



**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra  
(Organizadora)**

# **DISCURSOS, SABERES E PRÁTICAS DA ENFERMAGEM 6**

**Atena**  
Editora  
Ano 2019



**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra  
(Organizadora)**

# **DISCURSOS, SABERES E PRÁTICAS DA ENFERMAGEM 6**

**Atena**  
Editora  
Ano 2019

2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Natália Sandrini  
Edição de Arte: Lorena Prestes  
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

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

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
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. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

### Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
D611	Discursos, saberes e práticas da enfermagem 6 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Discursos, saberes e práticas da enfermagem; v. 6)  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7247-878-6 DOI 10.22533/at.ed.786192312  1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermagem – Prática. I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa. II. Série.  CDD 610.73
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A obra “*Discursos, Saberes e Práticas da Enfermagem*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 6 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 27 capítulos, o volume VI aborda a publicações que envolvem aspectos relativos à variadas questões de Saúde Pública no Brasil nos diferentes níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até a assistência hospitalar.

Nesse contexto, a obra traz pesquisas sobre a assistência à diversas morbidades, sendo elas relacionadas ao aparelho cardiovascular, doenças infectocontagiosas, doenças crônicas, oncologia, além de estudos sobre dependência química, suicídio, acidentes de trânsito, dentre outros. Os estudos realizados contribuem para melhor entendimento acerca dos maiores enfrentamentos no que diz respeito a alguns dos principais problemas de Saúde Pública existentes no Brasil. Dessa forma, fornecem informações para elaboração de estratégias com finalidade de prevenção de doenças e agravos bem como para a promoção da saúde.

Portanto, este volume é dedicado aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, com intuito de aprimorar seus conhecimentos e fornecer atualização de informações tão relevantes no cenário de Saúde Pública brasileiro. É dedicado também ao público usuário dos serviços de saúde, no tocante ao desenvolvimento de práticas de autocuidado, promoção da saúde e prevenção de agravos.

Ademais, esperamos que este livro possa fornecer informações relevantes para o fortalecimento e aprimoramento dos Programas de Saúde Pública vigentes no Brasil e, assim, melhorar cada vez mais os indicadores em saúde do país.

Isabelle C. de N. Sombra

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES COM TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DO AGRESTE ALAGOANO	
Hidyanara Luiza de Paula	
Amanda da Silva Bezerra	
Viviane Milena Duarte dos Santos	
Kleviton Leandro Alves dos Santos	
Thayse Barbosa Sousa Magalhães	
Ana Karla Rodrigues Lourenço	
Bruno Barbosa da Silva	
Italo Fernando de Melo	
Joisse Ane Moreira da Silva Ferreira	
Neíde Fernanda de Oliveira Silva	
Sandra Mirthinielle Oliveira da Silva	
Tamiris de Souza Xavier	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7861923121</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>5</b>
IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA:UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Kesia Jacqueline Ribeiro Oliveira	
Camila Aparecida de Oliveira Alves	
Herika do Nascimento Lima	
Jenyffer Dias de Oliveira	
Maria Da Glória Freitas	
Cicera Alves Gomes	
Anie Deomar Dalboni	
Régina Cristina Rodrigues Da Silva	
Silvana Pereira Gomes	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7861923122</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>11</b>
ESTADO DEMOCRÁTICO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA GARANTIAS DOS DIREITOS À SAÚDE PÚBLICA	
Mleudy Layenny da Cunha Leite	
Maria do Carmo Raposo	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7861923123</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>18</b>
FOSFOETANOLAMINA EM FOCO: O QUE A MÍDIA DIVULGOU SOBRE O “MEDICAMENTO” PARA TRATAMENTO DO CÂNCER	
Laura Beatriz Sousa de Jesus Martelletti	
Graziani Izidoro Ferreira	
Dirce Bellezi Guilhem	
<b>DOI 10.22533/at.ed.7861923124</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>30</b>
IMPACTO DOS EFEITOS COLATERAIS NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES COM LEUCEMIA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO	
Amanda Fonseca Baviera	
Juliana Maria de Paula Avelar	
Laís Reis Siqueira	

Sterline Therrier  
Camila Mendonça Lopes  
Namie Okino Sawada

**DOI 10.22533/at.ed.7861923125**

**CAPÍTULO 6 ..... 42**

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E ALÉRGICAS E SUA ASSOCIAÇÃO A ÁCAROS DE AMBIENTE DOMICILIAR: ALGUMAS REFLEXÕES

Paula Michele Lohmann  
Noeli Juarez Ferla  
Guilherme Liberato da Silva  
Paulo Roberto Vargas Fallavena  
Arlete Eli Kunz da Costa  
Camila Marchese  
Gabriela Laste  
Laura Roos  
Jheniffer Otilia Costa

**DOI 10.22533/at.ed.7861923126**

**CAPÍTULO 7 ..... 53**

ESTUDO DAS ATIVIDADES FUNCIONAIS DE VIDA DIÁRIA EM PACIENTES COM DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS RARAS

Vivian Susi de Assis Canizares  
Naime Oliveira Ramos  
José Juliano Cedaro  
Andonai Krauze de França  
Jorge Domingos de Sousa Filho  
Cristiano Lucas de Menezes Alves  
Jamaira do Nascimento Xavier  
Thamyris Lucimar Pastorini Gonçalves  
Thaynara Naiane Castro Campelo

**DOI 10.22533/at.ed.7861923127**

**CAPÍTULO 8 ..... 64**

ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA E A MENSURAÇÃO DA INCIDÊNCIA E INTENSIDADE DA DOR COMO QUINTO SINAL VITAL

Simone Regina Alves de Freitas Barros

**DOI 10.22533/at.ed.7861923128**

**CAPÍTULO 9 ..... 77**

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM USUÁRIOS DO PROGRAMA HIPERDIA EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nara da Silva Marisco  
Guilherme Maidana Zanard  
Graziani Maidana Zanardo  
Giovani Sturmer  
Kelly de Moura Oliveira Krause  
Caroline Moraes Ferreira  
Maicon Alves da Rosa

**DOI 10.22533/at.ed.7861923129**

**CAPÍTULO 10 ..... 91**

IDENTIFICAÇÃO DOS ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE CLÍNICA CIRÚRGICA

Marcella Gabrielle Betat

Arthur Saul Santiago  
Miriam da Silveira Perrando  
Márcia Aparecida Penna  
Helena Carolina Noal  
Lidiana Batista Teixeira Dutra Silveira  
Rhea Silvia de Avila Soares  
Tanise Martins dos Santos  
Vera Regina Real Lima Garcia  
Valdecir Zavarese da Costa  
Suzinara Beatriz Soares de Lima  
Alexsandra Micheline Real Saul-Rorato

**DOI 10.22533/at.ed.78619231210**

**CAPÍTULO 11 ..... 101**

INDICADORES MICROBIOLÓGICOS E FÍSICO-QUÍMICOS DO REPROCESSAMENTO DE ENDOSCÓPIOS FLEXÍVEIS: LIMPEZA MANUAL

Lissandra Chaves de Sousa Santos  
Evandro Watanabe  
Karen Vickery  
Denise de Andrade

**DOI 10.22533/at.ed.78619231211**

**CAPÍTULO 12 ..... 112**

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Claudio Roberto Farias Barbosa  
Erlane Nunes de Andrade  
Mariane Araújo Ramos  
Maurício José Cordeiro Souza  
Camila Rodrigues Barbosa Nemer  
Marlucilena Pinheiro da Silva  
Rubens Alex de Oliveira Menezes

**DOI 10.22533/at.ed.78619231212**

**CAPÍTULO 13 ..... 126**

ÍNDICE DE MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO E SUA RELAÇÃO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Glauciely do Nascimento Pereira  
Vânia Paula Stolte Rodrigues  
Cátia Cristina Valadão Martins  
Janaina Michelle Oliveira do Nascimento  
Eluana Vieira da Silva

**DOI 10.22533/at.ed.78619231213**

**CAPÍTULO 14 ..... 136**

ÓBITOS POR LESÃO AUTOPROVADA NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 39 ANOS EM MATO GROSSO DO SUL

Jhonatan Ovando  
Leilson Nunes Santana  
Rafaela Palhano Medeiros Penrabel  
Catia Cristina Valadão Martins Rosa  
Vania Paula Stolte Rodrigues

**DOI 10.22533/at.ed.78619231214**

**CAPÍTULO 15 ..... 144**

NECESSIDADES DE QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UTI PEDIÁTRICA

Francisco Rodrigues Martins  
Francisco Hilângelo Vieira Barros  
Antônia Gomes de Olinda  
Mirelle Salgueiro Morini

**DOI 10.22533/at.ed.78619231215**

**CAPÍTULO 16 ..... 151**

O REGISTRO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DA TUBERCULOSE

Marília Cattozatto dos Reis  
Sílvia Helena Figueiredo Vendramini  
Anneliese Domingues Wysocki  
Maria de Lourdes Sperli Geraldês Santos  
Maria Amélia Zanon Ponce

