maria Martins Vasconcelos

Graduanda em Medicina pelo Instituto de Teologia Aplicada – INTA

Marília Dias Costa

Graduanda em Medicina pelo Instituto de Teologia Aplicada – INTA

Matheus Magno da Silva Néo

Graduando em Medicina pelo Instituto de Teologia Aplicada – INTA

Ananda Milena Martins Vasconcelos

Pos-graduada em Saúde Pública e Saúde da Família pelo Instituto de Teologia Aplicada – INTA

Milla Christie Martins Vasconcelos Pinheiro

Pos-graduada em Farmacia Clínica, Farmacologia e Prescrição Farmacêutica pelo Instituto de Teologia Aplicada – INTA

Danielle Rocha do Val

Docente pelo Instituto de Teologia Aplicada- INTA

Área Temática: Temas transversais

Modalidade: Pôster

E-mail do apresentador: michele-vasconcelos-@hotmail.com

do estilo de vida de cada individuo. O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no Brasil e no mundo. Entretanto representa a principal causa de óbito por câncer entre mulheres. Dessa forma, os tratamentos para esse tipo de neoplasia consistem em ciclos clínicos onde são utilizados fármacos quimioterápicos e hormonoterápicos e o cirúrgico que ocorre quando é necessária a retirada do tumor ou da mama por completo em um procedimento denominado mastectomia. Contudo, é importante salientar que o tratamento é individualizado, cada mulher pode ter um tratamento diferente, de acordo com a gravidade da sua neoplasia e com seu perfil biológico. **OBJETIVO:** Analisar os tipos de tratamento e municípios de origem, de mulheres com câncer de mama atendido em hospital de referência de Sobral-Ceará. **MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa do tipo documental, exploratória com abordagem quantitativa, com o intuito de mensurar os fármacos mais utilizados no tratamento e os municípios de origem de mulheres com câncer de mama que realizam tratamento no setor de quimioterapia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral no período de fevereiro de 2016. Os dados foram coletados diretamente de prontuários das pacientes que estiveram em tratamento nesse período. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Diante da análise dos dados observou-se que no mês de

RESUMO: INTRODUÇÃO: O câncer é uma doença caracterizada pela proliferação e divisão descontrolada das células, ocorrendo a formação de tumores malignos. Suas principais causas são devidas alterações no código genético que modificam os processos de apoptose e divisão celular ou por fatores ambientais, decorrentes

fevereiro de 2016, o tipo de tratamento mais utilizado em mulheres com neoplasia mamária foi o Tamoxifeno diário e o paclitaxel semanal ambos com 33% do total, seguidos pelo Transtuzumab 21 dias com 17%. Os fármacos supracitados, são mais comumente utilizados em tratamentos de câncer de mama em metástase agindo como tratamento paliativo ou coadjuvante. Em relação ao município de origem, o de maior prevalência foi Sobral, com 15 casos, seguido por Santana do Acaraú com apenas 3.

3. CONCLUSÃO: Através do estudo realizado foi possível detectar os principais tratamentos para o câncer de mama utilizado no setor de quimioterapia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral e o município de origem das pacientes do hospital relatado durante o mês de Fevereiro de 2016. Esses dados são de fundamental importância para os profissionais de saúde para demonstrar quais os fármacos mais utilizados para a neoplasia mamária e qual a localidade com maior prevalência dos casos.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasia da mama, terapêutica, oncologia

REFERÊNCIAS:

INCA- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer: o que é? Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee> Acesso em 18 set 2016

MARTINS, Edesio et al . Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil central. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro , v. 31, n. 5, p. 219-223, Maio 2009 .

CAPACITAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA O ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES: UMA ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

Tatiana de Araujo Lima

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro – RJ.

Monique Silva dos Santos

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro – RJ.

RESUMO: A atenção materno-infantil é considerada uma estratégia do Ministério da Saúde para redução de possíveis danos ao binômio mãe-filho. Dentre as principais atribuições do agente comunitário de saúde (ACS), está o acompanhamento mensal das gestantes cadastradas, com realização de visitas domiciliares e busca ativa, de modo a promover um elo de comunicação entre estas e a equipe de saúde. A motivação para esse estudo surgiu a partir do cotidiano de trabalho numa unidade de saúde da família localizada em Copacabana, município do Rio de Janeiro. O presente estudo teve por objetivo geral: qualificar a atenção e o acompanhamento prestado pelos ACSs às gestantes da equipe, e por objetivos específicos: identificar e analisar o fluxo de trabalho dos ACSs junto às gestantes, capacitá-los para o adequado registro dos dados em prontuário eletrônico, e avaliar os resultados obtidos pela capacitação, por meio da análise de indicadores do prontuário. Trata-se de um plano de intervenção descritivo, desenvolvido

no período de maio a dezembro de 2017, em três etapas: diagnóstico situacional, treinamento e capacitação dos ACSs e avaliação dos resultados. Concluiu-se que a atividade de capacitação e educação permanente dos ACSs, realizada semanalmente pelo enfermeiro, tem representado uma ótima estratégia para o incremento do número de visitas domiciliares e para a promoção de uma melhor compreensão dos profissionais acerca dos registros em prontuário eletrônico nesta linha de cuidado. Constatou-se um aumento significativo dos registros de visitas domiciliares em prontuário eletrônico, de 17,4% para 52% das gestantes acompanhadas mensalmente.

PALAVRAS-CHAVE: agentes comunitários de saúde; saúde da família; saúde da mulher.

ABSTRACT: Maternal and child care is considered a strategy of the Ministry of Health to reduce possible damages to the mother-child binomial. Among the main responsibilities of the community health agent is the monthly follow-up of registered pregnant women, with home visits and active search, in order to promote a communication link between them and the health team. The motivation for this study emerged from the daily work in a family health unit located in Copacabana, Rio de Janeiro municipality. The objective of the present study was to qualify the attention and follow-up provided by community

health agents to the pregnant women, and as for specific objectives: to identify and analyze the workflow of the agents with the pregnant women, to enable them for the adequate recording of data in electronic medical records, and to evaluate the results obtained by the training carried out, through the analysis of indicators from the electronic medical record. It is a descriptive intervention plan, developed in the period from May to December 2017, in three stages: situational diagnosis, training and qualification of the agents and evaluation of the results. It was concluded that the activity of training and ongoing education of the agents, performed weekly by the nurse, has represented an excellent strategy to increase the number of home visits and to promote a better understanding about the electronic medical records. There was a significant increase in home visits in electronic records, from 17.4% to 52% of pregnant women monitored monthly.

KEYWORDS: community health workers; family health; women's health.

1 | INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade materna foi o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio – ODM, a partir da definição de uma meta de redução de 75% para o período de 1990 a 2015. No entanto, essa meta encontra-se bem distante da realidade dos indicadores brasileiros, o que consiste num importante problema de saúde pública e denota as falhas no serviço prestado (BRASIL, 2010).

Segundo Silva et. al (2016), em estudo que abrangeu o período de 2009 a 2012, a razão de mortalidade materna mais elevada no Brasil foi encontrada no ano de 2009 (77/100 mil nascidos vivos), e a mais baixa no ano de 2012 (65/100 mil nascidos vivos).

Um número significativo de mortes maternas ainda faz parte da realidade social e sanitária do Brasil, mantendo-se elevada a ocorrência de mortes maternas evitáveis, e constatando-se o comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais (BRASIL, 2012).

No Brasil, a mortalidade materna continua apresentando números alarmantes, o que configura um importante problema de saúde publica, sendo as principais causas: as doenças hipertensivas, as síndromes hemorrágicas, as complicações do aborto e as infecções puerperais. Dentre estas, a doença hipertensiva da gravidez e, em particular, a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, continuam se destacando como as três principais causas de mortalidade e morbidade materna (DIAS et. al, 2015).

O acompanhamento do pré-natal tem por finalidade assegurar e promover o parto de um recém-nascido saudável e garantir o bem estar materno-infantil, baseando-se em ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos (BRASIL, 2005). Para Mallet (2005), avaliar a qualidade da assistência à saúde é uma questão fundamental, sendo imprescindível fomentar sua discussão entre os profissionais de saúde, governo e comunidade.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), as

unidades de saúde devem estar inseridas próximas ao local de residência dos usuários e devem ser sua principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o intuito de reduzir a morbimortalidade e facilitar o acesso às unidades de saúde, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em sua Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS:

O compromisso é reafirmar o papel desejado para a Atenção Básica enquanto ordenadora das Redes de Atenção e de coordenação do cuidado, proporcionando avanços na ampliação do acesso, bem como aprimorar o acolhimento e a resolutividade desse nível de atenção (BRASIL, 2017).

Diante das evidências apresentadas acima, faz-se necessária uma revisão do acompanhamento dessas mulheres durante o período gestacional, considerando o agente comunitário de saúde (ACS) como profissional ativo nesse processo, atuando enquanto elo de comunicação entre a equipe de saúde e a comunidade (BRASIL, 2010).

Considerando que o ACS atua como pilar dos programas de saúde voltados à atenção básica, tendo por função intermediar as relações entre profissionais de saúde e comunidade (SERRANO, 2014), dentre suas atribuições, elenca-se o mapeamento da comunidade para a identificação de microáreas de risco; o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares; o acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; a vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas na comunidade (SANTOS, 2014).

1.1 Justificativa

A motivação para esse estudo surgiu a partir do cotidiano de trabalho da Equipe de Saúde da Família Ceci, do Centro Municipal de Saúde (CMS) João Barros Barreto, localizado no bairro de Copacabana, na zona sul do município do Rio de Janeiro, e que atende aos usuários do território Morro dos Cabritos.

Em janeiro de 2017, foi realizado um diagnóstico situacional das gestantes adscritas à equipe e de seu acompanhamento pelos agentes comunitários de saúde, no que tange ao número de visitas domiciliares mensais. Observou-se que tal indicador encontrava-se abaixo do acompanhamento esperado, que é o registro de 100% das visitas domiciliares realizadas às gestantes.

Partindo da identificação deste problema, e considerando as possíveis consequências do não acompanhamento dessa população, justificava-se, portanto, a necessidade de propor um plano de intervenção com vistas à modificação de tal realidade, por meio da adequação do registro das fichas de acompanhamento das gestantes em prontuário eletrônico, pelo agente comunitário de saúde, na estratégia da saúde da família.

1.2 Objetivos

1.2.1 *Objetivo Geral*

Qualificar a atenção e o acompanhamento prestado pelos agentes comunitários de saúde às gestantes cadastradas pela Equipe Ceci.

1.2.2 *Objetivos Específicos*

- Identificar e pactuar o fluxo de trabalho dos agentes comunitários de saúde da Equipe Ceci junto às gestantes cadastradas.
- Capacitar os agentes comunitários de saúde da Equipe Ceci para o adequado registro dos dados em prontuário eletrônico.
- Avaliar os resultados obtidos pela capacitação realizada, por meio da análise de indicadores do prontuário eletrônico.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Mortalidade Materna

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, uma vez que em 92% dos casos poderia ser evitada (BRASIL, 2007). Este é um indicador da realidade social do país, estando inversamente relacionado aos fatores determinantes e condicionantes de qualidade de vida e bem estar físico, mental e social, conforme caracterizado no art. 3º da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990):

Art. 3º - Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Em 2015, a taxa mundial de mortalidade materna foi de 216 mortes por 100.000 nascidos vivos, o que denota a falta de compromisso com políticas direcionadas à saúde das mulheres (CARLO; TAVERS, 2016). Segundo Barbosa (2007), em sua dissertação de mestrado, a taxa média de mortalidade materna estimada para os países da América Latina e do Caribe em 2002 foi de 190 mortes por 100.000 nascidos vivos, enquanto que em países como Canadá e Estados Unidos foi de apenas 9 por 100.000 recém-natos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define morte materna – segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão (CID-10) – como:

A morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas accidentais ou incidentais (BRASIL, 2007).

O **Quadro 1** mostra o comparativo do número de óbitos maternos, segundo macrorregiões do país, nos anos de 2011 e 2015 (DATASUS, 2018). Apesar da redução da razão de mortalidade materna, o Brasil ainda precisa percorrer um longo caminho na busca de melhores indicadores de saúde da mulher, e a assistência pré-natal é vista, por seu impacto, como fator preponderante para a redução das taxas de mortalidade materna (MIRANDA; QUINTELLA, 2010).

REGIÃO	ÓBITOS MATERNOS/ANO	
	2011	2015
Região Norte	196	214
Região Nordeste	587	580
Região Sudeste	540	631
Região Sul	168	166
Região Centro-Oeste	119	147
Total	1.610	1.738

Quadro 1. Frequência absoluta de óbitos maternos por macrorregiões brasileiras, 2011/2015.

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o indicador razão de mortalidade materna (RMM) é aceitável quando de até 10 óbitos por 100.000 nascidos vivos (BECKER, 2012). Porém, de acordo com Silva et. al (2016), em estudo que abrangeu o período de 2009 a 2012, os indicadores brasileiros permanecem alarmantes: 77 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2009, e 65 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2012.

Em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil, até o surgimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), traduziu-se em intervir sobre os corpos das mulheres de maneira a assegurar que fossem adequados às necessidades da reprodução social (OSIS, 1998). Em seu texto original, o próprio PAISM reproduz a atenção que era dispensada até então às mulheres: “o atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de forma deficiente (BRASIL, 1984, p.05)”.

Como exemplo de uma política voltada apenas para a saúde reprodutiva da mulher brasileira, com a finalidade de reduzir os altos índices de morbimortalidade materno-infantil, em 1974 foi criado o Programa de Saúde Materno-infantil (PSMI), porém o

caráter vertical do programa e a falta de integração com outras ações do governo resultaram em baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (BARBOSA, 2007). O crescente sentimento de democratização do país, com a organização de movimentos sociais, como o feminista, motivou duras críticas a tais políticas, principalmente pelo caráter reducionista que apresentavam (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

As mulheres passaram a expor suas reivindicações como o direito à procriação, sexualidade e saúde, planejamento familiar, democratização da educação para a saúde e outras medidas, entendidas na perspectiva da saúde pública e não do ato médico (SANTOS, 2005).

Após anos de luta, em 1984, foi lançado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), objetivando uma nova abordagem à saúde da mulher, garantindo ações educativas, cobertura e qualidade dos serviços, e marcando a cessação de políticas com eleição de prioridades nesse campo (BRASIL, 1984). Segundo o texto da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher:

As mulheres organizadas reivindicam, portanto, sua condição de sujeitos de direitos, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionam as condições de saúde em todos os ciclos de vida, ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos (BRASIL, 2004, p.16).

O conceito proposto pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é o de integralidade das ações, conceito esse que posteriormente se tornou objeto de lei, com o advento do SUS em 1988 (BRASIL, 1990). A nova máxima implicou não apenas em mais uma política de saúde, mas em modos de a saúde produzir subjetividades por meio de práticas que estabelecem valores, como o de cidadania e de sujeito de direito (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

2.2 Atenção ao pré-natal na Estratégia de Saúde da Família

O escopo do acompanhamento pré-natal é garantir que haja um desenvolvimento rijo da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, e minimizando possíveis impactos para a saúde materna, com abordagem de aspectos psicossociais e promoção de atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2011).

O PAISM (1984, p.19) trata a questão da assistência pré-natal em seu texto como sendo: “[...] conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do conceito”.

Considerando a Atenção Primária à Saúde como porta preferencial de entrada da gestante no sistema de saúde, o Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012, p.38) apresenta os 10 passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica:

1º PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).

2º PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

3º PASSO: Toda gestante deve ter assegurada a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: “rodas de gestantes”.