**DOI 10.22533/at.ed.78619231216**

**CAPÍTULO 17 ..... 163**

O TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS E ENFERMEIROS

Vera Gardênia Alves Viana  
Maysa Ferreira Martins Ribreiro

**DOI 10.22533/at.ed.78619231217**

**CAPÍTULO 18 ..... 176**

LESÕES NO TRÂNSITO E USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO EM INDIVÍDUOS QUE SOFRERAM ACIDENTES ENVOLVENDO MOTOCICLETA

Jerusa da Silva Vaz  
Adriana Alves Nery  
Érica Assunção Carmo  
Rafaela Almeida da Silva  
Juliana da Silva Oliveira  
Tatiane Oliveira de Souza Constâncio  
Quézia Soares Oliveira

**DOI 10.22533/at.ed.78619231218**

**CAPÍTULO 19 ..... 185**

PERFIL DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS II

Natália Hickembick Zuse  
Leila Mariza Hildebrandt

**DOI 10.22533/at.ed.78619231219**

**CAPÍTULO 20 ..... 198**

MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRES EM MOTOCICLISTAS E AUTOMÓVEIS EM CAMPO GRANDE/MS

Edileuza Medina de Oliveira  
Vania Paula Stolte Rodrigues  
Rômulo Botelho Silva  
Elaine Cristina da Fonseca Costa Pettengill  
Cátia Cristina Valadão Martins Rosa

**DOI 10.22533/at.ed.78619231220**

**CAPÍTULO 21 ..... 210**

TRADIÇÕES, COSTUMES E VIVÊNCIAS RIBEIRINHAS HISTÓRICAS – UM OLHAR ATENTO PARA O OUTRO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Queren Hapuque Delaquila Machado Pedreira  
Glaucia Valente Valadares  
Fernanda Moreira Ballaris

**DOI 10.22533/at.ed.78619231221**

**CAPÍTULO 22 ..... 221**

TERAPIA COMUNITÁRIA COMO TECNOLOGIA DE CUIDADO DA ENFERMEIRA EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Tâmara da Cruz Piedade Oliveira  
Laís Chagas de Carvalho

**DOI 10.22533/at.ed.78619231222**

**CAPÍTULO 23 ..... 233**

PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE HOSPITALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Maria Ancelma de Lima e Silva  
Amanda Vilma de Oliveira Lacerda  
Ana Carolina Oliveira de Freitas  
Maiara Bezerra Dantas  
Karina Ellen Alves de Albuquerque  
Francisco Ayslan Ferreira Torres  
Milena Silva Ferreira  
Bruna Letícia Olimpio dos Santos  
Sara Éllen Rodrigues de Lima  
Adriana de Moraes Bezerra  
Natana de Moraes Ramos  
Naanda Kaanna Matos de Souza

**DOI 10.22533/at.ed.78619231223**

**CAPÍTULO 24 ..... 245**

NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS E QUALIDADE DE VIDA EM HOMENS EM CIRURGIA ONCOLÓGICA

Ana Angélica de Souza Freitas  
Maria José Coelho

**DOI 10.22533/at.ed.78619231224**

**CAPÍTULO 25 ..... 256**

O USO DE TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA EM UM PACIENTE COM LESÕES POR PRESSÃO: UM ESTUDO DE CASO

Ana Paula de Magalhães Barbosa  
Claudia Labriola de Medeiros Martins  
Maria Lúcia Ferreira dos Santos Fernandes Filha  
Rachel Cardoso da Silva  
Rosemary Bacellar Ferreira de Lima

**DOI 10.22533/at.ed.78619231225**

**CAPÍTULO 26 ..... 261**

TERAPIA COM LASER DE BAIXA INTENSIDADE NA CICATRIZAÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTE ORIUNDO DA UTI

Margarete Carréra Bittencourt  
Rosana do Nascimento Rodrigues

Vanessa Diellen Pinto Ferreira  
Anny Nayara Barros Garcia  
Flavia Renata Neves Costa

**DOI 10.22533/at.ed.78619231226**

<b>CAPÍTULO 27 .....</b>	<b>276</b>
RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE LABORAL E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM PÉ DIABÉTICO	
Aloma Renata Ricardino Maria Gorette dos Reis Marisa Dias Rolan Loureiro	
<b>DOI 10.22533/at.ed.78619231227</b>	
<b>SOBRE A ORGANIZADORA.....</b>	<b>288</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>	<b>289</b>

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES COM TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DO AGRESTE ALAGOANO

Data de aceite: 27/11/2019

### **Hidyanara Luiza de Paula**

Universidade Federal de Alagoas – Campus  
Arapiraca

Arapiraca - Alagoas

### **Amanda da Silva Bezerra**

Universidade Federal de Alagoas – Campus  
Arapiraca

Arapiraca - Alagoas

### **Viviane Milena Duarte dos Santos**

Universidade Federal de Alagoas – Campus  
Arapiraca

Arapiraca - Alagoas

### **Kleviton Leandro Alves dos Santos**

Faculdade CESMAC do Serão  
Palmeira dos Índios - Alagoas

### **Thayse Barbosa Sousa Magalhães**

Faculdade CESMAC do Serão  
Palmeira dos Índios - Alagoas

### **Ana Karla Rodrigues Lourenço**

Faculdade CESMAC do Serão  
Palmeira dos Índios - Alagoas

### **Bruno Barbosa da Silva**

Faculdade CESMAC do Serão  
Palmeira dos Índios - Alagoas

### **Italo Fernando de Melo**

Faculdade CESMAC do Serão  
Palmeira dos Índios - Alagoas

### **Joisse Ane Moreira da Silva Ferreira**

Faculdade CESMAC do Serão

Palmeira dos Índios - Alagoas

### **Neíde Fernanda de Oliveira Silva**

Faculdade CESMAC do Serão  
Palmeira dos Índios - Alagoas

### **Sandra Mirthinielle Oliveira da Silva**

Faculdade CESMAC do Serão  
Palmeira dos Índios - Alagoas

### **Tamiris de Souza Xavier**

Faculdade CESMAC do Serão  
Palmeira dos Índios - Alagoas

**RESUMO:** No Brasil, a tuberculose ainda se configura como um problema de saúde tão grave quanto era no século passado. Apesar de curável é um desafio para a saúde pública, em especial nos países em desenvolvimento. Identificar principais características sociodemográficas dos portadores de tuberculose em um município do Agreste Alagoano. Estudo descritivo, quantitativo. Referencial teórico levantado através de artigos científicos. Os dados expostos nos resultados foram obtidos através do DATASUS. Das variáveis disponíveis utilizaram-se quatro, que apresentaram relevância para o objetivo do estudo, 2016 foi o ano pesquisado. Dos 20 casos notificados no período, predominou o sexo masculino com 68,6%, e 43,0% deles têm

entre 20-39 anos. Além disso, 69,7% eram de raça parda e 77,9% residiam na zona urbana. Os resultados mostram que a tuberculose prevaleceu em adultos homens, de baixa escolaridade e residentes de zona urbana, ou seja, indivíduos em plena capacidade produtiva. Através dos dados é possível conhecer a população mais afetada pela patologia estudada, oferecendo subsídios para a realização de ações que incentivem a prevenção e a promoção da saúde, principalmente nos grupos mais fragilizados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tuberculose. Epidemiologia. Atenção primária à saúde.

## SOCIODEMOGRAPHICAL CHARACTERISTICS OF TUBERCULOSIS PATIENTS IN A CITY OF ALAGOAN AGRESTE

**ABSTRACT:** In Brazil, tuberculosis is still as serious a health problem as it was in the last century. Although curable, it is a public health challenge, especially in developing countries. To identify the main sociodemographic characteristics of tuberculosis patients in a municipality of Agreste Alagoano. Descriptive, quantitative study. Theoretical framework raised through scientific articles. The data exposed in the results were obtained through DATASUS. Of the available variables, four were used, which were relevant to the study objective, 2016 was the year surveyed. Of the 20 cases reported in the period, males predominated with 68.6%, and 43.0% are between 20-39 years old. In addition, 69.7% were brown and 77.9% lived in the urban area. The results show that tuberculosis prevailed in male adults with low education and residents of urban areas, that is, individuals in full productive capacity. Through the data it is possible to know the population most affected by the pathology studied, offering subsidies for actions that encourage prevention and health promotion, especially in the most fragile groups.

**KEYWORDS:** Tuberculosis. Epidemiology. Primary health care.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a tuberculose (TB) ainda se configura como um problema de saúde tão grave quanto era no século passado (JACOBS; PINTO JUNIOR, 2019). Estima-se que no mundo 10,4 milhões de pessoas adoeceram por TB em 2015, com registro no Brasil de 63.189 casos novos, com coeficiente de incidência de 30,9/100 mil habitantes (BRASIL, 2016).

A tuberculose apesar de curável é um desafio para a saúde pública, em especial nos países em desenvolvimento, devido à relação direta com a vulnerabilidade social (PRADO JÚNIOR; VIRGÍLIO; MEDRONHO, 2016). A fim de reduzir as chances de desenvolvimento e proliferação desta doença, o Brasil faz parte dos 22 países

prioritários para o controle da tuberculose pela Organização Mundial de Saúde.