5º PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6º PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: «pré-natal do(a) parceiro(a)».

7º PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8º PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do “Plano de Parto”.

9º PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10º PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

O Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, lançou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), estabelecendo as bases referenciais para a promoção de uma assistência pré-natal de qualidade e humanizada em todo o Brasil (THEODORO, 2012). Com relação ao adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, o PHPN (BRASIL, 2002, p. 6-7), estabelece as seguintes atividades a serem realizadas:

1 - Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;

2 - Garantir os seguintes procedimentos:

2.1 - Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

2.2 - Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.

2.3 - Realização dos seguintes exames laboratoriais:

a) Tipagem sanguínea e determinação do fator RH (ABO-Rh), na primeira consulta;

b) Veneral Disease Research Laboratory (VDRL – para diagnóstico da sífilis): um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;

c) Urina: um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;

d) Glicemia de jejum: um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;

e) Hemoglobina (HB)/Hematórito (Ht), na primeira consulta.

2.4 - Oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes, sendo necessário o consentimento da mulher.

2.5 - Aplicação de vacina antitetânica (iniciar esquema para mulheres não imunizadas ou a dose de reforço em mulheres já imunizadas, realizando a DTPa a

partir da 20^a semana de gestação).

2.6 - Realização de atividades educativas.

2.7 - Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.

2.8 - Garantir às gestantes classificadas como de risco o atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

Para que seja ofertado um pré-natal de qualidade, é importante que o serviço e os profissionais de saúde estejam devidamente preparados. O profissional que recebe a gestante deve estar atento a fatores de natureza física, bem como aos de ordem emocional, econômica e familiar, visto que estes podem influenciar na adesão da mulher à consulta pré-natal e, consequentemente, na qualidade do acompanhamento (CRISTINA et al., 2012).

A consulta de enfermagem no pré-natal permite que o profissional enfermeiro possa intervir de modo a avaliar as prioridades, atuando na promoção, e prevenir os agravos à saúde da mulher, além de oferecer à usuária uma escuta sensível, fortalecendo assim o vínculo entre enfermeiro e gestante e o processo de cuidado (MENDONÇA et al., 2011).

Na consulta de enfermagem à mulher, é de grande importância o acolhimento, a atenção e a comunicação interpessoal, visando propiciar uma relação de confiança e facilitar o processo de troca de informações, escuta das dúvidas e esclarecimento das mesmas (TEIXEIRA, et al., 2009).

2.3 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde no Acompanhamento das Gestantes

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve seu inicio na década de 80, tendo sido implementado pelo Ministério da Saúde na região nordeste, como alternativa para melhoria das condições de saúde da população adscrita, transmitindo informações e fortalecendo o vínculo entre a população e os sistemas de saúde (FRAGA, 2011).

OACS representa um importante elo entre o sistema de saúde e a comunidade onde vive e trabalha, sendo um trabalhador singular no âmbito da saúde. Como premissas de seu trabalho, estão a entrevista com o usuário, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias e o mapeamento da comunidade, possibilitando a identificação das vulnerabilidades e desenvolvendo atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, na sua área de atuação (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

A visita domiciliar é fundamental por promover a aproximação entre o agente e a comunidade, sendo um instrumento facilitador na abordagem do usuário e sua família, objetivando o entendimento do contexto familiar e, a verificação das possibilidades de envolvimento da família na assistência oferecida (SERRANO, 2014).

O ACS é um profissional essencial à implementação do sistema único de saúde e ao acompanhamento do usuário, fortalecendo assim a Atenção Primária, bem como a prevenção de doenças, promoção e vigilância em saúde, além da melhoria da qualidade de vida do usuário, família e comunidade (BRASIL, 2009). Constitui-se, portanto, num agente facilitador, que permite a identificação e maior atenção às questões relacionadas às famílias de seu território, observando os fatores socioeconômicos, culturais, ambientais e de vulnerabilidade social que interferem em sua saúde.

Ao identificar uma situação-problema de difícil abordagem, o agente de saúde deve relatar a situação à sua equipe, para que conjuntamente possam traçar estratégias de intervenção para o cuidado deste usuário, família ou comunidade. Deve, ainda, conversar com o usuário e/ou seus familiares, e posteriormente encaminhá-los à unidade de saúde para uma avaliação mais detalhada. Os diferentes aspectos de um problema deverão ser examinados cuidadosamente entre os diversos atores envolvidos, para que sejam encontradas soluções adequadas, com o mínimo de exposição do usuário. Caso não ocorra o comparecimento do usuário à unidade de saúde, deverá então ser realizada busca ativa ou visita domiciliar (BRASIL, 2009).

O ACS, como integrante da equipe de saúde da família, pode orientar os usuários acerca de ações de prevenção de doenças e promoção à saúde, de acordo com o planejamento da equipe. Todas as pessoas de sua comunidade deverão ser acompanhadas, principalmente aquelas em situação de maior vulnerabilidade e risco. Segundo o Manual do ACS, são atribuições (BRASIL, 2009):

- Identificar áreas e situações de risco individual e coletivo;
- Encaminhar os usuários aos serviços de saúde sempre que necessário;
- Orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde;
- Acompanhar a situação de saúde dos usuários, para ajudá-los a conseguir bons resultados;
- Realizar visitas domiciliares de acompanhamento mensal às gestantes, crianças e portadores de doenças crônicas;
- Cadastrar usuários;
- Cadastrar gestantes através da Ficha B e manter esse cadastro atualizado.

Diante do exposto, destaca-se que o ACS é um agente de saúde estratégico no controle da assistência materna e na prevenção da morte materna e infantil, sendo essencial na garantia da permanência do usuário nas ações assistenciais dos demais profissionais de saúde.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um plano de intervenção descritivo, com abordagem qualitativa. Para Neves (2006), a grande maioria dos estudos qualitativos é realizada no lugar da origem

das informações, não impossibilitando o pesquisador de usar a lógica do empirismo científico, mas partindo da hipótese de que seja mais adequado utilizar a perspectiva da observação fenomenológica, quando se trata de eventos característicos e aos quais seja atribuído certo grau de ambivalência.

O plano de intervenção é uma interferência que um profissional realiza sobre o processo de desenvolvimento ou aprendizagem do sujeito que em dado momento apresente problemas de aprendizagem. Entende-se que na intervenção, o procedimento adotado interfere no processo, com o objetivo de compreendê-lo, explicitá-lo ou corrigi-lo (CAMPOS, 2010).

A capacitação é um processo pedagógico que contempla a aquisição/atualização de conhecimentos até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, planejamento e organização do trabalho etc.) e façam sentido para os atores envolvidos (BRASIL, 2015).

Este plano de intervenção foi desenvolvido no Centro Municipal de Saúde João Barros Barreto, pertencente à área programática 2.1, situada na zona sul do município do Rio de Janeiro. O CMS João Barros Barreto é composto por oito equipes de saúde da família, que atendem a toda a população adscrita do bairro Copacabana. O plano foi direcionado especificamente à Equipe Ceci, que possuía, no período do estudo, tem 3.251 pessoas cadastradas, sendo 1.203 mulheres entre 10 e 49 anos, oferecendo cobertura parcial à população do Morro dos Cabritos em Copacabana, território ocupado por atores armados oficiais (policiais) e não oficiais (tráfico).

A violência armada no território dificulta as ações de acompanhamento em saúde pelas ACSs da equipe. Com a finalidade de levar segurança aos usuários e profissionais, a equipe utiliza os protocolos de segurança do Programa Acesso Mais Seguro, desenvolvido pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha para locais com grande incidência de conflito armado.

A comissão do Acesso Mais Seguro do CMS João Barros Barreto é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde de cada equipe. Após avaliação diária, define-se se as áreas estão classificadas como amarelas ou verdes. Caso a classificação seja verde, a entrada na comunidade é possível; estando em risco amarelo, não se deve entrar na comunidade (BRASIL, 2013).

A população participante deste estudo consistiu nos seis agentes comunitários da Equipe Ceci: todas do sexo feminino; cinco delas com ensino médio completo e uma cursando o ensino superior. Quatro delas possuíam mais de cinco anos de experiência no trabalho, e duas apresentavam menos de três anos de experiência, e todas residiam na própria comunidade.

Este plano de intervenção foi construído visando contribuir para a qualificação do acompanhamento das gestantes no município do Rio de Janeiro.

4 | PLANO DE INTERVENÇÃO.

4.1 Definição do problema, seleção de nós críticos e consequências

A partir do diagnóstico situacional realizado por meio da análise dos dados e indicadores do prontuário eletrônico, foi observada uma cobertura de apenas 17,4% das gestantes cadastradas, no que se refere ao quantitativo de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde.

Foi observado, portanto, um déficit de lançamentos dos registros de acompanhamento, por meio da digitação dos dados preenchidos nas fichas B (referentes ao acompanhamento das gestantes) e/ou nas fichas de visita domiciliar. As fichas que estruturam o trabalho das equipes de saúde e que produzem os dados que compõem o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) são utilizadas para realizar o Cadastramento, Acompanhamento Domiciliar e para o Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações das pessoas adscritas nos territórios das equipes de atenção básica.

Para alcançar a meta proposta de 100% de acompanhamento, faz-se necessário que o agente realize, no mínimo, uma visita domiciliar por mês a cada gestante.

Foram elencados como possíveis nós críticos envolvidos no problema: dificuldade de acesso para a realização de visitas domiciliares e/ou de busca ativa, relacionada à presença de atores armados não oficiais no território; e déficit na alimentação adequada do prontuário eletrônico com as informações sobre visitas domiciliares, evidenciado pela falta de conhecimento acerca das fichas B (acompanhamento da gestante) e pela falta de treinamento das ACSs em prontuário eletrônico.

Como consequência desses nós críticos, as ACSs deixam de: prestar assistência à gestante em suas residências; entender como essa gestante vive em âmbito familiar; realizar as observações pertinentes para informar à equipe, bem como transmitir à gestante as orientações fornecidas pela equipe técnica; e ainda deixam de registrar adequadamente no prontuário eletrônico os dados de acompanhamento das gestantes.

4.2 Desenho da operação

Este plano de intervenção foi direcionado aos seis agentes comunitários de saúde da Equipe Ceci do Centro Municipal de Saúde João Barros Barreto, localizado em Copacabana, município do Rio de Janeiro-RJ, com a finalidade de capacitá-los para melhorar a assistência às gestantes cadastradas e atendidas pela referida equipe.

1^a etapa - Inicialmente, em janeiro de 2017, foi realizado o diagnóstico situacional, baseado na observação dos dados do prontuário eletrônico, a partir do qual foi identificado o acompanhamento mensal de apenas 17,4% das gestantes cadastradas na equipe, que justifica-se pela dificuldade de acesso, tanto das ACSs às residências quanto das gestantes à unidade, devido à violência armada no território.

2^a etapa - Compreendendo as dificuldades encontradas pelas ACSs para realização das visitas domiciliares, relacionadas à violência no território e constantes confrontos, foi pactuada durante as reuniões semanais de equipe do ano de 2017, a seguinte modificação do fluxo de trabalho: a realização das visitas passaria a ocorrer mediante a formação de duplas de ACSs, em conjunto com a enfermeira residente, nas ocasiões em que o território estivesse em classificação verde, de acordo com o Protocolo de Segurança de Acesso Seguro, desenvolvido pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha para atuação em áreas de conflito. Contudo, nas ocasiões em que o território estivesse em classificação amarela, tal processo não seria viável, o que impossibilitaria a realização das visitas domiciliares temporariamente (BRASIL, 2013).

3^a etapa - Capacitação dos ACSs pelo enfermeiro da equipe, para realização adequada dos registros de dados em prontuário eletrônico, e orientação acerca dos campos que devem ser preenchidos na Ficha B da Gestante, bem como sobre a periodicidade mensal de visitas, preconizada para essas usuárias. Objetivou-se discutir a importância do acompanhamento das gestantes, das visitas domiciliares e da realização de busca ativa sempre que necessário, visando novas estratégias na finalidade de promover o cuidado.

Esta etapa iniciou-se em maio de 2017, com periodicidade semanal e duração de duas horas. A finalidade proposta foi identificar como as ACSs se viam nesse processo, e de que forma as mesmas compreendiam sua importância enquanto agentes de saúde e enquanto elos entre equipe e comunidade.

4^a etapa - Acompanhamento e avaliação contínuos do plano de intervenção implementado, a partir da análise dos dados do prontuário eletrônico, referentes ao acompanhamento mensal das gestantes pelo ACS. Objetivou-se ainda promover encontros para retorno dos resultados observados aos ACSs, a serem realizados em periodicidade mensal, implementando assim uma capacitação permanente.

As despesas referentes aos materiais utilizados, tais como: caneta esferográfica, papel e valores referentes a passagens para ida à comunidade, ficaram sob a responsabilidade do enfermeiro residente.

Os resultados esperados a partir da implementação deste plano de intervenção foram: melhoria da comunicação entre enfermeiro/ACS/gestante; adoção do fluxo de trabalho pactuado para garantia da continuidade de realização de visitas domiciliares, considerando a situação de violência no território; capacitação de 100% dos ACSs quanto à importância das visitas domiciliares, sua periodicidade, e o preenchimento adequado das fichas B e posterior registro dos dados em prontuário eletrônico; melhoria da qualidade dos registros em prontuário eletrônico; e, por fim, observação do incremento da cobertura de visitas domiciliares às gestantes, mediante seu registro mensal em prontuário eletrônico.

Foram utilizados como métodos de avaliação do plano de intervenção: a coleta de dados do prontuário eletrônico, a partir da qual pôde ser mensurado o aumento do indicador que reflete a cobertura de visitas domiciliares realizadas às gestantes, e

também as reuniões semanais de supervisão dos ACSs.

O processo de implementação do plano de intervenção foi iniciado em maio de 2017, com o desenvolvimento das reuniões de capacitação com os ACSs. A etapa de avaliação dos resultados obtidos foi realizada processualmente e continuamente, com periodicidade semanal, e objetivando o retorno dos resultados obtidos para os agentes comunitários de saúde.

No diagnóstico situacional realizado em janeiro de 2017, constatou-se um baixo acompanhamento das gestantes cadastradas, com apenas 17,4% de cobertura. Contudo, a partir da implementação do plano de intervenção, foi observado, oito meses depois, um aumento dessa cobertura para 52%, o que ainda se encontra distante da meta preconizada, que é o acompanhamento mensal de 100% das gestantes. Todavia, ressalta-se a efetiva possibilidade de melhoria quando há liderança e empenho do enfermeiro responsável pela equipe.

5 | CONCLUSÃO

Dentre as atribuições do ACS, destaca-se o acompanhamento mensal das gestantes cadastradas e assistidas pela equipe de saúde da família, bem como a realização de busca ativa das mesmas, sempre que essa se faz necessária.

Foi observado que a atividade de capacitação dos agentes comunitários de saúde, com a realização de reuniões de supervisão semanal dos mesmos pelos residentes de enfermagem, tem consistido em ótima estratégia para o incremento da cobertura de visitas domiciliares às gestantes. Observou-se ainda, durante tais reuniões semanais, um melhor entendimento por parte dos ACSs sobre a importância do acompanhamento à gestante por meio das visitas domiciliares periódicas, e do preenchimento adequado dos dados no prontuário eletrônico.

Apenas uma das seis microáreas ainda apresenta difícil acesso para a visita domiciliar devido à violência armada, impactando no acompanhamento das gestantes desta área. No entanto, a estratégia da visita domiciliar em duplas, adotada pela equipe, trouxe maior segurança para as ACSs.