Sendo assim, faz-se necessária a abordagem sobre o tema para identificar as principais características sociodemográficas dos portadores de tuberculose em um município do Agreste Alagoano.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, cuja ferramenta para coleta de dados foi o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram selecionadas quatro variáveis para análise do estudo: sexo, faixa etária, etnia e local de residência, registrados no ano de 2016. Os dados obtidos no DATASUS foram organizados uma planilha no Excel. Como o banco com dados é de domínio público, não foi necessário submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 20 casos notificados no período, predominou o sexo masculino com 68,6%, e 43,0% deles têm entre 20-39 anos. Além disso, 69,7% eram de raça parda e 77,9% residiam na zona urbana (Tabela 1).

Variáveis	N(%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	59 (68,6)
Feminino	27 (31,3)
<b>Faixa etária</b>	
15-19	3 (3,4)
20-39	37 (43,0)
40-59	31 (36,0)
<b>Raça</b>	
Branca	3 (3,4)
Preta	18 (20,9)
Amarela	1 (1,1)
Parda	60 (69,7)
Indígena	1 (1,1)
<b>Zona</b>	
Urbana	67 (77,9)
Rural	18 (20,9)

Tabela 1 - Características socioeconômicas dos indivíduos com tuberculose de um município do Agreste Alagoano no ano de 2016.

Estudo desenvolvido por Andrade et al. (2019) com 216 participantes apresentou o predomínio de indivíduos do sexo masculino (60,6%), com faixa etária mais extensa de 20 a 59 anos (71,3%), etnia parda (92,6%) e residia em domicílios com até dois moradores, corroborando com o presente estudo.

A partir dos dados foi possível observar que os fatores socioeconômicos interferem significativamente na condição de saúde do indivíduo, cujas características levam a maior vulnerabilidade para adquirir a doença e influenciam diretamente no acesso aos serviços de saúde, dificultando o controle da doença (PRADO JÚNIOR; VIRGÍLIO; MEDRONHO, 2016).

## CONCLUSÃO

Os resultados mostram que a tuberculose prevaleceu em adultos homens, de baixa escolaridade e residentes de zona urbana, ou seja, indivíduos em plena capacidade produtiva. Através dos dados é possível conhecer a população mais afetada pela patologia estudada, oferecendo subsídios para a realização de ações que incentivem a prevenção e a promoção da saúde, principalmente nos grupos mais fragilizados.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, K. V. F. et al. Associação entre desfecho do tratamento, características sociodemográficas e benefícios sociais recebidos por indivíduos com tuberculose em Salvador, Bahia, 2014-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 28, n. 2, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública**. Bol Epidemiológico. v. 47, n.13, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde/SVS. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>. Acesso em: 30 de maio de 2017.

CALIARI, Juliano Souza; FIGUEIREDO, R. M. **Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros**. Acta Paul Enferm, v. 25, n. 1, p. 43-7, 2012.

JACOBS, Marina Gasino; PINTO JUNIOR, Vitor Laerte. Perfil dos municípios brasileiros, a presença de tuberculose e sua forma drogárresistente. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.24, n.7, p.2379-2386, 2019.

PRADO JUNIOR, J.C. et al. Comparação da proporção de cura por tuberculose segundo cobertura e tempo de implantação de Saúde da Família e fatores socioeconômicos e demográficos no município do Rio de Janeiro, Brasil, em 2012. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.5, p.1491-1498, 2016.

## IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 27/11/2019

### **Kesia Jacqueline Ribeiro Oliveira**

Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família -  
Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/ AL

### **Camila Aparecida de Oliveira Alves**

Enfermeira - Secretaria Municipal de Saúde de  
Maceió/ AL

### **Herika do Nascimento Lima**

Enfermeira - Secretaria Municipal de Saúde de  
Maceió/ AL

### **Jenyffer Dias de Oliveira**

Enfermeira, graduada pelo Centro Universitário  
(CESMAC), Maceió-AL

### **Maria Da Glória Freitas**

Enfermeira, docente do Centro Universitário  
(CESMAC0, Maceió/ AL

### **Cicera Alves Gomes**

Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família -  
Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/ AL

### **Anie Deomar Dalboni**

Graduanda em medicina pelo Centro Universitário  
(CESMAC), Maceió/AL

### **Régina Cristina Rodrigues Da Silva**

Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família -  
Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/ AL

### **Silvana Pereira Gomes**

Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família –  
Secretaria Municipal de  
Saúde de Maceió/AL

**RESUMO:** **Introdução:** O acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma UBS distinguem-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro, pois a equipe da Atenção Básica tem um elo de ligação com a comunidade, facilitando a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual. O cuidado à demanda espontânea na Atenção Básica, tem como princípio o acolhimento à população e a escuta qualificada. Para isso, torna-se necessário: Avaliar a necessidade de cuidados imediatos; Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas; Classificar o risco para definir prioridades de cuidado. Assim, a Educação Permanente em Saúde é importante estratégia na construção da competência do profissional, baseada na aprendizagem significativa. **Objetivo:** Relatar a experiência da realização de oficinas sobre Acolhimento com Classificação de Risco para servidores de unidades de saúde. **Metodologia:** Este trabalho trata-se de um relato de experiência das ações educativas no município de Maceió/AL, envolvendo toda a equipe do PET GraduaSUS- Centro Universitário Cesmac, e posteriormente a articulação com a equipe das unidades envolvidas no Programa. Foi utilizada a metodologia da problematização para discussão do tema. **Resultados:** Como produto

das ações realizadas, foram confeccionados e entregues nas unidades banners com a tabela de classificação de risco. Além do planejamento para implantação de uma sala de acolhimento na Unidade Docente Assistencial do Cesmac. **Conclusão:** A implantação da classificação de risco traz benefícios para a população, para o atendimento da equipe multiprofissional, pois estabelece uma relação de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acolhimento; Humanização; Atenção Básica.

## IMPLEMENTATION OF RECEPTION AND RISK CLASSIFICATION IN PRIMARY CARE: AN EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT: Introduction:** Reception to spontaneous demand and emergency care in a UBS are distinguished from service in an emergency unit, because the team of Primary Care has a bond with the community, facilitating continuity of care, and not just a punctual service. Care for spontaneous demand in Primary Care, as a principle of welcoming the population and the qualified listening. For this, it becomes necessary: Assess the need for immediate care; Identify individual or collective vulnerabilities; Sort the risk to define care priorities. Thus, Permanent Education in Health is an important strategy in building professional competence, based on significant learning. **Objective:** Report on the experience of hosting workshops with a Risk Classification for health unit servers. **Methodology:** This work is an experience report of the educational actions in the city of Maceió/AL involving the entire team of PET GraduaSUS- Centro Universitário Cesmac, and subsequently liaison with the team of the units involved in the Program. The problematization methodology was used to discuss the topic. **Results:** As a product of the actions carried out, they were made and delivered to the banner units with the risk classification table. In addition to planning for the implementation of a reception room in the Teaching Unit Assistance of the Cesmac. **Conclusion:** The implementation of the risk classification brings benefits to the population, for the service of the multiprofessional team, because it establishes a relationship of bond, which characterizes the continuity of care, and not just a punctual service.

**KEYWORDS:** Reception; Humanization; Primary Care.

### 1 | INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (2015, p. 04), através da Política Nacional de Humanização PNH, criada em 2003, define o HumanizaSUS como política que perpassa pelas distintas ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, envolvendo os diferentes níveis e proporções da Atenção e da Gestão.

Martins (2017), Infere que há um pouco mais de uma década a PNH fomenta mudanças na atenção e na gestão ao convidar os sujeitos envolvidos a (re)pensar

e intervir no cotidiano da saúde pública brasileira. Ainda de acordo com os autores, O HumanizaSUS, prioriza a produção de inquietações no Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de ser vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH, conta com equipes de apoiadores em gestão compartilhada, articulada com as secretarias estaduais e municipais de saúde.

O HumanizaSUS, como também é nomeada a Política Nacional de Humanização, desafia a articulação entre trabalhadores, usuários e gestores na construção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho.

A Política Nacional de Humanização fundamenta-se em algumas diretrizes específicas para a Atenção Básica, que se constituem em definidas organizações e produções de trabalho. Discorreremos a seguir, a experiência de monitoras e tutoras do Programa de Educação pelo Trabalho (PET GRADUA SUS).

O Ministério da Saúde (2013) assumiu como umas das prioridades a Atenção Básica, considerando-a um dos eixos estruturantes do SUS. Elencando como desafios atuais, o acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas. Na perspectiva de uma organização dos serviços de saúde, articulados em redes de atenção, capazes de ofertar respostas às necessidades da população de modo singular, integral, equânime e compartilhada, uma vez que a Atenção básica está muito próxima da coletividade.