Conclui-se que as atividades de capacitação e o plano de intervenção foram importantes para a organização do fluxo de trabalho dos ACSs e melhoria dos indicadores da Equipe Ceci. Embora o aumento da cobertura de visitas domiciliares tenha sido significativo, encontra-se ainda aquém da cobertura ideal preconizada. Portanto, é de essencial importância a continuidade das atividades de capacitação e educação permanente, visando a melhoria contínua dos registros em prontuário eletrônico e da assistência ofertada às gestantes.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, M.A. **Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no município de Francisco Morato.** 111 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Guarulhos, Guarulhos, 2007.
- BECKER, M.E.L. **Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária no município de Rio Branco, Acre.** 94 f. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília, DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. Acesso em: 01 Mar. 2017.
- _____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **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, 19 set.1990.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 368 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. 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).** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21.out.2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO) Manual Instrutivo 2º Ciclo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Oficinas Acesso Mais Seguro – CICV (Comitê Internacional da Cruz Vermelha)**. 2013. Disponível em:<http://www.rj.gov.br/web/seeduc/exibeconteudo?article-id=1446361> acessado em: 30 jan 2018.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010.

CARLO, W.A.; TRAVERS, C.P. **Mortalidade materna e neonatal: hora de agir**. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 92, n. 6, p. 543-545, Dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000700543&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 04 Fev. 2018.

CRISTINA, I.A.B; GODEIRO, A.L.S; MONTEIRO, A.I. **Assistência de Enfermagem no Pré-Natal e Evitabilidade de Óbitos Neonatais**. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, n. 20, Dez. 2012 . Disponível em: www.facenf.uerj.br/v20nesp1/v20e1a08.pdf. Acesso em: 01 Abr. 2017.

DIAS, J.MG; OLIVEIRA, A.P.S; CIPOLLOTTI, R; MONTEIRO, B.K.S.M; PEREIRA, R.O. **Mortalidade materna**. Rev Med Minas Gerais. 2015. Acessado dia 08 fev de 2018. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150034>.

FRAGA, O.S. **Agente comunitário de saúde: O elo entre a comunidade e a equipe de estratégia de saúde da família**. [trabalho de conclusão de curso] Governador Valadares. Minas Gerais. 2011. Acessado dia 04 março 2018. Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2665.pdf

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C;TAKAYANAGUI, A.M.M. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro, v.2, n° 5, abr / jun 2006.

MALLET, A.L.R. **Qualidade em Saúde: tópicos para discussão**. Rev. da SOCERJ, Rio de Janeiro, v.18, n.15, Set, 2005.

MEDEIROS, P.F; GUARESCHI, N.M.F. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão**. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 17, n. 1, Apr. 2009. Acesso em: 01 Abr. 2017.

MENDONÇA, F.A.C; SAMPAIO, L.R.L; LINARD, A.G; SILVA, R.M; SAMPAIO, L.L. **Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de enfermeiras**. Rev Rene, Fortaleza, 2011 jan/mar; 12(1):57-64. Acesso em: 19 Maio 2017.

MIRANDA, F.J.S; QUINTELLA, R.A. **Assistência Pré-Natal: Estudo de três indicadores**. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, Abr/Jun. 2010. Acesso em: 01 Abr. 2017.

NEVES, J. L. **Pesquisa Qualitativa - Características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisas em administração**. São Paulo,v.1, nº3, 2º sem./2006.

OSIS, M.J.M.D. **PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. Cad. Saúde Publ, Rio de Janeiro, v. 14, Supl.1, 1998. Acesso em: 31 Mar. 2017.

SANTOS, Í.E.R; VARGAS, M.M; REIS, Francisco, P. **Estressores laborais em agentes comunitários de saúde**. Rev. Psicol., Organ. Trab., Florianópolis , v. 14, n. 3, p. 324-335, set. 2014 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 08 fev. 2018.

SANTOS, J. **Assistência à Saúde da Mulher no Brasil**. II Jornada Internacional de Políticas

Públicas, São Luís, 2005. Acesso em: 31 ago. 2017.

SERRANO, M.N. Conhecimentos e práticas dos agentes comunitários de saúde na promoção do aleitamento materno. 2014. 43 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

SILVA, B.G.C; LIMA, N.P; SILVA, S.G; ANTUNÉZ, S.F; SEERIG, M.L; RESTREPO-MÉNDEZ, M.C; WEHRMEISTER, F.C. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. Rev. bras. epidemiol. 19 (03) Jul-Set 2016.

TEIXEIRA, C.A.B; SILVA, R.M; RODRIGUES, M.S.P; LINARD, A.G; DIOGENES, M.A.R; MENDONÇA, F.A.C. Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica. Rev. APS, v. 12, n. 1, p. 16-28, jan./mar. 2009.

THEODORO, E.S.N. Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande vitória, Espírito Santo, Brasil. 155 f. 2007. Tese (Doutorado em Ciências na área de Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

TRANSPORTE NEONATAL SEGURO: VAMOS GARANTIR UMA VIDA

Antonia Rodrigues Santana

Enfermeira Residente em Neonatologia pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral/Ce;

Aline Vasconcelos Alves Frota

Enfermeira Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará- UECE,

Ariano Wagner Alves de Oliveira

Enfermeiro especialista em enfermagem cirúrgica,

Heliandra Linhares Aragão

Assistente Social especialista em saúde integral do adolescente

Karla Daniella Almeida Oliveira

Enfermeira especialista em saúde da família e enfermagem pediátrica e neonatal

Letícia Kessia Souza Albuquerque

Graduanda em enfermagem pelo Centro Universitário UNINTA/INTA

estado estável e fora de perigo (SILVA et al., 2012).

Objetivo: Descrever como ocorre o transporte intra-hospitalar dos RN internados em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN).

Metodologia: Relato de experiência realizado na UTIN de um hospital terciário na cidade de Sobral, localizada na Região Norte do Estado do Ceará. A Unidade hospitalar conta com dez leitos de UTI e 30 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN). A equipe multidisciplinar é composta por médico, enfermeiro, nutricionista, fonoaudióloga, assistente social e fisioterapeuta.

Resultados: Para que seja realizada a transferência de um RN é necessária a disponibilidade de uma incubadora de transporte, e esta, estando pré-aquecida a uma temperatura média de 36 °C. No interior da incubadora é colocado um ninho feito com “cueiros” em formato de um útero para aconchegar e proteger o RN, uma “rodilha” que é colocada embaixo da cabeça, para evitar que o mesmo fique girando levando ao risco de hemorragia intraventricular, e por último, afivelar o cinto de segurança em formato de x. Além da incubadora, também há os cilindros de oxigênio recarregáveis, balão auto inflável com reservatório e máscaras ou respirador neonatal, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, bomba de infusão e kit com material para intubação e parada cardiorrespiratória. Reunido todo o material, fazer o check list de

RESUMO: **Introdução:** O transporte intra-hospitalar neonatal ocorre quando os pacientes internados em unidade neonatal necessitam realizar alguma intervenção cirúrgica ou procedimento diagnóstico, tornando um risco adicional para o recém-nascido (RN) (BRASIL, 2010). Para realizar a transferência desse paciente a outros setores é necessária uma equipe especializada e conhecedora de todas as etapas do transporte assegurando a integridade física do RN minimizando os riscos e agravos à saúde, mantendo seu

transporte seguro, documentar e anotar os registros no prontuário. Após essa etapa comunicar ao setor que irá receber o RN, confirmado o procedimento a ser realizado o deslocamento do mesmo (sendo que tal procedimento deve ser realizado o mais breve possível). **Análise crítica:** As intercorrências relativas ao transporte intra-hospitalar são frequentes nos neonatos em UTI e estão associadas às condições dos pacientes e dos transportes, tendo a hipotermia e a extubação acidental como sendo os mais incidentes. Ressalta-se que, mesmo com o adequado preparo do RN, as condições inerentes ao transporte, tais como barulho excessivo, vibrações e alterações de temperatura comprometem a estabilidade clínica do paciente. Para tanto, se faz necessário uma equipe multiprofissional treinada e conectada com os diversos setores do hospital, em processo contínuo de educação permanente. **Conclusão:** Os critérios para os transportes intra-hospitalares são estabelecidos pelos setores e os profissionais envolvidos, modificando de acordo com o estado de cada paciente e sua complexidade. A importância de uma equipe treinada para o sucesso do transporte e, neste sentido, a educação continuada dos profissionais de saúde que atuam em UTI é primordial para manter a qualidade do serviço de transporte. A elaboração de novos estudos sobre o tema ajuda a estabelecer estratégias para transportar recém-nascidos com um nível de segurança clínica elevado.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Transporte hospitalar, Cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de orientações sobre o transporte neonatal.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

SILVA S.G.P; SANTOS S. B. R; CUNHA S.T. Transporte intra-hospitalar do neonato de risco do centro obstétrico para área de cuidados intensivo neonatal. **Revista de Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.2, p.440-447, abr. 2012.

FATORES DE RISCO DO CÂNCER DE COLO UTERINO AVALIADOS EM UMA COMUNIDADE DO INTERIOR MARANHENSE

Kelvy Fernanda Almeida Lago Lopes

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO.
Departamento de Ciências da Saúde. Caxias- MA.

Naiara Coelho Lopes

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO.
Centro de Estudos Superiores de Grajaú. Grajaú-
MA.

Alana Ilmara Pereira da Costa

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ.
Departamento de Ciências da Saúde. Belém- PA.

Larissa de Andrade Silva Ramos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO.
Centro de Estudos Superiores de Grajau. Grajau-
MA.

Maraisa Pereira Sena

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. Mestrado
Profissional em Saúde da Mulher. Teresina- PI

Marcelo Xavier da Silva Sousa

FACULDADE SANTO AGOSTINHO.
Departamento de Ciências da Saúde. Teresina- PI

Natália Pereira Marinelli

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. Colégio
Técnico de Teresina. Teresina- PI

RESUMO: O Câncer de Colo do Útero (CCU) é uma patologia neoplásica maligna que atinge o aparelho reprodutor feminino, caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, e podendo invadir estruturas e órgãos adjacentes. Objetivou-se avaliar o perfil epidemiológico e fatores

de risco associados ao desenvolvimento do CCU em uma comunidade feminina do interior Maranhense. Participaram do estudo 62 mulheres que foram captadas por meio de visitas domiciliares e convidadas a responder o questionário previamente estruturado com perguntas fechadas. Os resultados mostram que há grande percentual de mulheres que estão dentro dos fatores de risco para o CCU, os resultados apontam: 100% das mulheres possuíam vida sexual ativa; 9,7% mais de um parceiro; nenhuma fazia uso de preservativo; 44,5% eram multíparas; 24,4% já apresentaram alguma IST; 4,8% eram tabagistas; 12,9% histórico de câncer de CCU na família. Portanto conhecer essa realidade foi essencial pois pode servir como base para uma posterior reflexão, acerca da construção para uma intervenção educativa por parte das ESF, e gestão municipal, junto às mulheres, de modo que possam ser viabilizados mecanismos que tragam a uma maior e melhor adesão das mulheres aos serviços de saúde com enfoque na prevenção do câncer de colo do útero, também com enfoque na diminuição dos fatores de risco.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de colo do útero; Mulheres; Fatores de risco

ABSTRACT: Cervical Cancer of the Uterus (UCC) is a malignant neoplastic disease that

affects the female reproductive tract, characterized by disordered replication of the lining epithelium of the organ, and may invade adjacent structures and organs. The objective of this study was to evaluate the epidemiological profile and risk factors associated with CCU development in a female community in the interior Maranhense's. Sixty-two women participated in the study, which were collected through home visits and invited to respond to the previously structured questionnaire with closed questions. The results show that there is a high percentage of women who are within the risk factors for CCU, the results show: 100% of the women had an active sexual life; 9.7% more than one partner; none were using condoms; 44.5% were multiparous; 24.4% already had some STI; 4.8% were smokers; 12.9% of CCU cancer in the family. Therefore knowing this reality was essential because it can serve as a basis for a later reflection, about the construction for an educational intervention by the FHT, and municipal management, with the women, so that mechanisms can be made available that bring to a greater and better adherence of women to health services with a focus on the prevention of cervical cancer, also focusing on the reduction of risk factors.

KEYWORDS: Cervical cancer; Women; Risk factors

1 | INTRODUÇÃO

O Câncer de Colo do Útero (CCU) é uma patologia neoplásica maligna que atinge o aparelho reprodutor feminino é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, e podendo invadir estruturas e órgãos adjacentes. Mesmo sendo um dos poucos tipos de câncer passível de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente, ainda persiste como problema de saúde pública. (BRASIL, 2013)

Existem diversos fatores que podem levar ao desenvolvimento do câncer de colo de útero, sendo o maior fator a infecção por subtipos do Papiloma Vírus Humano (HPV). (LEDO; 2012)

Além de aspectos relacionados à infecção pelo HPV, outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual influenciam nos mecanismos que determinam a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. Dentre estes fatores considerados de risco, estão, o tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos. (INCA, 20016)

O CCU é o terceiro tipo de tumor mais frequente entre a população feminina, atrás apenas do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. (INCA, 2015)

Apesar dos elevados números o país tem avançado na capacidade de cumprir diagnóstico precoce, há evidencia que na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva. Atualmente 44% dos casos são de lesão

precursora do câncer reconhecido de lesão localizada ou chamada lesão *in situ*. (INCA, 2015)

A ocorrência da diminuição do diagnóstico da doença em estágio mais agressivo, está relacionado ao exame de Papanicolau também chamado de exame de colpocitologia oncológica, citologia oncológica ou exame preventivo, passou a ser utilizado por diversos países para o rastreamento populacional, na detecção precoce do CCU. (TOMBERG *et al*, 2010; LÊDO, 2012)

O presente estudo tem objetivo avaliar o perfil epidemiológico e fatores de risco associados ao desenvolvimento do CCU em uma comunidade feminina, cadastrada em uma Equipe Saúde da Família do interior Maranhense.

2 | METODOLOGIA

O delineamento do estudo foi do tipo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido na zona urbana da cidade de Formosa da Serra Negra- MA. O referido município conta com uma população estimada em 17.757 habitantes localizado a 481 km da capital São Luís (IBGE, 2013).

Atualmente o município conta com seis ESF, das quais três estão localizadas na zona urbana e três na zona rural e conta ainda com um Programa de Agentes Comunitários de Saúde. (FSN, 2014)

O estudo foi realizado na UBS Cademiel Assunção Milhomem, zona urbana, selecionada por conveniência. A instituição dispõe de uma ESF completa com 10 agentes comunitários de saúde. Existem 1.022 famílias cadastradas com um total de 3.703 pessoas, 1.832 mulheres, onde incluem todas as faixas etárias, e com a faixa etária entre 20 a 59 anos são 954 mulheres, todas cadastradas segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. (SIAB, 2014)

Participaram do estudo 62 mulheres. Foram excluídas da pesquisa mulheres que não contemplavam a faixa etária pretendida, e as que não aceitaram participar da pesquisa ou não assinaram o TCLE.

As participantes foram captadas por meio de visitas domiciliares, onde eram convidadas a responder o questionário previamente estruturado com perguntas fechadas, aquelas que aceitavam, recebiam informações sobre o procedimento e temática. Após os esclarecimentos e finalidade da pesquisa, bem como a garantia do sigilo total da identidade, estas autorizaram sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A média de tempo que cada participante levou para responder o questionário foi cerca de 15 a 20 minutos.