O departamento de Atenção Básica pondera que as equipes da atenção básica têm a responsabilidade de criar vínculos, e assumir ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar. Como uma importante porta de entrada do sistema de saúde, a atenção básica, deve se estabelecer como capaz de oferecer respostas efetivas aos usuários.

Acolher, para Brasil (2013), é constatar o que o outro traz como autêntica e peculiar necessidade de saúde. O acolhimento deve amparar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. O acolhimento é construído de forma grupal, devendo apontar à coletividade uma escuta qualificada, pela equipe de saúde, ofertando um atendimento justo e integral e resolutivo, possibilitando resposta aos anseios e necessidades da população, de acordo com a avaliação de risco, possibilitando a humanização do cuidado.

De acordo com os Cadernos de Atenção Básica n. 28 (2013), outros atores podem estar contribuindo com a gestão do cuidado. Podem ser professores e estudantes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde. As mudanças que vêm ocorrendo nas grades curriculares estão incentivando as instituições de ensino superior, a adotarem a rede básica como requisito imprescindível para a formação de profissionais de saúde voltadas para o SUS. Estas instituições de ensino vêm estabelecendo parcerias com os profissionais da atenção básica/Estratégia Saúde da Família, através da pesquisa, extensão, ou grupos tutoriais, como é o caso

do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) que está se inserindo de variadas formas nos serviços.

O acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma UBS distingue-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento, uma vez que a Atenção Básica trabalha em equipe, tem um elo com a comunidade, conhece os problemas da população, facilitando assim, o acompanhamento do quadro e a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual.

O cuidado à demanda espontânea na Atenção Básica tem como princípio norteador o acolhimento à população e a escuta qualificada, garantindo um atendimento humanizado, resolutivo e que permita a criação de vínculo entre as equipes de atenção básica e as pessoas, reconhecendo o que preconiza a atenção básica, como a porta de entrada prioritária para as redes de atenção à saúde do SUS.

O Caderno da Atenção Básica n. 28 (2013), infere que na escuta qualificada, torna-se necessário: Avaliar a necessidade de cuidados imediatos; Prestar ou facilitar os primeiros cuidados; Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas; Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado; Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, ou administração de medicação, ou que estejam esperando remoção para outro serviço, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (meningite, por exemplo); Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.

## 2 | OBJETIVO

Com o objetivo de discutir os processos de trabalho nas unidades envolvidas no PET Gradua SUS, foram realizadas duas oficinas sobre acolhimento e classificação de riscos na Atenção Básica. Vale ressaltar que a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma importante estratégia na construção da competência do profissional, baseada na aprendizagem significativa e na visão da transformação das práticas profissionais. (BRASIL, 2018)

As unidades foram a Unidade Docente Assistencial (UDA) UBS Paulo Oliveira Costa; e a USF da Pitanguinha, ambas localizadas no 3º Distrito Sanitário de Maceió-Al. A princípio houve um planejamento prévio, envolvendo toda a equipe do Pet Gradua SUS e, posteriormente a articulação com a equipe das unidades envolvidas no Programa. A fundamentação teórica usada foi o Caderno de Atenção Básica 28 do MS, que aborda o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), levando em

conta que a estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientarão não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer.

Na Atenção Básica, diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento após a primeira escuta, a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção imediata se faz necessária (BRASIL, 2013). O CAB 28, traz um quadro com classificação geral dos casos de demanda espontânea na atenção básica, que foi usado como norteador, na discussão.

### 3 | METODOLOGIA

Foi utilizada a metodologia da problematização, onde, inicialmente, identificou-se o conhecimento da equipe acerca da temática, para então subsidiar a discussões utilizando situações problemas. Para isso, a equipe foi dividida em dois grupos, que receberam 3 casos, cada um.

As situações discutidas foram:

1. Adolescente, 16 anos, chega à unidade referindo azia, relata vômitos e atraso menstrual de 2 meses, traz consigo cartão de vacina atrasado. Classifique o risco.
2. J.S, feminino, 30 anos, chega à unidade aflita, com marcas pelo corpo, relata que seu companheiro é agressivo e alcoólatra. Relata que ao marido chegar em casa durante a manhã foi violentada pelo mesmo. Classifique o risco.
3. R.S, 40 anos, chega à unidade relatando tosse seca há mais de 3 semanas, relata emagrecimento e que desde ontem escarra sangue. Classifique o risco.
4. Genitora chega à unidade com seu bebê ( 6 meses) para vacinação a mesma relata cartão de vacinas atrasado. Classifique o risco.
5. J.N.S., masculino, 35 anos, referindo diarreia, dor abdominal leve, febril, sem sinal de desidratação. Relata que comeu uma feijoada há uns 5 dias. Classifique o risco.
6. M.N.D. feminino, 54 anos, chega à unidade referindo dor no abdômen, cefaleia, vômitos e náuseas, histórico familiar de hipertensão e diabetes. Foi realizado a verificação da PA= 110x70mmHg e HGT= 220mg/dL. Classifique o risco.

Em relação à definição de intervenções segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidades), os casos podem ser classificados em “Não Agudo” (intervenções programadas) e “Agudo” (atendimento imediato, prioritário ou no dia). Desta forma, os grupos discutiram e realizaram os devidos encaminhamentos, utilizando as cores da classificação de risco proposta

pelo Caderno de Atenção Básica 28.

Os participantes avaliaram a oficina como satisfatória e se mostraram interessados em outras reuniões para trabalhar as questões relacionadas. Ficou evidente a interação e a participação das equipes, que expressaram bastante interesse em relação à temática discutida, esclarecendo as dúvidas que tinham a respeito de situações que acontecem na rotina do serviço.

Como produto das ações realizadas, foram confeccionados e entregues nas unidades banners com a tabela de classificação de risco. Além do planejamento para implantação de uma sala de acolhimento na Unidade Docente Assistencial do Cesmac.

## 4 | CONCLUSÃO

A Classificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades são fundamentais para traçar o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também estipular o tempo em que o cuidado deve ocorrer. É importante priorizar o atendimento de alguns casos, para não correr o risco de manter o indivíduo em sofrimento por tempo prolongado. E a estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades podem ser bastante úteis nesse sentido. Outro ponto a destacar, é a importância de facilitar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade, bem como de aumentar a eficiência e a eficácia do cuidado que a equipe oferta. Inferindo que, na Atenção Básica, os usuários geralmente são conhecidos ou estão próximos (por morarem perto ou serem adscritos à UBS) e que a eficácia do processo de trabalho da equipe resulta em relações humanitárias entre os profissionais, gerando, assim, mais segurança e proteção para os usuários.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**, Brasília, vol 1, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1 edição, Brasília – DF 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, vol 1, 2018.

MARTINS, C. P. **Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço**. Interface Comunicação Saúde Educação, (Botucatu). 21(60):13-22. São Paulo, 2017.

## ESTADO DEMOCRÁTICO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA GARANTIAS DOS DIREITOS À SAÚDE PÚBLICA

Data de aceite: 27/11/2019

**Mleudy Layenny da Cunha Leite**  
**Maria do Carmo Raposo**

**RESUMO:** O Estado Democrático estabelecido no Brasil após a Ditadura Militar e a Reforma Sanitária proporcionaram a participação da sociedade na formulação das políticas de saúde com a elaboração de leis e práticas democráticas nos serviços. A pesquisa teve como objetivo identificar as contribuições da enfermagem para o Estado Democrático e a garantia dos direitos na saúde pública e os anos de publicação. Revisão integrativa, com os seguintes descritores: Política, Enfermagem e Democracia. A coleta de dados foi realizada na base de dados Scielo, da Biblioteca de Saúde, LILACS, BDENF e Pubmed. A pesquisa foi realizada no mês de dezembro de 2016. Os artigos que compuseram o estudo foram analisados a partir da pergunta condutora: qual a contribuição da enfermagem para o exercício da democracia? Como resultados foram encontrados 5 artigos, publicados nos anos: 2001, 2009, 2010, 2012 e 2015. As ações de enfermagem encontradas foram: o trabalho de empoderamento do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação as suas necessidades

e seus direitos, identificou-se a relevância da Educação Popular em Saúde, formação do profissional através do ensino de maneira significativa com a inserção de disciplinas humanísticas, participação nas Conferências e Conselhos de saúde. Deste modo é importante a execução de ações reflexivas e críticas do docente no ensino para atuação com práticas democráticas na atividade profissional. Contribuições da Enfermagem: participação ativa da profissão no empoderamento e educação do cidadão seja individual ou coletiva para a garantia dos direitos à saúde pública.

**PALAVRAS-CHAVE:** Política, Enfermagem e Democracia

### DEMOCRATIC STATE: NURSING CONTRIBUTIONS TO GUARANTEES OF PUBLIC HEALTH

**ABSTRACT:** The Democratic State established in Brazil after the Military Dictatorship and the Sanitary Reform provided the participation of society in the formulation of health policies through the elaboration of laws and democratic practices in services. The research aimed to identify the contributions of nursing to the Democratic State and the guarantee of rights in public health and the years of publication.