A pesquisa foi realizada de acordo com as recomendações contidas na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que reúne os aspectos éticos e legais em pesquisa que envolve seres humanos.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

O câncer de colo de útero é identificado quando há alterações celulares e há uma disseminação das células anormais de forma progressiva e gradativa no colo do útero, este câncer apresenta um alto grau de morbidade de mortalidade, porém, dentre todos os tipos de câncer é o que apresenta um dos mais altos potenciais de cura pela prevenção. (OLIVEIRA, 2013; ROMAN & PANIS, 2010)

De acordo com Gomes Neto (2013) a neoplasia do colo uterino surge com um tumor que se desenvolve a partir de alterações no colo do útero, a evolução é lenta e a doença passa por diferentes fases antes de se transformar em câncer, sendo que no início a mulher apresenta-se assintomática. Segundo Brasil (2013) quando a doença está no estágio invasor os principais sintomas são sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço), leucorreia e dor pélvica, que podem estar associados com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados e ao exame especular podem ser evidenciados sangramento, tumoração, ulceração e necrose no colo do útero.

Conforme Silva (2010) para que o CCU chegue a fase de carcinoma invasor leva em média de 10 a 20 anos, devido a longa fase pré-ivasiva, quando as lesões percussoras podem ser detectadas, o câncer cérvico-uterino pode ser considerado uma neoplasia evitável, tanto pela disponibilidade de triagem com o exame de colpocitologia oncológica, quanto pela possibilidade de tratamento eficaz das lesões.

Segundo Diz & Medeiros (2009)

O câncer geralmente se origina na zona de transformação, uma região dinâmica entre a junção escamocolunar (JEC). A lesão pode se apresentar como uma ulceração superficial, um tumor exofítico na exocérvice ou uma lesão infiltrativa na endocérvice. Uma das dificuldades apresentadas para o diagnóstico de adenocarcinomas se deve ao fato de que, neste caso, aproximadamente 15% das lesões não são visualizadas, pois se encontram na endocérvice (DIZ; MEDEIROS, 2009 pag. 11)

As alterações mínimas iniciam-se nas células denominadas displasia, no início chamado de tumor localizado chamado carcinoma *in situ*, que se não forem tratadas evoluem para carcinoma invasor. (SILVA, 2010)

Em relação ao CCU há duas classes dominantes de carcinomas invasores onde vai depender da origem do epitélio comprometido, sendo o carcinoma epidermóide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular. (BRASIL, 2013)

Em conformidade com Lêdo (2012), há diversos fatores que podem levar ao desenvolvimento do câncer de colo de útero, sendo o maior fator a infecção por subtipos do Papiloma Vírus Humano (HPV).

O Instituto Nacional do Câncer (2015) ressalta que além de aspectos relacionados

à infecção pelo HPV, outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual influenciam nos mecanismos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. Dentre estes fatores considerados de risco para o desenvolvimento do CCU, estão, o tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos. Em relação ao HPV existem mais de 200 tipos diferentes, mas apenas alguns apresentam alto risco oncológico, eles são classificados como de baixo risco e alto risco de câncer. Os vírus de alto risco, com maior probabilidade de provocar lesões persistentes associadas a lesões pré-cancerosas são: subtipos 16, 18, 31, 33, 45, 58 (INCA, 2012b).

O Instituto Nacional do Câncer (2015) destaca que os subtipos 16 e o 18 são responsáveis por 70% dos cânceres cervicais. O papilomavírus estimula a proliferação de células epiteliais escamosas que produzem lesões proliferativas denominada de verrugas. O vírus é transmitido de pessoa para pessoa através de contato direto ou indireto, e persistem nas células epiteliais basais muito tempo depois de resolvida a lesão original com potencial para reativação, a cérvix uterina é acometida principalmente por HPV16 e HPV18, esses dois subtipos são oncogênicos, e a infecção é um fator predisponente para a neoplasia cervical intra-epitelial e à malignidade invasiva (STEVENS; LOWE, 2002; apud PEREIRA 2008 pag 16).

A transmissão da infecção pelo HPV ocorre por via sexual, presumidamente através de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital. Consequentemente, o uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual com penetração protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer através do contato com a pele da vulva, região perineal e bolsa escrotal (INCA, 2015).

Entre os fatores de risco está o tabagismo, em um estudo realizado por Melo et al. (2009) mostrou que ao observar o epitélio cervical de mulheres fumantes e de mulheres não fumantes, percebe-se uma ligeira diminuição nas células de Langherans, visto que o tabaco é responsável pela diminuição do número e das funções dessas células, as quais são responsáveis pela defesa do tecido epitelial, com a diminuição dessas células, é facilitada a instalação de lesões virais as quais são consideradas o primeiro estágio no processo de carcinogênese.

Avaliação de dados de 23 estudos epidemiológicos, realizados no Reino Unido, acerca do câncer de colo uterino, definiu com clareza que o risco deste tipo de câncer tem relação com o número de cigarros ao dia (intensidade) e com o início do tabagismo em idades mais precoces (duração), além de influir sobre o tempo de sobrevida destas mulheres, após a ocorrência do câncer de colo uterino. Concentrações elevadas de cotinina e nicotina, metabólicos do cigarro, têm sido detectadas no muco do canal cervical. (TELES; MUNIZ & FERRARI, 2013)

Teles; Muniz & Ferrari (2013) ainda destacam que estas substâncias exercem efeito carcinogênico direto, e tenham ainda ação cocarcinogênica. Além disto, o fumo parece desempenhar papel imunossupressor, modificando de maneira acentuada

os mecanismos de defesa imunológica do colo por alteração das concentrações de linfócitos T4 e T8.

Outro fator em destaque é o desenvolvimento da sexualidade cada vez mais cedo tem sido tema de muitos estudos na atualidade. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, a grande maioria dos adolescentes inicia a vida sexual com idade entre 12 e 17 anos. Neste contexto, os jovens que estão vivenciando esta fase caracterizam-se, também, por sua vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), e isso ocorre devido à liberação sexual, facilidade dos contatos íntimos precoces, estímulos vindos dos meios de comunicação, bem como a falta de acesso à informação e discussão sobre temas ligados a sexualidade e anticoncepção (BRÊTAS, et al, 2009).

Duarte et al. (2011) salienta que a precocidade da atividade sexual possui relação direta com o aumento do risco de neoplasia do colo do útero, visto que a zona de transformação do epitélio cervical encontra-se mais proliferativa durante a adolescência tornando esta população mais vulnerável às alterações cervicais causadas por agentes sexualmente transmissíveis.

As mulheres com dois ou mais parceiros apresentaram maior possibilidade de adquirir infecções. Com a multiplicidade de parceiros surge as chances de adquirir às IST e, por consequência, a exposição à infecção pelo HPV, que está relacionado a lesões cérvico uterinas (BERETTA & LOPES, 2010).

A multiplicidade de parceiros também é fator predisponente para CCU, pois facilita o aumento de doenças sexualmente transmissíveis, Duarte et al. (2011), explicita que “há maior incidência de lesões cervicais por HPV em mulheres cujo número de parceiros sexuais, sem uso de preservativo, é maior que dois”.

A multiparidade também aumenta o risco para CCU, estando os fatores da multiparidade relacionado a mecanismos biológicos tais como hormonais, nutricionais e imunológicos, explicariam a associação entre a multiparidade e neoplasia cervical. Apesar disto, faltam estudos que elucidem o fato de que, determinados achados histológicos estariam mais relacionados a características reprodutivas da mulher do que outros (MELO et al, 2009).

Ainda merece destaque os anticoncepcionais orais, utilizados de forma prolongada ou em altas doses, pode ser considerado com agentes promotores do câncer uterino. Mulheres que fazem de uso de contraceptivos hormonais, durante a infecção pelo HPV, têm o risco aumentado para progressão do vírus. De fato o uso de contraceptivos orais aumenta a expressão oncogênica de oncoproteínas virais E6 e E7, capazes de induzir defeitos mitóticos e inibir transativação transcricional de genes mediado por p53 envolvidos na interrupção do ciclo celular e apoptose (MELO, 2011).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa destinaram-se a avaliar o perfil epidemiológico e fatores de risco associados ao desenvolvimento do CCU em uma comunidade feminina, cadastrada em uma Equipe Saúde da Família do interior Maranhense. Durante todas as entrevistas, foi utilizada uma linguagem popular, no intuito de facilitar o entendimento das participantes. Com isso os resultados encontrados apresentam-se a seguir, em tabelas, mostrando as características sociodemográficas abordadas:

- faixa etária, estado civil e cor;
- escolaridade e renda familiar;
- local de realização do exame citológico;

E os fatores de risco para o câncer de colo uterino abordados:

- vida sexual e quantidade de parceiros;
- tabagismo;
- quantidade de filhos e tipo de parto;
- uso de contraceptivos, presença de IST's e histórico de câncer.

4.1 Características sociodemográficas

Variáveis	Nº	%
Faixa etária (N=62)		
30 a 39 anos	27	43,50%
20 a 29 anos	13	21%
40 a 49 anos	13	21%
50 a 59 anos	9	14,50%
Estado civil (N=62)		
Casada	39	63%
Solteira	11	17,70%
União estável	7	11,30%
Viúva	5	8%
Cor (N=62)		
Parda	44	70,90%
Branca	16	25,80%
Negra	2	3,30%

Tabela 1- Características sóciodemográficas das mulheres da Unidade Básica de Saúde Cademi Assunção Milhomem em relação a faixa etária, estado civil e cor. Formosa da Serra Negra- MA, 2015.

Em relação à idade o maior percentual de entrevistadas foram mulheres com idade entre 30 e 39 anos 43,5% (27), seguido de 20 a 29 anos 21% (13), 40 a 49 anos 21% (13), entre 50 e 59 anos 14,5% (9).

Quanto ao estado cível a maioria das entrevistadas eram casadas 63% (39), solteira 17,7% (11), em uma união estável 11,3% (7), viúva 8% (5).

Com referência à cor 70,9% (44) declararam-se pardas, 25,85% (16) branca e 3,3% (2) negra.

Em conformidade com Mendonça et al (2008) o câncer de colo do útero acomete mulheres na faixa etária reprodutiva, concentrando-se naquelas com idade acima de 35 anos, com pico máximo de incidência entre 45 e 49 anos. No entanto, tem sido observado um aumento da ocorrência em mulheres mais jovens. É frequente também em mulheres e mulheres negras.

Outra condição está a situação conjugal que segundo Borges et al. (2012) o risco para não realizar o exame entre mulheres não casadas ou sem união estável está cerca de quatro vezes maior em relação às casadas. Uma possível explicação para esse aspecto indica que mulheres casadas ou em união estável podem estar mais propensas a procurar serviços de planejamento familiar ou obstétricos, oportunizando a realização do exame.

Variáveis	Nº	%
Escolaridade(N=62)		
Ensino fundamental incompleto	23	37%
Ensino médio completo	17	27,50%
Superior completo	6	9,70%
Pós-graduação	5	8,10%
Ensino fundamental completo	4	6,50%
Analfabeto	3	4,80%
Superior incompleto	3	4,80%
Ensino médio incompleto	1	1,60%
Renda Familiar (N=62)		
Bolsa família	30	48,40%
Um salário mínimo	20	32,30%
Dois salários mínimos	9	14,50%
Sem renda	2	3,20%
Mais de dois salários mínimos	1	1,60%

Tabela 2- Características sóciodemográficas das mulheres da Unidade Básica de Saúde Cademiel Assunção Milhomem em relação à escolaridade e renda familiar. Formosa da Serra Negra- MA, 2015.

Em referência no nível de escolaridade 37% (23) possuía ensino fundamental incompleto, 27,5% (17) ensino médio completo, 9,7% (6) superior completo, 8,1% (5) pós-graduação, 4,8% (3) superior incompleto, 6,5% (4) ensino fundamental completo, 4,8% (3) analfabeto, 1,6% (1) ensino médio incompleto.

Sobre a renda familiar 48,4% (30) tinham apenas a renda do bolsa família, 32,3% (20) um salário mínimo, 14,5% (9) dois salários mínimos, 3,2% (2) sem renda, 1,6% (1) mais de dois salários mínimos.

Mendonça (2008) destaca que o câncer de colo uterino é mais frequente em mulheres de populações urbanas, de classe social e escolaridade mais baixa.

Santos (2013) ainda enfatiza que os fatores socioeconômicos têm sido apontados como um dos elementos mais importantes relacionados ao comportamento preventivo entre as mulheres, onde baixos níveis de escolaridade e renda estão associados à ausência de rastreamento do câncer do colo do útero.

Com relação ao local em que as mulheres realizaram o exame de colpocitologia oncológica, as respostas obtidas expõem que 41,1% (28) realizam no SUS, 38,7% (24) realizam na rede privada e 16,2% (10) nunca haviam realizado o exame. INCA (2011) enfatiza que o exame citológico é oferecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), trata- se de um exame indolor, de baixo custo e eficaz. De acordo com Teixeira et al (2013) muitas mulheres procuram as instituições privadas para realização do exame citológico devido muitas vezes à demora na entrega dos resultados pelo SUS, e por acharem o sistema privado mais organizado.

Variáveis	Nº	%
Onde realizou o exame citológico (N=62)		
Rede pública- SUS	28	41,1%
Rede privada	24	38,7%
Nunca realizou o exame	10	16,2%

Tabela 3- Características sóciodemográficas das mulheres da Unidade Básica de Saúde Cademiel Assunção Milhomem em relação ao local de realização do exame citológico. Formosa da Serra Negra- MA, 2015.

No entanto, torna-se essencial avaliar as características sóciodemográficas das mulheres de cada população, com intuito de identificar os grupos mais vulneráveis, e com isso procurar meios que venham aliar estas aos setores de saúde, intervindo por meio da prevenção, com a finalidade de diminuir os altos índices de CCU.

4.2 Fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer de colo uterino

Variáveis	Nº	%
Vida sexual ativa (N=62)		
Sim	62	100%
Não	0	0%
Quantidade de parceiros (N=62)		
Um	48	77%
Nenhum	8	13%
Dois	6	9,70%

Tabela 4- Distribuição dos fatores de risco associados ao desenvolvimento do Câncer de Colo Uterino pelas participantes em relação a vida sexual e quantidade de parceiros. Formosa da Serra Negra- MA, 2015.

Na tabela 4, encontra-se a distribuição de alguns fatores de risco associados ao desenvolvimento do CCU pelas participantes da pesquisa.

Os resultados se iniciam mostrando que todas as entrevistadas possuíam vida sexual ativa 100% (62). Neste sentido Brêtas et al (2009) enfatizam que as mulheres a qual estão vivenciando a sexualidade têm as maiores chances de adoecer, estão vulneráveis a adquirirem DST's que representam um sério impacto na sua saúde reprodutiva, podendo causar esterilidade, doença inflamatória pélvica, câncer de colo de útero, entre outras, além de interferir negativamente sobre a auto-estima. Torna-se necessário, de acordo com Souza; Silva e Pinto (2010) fornecer orientações a estas mulheres quanto aos cuidados com sua saúde e a realização do exame citológico do câncer de colo uterino, uma vez que estas estão expostas aos fatores de risco.

Quanto a variável de quantidade de parceiros 77% (48) declarou ter apenas um parceiro, 13% (8) nenhum parceiro atualmente e 9,7% (6) dois parceiros. Estudos apontam que a quantidade de parceiros é tida como fator de risco para desenvolvimento do câncer de colo uterino. Conforme Almeida (2011) a multiplicidade de parceiro pode surgir o aumento do número de IST's, principalmente porque essas doenças podem comprometer seriamente o organismo dos indivíduos, sendo que algumas delas não têm cura ou provocam danos graves a saúde, como no caso do Papiloma vírus humano (HPV), que se associa ao aparecimento do câncer cérvico-uterino.