Integrative review, with the following descriptors: Politics, Nursing and Democracy. Data collection was performed in the Scielo database of the Health Library, LILACS, BDNF and Pubmed. The research was conducted in December 2016. The articles that composed the study were analyzed from the leading question: what is the contribution of nursing to the exercise of democracy? As results were found 5 articles published in the years: 2001, 2009, 2010, 2012 and 2015. The nursing actions found were: the work of empowerment of the user of the Unified Health System (SUS) in relation to their needs and rights. , we identified the relevance of Popular Health Education, professional training through teaching significantly through the insertion of humanistic disciplines, participation in Conferences and Health Councils. Thus it is important to perform reflective and critical actions of the teacher in teaching to act with democratic practices in professional activity. Nursing Contributions: active participation of the profession in the empowerment and education of the citizen, whether individual or collective to guarantee the rights to public health.

**KEYWORDS:** Politics, Nursing and Democracy

## INTRODUÇÃO

A Constituição da República Brasileira apresenta em seu preâmbulo de forma generalista os aspectos da República a qual os brasileiros devem seguir para promover uma convivência harmoniosa em sociedade: representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

A partir da Constituição de 1988 e com o Movimento Sanitário para implantação de um Sistema de Saúde universal, integral e equitativo de saúde no Brasil, foram elaboradas políticas públicas e normas visando garantir os direitos aos usuários e organizar os serviços para assistência à saúde dos indivíduos de acordo com suas condições específicas da saúde e de acordo com aspectos relevantes para a saúde coletiva. Assim o processo de democratização da saúde, decorrente da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente foram elaboradas políticas para promoção do acesso aos serviços, como: a atenção às pessoas com deficiência, saúde da população privada de liberdade, da população negra entre outras.

O SUS tem em sua composição diversos serviços que constituem uma Rede de Atenção à Saúde, sendo os profissionais da Atenção Básica e principalmente a

equipe de enfermagem responsáveis pelas ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde do indivíduo, nos quais alguns fatores são considerados para a efetividade e eficiência das práticas, como: capacitação dos profissionais de saúde, financiamento dos serviços, diagnóstico das necessidades de saúde dos usuários no território e a participação social, de forma que ações de saúde favoreçam o desenvolvimento da autonomia e inserção destes indivíduos na sociedade. É preciso que os gestores e as equipes de saúde adotem uma prática centrada em ações resolutivas das dificuldades de acesso dos usuários aos serviços, priorizando a assistência integral, universal e equitativa. Que essas ações sejam transformadoras das atitudes e comportamentos nas relações interpessoais e que valorizem o controle social (FRANÇA et al, 2010).

Através da Lei 8142 do ano de 1990, foram instituídas as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, nos quais a população poderá participar ativamente na elaboração, planejamento, avaliação e fiscalização das ações executadas no âmbito da saúde pública. A Conferência de Saúde tem a representação dos vários segmentos sociais, acontecerá a cada quatro anos, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde é um órgão colegiado em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

No presente, a situação brasileira é marcada pelas crises política, econômica e social, pela confirmação do sequestro e da alienação do Estado pelos interesses das grandes empresas e dos bancos e investidores financeiros e pela angustiante dúvida sobre o futuro. Tudo isso contribui para a imposição de um espírito distópico que vislumbra o futuro apenas como a reprodução piorada do presente; uma consequência da ausência de um projeto alternativo, democrático, focado em objetivos que coloquem o povo e não o mercado como centro de preocupação (XAVIER MARCOS, 2017)

Os objetivos desta pesquisa foram identificar as contribuições da enfermagem para o Estado Democrático e a garantia dos direitos na saúde pública e identificar os anos de publicação. O processo metodológico utilizado foi a revisão integrativa, esta tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico. Embora combinar dados de delineamento de pesquisa diversos seja complexo e desafiador, a condução da

revisão integrativa, a partir da inclusão de uma sistemática e rigorosa abordagem do processo, particularmente da análise de dados, resulta na diminuição de vieses e erros. Portanto, é imperativo firmar a revisão integrativa como instrumento válido da Prática Baseada em Evidências, sobretudo no cenário atual da enfermagem brasileira. A coleta de dados foi realizada na base de dados Scielo, da Biblioteca de Saúde, LILACS, BDEF e Pubmed. A pesquisa foi realizada no mês de dezembro de 2016, com os seguintes descritores: Política, Enfermagem e Democracia. Os artigos que compuseram o estudo foram analisados a partir da pergunta condutora: qual a contribuição da enfermagem para o exercício da democracia?

Como resultados foram encontrados 5 artigos, publicados nos anos: 2001, 2009, 2010, 2012 e 2015. As ações de enfermagem encontradas foram: o trabalho de orientação e empoderamento do usuário no SUS em relação as suas necessidades e seus direitos garantidos na Constituição Brasileira, identificou-se a relevância da Educação Popular em Saúde e a importância da formação do profissional através do ensino de maneira significativa com a inserção de disciplinas humanísticas para atuação participativa e de reflexão dos problemas junto a população do território e a participação nas Conferências, Conselhos de saúde e órgãos de classe.

Com a criação do SUS, tendo como objetivo o atendimento universal a toda a população, não apenas aos trabalhadores que contribuíam financeiramente para ter acesso aos serviços de saúde, assistência ao indivíduo na sua integralidade, com ações de prevenção, promoção e de tratamento. Em 1991 foi implantado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, com 1 enfermeira e até 20 agentes comunitários de saúde. Em 1994 surgiu a Estratégia de Saúde da Família, que tem uma equipe mínima composta por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A Atenção Básica surge como uma estratégia para reorientar a organização do sistema de saúde tendo como pressuposto responder as necessidades da população, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais para promover a saúde como direito social (Souza MF et al, 2014).

O governo Brasileiro utiliza o termo Atenção Básica para definir os serviços de porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde, com o desenvolvimento de ações voltadas para os objetivos contidos na Declaração de Alma-Ata (1978) e da Carta de Ottawa (1986), além de tratamento e reabilitação dos usuários de um território adscrito e com identificação dos grupos de risco, considerando os determinantes e condicionantes para a saúde.

No modelo de saúde curativista houve a expansão dos serviços médico-hospitalares, com a descoberta de novos medicamentos e o desenvolvimento da indústria farmacêutica. Porém os grandes investimentos neste modelo não refletiam a melhoria na qualidade de vida da população e os investimentos não condiziam com as necessidades de saúde da população. A partir do modelo de Atenção à

Saúde com a execução de ações de promoção, prevenção e vigilância dos agravos os indivíduos são orientados em relação às melhores ações para manutenção e/ou desenvolvimento da sua saúde (Souza MF et al, 2014). Para Starfield 2002, a efetividade da organização dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Primária possibilita a melhoria da Atenção resultando em impactos positivos na saúde da população e na eficiência dos sistema.

Os serviços de Atenção Básica proporcionam a escuta, o acolhimento, o planejamento e compartilhamento das decisões junto aos usuários do território e de acordo com os problemas identificados neste, podendo-se instituir também conselhos locais de saúde para discussão e realização de práticas de educação em saúde, afim de evitar o adoecimento da população por práticas que favoreçam o aparecimento de doenças. Em 2006 foi implantada a Política Nacional de Promoção da Saúde com suas práticas realizadas no âmbito dos serviços públicos de saúde, principalmente a Atenção Básica, com o objetivo de promover a saúde através das práticas realizadas por profissionais das equipes de Saúde da Família ou do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

No que se refere a Promoção da Saúde, temos a Portaria 2446 de 2014, um dos objetivos desta política é contribuir para adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, visando reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, com respeito às diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais.

Em outro estudo identificado pela pesquisa é destacado a influência do tipo de governo existente nos currículos de ensino da enfermagem, como na Espanha com a adição da humanística e da antropologia no currículo facilitou uma compreensão holística que coincide com o período de democracia (Oguisso T et al, 2010).

O enfermeiro deve analisar o contexto social em que o indivíduo está inserido, realizando suas ações de acordo com a ética profissional e organização do serviço e capacitação da sua equipe para melhor qualidade no serviço prestado. O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional, configurado pela responsabilidade do plano das relações de trabalho com reflexos nos campos técnico, científico e político (BRASIL, 2007). Cabe ao enfermeiro, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem. Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde. Educação em Saúde visando à melhoria de saúde da população.

De acordo com estudos realizados, pode-se perceber que o processo

de desenvolvimento democrático pressupõe uma relação entre o processo de democratização da sociedade e processo de transformação desta mesma sociedade. Isso implica dizer que esse processo de democratização do poder e da própria sociedade é permanente e longo, o qual deverá ser mediado pela linguagem e comunicação política que inclua e se abra para a atuação do cidadão e também pela interação dos valores da esfera social que se encontram as instituições políticas e também pelos movimentos sociais organizados ou espontâneos (Caroline Muller Bitencourt e Eduarda Simonetti Pase, 2015).

## CONCLUSÃO

Deste modo é importante o protagonismo do docente durante sua formação com execução de ações reflexivas e críticas na formação deste para atuação profissional democrática. Contribuições para a Enfermagem: participação ativa da profissão no empoderamento e educação do cidadão seja individual ou coletiva para a garantia dos direitos à saúde pública.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. ABEN, 2007. [acesso em 27 de out. 2016] Disponível em: [http://www.abenpe.com.br/diversos/cod\\_etica.pdf](http://www.abenpe.com.br/diversos/cod_etica.pdf).

Constituição Federal de 1988, [acesso em: 24 de agosto, 2019], Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

FRANÇA, I.S.X et al. Violência Simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. *Rev Bras de Enferm Brasília*, 2010, nov-dez, 964-70. [Acesso em: 24 set. 2016], Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/15.pdf>.

FIORATI R.C; ELUI V.M.C. Determinantes sociais da saúde, iniquidades e inclusão social entre pessoas com deficiência. *Rev Latino Americana Enfermagem*. Mar-abr, 2015. [Acesso em 24 set. 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt\\_0104-1169-rlae-23-02-00329.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt_0104-1169-rlae-23-02-00329.pdf)

Lei 8142 de 1990, [acesso em: 24 de agosto, 2019], Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2446, de 11 de novembro de 2014. Política Nacional de Promoção da Saúde. [acesso em 23 de out de 2016] Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2466\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2466_11_11_2014.html)

Political Systems and the Perspective on Nursing Education during the Spanish Transition (from the Franco Regime to Democracy). Siles J, Solano-Ruiz M C, Freitas GF, Oguisso T. [Acesso em 24 set. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n3/v10n3a02.pdf>

Revisão integrativa: o que é e como fazer. Marcela Tavares de Souza, Michelly Dias da Silva , Rachel de Carvalho [acesso em: 24 de agosto, 2019], Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102)

Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

Souza MF, Franco MS, Mendonça AVM. Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro – Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

## FOSFOETANOLAMINA EM FOCO: O QUE A MÍDIA DIVULGOU SOBRE O “MEDICAMENTO” PARA TRATAMENTO DO CÂNCER

*Data de aceite: 27/11/2019*

### **Laura Beatriz Sousa de Jesus Martelletti**

Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde.

Trabalho desenvolvido durante a graduação em Iniciação Científica. Bolsista de Iniciação Científica - Edital 2016-2017. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Brasília-DF, Brasil. E-mail: laurabeatriz.unb@gmail.com

### **Graziani Izidoro Ferreira**

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Colaboradora. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Brasília-DF, Brasil. E-mail: gra.izidoro@gmail.com

### **Dirce Bellezi Guilhem**

Professora Titular. Orientadora. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Brasília-DF, Brasil. E-mail: guilhem@unb.br

**RESUMO:** **Objetivo:** O estudo teve por objetivo analisar o debate da mídia brasileira sobre a Lei Nº 13.269, de 13 de abril de 2016, a qual liberou o uso da Fosfoetanolamina (suspensa pelo STF) e explorar os discursos divulgados pela mídia, utilizando-se o conceito bioético da vulnerabilidade. **Metodologia:**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com caráter qualitativo, por se trabalhar com o universo dos significados, atitudes e valores. O levantamento de dados foi realizado por meio de matérias jornalísticas (online) e discursos divulgados pela mídia em notícias e comentários independentes nos anos de 2015 e 2016, nos portais: G1, Folha Online e Correio Braziliense. **Resultados:** Para análise de dados utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin, a partir, da qual emergiram duas categorias: Posicionamentos em objeção à Lei e Posicionamentos favoráveis à Lei. **Conclusão:** Concluiu-se que a procura por terapia complementar no tratamento oncológico é recorrente, pois aflora a necessidade de testar todas as possibilidades de tratamento disponíveis. Portanto, o paciente oncológico e sua família apresentam múltiplas vulnerabilidades, as quais geram pessoas passivas, dependentes e com autoestima relativamente comprometida. A Enfermagem, nesse contexto, deve desempenhar papel fundamental no reconhecimento precoce de situações de vulnerabilidade e contribuir para inclusão social no desenvolvimento científico e no compromisso com a democratização da ciência.

**PALAVRAS-CHAVE:** Vulnerabilidade em

## (PHOSPHOETHANOLAMINE IN FOCUS: WHAT THE MEDIA DISCLOSED ABOUT “MEDICATION” FOR CANCER TREATMENT)

**ABSTRACT: Objective:** This project aims to analyze the Brazilian media debate about the law n. 13.269, from April the 13th, 2016, which allowed the use of phosphoethanolamine (suspender by the Supreme Federal Court of Brazil, STF), and explores what the media has published, using the bioethics concept of vulnerability. **Methodology:** It is a descriptive-exploratory study, with qualitative analysis, observing the universe of meaning, attitudes and values. The data collection included newspapers' articles (available online) and from what was spread in the media through news and comments produced in the years 2015 and 2016, on the following online newspapers: G1, Folha Online and Correio Braziliense. **Results:** The data analysis utilized the Content Analysis of Laurence Bardin perspective, from which two categories emerged: arguments in favor of the law and arguments against it. **Conclusion:** This analysis brought the conclusion that the search for complementary therapy on oncologic treatment is recurrent because it flourishes the need to try all possibilities of treatment available. Therefore, oncologic patients and their families have multiples vulnerabilities; this scenario affects their self-esteem and makes them more passive and dependent. Nursing, in this context, must play a fundamental role recognizing beforehand situations of vulnerability and must contribute to social inclusion on scientific development and democratization.

**KEYWORDS:** Health Vulnerability. Neoplasms. Bioethics. Nursing.

### INTRODUÇÃO

O termo vulnerabilidade pode ser compreendido basicamente como a incapacidade de proteger seus próprios interesses. Quando se trata de pesquisas com seres humanos sempre existem riscos envolvidos, portanto todos participantes apresentam certo grau de vulnerabilidade, especialmente pessoas com a saúde debilitada, como é o caso de pessoas com câncer, haja vista que estão expostas à expectativa de receber algum benefício terapêutico. Desse modo, tais participantes correm o risco de sofrerem coerção, exploração e exclusão tanto da pesquisa como dos benefícios gerados por ela. Sabendo que a vulnerabilidade ainda pode ser classificada como intrínseca (como doença grave, doença psicológica, extremos de idade, etc) ou extrínseca (baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade, entre outros), a pessoa com câncer é cercada de múltiplas vulnerabilidades, ao passo que não é específica para uma idade, classe social ou cultura e apresenta risco de morte.<sup>1</sup>

No início da década de 1990, no Instituto de Química do campus São Carlos (IQSC) da Universidade de São Paulo (USP), os pesquisadores Gilberto Chierice e Salvador Claro Neto produziram, independentemente, cápsulas sintetizadas da substância endógena ao corpo humano, chamada *fosfoetanolamina* (fosfo). Esta substância tem como função orgânica sintetizar membranas plasmáticas e carrear gordura. No discurso dos pesquisadores, a substância sintética teria finalidade de sinalizar células tumorais para o sistema imunológico destruí-las. Após testes promissores com animais, os pesquisadores, em parceria com o Hospital Amaral Carvalho (Jaú/SP) passaram a disponibilizar as cápsulas gratuitamente às pessoas diagnosticadas com câncer.<sup>2</sup>

Todavia, em 2014, o IQSC divulgou uma portaria, a qual determinou que todas as substâncias experimentais deveriam ter todos os registros requeridos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) antes de serem disponibilizadas à população. Desse modo, as substâncias que não possuíam esse registro seriam disponibilizadas apenas mediante decisão judicial. Em consequência desse posicionamento, pacientes com câncer passaram a obter a “fosfo” por meio de liminares judiciais. Em novembro de 2015, uma decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo suspendeu as liminares por classificar como “irresponsável” o fornecimento da substância sem comprovação de sua eficácia. A partir de então, muitos movimentos populares começaram a crescer nas mídias sociais posicionando-se em prol da liberação das cápsulas. Afirmavam que se a pessoa já houvesse passado por tratamentos tradicionais contra a doença e não estivesse disponível outras possibilidades de cura, porque não utilizar formas alternativas de tratamento independente de estudo clínico, considerando-se, que muitas pessoas que estavam em uso da *fosfo* disseram ter tido melhora.<sup>2</sup>

Por apelo social, a ex-presidente Dilma Rousseff sancionou a lei Nº 13.269, de 13 de abril de 2016, a qual autorizava o uso da fosfoetanolamina sintética para pacientes diagnosticados com neoplasia maligna.<sup>2</sup> Em 19 de maio de 2016 a lei foi suspensa pelo Supremo Tribunal Federal (STF), por uma ação submetida pela Associação Médica Brasileira (AMB), a qual questionava a lei que tinha liberado o uso da fosfoetanolamina sintética:

A Associação Médica Brasileira (AMB), autora da ação, sustenta que diante da ausência de testes da substância em seres humanos e de desconhecimento acerca da eficácia do medicamento e dos efeitos colaterais, sua liberação é incompatível com direitos constitucionais fundamentais como o direito à saúde (artigos 6º e 196), o direito à segurança e à vida (artigo 5º, caput), e o princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1º, inciso III).<sup>4</sup>