Variáveis	Nº	%
Tabagista (N=62)		
Não	56	90,40%
Sim	3	4,80%
Ex-fumante	3	4,80%

Tabela 5 - Distribuição dos fatores de risco associados ao desenvolvimento do Câncer de Colo Uterino pelas participantes em relação ao tabagismo. Formosa da Serra Negra- MA, 2015.

Sobre o tabagismo 90,4% (56) das participantes não fumam, 4,8% (3) são fumantes e 4,8% (3) ex-fumantes.

Consoante a esta temática Campaner; Santos & Galvão (2007) referem em seu estudo que o tabagismo modifica a resposta celular e humoral, causa depressão na produção de anticorpos, aumentando a duração da infecção pelo HPV oncogênico, que portadores de anormalidades citológicas cervicais demonstram a prevalência da infecção viral, com aumento significativo de acordo com o número de cigarros consumidos ao dia.

Além disso, Schäffer (2012) demonstra que o tabagismo possui associação com lesões intraepiteliais de alto grau em razão da ação direta de metabólitos da nicotina

no muco cervical. Assim, infere-se que as mulheres tabagistas participantes desta pesquisa podem ser consideradas com maior risco de desenvolver lesões cérvico-uterina.

Variáveis	Nº	%
Tem filhos (N=62)		
Sim	56	90,40%
Não	6	9,60%
Quantidade de filhos (N=62)		
02 filhos	16	25,90%
03 filhos	12	19,40%
01 filho	13	21%
04 filhos	6	9,60%
mais de 6 filhos	6	9,60%
Nulípera	6	9,60%
05 filhos	3	4,90%
Tipo de parto (N=62)		
Normal	29	46,80%
Cesáreo	18	29%
Normal e Cesáreo	9	14,50%
Nulípara	6	9,70%

Tabela 6 - Distribuição dos fatores de risco associados ao desenvolvimento do Câncer de Colo Uterino pelas participantes em relação quantidade de filhos e tipo de parto. Formosa da Serra Negra- MA, 2015.

Com relação à pergunta se as participantes tinham filhos 90,3% (56) afirmaram ter filhos e 9,7% (6) não ter filhos.

Quanto à quantidade de filhos, obteve-se a seguinte distribuição: 25,9% (16) têm dois filhos, 21% (13) um filho, 19,4% (12) três filhos, 9,6% (6) quatro filhos, 9,6% (6) mais de seis filhos e 4,9% (3) cinco filhos.

Neste sentido, Barasuol & Schmidt (2014) corroboram que as mulheres com mais de quatro filhos (multíparas) são as que mais apresentam alterações celulares nos exames, podendo relacionar multiparidade e neoplasia cervical com mecanismos biológicos tais como hormonais, nutricionais e imunológicos.

Em relação ao tipo de parto 46,8% (29) tiveram filhos de parto normal e 29% (18) parto cesáreo e 14,5% (9) normal e cesáreo. Não foi encontrado estudo que evidencie a relação do câncer de colo uterino com o tipo de parto.

Em referência ao uso de contraceptivos 66,6% (41) não faz uso de nenhum método contraceptivo, 32,3% (20) faz uso de anticoncepcional oral, 1,6% (1) faz uso de anticoncepcional injetável. Nenhuma das participantes utilizavam métodos de barreira (preservativo masculino ou feminino e diafragma). Sobre o uso de anticoncepcional oral São Beto et al (2010) ressalta que uso prolongado da pílula anticoncepcional expande a zona de transição o que ocasionalmente eleva as chances de eversão do tecido glandular e consequentemente leva à exposição para a agressão do HPV, que

aumenta a suscetibilidade de desenvolver o câncer de colo uterino.

Variáveis	Nº	%
Uso de Contraceptivos (N=62)		
Nenhum	41	66,10%
Anticoncepcional oral	20	32,30%
Anticoncepcional injetável	1	1,60%
Preservativo	0	0,00%
Já teve alguma DST		
Não	47	75,80%
Sim	15	24,20%
Câncer de útero ou mama na família		
Não	54	87,10%
Sim	8	12,90%

Tabela 7- Distribuição dos fatores de risco associados ao desenvolvimento do Câncer de Colo Uterino pelas participantes em relação ao uso de contraceptivos, presença de DST's e histórico de câncer. Formosa da Serra Negra- MA, 2015.

Quando questionadas se ao longo da vida já haviam apresentado alguma DST, 75,8% (47) responderam que não e 24,2% (15) responderam sim. Neste sentido, Gonçalves (2008) destaca que as IST's podem levar ao surgimento de lesões intraepiteliais, sendo que o mecanismo de ação ainda não é claro, porém, parece atuar como co-fatores na ativação dos mecanismos de atuação celular, desencadeando processo inflamatório crônico ou reduzindo imunidade local, favorecendo persistência de infecção.

Outro fator analisado foi em relação à hereditariedade, questionando-se sobre o histórico familiar de câncer de colo uterino ou mama. Observou-se que 87,1% (54) negaram tais existências e 12,9% (8) relataram ter histórico. Neste sentido, Inca (2015) esclarece que a genética pode influenciar como fator de lesões precursoras do câncer.

Os dados elucidam que muitas mulheres estão expostas a fatores de risco, tornando-se vulneráveis a desenvolver o câncer em alguma época da vida. Com base nos dados apontados as políticas públicas de saúde devem atentar-se a esses grupos de risco e buscar estratégias para prevenção e consequente diminuição do CCU.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultado evidenciou-se diversos fatores de riscos, na qual deixam as mulheres susceptíveis a desenvolverem câncer de colo uterino em alguma época da vida, conhecer essa realidade foi essencial pois pode servir como base para uma posterior reflexão, acerca da construção para uma intervenção educativa por parte das ESF, e gestão municipal, junto às mulheres, de modo que possam ser viabilizados mecanismos que tragam a uma maior e melhor adesão das mulheres aos serviços de

saúde com enfoque na prevenção do câncer de colo de útero.

Importante desenvolver ações como a adoção de ações que trabalhem o coletivo, como a criação de grupos de mulheres nas UBS's voltado para a temática, divulgação em locais onde recebam grande demanda de mulheres, como igrejas; aproveitar reuniões com as mães nas escolas, estabelecimento de elo da ESF com a escola; reforço de campanhas de prevenção mensalmente na unidade; oferecer incentivo aos ACS para conseguirem levar maior número de mulheres a realizarem o exame e aumentar os vínculos de intersetorialidade.

E é necessário destacar que mudar de hábitos de vida é algo que exige tempo e esforço, tanto dos profissionais de saúde, na realização de uma educação continuada, quanto das mulheres, na adoção de novas práticas, neste sentido, as ações educativas devem conter um cunho pessoal, envolvente e comprometido, respeitando a individualidade e a cultura destas mulheres.

REFERÊNCIAS

BARASUOL, Mônica Estela Casarotto; SCHMIDT, Debora Berger. Neoplasia do colo do útero e seus fatores de risco: revisão integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. vol. 6 n.3, p. 138-153, jul/dez 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/312-1214-1-PB%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/312-1214-1-PB%20(5).pdf)> Acesso em Dezembro de 2015.

BORGES, Maria Fernanda de Sousa Oliveira et al. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1156-1166, junho de 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n6/14.pdf>> Acesso em Janeiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterino_2013.pdf> Acesso em Setembro de 2015.

BRÉTAS, José Roberto da Silva et al. Conhecimentos de adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: subsídios para prevenção. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 22, n. 6, p. 786-92, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/a10v22n6.pdf>> Acesso em Novembro de 2015.

CAMPANER, AB; SANTOS, RE; GALVÃO, MAL. Importância do Tabagismo na Carcinogênese do Colo Uterino. **Femina**. Rio de Janeiro/RS. V. 35, n 11. p. 713-717, nov 2007. Disponível em: <[>](#) Acesso em Novembro de 2015.

DIZ, Maria Del Pilar Estevez; MEDEIROS, Rodrigo Bovolin de. Câncer de colo uterino fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento. **Rev Med**, São Paulo, v. 88, n. 1, p. 7-15, jan.-mar 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/42183/45856>> Acesso em Dezembro de 2015.

DUARTE, S.J.H, et al. Fatores de Risco Para Câncer Cervical em Mulheres Assistidas Por Uma Equipe de Saúde da Família em Cuiabá, MT, Brasil. Ciencia Y Enfermeria XVII (1), 2011. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_08.pdf> . Acesso em: Fevereiro de 2016.

FSN. Formosa da Serra Negra/MA. **Secretaria Municipal de Saúde**. Coordenação da atenção Básica. 2014.

GOMES NETO, Lisley Marlete de Queiroz. **Câncer do colo uterino: desenvolvimento, prevenção,**

tratamento e diagnóstico. 2013. 29 f. Monografia (Curso de Pós-Graduação “LatoSensu” em Citologia Clínica) - Faculdade Boa Viagem e Centro de Consultoria Educacional, Recife, 2013. Disponível em: <<http://ccecursos.com.br/img/resumos/citologia/26.pdf>> Acesso em Dezembro de 2015

GONÇALVES, Marieta Cardoso. Fatores de risco associadas a lesões percussoras do câncer de colo de útero na Ilha de Santa Luzia/Sergipe. 2008. 92 f. Dissertação (Mestre em Saúde e Ambiente) – Universidade Tiradentes, Aracajú, Julho de 2008. Disponível em: <http://www.unit.br/mestrado/saudeambiente/D_defendidas/MarietaCardosoGoncalves_dissertacao.pdf> Acesso em Dezembro de 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. [s.l.:s.n.], 2013. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=210409>> Acesso em: Outubro de 2015.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais. 3. ed. – Rio de Janeiro : Inca, 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/arquivos/nomenclatura_laudo_cervical.pdf> Acesso em: 04 de Janeiro de 2016.

_____. **INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Controle do câncer de colo do útero.** Cidades [s. l.: s. n.], 2013. Acessado em 15 de outubro de 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude>

_____. **INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Conceito e magnitude.** Cidades [s. l.: s. n.], 2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude> Acesso em: 10 de Novembro de 2015.

_____. **INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Conceito e magnitude.** Cidades [s. l.: s. n.], 2014. Acessado em Outubro de 2014. Disponível em: Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude> Acesso em Outubro de 2015.

LÊDO, Marcia Parcínio Magalhães. Plano de Intervenção: captação das mulheres para a Citologia Oncótica em Jaboatão dos Guararapes - PE. 2012. 31 f. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Ageu Magalhães) Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2012. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012ledo-mpm.pdf>> Acesso em Dezembro de 2015.

MENDONÇA, V. G. et al. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. Rev. bras. Ginecol. Obst., Recife, PE, v. 5, n. 30, p. 248-55, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n5/a07v30n5.pdf>> Acesso em Dezembro de 2015.

MELO, Simone Cristina Castanho Sabaini de, et al. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS); v. 30, n. 4, p. 602-8, dez. 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/895944711-1-PB.pdf>> Acesso em: Fevereiro de 2016.

OLIVEIRA, Ricardo Soares de et al. Perfil de mulheres que realizam o exame de prevenção de câncer cérvico-uterino em um centro especializado a saúde da mulher. Boacaiúva. **EFDesportes.com, Revista Digital. Buenos Aires**, a. 17, nº 178, Março de 2013. Disponível em: <<http://www.efdesportes.com/efd178/prevencao-de-cancer-cervico-uterino.htm>> Acesso em: 01 de Dezembro de 2015

PEREIRA, Carla Patricia Michelotti. Adesão à realização do exame preventivo do câncer do colo Uterino por profissionais de enfermagem de um hospital de Grande porte do município de Porto Alegre/RS. 2008. 50 f. Monografia (Curso de Enfermagem) - Centro Universitário Feevale, Novo Hamburgo, 2008.

SANTOS, Daiane da Silva. **Fatores associados a não realização do exame preventivo papanicolaou: uma revisão bibliográfica.** 2013. 50f. Monografia (Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6371/1/2013_DaianedaSilvaSantos.pdf> Acesso em Novembro de 2015.

SCHIFFNER, Mariana Dihl. **Estabelecimento de um modelo animal de exposição à fumaça durante a gestação, investigação de alteração fetal na alteração fetal e suas repercussões na vida adulta.** 2012. 102 f. Dissertação (Pós-graduação em ciências médicas: saúde da criança e do adolescente) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/56667/000859243.pdf?sequence=1>> Acesso em Novembro de 2015.

SIAB, 2014. **Sistema de Informação da Atenção Básica.** Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>> Acesso em Outubro de 2014.

SILVA, Maria Regina Bernardo da. **O conhecimento, a atitude e a prática de mulheres na prevenção do câncer de colo uterino em uma unidade básica de saúde na Zona oeste, Rio de Janeiro.** 2010. 109 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010a. Disponível em: <<http://portal.estacio.br/media/1958534/maria%20regina%20bernardo%20da%20silva%20disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>> Acesso em Dezembro de 2015.

SOUZA, Dayane Aparecida; SILVA, Jussara de Oliveira; PINTO, Neila Maria de Moraes. Conhecimento e prática das mulheres em relação ao exame Citológico do colo uterino. **Revista Enfermagem Integrada.** Ipatinga: Unileste-MG - V.3 - N.2 Nov./Dez. 2010. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/04-conhecimento-e-pratica-exame-citologico-colo-do-uterio.pdf> Acesso em Novembro de 2015.

TEIXEIRA, Leonardo Dias. **Percepção de Usuárias da Estratégia da Família Frente Ao Exame Papanicolau.** 2º Congresso brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde. Disponível em: <<http://www.politicaemsauder.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/211.pdf>> Acesso em Dezembro de 2015.

TOMBERG, Jéssica Oliveira. et al. **Avaliação da faixa etária das mulheres que realizaram exame Citopatológico em uma UBS de Pelotas/RS.** In: XIX Congresso de Iniciação Científica, 2010, Pelotas - RS. XIX Congresso de Iniciação Científica, 2010.

O PARTO HUMANIZADO: UMA REALIDADE PRÓXIMA OU UM FUTURO DISTANTE?

Bárbara Carvalho dos Santos

Fisioterapeuta, Universidade Estadual do Piauí;
Teresina, PI;

Francelly Carvalho dos Santos

Fisioterapeuta, Universidade Estadual do Piauí;
Teresina, PI;

Matilde Nascimento Rabelo

Fisioterapeuta, Universidade Estadual do Piauí;
Teresina, PI;

Laércio Bruno Ferreira Martins

Acadêmico de fisioterapia, Universidade Estadual
do Piauí;
Teresina, PI;

Kledson Amaro de Moura Fé

Fisioterapeuta, Residente Universidade Federal
de São Paulo;
São Paulo, SP;

Daccione Ramos da Conceição

Fisioterapeuta, Universidade Estadual do Piauí;
Teresina, PI;

Claudia de Oliveira Silva

Acadêmica de medicina, Centro Universitário
Uninovafapi;
Teresina, Piauí;

Luiz Filipe Ximenes da Silva

Acadêmico de medicina, Centro Universitário
Uninovafapi;
Teresina, PI;

Vanessa Ingrid Araujo Campelo

Acadêmico de medicina, Centro Universitário
Uninovafapi;

Teresina, PI;

Jéssica Nascimento Almeida

Acadêmico de medicina, Centro Universitário
Uninovafapi;
Teresina, PI;

Marcelino Martins

Fisioterapeuta, docente da Universidade Estadual
do Piauí;
Teresina, PI.

RESUMO: **Introdução:** O processo de parto, tornou-se ao longo dos anos, cada vez mais orientado pelo modelo biomédico e não pelo ato natural de parir. Visto isso, instituições nacionais e internacionais como o Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde, realizaram ações visando trazer humanização ao trabalho de parto. **Métodos:** revisão bibliográfica, onde uma pesquisa foi realizada uma pesquisa nos bancos de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Portal de periódicos da CAPES, e nas bases de dados: SciELO, Pubmed e Tripdatabase, no período de agosto a outubro de 2018. **Resultados:** Apesar dos esforços em criar medidas de humanização no parto, estas frequentemente não são respeitadas e trazem situações de violência obstétrica. Contudo, têm-se percebido uma maior preocupação dos profissionais de saúde em oferecer uma melhor assistência as

parturientes. **Conclusão:** apesar de ainda não ser uma realidade no Brasil, o parto humanizado vem ganhando espaço e sendo cada vez mais encorajado, demonstrando que o futuro pode ser pautado na humanização e respeito as mulheres e suas peculiaridades.

PALAVRAS-CHAVE: parto normal, parto humanizado, maternidades.

ABSTRACT: **Introduction:** The process of childbirth has become, over the years, increasingly guided by the biomedical model and not by the natural act of giving birth. In view of this, national and international institutions such as the Ministry of Health and the World Health Organization, carried out actions aimed at bringing humanization to labor. **Methods:** bibliographical review, where a research was carried out in the databases: Virtual Health Library (VHL), CAPES Journal Portal, and in the databases: SciELO, Pubmed and Tripdatabase, in the period from August to October. 2018. **Results:** Despite efforts to create humanization measures at birth, these are often not respected and bring about obstetric violence. However, there has been a greater concern of health professionals in offering better care to the parturients. **Conclusion:** although it is not yet a reality in Brazil, humanized childbirth has been gaining space and being more and more encouraged, demonstrating that the future can be based on humanization and respect for women and their peculiarities.

KEYWORDS: Natural Childbirth; Humanizing Delivery; Hospitals, Maternity.

1 | INTRODUÇÃO

A história do parto está intimamente interligada com a história da própria humanidade. Desde o princípio até o final do século XVI, a gestação e o parto eram tidos como processos naturais, sendo considerada uma atividade feminina onde a mulher participava ativamente do processo, tradicionalmente realizada no meio domiciliar pelas parteiras. No entanto, essa tradição foi mudando a partir do século XVII com a incorporação de cirurgiões na assistência ao parto. No final do século XIX houve mudanças significativas no cuidado prestado à mulher e à família ocorreram, quando as ciências médicas passaram a tratar o processo de nascimento de forma semelhante à doença que necessita de assistência médica, resultando em parto institucionalizado (RAMOS, 2018).

No entanto, tais modificações trouxeram vários problemas, visto que a herança do modelo curativo na medicina atual fez com que o evento fisiológico do trabalho de parto se tornasse um ato médico, passivo de intervenções muitas vezes desnecessárias e submetido ao maior risco de complicações. Com isso, os órgãos governamentais começaram a criar medidas que trouxessem o parto a um âmbito mais humanizado e natural (MONGUILHOTT, 2018).

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou o documento intitulado “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”, que classificou

práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo. As recomendações foram classificadas em quatro categorias: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; práticas frequentemente usadas de modo inadequado (OMS, 1996; SILVA, 2016).

Em junho de 2000, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), através da Portaria GM nº 569.6. Dos 10 princípios fundamentais da atenção perinatal, assinalados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sete indicam que o cuidado na gestação e no parto normal deve contemplar as seguintes recomendações: não ser medicalizado; ser baseado no uso de tecnologia apropriada; ser fundamentado em evidências; ser regionalizado e baseado em um sistema eficiente de referência; ser multidisciplinar e multiprofissional; ser integral; estar centrado nas famílias; ser apropriado, tendo em conta as diferentes pautas culturais; compartilhar a tomada de decisão com as mulheres; respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres. Tais recomendações estão sendo incorporadas nos materiais técnicos, bem como nas ferramentas de monitoração e avaliação da OMS (BRASIL, 2000).

Essas ações resultaram na criação da Rede Cegonha em 2011, por meio da portaria N° 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. A rede cegonha consiste em uma série de cuidados que visam assegurar a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Esta portaria também garante à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta medida ainda concede à paciente o direito a um acompanhante de livre escolha. Tal presença, de acordo com alguns estudos, além de aumentar a segurança emocional da mulher, alivia o processo álgico e diminui a duração do trabalho de parto (BRASIL, 2011; MONGUILHOTT, 2018).

Entretanto, a presença do acompanhante ainda é limitada nos serviços de saúde. Visando resolver esse problema, foi instaurada a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, também chamada de Lei do acompanhante, que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus conveniados a permitirem que a parturiente seja acompanhada por uma pessoa de sua escolha. Apesar dos vários benefícios que essa prática traz, tanto para a mãe, quanto para o bebê, muitos profissionais que ainda tem modelo biomédico de atenção ao nascimento como o ideal, consideram a presença do acompanhante um problema. Atualmente graças às transformações na formação dos profissionais de saúde, bem como a elucidação de danos, esse cenário vem mudando para um modelo onde se preza a assistência humanizada (ALMEIDA, 2018; BRASIL, 2005).

Contudo, apesar dos esforços de vários órgãos em tornar o parto mais humanizado, diversos obstáculos ainda são encontrados. A medicalização do parto entra neste conceito, onde as evidências epidemiológicas demonstram que ainda são realizadas muitas cesarianas desnecessárias e indesejadas no Brasil, sendo um dos líderes nas taxas de parto cirúrgico, visto que nas últimas décadas as cesarianas foram a via de parto mais comum, chegando a 85% dos partos realizados em maternidades privadas de saúde. No sistema público de saúde a taxa é menor que 40%, mas ainda é elevada se considerada a recomendação de 15% preconizado pelo MS. É importante ressaltar que as cesáreas sem indicação contribuem para o acréscimo da morbimortalidade materna e infantil e vai de encontro à integridade e bem estar físico da mulher e do recém-nascido (BRASIL, 2015; SILVA, 2016).

As dimensões tecnocráticas na assistência obstétrica associadas a um mau uso de tecnologia e desprezo pelas recomendações presentes na literatura, justificam o maior número de intervenções desnecessárias e aumento das taxas de mortalidade materna. Tendo em vista tais consequências à saúde materna e infantil, surgiu o termo violência obstétrica, visando desmascarar as práticas médicas desnecessárias sofridas pelas mulheres, que tem relação importante com fatores como classe social, raça e orientação sexual. Diante disso surge o conceito de modelo de assistência humanizada, que tem por base a diminuição das intervenções no parto, em oposição ao modelo tecnocrático vigente (MONTEIRO, HOLANDA e MELO, 2017).

No entanto, as práticas obstétricas seguem o modelo de saúde local. No caso do Brasil, devido a prevalência da medicina curativa à medicina preventiva, o parto é visto sob a ótica dos riscos de saúde possíveis e não como evento fisiológico. Logo, o parto humanizado, cujo conceito é polissêmico e complexo, ainda não é muito difundido no país, percebendo-se que as pacientes ainda aceitam sem questionar algumas condutas médicas que poderiam ser dispensadas na condução do trabalho de parto, como induções, episiotomias e manobra de Kristeller (PEDROSO e LÓPEZ, 2017).

Os profissionais de saúde são responsáveis pelo auxílio na adesão do trabalho de parto humanizado, buscando promover a assistência médica em sua plenitude e favorecendo o processo fisiológico do nascimento (SILVA et al, 2017).

2 | OBJETIVO

Verificar se a assistência dada às mulheres durante o parto está de acordo com o preconizado pelo MS acerca de uma assistência humanizada no parto.

3 | MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, onde foi realizada uma pesquisa

nos bancos de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Portal de periódicos da CAPES, e nas bases de dados: SciELO, Pubmed e Tripdatabase, no período no período de agosto a outubro de 2018.

Foram utilizados os descritores: parto normal, parto humanizado, maternidades, nos idiomas inglês, português e espanhol, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS. Os artigos datavam de 2014 a 2018.

Foram incluídos neste estudo artigos que relatavam as práticas realizadas no trabalho de parto, as perspectivas e opiniões das parturientes sobre a assistência que tiveram no parto e assuntos relacionados e artigos indexados. Excluem-se os trabalhos anteriores a 2013, resumos publicados em anais de eventos e revisões sistemáticas e de literatura.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 38 artigos dos quais 10 foram excluídos por não se encaixarem nos critérios de inclusão estabelecidos. Os trabalhos pesquisaram tanto a percepção das parturientes acerca da assistência recebida no parto, quanto de profissionais de saúde que atuam nessa área. Em grande parte dos estudos os profissionais mais citados são os da enfermagem, demonstrando pouco interesse de outras áreas como fisioterapia e medicina, por exemplo, neste contexto.

A tabela 01 demonstra a análise dos artigos que exploraram a vivencia de parturientes.

Autor/Ano	Objetivo	Métodos	Resultados
MONGUILHOTT, 2018	- Verificou se a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul do Brasil;	- Análise transversal do estudo longitudinal Nascer no Brasil; - Os dados foram coletados entre fevereiro e agosto de 2011, por meio de entrevista e prontuário.	A maioria das mulheres teve o acompanhante durante o trabalho de parto (51,7%), mas poucas permaneceram com ele no parto (39,4%) ou na cesariana (34,8%). Menos da metade das mulheres teve acesso às várias práticas recomendadas.

ALMEIDA, 2018

- Desvelar a experiência da mulher e seu acompanhante que tiveram o direito de compartilhar o nascimento de seu filho violado;
- Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva;
- Foram entrevistados 13 puérperas e seus companheiros, de janeiro a julho de 2016 em uma maternidade pública localizada no Planalto Catarinense;
- A análise se deu através da análise de conteúdo com o auxílio do software Atlas.ti 7.0.
- Os resultados foram apresentados em três categorias: Experiência da mulher em não ter acompanhante na sala cirúrgica; Experiência do acompanhante em aguardar o nascimento sozinho; e o Poder dos profissionais de saúde sobre a cena do nascimento.
- O estudo evidenciou que os sentimentos negativos ocorreram com frequência acerca da experiência, uma vez que a mulher se sentiu desamparada sem a presença do seu companheiro e ele desapontado por não vivenciar o nascimento do filho. O principal fator para essa separação foi à atitude dos profissionais de saúde que ainda impedem a presença de um acompanhante na sala cirúrgica.

SCARTON, 2018

- Conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante o processo parturitivo na perspectiva de mulheres primíparas.
- Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido com dez mulheres primíparas, nos meses de fevereiro a abril de 2014. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados pela proposta operativa de Minayo.
- Os resultados foram estruturados em três categorias a partir do Guia Prático da OMS;
- Sete participantes tiveram indicação de métodos não farmacológicos como deambulação prevalente e banho morno para alívio da dor;
- Nove tiveram a presença de acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto;
- Oito fizeram uso de drogas para indução durante o trabalho de parto, como a oxitocina. Além disso, realizaram-se procedimentos como tricotomia (sete), enema (sete) e episiotomia (nove).
- Devido a procedimentos desnecessários, a experiência do primeiro parto das participantes foi marcada por dor e sofrimento.

MERINO, 2018

- Descreveu as experiências das mulheres em relação ao cuidado recebido pela equipe de saúde no momento do parto;

- Qualitativo;

- Amostra composta por 18 mulheres com mais de 14 anos de idade, entre 40 dias e 6 meses pós-parto;

- Entrevistas semi-estruturadas foram realizadas em três fases de coleta de informações, e as entrevistas foram analisadas por linha, utilizando técnicas de codificação e categorização.

- Neste estudo as mães sofreram com o medo e as ameaças vindas de diversos lados no seu processo de parto;

- As mães ouviram constantemente de outras mulheres que já haviam passado pelo processo de parturião, a expressão: “Não chore ou reclame porque eles vão deixar você sofrendo mais”;

- Algumas mulheres narraram os comentários das enfermeiras como:

“Ela me dizia para não chorar; que se eu chorasse, ela me deixaria por último; que os médicos não gostavam do nosso choro porque temos que ser corajosas”;

- As mães ainda relatavam que tais comentários as deixavam assustadas e as mesmas lutavam para reprimir suas emoções, e quando não conseguiam ficavam com medo que deixassem seu filho morrer, além do sentimento constante de ser uma mãe ruim.

Tabela 01: Descrição dos artigos que analisaram a experiência de mulheres no processo de parto.

A tabela 02 reflete a visão dos profissionais acerca do parto e temas que o rodeiam.

Autor/ano	Objetivos	Métodos	Resultados
RAMOS, 2018	- Buscou identificar as boas práticas desenvolvidas pelas Enfermeiras Obstétricas e a assistência dada pelas mesmas no momento do parto;	- Estudo documental, que foi realizado em uma maternidade municipal da cidade do Rio de Janeiro no período de janeiro a julho de 2015.	- Foi constatado que as Enfermeiras Obstétricas ofereceram assistência à 367 parturiente utilizando as boas práticas de forma segura;

LEAL, 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Almejou conhecer a percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizada com 19 enfermeiras que atuavam no Centro Obstétrico, Pré-parto, Parto e Pós-parto de um hospital de referência materno-infantil da cidade de Belém do Pará, Brasil. 	<ul style="list-style-type: none"> - As enfermeiras obstétricas percebem que a violência obstétrica se apresenta de diversas formas; entretanto, não reconhecem determinadas práticas como uma violação. Além disso, reconhecem que a falta de conhecimento da parturiente é um elemento de vulnerabilidade em relação à violência obstétrica, despontando para as repercussões do fenômeno à vida da mulher.
PEREIRA, 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a percepção de profissionais de saúde de uma unidade hospitalar obstétrica sobre as boas práticas de atenção ao parto e nascimento; - Descrever as etapas de construção e validação de um construto de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo 1: Pesquisa qualitativa, por meio da técnica de grupo focal, com a participação da equipe multiprofissional da Unidade Obstétrica de risco habitual, de uma instituição de médio porte, no período de abril a junho de 2016; - Objetivo 2: Pesquisa metodológica, realizada entre os meses de agosto e outubro de 2016, com a participação de 12 juízes da área obstétrica, de âmbito nacional, entre a primeira e a segunda rodada Delphi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resultaram três categorias temáticas: boas práticas e seus significados; do caráter biológico ao cuidado singular e multidimensional; da concepção pontual e fragmentada à rede de atenção ao parto e ao nascimento; - Os dados coletados mostraram a importância do trabalho multiprofissional aliado às evidências científicas, bem como a importância do cuidado singular e multidimensional.
OLIVEIRA, 2018	<p>Caracterizar a assistência obstétrica vivenciada por docentes de uma Universidade Pública de Minas Gerais, durante a última experiência do processo de parto e nascimento em ambiente hospitalar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo descritivo transversal quantitativo; - A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro/2015 a fevereiro/2016, com 40 docentes, usando um questionário de autopreenchimento. 	<p>A via de parto de maior frequência foi a cesariana com 95% (38). A escolha do acompanhante foi possível para 92,5% (37). Na associação entre as variáveis escolha do acompanhante com a idade por ocasião do último parto, apresentou resultado estatisticamente significativo.</p>

MATÃO, 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o que médicos atuantes na área obstétrica pensam a respeito da prática do parto domiciliar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo descritivo, abordagem qualitativa; - 14 médicos obstetras; - Utilizou entrevista aberta em profundidade para coleta de dados com posterior análise fenomenológica. 	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria dos médicos relatam que o parto domiciliar não possui força cultural e profissional para ser realizado; - Apresentaram diversos pontos negativos, como falta de estrutura e tecnologia apropriada, falta de preparo da equipe médica e consideraram este método ultrapassado, tendo em vista o avanço da medicina.
--------------------	--	---	---

Tabela 02: Descrição da vivência e percepções de profissionais de saúde sobre o parto.