Em meio à discussão entre sociedade, pesquisadores e órgãos regulamentadores de estudos e distribuição de medicamentos, este estudo buscou analisar por meio de matérias jornalísticas (online), divulgadas entre os anos de

2015 e 2016, o debate que circundou a Lei N° 13.269, de 13 de abril de 2016, a qual liberou o uso da Fosfoetanolamina e explorar os discursos divulgados pela mídia, tanto em notícias como comentários independentes frente ao tema publicado, à luz do conceito bioético da vulnerabilidade.<sup>5</sup>

## **METODO**

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, com caráter qualitativo, por se trabalhar com o universo dos significados, atitudes e valores<sup>6</sup>. O levantamento de dados foi realizado por meio de matérias jornalísticas disponíveis eletronicamente e de discursos divulgados pela mídia em notícias e comentários independentes nos anos de 2015 e 2016, nos portais: G1, Folha Online e Correio Braziliense. Essas mídias de grande circulação foram selecionadas por serem, respectivamente, veículo de abrangência nacional e de grande popularidade entre os brasileiros; referência jornalística do estado de São Paulo, local onde o composto químico, em foco, foi estudado e disponibilizado, e por último, por ser importante vínculo de informações em Brasília, de onde partiu a sanção da lei N° 13.269, de 13 de abril de 2016<sup>3</sup>, que viabilizou a dispensação do composto químico. Esses motivos justificam a utilização de desses veículos.

Para pesquisa nos portais supracitados foi utilizada a busca do termo *fosfoetanolamina*, dentre as notícias elencadas sobre o tema. Foram encontradas no G1: 369 referências; na Folha Online: 123 matérias e no Correio Braziliense: 40 ocorrências. Considerando-se a possibilidade de notícias repetidas, foram lidos todos os títulos e resumos e selecionados cinco matérias de cada portal no período de 2015 a 2016, utilizando-se a técnica de saturação de dados<sup>7</sup>. Incluíram-se matérias que enfocavam a temática e que apresentavam entrevistas e/ou comentários, os quais expunham opiniões de pesquisadores e outros atores sociais. Foram excluídas informações repetidas e matérias que fugiam do tema proposto.

Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin, a qual consiste na avaliação, de modo sistemático, de um corpo de texto ou de material audiovisual, com vista a desvendar a ocorrência de inter-relações entre palavras/frases/temas propiciando, desta forma, um meio para compará-las e extrair o significado explícito ou subjacente<sup>8</sup>.

## **RESULTADOS**

Após ter sido efetuada leitura flutuante das matérias, procedeu-se a leitura sistematizada das mesmas. Por meio desse processo emergiram duas categorias para análise que foram denominadas de 1. Posicionamentos em objeção à lei e 2.

Posicionamentos favoráveis à lei. Foi possível chegar a esse resultado tomando-se em consideração os discursos divulgados tanto nas notícias como nos comentários da população frente ao tema publicado. Observa-se que os comentários não representavam a opinião dos veículos de comunicação, sendo responsabilidade dos autores das mensagens.

1. Posicionamentos em objeção à Lei:	2. Posicionamentos favoráveis à Lei:
1.1) Comunidade Científica:	2.1) Comunidade Científica:
<p>“(…) Para o Instituto Oncoguia de São Paulo, os tratamentos devem se basear em evidências científicas de segurança. (…)” (16/10/2015, G1).</p>	<p>“(…) Sou cientista, mas é insuportável ver minha mãe definhar (…) que se danem os protocolos científicos. Sou cientista, sim, mas sou também a filha e sei que é insuportável ver a minha mãe - sempre tão falante, animada e forte como uma típica alemã – definhar.” (é jornalista e doutoranda em política científica pela Unicamp) (5/10/2015; Folha Online).</p>
<p>“(…)“ O oncologista e presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, afirma que o STF abriu um precedente muito grave. “Eles liberaram sem nenhuma análise técnica uma droga sem estudos clínicos. Sem evidência científica. É gravíssimo. Não temos a menor ideia dos efeitos dessa substância no organismo do ser humano. Quer dizer que, a partir de agora, qualquer um pode engarrafar água de açude e vender dizendo que é a cura do câncer?” (…)” (17/10/2015, Correio Braziliense).</p>	<p>“(…) Um vídeo que promete a cura do câncer tem se espalhado por meio das redes sociais e dos telefones celulares. Nele, o narrador anuncia a descoberta da fosfoetanolamina sintética, que “trata a doença sem deixar sequelas, sem enfraquecer o sistema imunológico, sem mutilações ou queda de cabelos”. Para consegui-la, basta uma liminar. A promessa tem gerado uma avalanche de ações no Judiciário. No último mês, mais de 400 processos sobre o assunto foram publicados no Diário de Justiça de São Paulo. (…)” (17/10/2015; Correio Braziliense).</p>
<p>“(…) O comunicado diz que a USP não desenvolveu estudos sobre a ação do produto nos seres vivos, muito menos estudos clínicos controlados em humanos. Não há registro e autorização de uso dessa substância pela ANVISA e, portanto, ela não pode ser classificada como medicamento, tanto que não tem bula. (…)” (Do G1 Bauru 22/10/2015).</p>	<p><b>2.1) Comunidade Jurídica e ou Executiva:</b></p>

<p>“(…) O que mais me preocupa nessa história é que as instituições que deveriam cuidar da nossa segurança foram desacreditadas. Quando a solicitação de ritos de segurança pedidos por agências de regulação, cientistas, médicos, acadêmicos, revistas científicas renomadas e ignorada, voltamos para as trevas. Quem vai nos defender de um charlatão? Quem vai decidir se um tratamento é seguro ou fútil? Grupos de pessoas desesperadas?”, diz B. G., chefe de pesquisa clínica do Hospital Sírio-Libanês. (...)” (14/04/2016, Folha Online)</p>	<p>“(…) obteve a decisão favorável do ministro E. F., que em seu parecer apontou também que a ausência de registro junto à ANVISA não implica em lesão à ordem pública e é um assunto pendente no STF.” (09/10/2015; G1 São Carlos).</p>
<p><b>1.2) Comunidade Jurídica:</b></p>	<p>“(…) Assim, é totalmente possível e legítima a decisão judicial para sanar a omissão que ameaça a vida de crianças, que é o direito maior. Quanto ao custo ao Estado, por que críticas ao fornecimento de um medicamento que custa poucos centavos a dose? (...) É evidente que a Justiça deve sanar isso.” (promotor de justiça de São Carlos – SP) (20/10/2015; Folha Online).</p>
<p>“(…) “O coordenador jurídico da entidade, argumenta que a lei, sancionada na quinta-feira pela presidente Dilma Rousseff, representa uma ameaça à saúde pública”. “Não há nenhum estudo mostrando se o produto é eficaz”. Além disso, há um grave risco de pacientes abandonarem tratamentos recomendados para usar algo que não sabemos nem mesmo a composição”, completou (...)” (Agência Estado, 15/04/2016, Correio Braziliense).</p>	<p>“(…) Na tentativa de evitar qualquer ameaça de desgaste (e de perda de votos) às vésperas da votação do impeachment, a Casa Civil recomendou à presidente Dilma Rousseff que libere o uso da fosfoetanolamina sintética - batizada de “pílula do câncer” - antes do registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (...)” (Agência Estado; 12/04/2016; Correio Braziliense).</p>
<p><b>1.3) Opinião Popular:</b></p>	<p><b>2.3) Opinião Popular:</b></p>
<p>“(…) O paciente com câncer terminal, como eu, é uma presa fácil. Somos extremamente vulneráveis, caímos nas mãos de curandeiros e charlatões. Já me operei duas vezes porque tive metástase na cabeça. Eu não fiz nenhum tratamento alternativo, mas sei o desespero de não ter o que fazer.” (...) (Médica, diagnosticada com câncer de pulmão em 2004) (Agência Estado; 30/04/2016; Correio Braziliense).</p>	<p>“As pessoas que estão na situação de câncer, muitas vezes não terão chance de sobreviver. Se essa droga, traz alguma possibilidade, por que não, começar a testar nessas pessoas, que querem acima de tudo se curar?? Tenho certeza, que há muita coisa envolvida para que esse medicamento não avance. Indústria farmacêutica por exemplo, que lucra bilhões com essas graves doenças que atinge a humanidade. Vejam só, é uma droga que pode curar o Câncer, mas que está sendo comparada como “água de açude”.” (Comentário, 17/10/2015, Correio Braziliense).</p>

	<p>“Muitas pessoas alegam que a substância não foi testada cientificamente... e daí???</p> <p>Várias pessoas tomaram as pílulas e tiveram seus tumores reduzidos e alguns curaram totalmente, tudo isso comprovado por Laudo médico, pesquisem no you tube depoimentos de alguns casos. Entrem com liminares quem pode, lutem pelo direito à vida de quem vocês amam, esse é um direito de TODOS, mais a Anvisa não tem pressa. Por que será.....???” (O comentário obteve 159 curtidas 7 não curtidas em 22/10/2015, G1).</p>
	<p>“(...) A pessoa está com câncer terminal, e não pode tomar o remédio porque não se sabe se ele faz mal a saúde. É patético. Outra coisa, não há testes ainda. A substância está por aí há vinte anos. Vão esperar mais vinte para fazerem os testes (?) Isso está com cara de indústria farmacêutica interferindo. Por fim, os primeiros testes não foram promissores porque foram in vitro. O teste tem que ser em organismo vivo. pois é um marcador de células tumorais para serem destruídas pelo sistema imunológico” (Comentário, 19/05/2016, Folha Online).</p>

Tabela 1. Categorias analíticas que emergiram a partir da análise de conteúdo. Brasília, 2017.