A tabela 03 apresenta estudos com vivências mais próximas a de um parto humanizado.

Autor/Ano	Objetivos	Métodos	Resultados
LEHUGEUR, 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizaram os partos assistidos por enfermeira obstétrica quanto aos métodos não farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição; 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo quantitativo, transversal, descritivo e retrospectivo com 232 prontuários de parturientes com parto vaginal assistido por enfermeira obstétrica; - A coleta das informações foi realizada em prontuários de pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - 98,3% utilizaram algum método não farmacológico de alívio da dor, a saber: deambulação (79,2%), banho (73,1%), massagem (60,0%), variedade de posição (58,8%), aromaterapia (46,9%), bola (42%), entre outros; - Três mulheres (1,3%), foram submetidas a episiotomia; - Quase 100% das parturientes tiveram a presença de um acompanhante durante o processo de parturição; - 77,5% das mulheres aceitaram líquidos claros no trabalho de parto; - As mulheres puderam optar pela posição de parto desejada, como as posições semissentada (62,5%), lateralizada (14,7%), cócoras (7,3%) e quatro apoios (3%), ao passo que apenas 12,5% pariram na posição de litotomia.

**BRILHANTE,
2017**

- Avaliaram os indicadores do parto na água, assistido por enfermeiras obstetras e residentes de enfermagem obstétrica;

- Estudo quantitativo, exploratório e descritivo, retrospectivo, de análise documental, realizado em um Centro de Parto Normal (CPN), composto por 18 partos assistidos no primeiro ano da implementação de uma banheira com água morna;

- Os dados foram coletados de um livro de indicadores para parto na água.

- De 2400 partos vaginais realizados no CPN, 18 (0,7%) ocorreram na água, em mulheres jovens, com gestação a termo, primíparas (n=12), maioria em fase ativa do trabalho de parto, no momento da internação, sob a assistência de enfermeiras obstétricas e residentes de Enfermagem Obstétrica.

**TEIXEIRENSE,
2018**

Enfocamos as experiências de mulheres que procuraram atendimento humanizado e deram à luz em um estabelecimento público em Brasília, Brasil.

- Mapearam redes locais e associações pré-natais através da Internet;

- 10 mulheres foram selecionadas com base nos seguintes critérios: teve seu nascimento em um estabelecimento público, tinha 18 anos ou mais e deu à luz entre julho de 2012 e julho de 2013;

- Entrevistas semi-estruturadas orientaram questões que incluíram experiências com pré-natal, parto e assistência pós-natal, qualidade da assistência, informações e procedimentos recebidos, contato com profissionais de saúde e experiência geral do parto.

- Segundo a maioria das mulheres, há uma falta de informação dada pelo sistema público de pré-natal. As mulheres envolvidas no parto natural procuraram preencher essas lacunas por meio de outros canais de informação, como livros, internet e redes sociais.

- Por outro lado, a maioria das mulheres sentia que seus direitos durante o parto eram respeitados, e as dúvidas que tinham eram esclarecidas, já que a maioria delas estava fazendo perguntas ativamente. - Enquanto as mulheres que frequentavam o centro de nascimento recebiam o direito a um parto acompanhado, aqueles que frequentavam os hospitais locais tinham muitas vezes negado esse direito legal.

- Para seis das dez mulheres, seu direito de ter um parceiro durante o trabalho de parto foi respeitado; cinco deles deram à luz no centro de nascimento. Três mulheres mencionaram ter sido negado esse direito pela equipe do hospital.

SOARES, 2017	<p>- Analisar a satisfação das puérperas atendidas em um Centro de Parto Normal.</p>	<p>- Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado com 20 puérperas. Os dados foram produzidos por entrevistas semiestruturadas, guiadas por um roteiro com perguntas abertas e fechadas, gravadas e transcritas na íntegra, e analisados pela técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática.</p>	<p>- Constatou-se satisfação das puérperas com a assistência recebida, sobretudo pelo apoio contínuo das enfermeiras obstetras, uso de tecnologias não invasivas para alívio da dor, estímulo à autonomia e direito à acompanhante. Enalteceram ainda o ambiente por ser privativo, seguro e calmo.</p>
---------------------	--	--	---

Tabela 03: Descrição dos estudos que abordaram práticas humanizadas no trabalho de parto.

Além dos trabalhos citados nas tabelas, outros estudos envolvendo a temática foram incluídos. Alguns autores analisaram o uso do instrumento Alfa de Conbrach, de avaliação da adesão de profissionais às boas práticas de atenção ao parto, enquanto que outro autor verificou como o discurso de medicalização e humanização se (re) articulam na atenção primária em saúde e configuram o cuidado pré-natal de mulheres grávidas. O instrumento citado ainda precisa de melhorias, porém pode ser aplicado aos referenciais que estão de acordo com as evidências científicas (GOTTEMS, 2018). Ao que tange o discurso dos profissionais acerca do tema, a humanização segue como complemento ao da medicalização e da especialização, que prevalece nas práticas relatadas. Os esforços de colaboração empreendidos entre as equipes de saúde da família e obstetras não obteve muito sucesso (WARMLING, 2018, MORELL, 2018).

Tais trabalhos refletem como o modelo biomédico, que centra o poder no médico ainda é esmagador e não contribui para o processo de humanização. Esse fator está na contramão das recomendações do MS e da OMS, onde a mulher deveria ser protagonista no seu processo de parto, tendo seus direitos e preferências garantidos (BRASIL, 2000; OMS, 1996).

A partir da análise da Tabela 01, fica claro que muitas mulheres ainda não têm seus direitos preservados, o que leva a situações de violência obstétrica. Esses dados corroboram com Carneiro (2013), que realizou um estudo onde analisou as motivações e implicações da implantação da Rede Cegonha no Brasil, e constatou que à violência no parto, ainda é comumente encontrada, indo desde exames de toques dolorosos, não-explicação dos procedimentos realizados, e até xingamentos.

A exposição das parturientes a situações de violência obstétrica gera repercussões de cunho emocional e psicológico, levando a mulher ao descontentamento diante do parto normal e a desistência de futuras gestações. Uma experiência agradável no momento do parto pode proporcionar à mulher condições essenciais para o nascimento de seu filho, promovendo o vínculo mãe-bebê. Porém, frente a exposição

a situações de violência, as consequências podem ser negativas, uma vez que a gestação e o parto são processos em que a mulher está fragilizada emocionalmente (LEAL, 2018).

Contudo, apesar de ainda não ser uma realidade em todos os locais, foram encontrados estudos onde as mulheres se sentiram satisfeitas com a assistência que tiveram, como exposto na Tabela 03. Esses dados estão de acordo com Pereira (2018), que afirma que as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, além de possibilitarem o repensar do modelo obstétrico e contribuírem na organização da rede de atenção à saúde materno-infantil, estimulam o protagonismo da mulher em suas múltiplas dimensões. Considera-se, que para além das iniciativas governamentais é preciso que os profissionais de saúde se co-responsabilizem e assumam as boas práticas de atenção ao parto e nascimento como possibilidade de transformação do modelo obstétrico. É importante atentar, que o trabalho em equipe pode ser considerado um dispositivo importante de mudança no cenário obstétrico, haja vista que, por meio dele os múltiplos olhares profissionais podem contribuir para melhorar o cuidado prestado em busca de objetivos comuns.

Na Tabela 02 foram demonstrados estudos que focaram na vivência de profissionais de saúde quanto ao parto. A enfermagem tem notório destaque, sendo a área mais encontrada quando se pesquisa sobre o tema. Apesar da preocupação destes profissionais serem bastante válidas, a pouca participação de outros profissionais como fisioterapeutas e médicos ainda precisa ser melhorada.

As decisões obstétricas das mulheres são influenciadas por uma série de fatores, incluindo a maneira pela qual a informação é transmitida. É dever dos profissionais de saúde informá-las sobre possíveis rotas de nascimento, os riscos e benefícios de ambos, complicações prováveis e repercussões futuras. As mulheres que optam por uma cesariana ou que a aceitam por orientação médica imaginam que esse tipo de parto é indolor e preserva a anatomia da vagina para o intercurso sexual. Apesar de toda a tecnologia adquirida, as cesáreas não são isentas de risco, há maior chance de desenvolvimento de infecção puerperal, morbidade e mortalidade materna e neonatal, maior tempo de separação entre mãe e bebê devido à rotina cirúrgica, o que leva a um atraso e dificuldade na lactação, assim como maior tempo de internação e recuperação (OLIVEIRA, 2018).

O parto via vaginal facilita melhor iniciação da amamentação, menor risco de infecção e hemorragia, recuperação e alta hospitalar precoces, e menor sensibilidade no período pós-parto. De fato, é fundamental estimular uma aproximação mais próxima da gestante com o profissional que acompanha o pré-natal, garantindo atendimento integral e de qualidade para a mulher. Estimulando sua confiança e segurança em relação às duas vias de parto (SOARES, 2017).

5 | CONCLUSÃO

As altas taxas de partos cesáreas e uma atenção ainda deficiente às mulheres demonstram que as maternidades não estão aplicando com eficácia o que prega o MS quanto a uma assistência ao parto centrada na mulher. Contudo, este panorama está em processo de mudanças, visto que neste trabalho observou-se maiores esforços para oferecer às mães uma melhor assistência no trabalho de parto.

Portanto, apesar de não ser uma realidade em todos os serviços de saúde no Brasil, principalmente os públicos, pode-se dizer que não é mais uma utopia, visto que estão sendo realizadas ações para reverter o modelo biomédico vigente e tais esforços só tem a crescer.

Com isso, conclui-se que o parto humanizado ainda encontra diversos obstáculos, porém visto a importância e validade do tema, vê-se a necessidade de mais estudos com essa temática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. F.; et al. Separação da mulher e seu acompanhante no nascimento por cesárea: uma violação de direito. **Cogitare Enferm.** v. 23, n.2, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIL Nº 696, de 1º de junho de 2000. Regulamenta os Princípios Gerais e Condições Para o Adequado Acompanhamento Pré-Natal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 de junho de 2000, p.: 4-5.

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. Brasília, DF; 2011. [acesso em 2018 out. 10]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.

_____. Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília, DF; 2005. [acesso em 2018 out.10]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>.

_____. PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília, DF; 2000. [acesso em 2018 out. 10]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>

BRILHANTE, A. F.; et al. Avaliação de Partos Assistidos na Água por Enfermeiras Obstetras. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11, n. 11, p.: 4418-23, 2017.

CARNEIRO, R. G. Anthropological dilemmas of a public health agenda: Rede Cegonha program, individuality and plurality. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.17, n.44, p.49-59, 2013.

GOTTEMS, L. B. D.; et al. Boas práticas no parto normal: análise da confiabilidade de um instrumento pelo Alfa de Cronbach. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, 2018.

LEAL, S. Y. P.; et al. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enferm.**, v.23, n. 02, 2018.

LEHUGEUR, D.; STRAPASSON, M.R.; FRONZA, E. Manejo Não Farmacológico de Alívio da Dor

em Partos Assistidos por Enfermeira Obstétrica. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 12, n. 11, p.: 4929-37, 2017.

MATÃO, M.E.L.; et al. A visão médica do parto domiciliar: factível ou utópico? **R. Enferm. Cent. O. Min.**, vol. 2, n, 6, p.: 2147-2155, mai/ago 2016.

MERINO, C. M. M. et al. D ehumanization during Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for in the Medellín Public Network. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 36, n. 01, 2018.

MONGUILHOTTI, J.J.C.; et al. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Rev Saude Publica**, vol. 1, n. 52, 2018.

MONTEIRO, M. C. M.; HOLANDA, V. R.; MELO, G. P. Analysis Of Humanized Delivery Concept According To The Evolutionary Method Of Rodgers. **Revista de Enfermagem**, v. 07, 2017.

MORELL, F. C.; MARTÍN, M. J. R. Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: uma aproximación cualitativa. **Rev. Eletr. Trim. De Enf**, n. 49, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.

OLIVEIRA, J. C.; et al. Assistência obstétrica no processo de parto e nascimento. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, v. 10, n. 02, p. 450-457, 2018.

PEDROSO, C.N.L.S.; LÓPEZ, L.C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, vol.4, n. 27, p.: 1163-1184, 2017.

PEREIRA, S. B.; et al. Tecnologias apropriadas para o parto e nascimento: atribuições do enfermeiro obstetra. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, v.10, p. 29-33, 2018.

RAMOS, W. M. A.; et al. Contribution of obstetric nurse in good practices of childbirth and birth assistance. **J. res.: fundam. care. online.**, v.10, n.1, p.: 173-179, 2018.

SCARTON, J.; e al. Práticas de atenção ao parto normal: a experiência de primíparas. **J. res.: fundam. care. online.**, v. 10, n.1, p.:17-24, 2018.

SILVA, F.F.A.; et al. Service rendered to parturient at a university hospital. **J. res.: fundam. care.**, v. 6, n.1, p.: 282-292, 2014.

SILVA, T. C.; et al. As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob a ótica de enfermeiros. **Biblioteca Lascasas**, v. 1, n. 12, 2016. Disponível em <<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0886.php>>.

SOARES, Y.K.C.; et al. Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 11, p.: 4563-73, 2017.

TEIXEIRENSE, M. M. S.; SANTOS, L. S. L. From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System. **Interface: comunicação saúde e educação**, v. 22, n. 65, p. 399-410, 2018.

WARMLING, C. M. et al. Social practices in the medicalization and humanization of prenatal care. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 04, 2018.

SILVA, R.D.M.; et al. Inserção do pai nas maternidades municipais do recife: opinião dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Enferm. Foco**, vol. 4, n. 8, p.: 54-58, 2017.

SOARES, E.S.; et al. A informação de mulheres para escolha do processo de nascimento. **Rev enferm UFPE on line**, v. 12, n. 11, p.: 5427-31, 2017.

VISITA PUERPERAL E ORIENTAÇÕES AO AUTOCUIDADO NO BINÔMIO MÃE-FILHO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Francisca Fernanda Dourado de Oliveira

Acadêmica de Enfermagem do Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA

Roselene Pacheco da Silva

Especialista em Enfermagem Cirúrgica. Enfermeira do Hospital Regional Norte – CE

Jéssica Costa Brito Pacheco

Especialista em Terapia Intensiva. Coordenadora de Enfermagem da Emergência Pediátrica do Hospital Regional Norte – CE

Gardênia Sampaio Leitão

Acadêmica de Enfermagem do Instituto Superior de

Teologia Aplicada – INTA

Ana Suzane Pereira Martins

Mestre em Enfermagem - Universidade Federal do Piauí (UFPI). Enfermeira Hospital Regional Norte - CE

Jean Carlos Fonseca de Sousa

Acadêmica de Enfermagem do Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA

RESUMO: Introdução: A visita puerperal constitui uma das atividades que compõem a atuação da equipe de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. Deve ser realizada no primeiro momento da assistência à criança, constituindo o trinômio “mãe-filho-família”, quando são observados e abordados fatores relacionados à puérpera, ao bebê e à

família. **Objetivo:** Orientar o auto cuidado no binômio mãe e filho em uma visita puerperal.

Métodos: Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência baseado nas vivências práticas dos acadêmicos de enfermagem das Faculdades INTA, no município de Uruoca-CE.

No dia 20 de abril de 2016 foi realizada uma visita domiciliar a uma puérpera com 72 horas após o parto. **Resultados e discussões:** Na visita domiciliar a uma puérpera e ao seu RN com 72 horas após o parto, foram repassadas informações voltadas para o cuidado com o RN e puérpera. Foram discutidos os medos, anseios e principais cuidados. Orientado sobre a loquiação, incisão cirúrgica, febre, aleitamento materno exclusivo, sexualidade após o parto, e relatado sobre a importância da alimentação natural a puérpera. Após a visita foi

observado uma maior segurança da puérpera, apresentando-se orientada e confiante sobre a assistência prestada e os cuidados básicos ofertados. **Conclusão:** Através da visita realizada foi possível vivenciar as técnicas adequadas para a realização de uma visita domiciliar, os métodos utilizados no exame físico da puérpera e do RN e as orientações que devem ser repassadas.

PALAVRAS-CHAVE: Puerpério. Auto Cuidado. Domiciliar.

ABSTRACT: Introduction: The puerperal visit

is one of the activities that make up the nursing team's performance in the Family Health Strategy. It should be performed at the first moment of child care, constituting the trinomial "mother-child-family", when factors related to puerperal, baby and family are observed and approached. **Objective:** To guide self-care in the binomial mother and child during a puerperal visit. **METHODS:** This is a study of the experience of the nursing students of the fourth period, from INTA Faculties, in the city of Uruoca-CE. On April 20, 2016, a after 72 hours postpartum. **Results and discussions:** In the home visit to a puerperal and to her newborn with 72 hours after delivery, information was sent to care for the newborn and puerperal. Fears, yearnings and major care were discussed. Guided on loquiation, surgical incision, fever, exclusive breastfeeding, postpartum sexuality, and reported on the importance of natural feeding to puerpera. After the visit, a greater safety of the puerpera was observed, being oriented and confident about the assistance provided and the basic care offered. **Conclusion:** Through the visit, it was possible to experience the adequate techniques to perform a home visit, the methods used in the physical examination of the puerperium and the newborn and the guidelines that should be passed on.

KEYWORDS: Puerperium, Self Care, Home

1 | INTRODUÇÃO

A vista puerperal constitui uma das atividades que compõem a atuação de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. Os cuidados no puerpério devem ser nas primeiras semanas após o parto, individualizadas, a fim de atender às necessidades da mãe-bebê-família, respeitando as crenças e opiniões da mulher e de seus familiares sobre os cuidados nessa fase da vida. (GUSSO *et al.*, 2012)

Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. Caso o recém-nascido (RN) tenha sido classificado como de risco, a visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde e uma visita domiciliar, entre 7 a 10 dias após o parto, devem ser incentivados desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na realização das visitas domiciliares, explanando a importância de procurar os serviços de saúde na busca de sanar suas dúvidas (BRASIL. 2006; CORREA *et al.*, 2017).

Devem incluir avaliação física e observação da mãe e da criança, cuidados com o recém-nascido, checagem de vacinação, avaliação do contexto socioeconômico, cultural e a avaliação do aleitamento materno, empoderamento da família para os cuidados com o bebê e promoção de bem-estar fisiológico e emocional da família, além do eficiente reconhecimento de problemas relacionados ao período, que devem ser adequada e oportunamente avaliados (GUSSO *et al.*, 2012)

Sendo assim a visita puerperal assume uma condição "sinequa non" na assunção de práticas corretas, aconselhamento preventivo e promoção da saúde, a fim de tentar

minimizar danos causados ao bebê na adaptação extrauterino, uma vez que boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontecem na primeira semana após o parto, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve acontecer logo nesse período. Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e o recém-nascido na primeira semana após o parto para instituir todo o cuidado previsto para a “Primeira Semana de Saúde Integral”(BRASIL. 2006).

É importante que os profissionais na realização da visita puerperal, estejam atentos a sinais e sintomas que se configurem como mais desestruturantes e que fujam da adaptação “normal” e da característica do puerpério; levar em consideração a importância do acompanhamento da puérpera desde a primeira semana após o parto, prestando o apoio necessário à mulher no seu processo de reorganização psíquica, quanto ao vínculo com o seu bebê, nas mudanças corporais e na retomada do planejamento e da vida familiar; incluir a família nos atendimentos de puericultura e no amparo à puérpera; fornecer orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo, acolher as ansiedades e fantasias da puérpera, abrir espaço para dúvidas e oferecer dicas práticas para facilitar o ato da amamentação (BRASIL, 2012).

Faz-se necessária, portanto, a visita puerperal como implementação da atenção no planejamento familiar em um contexto de escolha livre e informada, com incentivo na prestação de uma assistência eficiente e eficaz, proporcionando uma efetiva troca de informações como fator basilar na assunção de práticas que norteie o melhor planejamento de ações e estratégias para promoção, proteção e apoio a família durante todo o puerpério. Dessa forma, este estudo tem como objetivo, através de um relato de experiência, orientar o autocuidado no binômio mãe e filho em uma visita puerperal.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto dos estágios supervisionados da disciplina Saúde Coletiva I, ministrada no quarto período do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário UNINTA, localizado na cidade de Sobral, CE.

A prática supervisionada caracteriza-se como etapa de captação e conhecimento da realidade, aproximando o futuro profissional de tal realidade, que constantemente deve ser revisada devido sua dinamicidade. Dessa forma, cada disciplina define o que é necessário conhecer naquele momento, devendo o conhecimento ser aprofundado subsequentemente. Isso promove a aproximação do futuro profissional com a realidade dos serviços de saúde, relacionando a teoria à prática (AZEVEDO *et al.*, 2014).

A prática supervisionada da referida disciplina ocorreu em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família no município de Uruoca, Ceará, onde a visita puerperal em domicílio era uma das atividades de assistência à saúde realizadas na unidade.

Como participante do estudo teve-se uma puérpera, onde durante o acompanhamento das atividades realizadas na referida unidade, foi realizada no dia 20 de abril de 2016 a visita domiciliar puerperal à mesma, estando nas 72 horas iniciais após o parto. Tratava-se de uma primípara, com muitas dúvidas com relação ao cuidado consigo e com o recém-nascido no período puerperal, onde nesse momento as mesmas foram orientadas e esclarecidas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Puérpera com 22 anos, primeira gestação, nenhum aborto, demonstrava-se bastante insegura quanto às mudanças que iriam acontecer em sua vida. Durante a visita foram discutidos, além dos medos, anseios e os possíveis sinais de depressão pós-parto, ações de autocuidado materno e cuidados com o recém-nascido.

A depressão pós-parto (DPP) é um importante problema de saúde pública. Os sintomas mais comuns são desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, idéias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas. (KROB *et al.*, 2017).

Foi esclarecido dúvidas sobre higiene pessoal da mulher e do bebê; como também as roupas íntimas e as roupas do recém-nascido. A higiene do recém-nascido inclui banho com sabonete neutro, bem como a higienização do coto umbilical com álcool à 70%, medida importante para evitar infecção deste. A higienização da região íntima materna é orientada também no sentido de reduzir o risco de infecção puerperal, onde orienta-se que deve ser realizada principalmente após a realização das necessidades fisiológicas (LIMA *et al.* 2017).

A duração do banho deve ser curta, de no máximo cinco minutos, principalmente, se for usado algum sabonete. Isso ajuda, também, a evitar a maceração da pele. A frequência do banho varia muito entre determinadas regiões e países, dependendo da cultura de cada local (BELLO, 2011).

Os agentes de limpeza ideais devem ser líquidos, suaves, sem sabão, sem fragrância, com pH neutro ou ligeiramente ácido, que não irrite a pele nem os olhos do bebê, nem altere o manto ácido protetor da superfície cutânea (DARMSTAD, 2011).

Alguns estudos demonstram que o uso desses agentes de limpeza líquidos é superior ao de apenas água no banho, tanto em relação à higiene (resíduos fecais e urinários) quanto em relação ao ressecamento da pele (GARCIA, 2012).

Verificou-se a loquicáouterina, incisão cirúrgica e episódios febre após o parto; fornecer orientações acerca do aleitamento materno exclusivo, repassando todos os benefícios que o aleitamento materno oferece para ambos.

O leite materno é um alimento completo, que contém todos os nutrientes e sais minerais que o bebê precisa até os seis meses de idade. Por isso, antes disso não é

necessário acrescentar nenhum outro tipo de alimento, como chás, sucos, água ou outros leites(BRASIL,2018).

Os benefícios do aleitamento materno são inúmeros. Além de estar sempre pronto, na temperatura certa e não custar nada, estimula o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê. No caso materno, além de contribuir para a recuperação do útero, diminuindo o risco de hemorragia e anemia após o parto. Além de reduzir o peso e a minimizar o risco de câncer de mama e de ovário, doenças cardíacas e diabetes(BRASIL,2018).

Para o bebê, além de ser de fácil digestão, o leite humano provoca menos cólicas e a succção colabora para o desenvolvimento da arcada dentária, da fala e da respiração. Além disso, o leite funciona como uma vacina natural, protegendo a criança contra doenças como anemia, alergias, infecções, obesidade e intolerância ao glúten(BRASIL,2018).

Sobre a sexualidade após o parto, estudos mostram que para a mulher retornar a prática das atividades sexuais após o parto, é necessário um período de adaptação, visto que possa ocorrer dor e desconforto (episiotomia) ou até mesmo vergonha pela aparência da região genital (SPINDOLA *et al.*, 2017).

Destacou-se ainda a importância da alimentação natural e saudável a puérpera e como isso influência na amamentação. Estudos afirmam que o uso de certos alimentos artificiais, com produtos à base de cafeína (café, refrigerante e chocolate) deve ser evitado durante a amamentação, uma vez que podem ocasionar cólicas e alterar o funcionamento intestinal da criança (DODOU *et al.*, 2017).

Principais cuidados ao RN, realizou-se o exame físico da mãe. A puérpera foi orientada quanto ao planejamento familiar e aos métodos oferecidos na unidade.

Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto devem-se considerar o tempo pós-parto, o padrão da amamentação, o retorno ou não da menstruação e os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente. A escolha do método deve ser sempre personalizada (SÃO PAULO,2010).

Após a visita foi observado uma maior segurança da puérpera quanto aos cuidados com o RN, e o autocuidado materno, apresentou-se orientada e confiante sobre a assistência prestada e os cuidados básicos ofertados. Com todos os métodos utilizados foi observado ainda que ambos estavam com um bom estado de saúde físico e emocional.

4 | CONCLUSÃO

A prática educativa junto às puérperas deve ser atrelada às demandas destas à sua realidade, onde devem ser valorizados os seus conhecimentos e utilizar abordagens que respeitem a mulher como ser com autonomia e também responsável pela sua saúde, onde a construção compartilhada do conhecimento deve ser contínua

(DODOU *et al.*, 2017).

A vivência dos discentes relacionada à visita puerperal possibilitou uma nova experiência no campo da atenção básica, viabilizando a aproximação dos estudantes com os serviços públicos de saúde. Nesse sentido foi possível perceber a multiplicidade de espaços onde é possível a aplicação de atividades educativas desta natureza.

Ao realizar as visitas puerperais, os alunos vivenciaram as técnicas adequadas para realizar as visitas domiciliares aprimorando os métodos utilizados para realização do exame físico da puérpera e do recém-nascido e as orientações que devem ser repassadas.

A atividade propôs ainda a construção e aprimoramento do saber executar a enfermagem em um dos seus processos de trabalho, enriquecendo a formação do perfil do futuro profissional de forma crítica e emancipatória, considerando as especificidades das unidades de produção do cuidado em saúde. Além disso, emergiu nos alunos o sentimento de satisfação devido a gratidão expressada pelas clientes/pacientes e a certeza de que a assistência à saúde através das orientações prestadas, contribuíram para um puerpério mais tranquilo e prazeroso para a mulher.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, I. C. *et al.* Compartilhando saberes através da educação em saúde na escola: interfaces do estágio supervisionado em enfermagem. *R. Enferm. Cent. O. Min. Minas Gerais*, v. 4, n. 1, p. 1048-56, jan/abr, 2014. Disponível em <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/565/579>. Acesso em 25 de jan de 2018.

Bello RT. **Cuidados de higiene cutânea no recém-nascido e lactente.** Revista Bébé Saúde. 2011:14-15

Brasil. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico de pré-natal e puerpério.** Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Brasília, 2018. Disponível em: <http://portalsms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/aleitamento-materno#>

CORREA, Maria Suely Medeiros et al . **Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 33, n. 3, e00136215, 2017 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Jan. 2018. Epub Apr 03, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00136215>.

Darmstad G. L.; Dinulus, J. G. **Neonatal skincare.** Ped Clin North Am. 2000; v. 47, n. 3, p. 757-82.

Dodou, H. *et al.* **A prática educativa realizada pela enfermagem no puerpério: representações sociais de puérperas.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 70, no. 6, 2017, pp. 1320-1328. Editorial Associação Brasileira de Enfermagem.

Garcia, B. N. *et al.* **Skin care influences kinbarrier in newborns: a clinicalstudy.** Eur J

Gusso G. et al. **Tratado de Medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2v. Cap. 116. Cuidados no Puerpério. Página: 999-1008, 2012.

KROB, Adriane Diehl et al . **Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto.** Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande , v. 9, n. 3, p. 3-16, dez. 2017 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2017000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i3.565>.

LIMA, Géssica Kyvia Soares de et al. **Autocuidado de adolescentes no período puerperal: aplicação da teoria de Orem.** Revista de Enfermagem da UFPE online - ISSN: 1981-8963 , [S.I], v. 11, n. 10, p. 4217-4225, sep. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231185/25167>>. Data de acesso: 18 de outubro

São Paulo(Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério** / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/ SP, 2010.

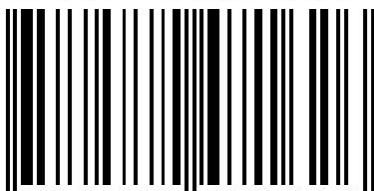
SPINDOLA, Thelma et al. **Período pós-parto na ótica de mulheres atendidas em um hospital universitário.** Enfermagem em Foco, [S.I.], v. 8, n. 1, p. 42-46, abr. 2017. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/847/364>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

SOBRE A ORGANIZADORA

Christiane Trevisan Slivinski - Possui Graduação em Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2000), Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2007) e Doutorado em Ciências - Bioquímica pela Universidade Federal do Paraná (2012). Tem experiência na área de Bioquímica, com ênfase em Biotecnologia, atuando principalmente nos seguintes temas: inibição enzimática; fermentação em estado sólido; produção, caracterização bioquímica e purificação de proteínas (enzimas); e uso de resíduo agroindustrial para produção de biomoléculas (biossurfactantes). É professora na Universidade Estadual de Ponta Grossa nas disciplinas de Bioquímica e Química Geral desde 2006, lecionando para os cursos de Bacharelado e Licenciatura em Ciências Biológicas, Farmácia, Educação Física, Enfermagem, Odontologia, Química, Zootecnia, Agronomia, Engenharia de Alimentos. Também leciona no Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais – CESCAGE desde 2012 para os cursos de Fisioterapia, Odontologia, Farmácia, Nutrição, Enfermagem e Agronomia, nas disciplinas de Bioquímica, Fisiologia, Biomorfologia, Genética, Metodologia Científica, Microbiologia de Alimentos, Nutrição Normal, Trabalho de Conclusão de Curso e Tecnologia de Produtos Agropecuários. Atuou ativamente nas pesquisas realizadas pelos acadêmicos e pesquisadores dos cursos de Fisioterapia e Enfermagem, estando inserida em todo o processo dentro da construção do conhecimento em saúde pública e coletivo. Também leciona nas Faculdades UNOPAR desde 2015 para o curso de Enfermagem nas disciplinas de Ciências Celulares e Moleculares, Microbiologia e Imunologia.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-162-6

A standard 1D barcode representing the ISBN number 978-85-7247-162-6.

9 788572 471626