## DISCUSSÃO

O debate sobre a objeção ou aceitação à lei de liberação da fosfoetanolamina girou em torno de questões relacionadas à importância que assumem os testes que devem ser realizados antes da liberação dos medicamentos, à ética na condução de pesquisas, à responsabilidade do governo e dos órgãos reguladores de medicamentos na promoção da qualidade de vida da população, das instituições de ensino e pesquisa na formação de pesquisadores e profissionais de saúde, à necessidade de tratamentos baseados em evidência e à vulnerabilidade do paciente com câncer e seus familiares.

A realização de testes com medicamentos e a comprovação de sua aplicabilidade benéfica para a população depende de pesquisas do tipo ensaio clínico, a qual se desenvolve por meio de quatro fases bem delineadas e interdependentes e que necessitam cumprir normas e regulamentos éticos, por se tratar de pesquisas envolvendo seres humanos<sup>9</sup>.

O desenvolvimento de pesquisas deve ser acompanhado de diretrizes e requisitos éticos que contribuem para garantir o respeito à dignidade dos participantes dos estudos e promover a eticidade das pesquisas realizadas<sup>10</sup>.

Os primeiros documentos internacionais emergiram em resposta a situações conflituosas, como foi o caso do Código de Nurembergue (1947) em resposta às atrocidades cometidas durante o nazismo e Declaração de Helsinque (1964 e modificações posteriores), elaborada e divulgada pela Associação Médica Mundial<sup>11,12</sup>. Esses documentos estabeleceram princípios e protocolos relacionados a ética em pesquisa, preconizando papéis dos pesquisadores, instituições e participantes dos estudos.

No Brasil, tivemos a Resolução N. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde que foi substituída pela Resolução N. 466/2012 que é a mais atual fomentadora de normas e diretrizes que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos<sup>13</sup>. Esta resolução pode ser considerada uma peça bioética, na qual foram incorporados os princípios bioéticos da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. A resolução estabelece que todas as pesquisas realizadas com seres humanos deverão cumprir os fundamentos éticos e científicos conforme indicado seu Artigo III parágrafo 1º:

“A eticidade da pesquisa implica em: a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; e d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.”<sup>13</sup>

Observando-se esses aspectos, foi possível verificar por meio deste estudo “...que o caso da “fosfo” seguiu o trajeto oposto ao que é preconizado na resolução supracitada, pois com apenas testes pré-clínicos, realizados em animais, e proposições favoráveis à ação da substância no tratamento do câncer, os pesquisadores, de maneira independente, decidiram produzir as cápsulas e disponibilizar gratuitamente à população com câncer por anos, sem o consentimento da Universidade de São Paulo (USP) e qualquer anuência de órgãos reguladores como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).”<sup>14</sup> O grande perigo residia no fato de que não foram realizados estudos clínicos que permitiam seu registro junto à ANVISA, ressaltando que o local de produção e distribuição das cápsulas era o laboratório de química analítica, local não respaldado por órgãos reguladores para produção e dispensação de medicamentos, em claro desrespeito à regulamentação brasileira para o registro e comercialização de medicamentos<sup>15</sup>.

Além disso, o protocolo de pesquisa clínica não havia sido aprovado sob o ponto de vista ético pelo Sistema CEP/Conep, o Sistema Brasileiro de Revisão Ética para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos<sup>13</sup>. No que se refere a esses aspectos, a fragilidade jurídica e regulatória no Brasil foi notória nesse caso. Isso pode ser

comprovado observando-se que o poder jurídico liberou várias liminares para fornecimento das cápsulas aos pacientes sem considerar o risco que as pessoas corriam ao receberem a substância não testada mesmo após a suspensão da lei pelo Supremo Tribunal Federal (STF) a partir de uma ação da Associação Médica Brasileira (AMB).

Vale salientar que o desenvolvimento tecnológico expansivo possibilitou que as terapias já estabelecidas para o tratamento do câncer como quimioterapia, radioterapia, iodoterapia, hormonioterapia, entre outras, corroborassem para o bom prognóstico em neoplasias detectadas precocemente, com possibilidades reais de cura. Ainda assim, câncer é uma doença estigmatizante e remete à terminalidade e finitude humana<sup>16</sup>. Foi possível compreender, por meio deste estudo, que na era da internet as informações se propagam muito rapidamente. O que por um lado representa um grande avanço tecnológico pode também ser considerado um risco, considerando-se que informações sobre a “fosfo” se propagaram de maneira abrangente e levaram a população a aclamá-la como a “pílula do câncer” ou a “cura para o câncer”.

Sob essa perspectiva, fica evidente que pessoas com câncer e suas famílias são extremamente vulneráveis – compreendendo vulnerabilidade como uma situação onde as pessoas estão em desvantagem e são consideradas menos aptas e com poder reduzido para se proteger –, ou seja correm risco de maiores danos na participação em pesquisas por não serem capazes de proteger seus interesses<sup>1</sup>. O conceito de vulnerabilidade é utilizado para análise da situação nas quais se encontram pessoas e grupo sociais. O termo deriva do latim, “... do verbo *vulnerare*, quer dizer provocar danos ou injúria.”<sup>17</sup> No contexto das pesquisas em saúde “os termos “vulnerabilidade” e “vulnerável” são comumente empregados para designar susceptibilidade das pessoas a problemas de saúde.”<sup>17</sup>

Em casos assim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) representa grande avanço no contexto da prática científica e é indicado pelas principais diretrizes internacionais e brasileiras para as pesquisas envolvendo seres humanos<sup>5</sup>. É um documento que tem por finalidade assegurar os direitos e os deveres do pesquisador e do participante de pesquisa, seguindo todos os preceitos éticos e legais de proteção e fomento à autonomia do participante em decidir participar ou não da pesquisa. Torna-se essencial para que a equipe possa certificar-se de que o participante tem total clareza sobre as cláusulas do documento, o que prevê a inclusão de metodologias educativas no processo de obtenção do TCLE<sup>18</sup>. Porém, no caso da “fosfo”, o TCLE poderia não representar uma salvaguarda confiável, uma vez que as pessoas estavam em busca de alternativas para o enfrentamento de sua doença e aceitariam facilmente receber as pílulas sem medir os danos<sup>19</sup>.

A avaliação da vulnerabilidade pode ser utilizada para distinguir características

ou condições e fomentar os recursos disponíveis para o enfrentamento da doença<sup>17</sup>. Nessa perspectiva, a atuação da enfermagem é fundamental para contribuir no empoderamento de pacientes com câncer e suas famílias, estimulando-os a conhecer melhor como se dão as etapas de estudos clínicos e a necessidade do rigor científico, transpondo tal conhecimento a realidade de cada um deles.

## CONCLUSÃO

Relações estabelecidas em contexto de vulnerabilidade geram pacientes e famílias passivas, dependentes com a autoestima consideravelmente comprometida. Pessoas fragilizadas emocional e fisicamente abrem mão de protocolos científicos, mesmo compreendendo sua necessidade e importância quando se trata de si ou de um ente querido. A procura por terapias complementares é recorrente em situações nas quais não existem outros tratamentos disponíveis para a doença de base. A enfermagem deve desempenhar papel fundamental para o reconhecimento precoce de situações de vulnerabilidade durante todo o processo de atenção à saúde. Os profissionais devem estar aptos a prestar os devidos cuidados e intervenções educacionais sobre direitos e possibilidade de tratamento, esclarecendo que o rigor e as boas práticas em pesquisas são necessários para protegê-los e fornecer tratamentos efetivos e eficazes.

A participação social no desenvolvimento da ciência é fundamental e demanda compromisso com democratização da prática científica favorecendo a criação de espaços para realização de conferências que unam cientistas e sociedade. Esse é um movimento que permitirá ao cidadão a possibilidade de se integrar e acessar conhecimentos imprescindíveis para o exercício ativo da vida em sociedade excluindo a possibilidade de ser influenciado por especulações sem fundamento. Além disso, essa reflexão deve fazer parte das atividades no contexto da comunidade acadêmica com o objetivo de capacitar os futuros profissionais para atuarem de forma equânime, transformando-se em elementos motivadores para a democratização do conhecimento científico.

## REFERÊNCIAS

1. Rogers W, Ballantyne A. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov.* 2008; 2(1): Sup.31-Sup.41. Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Meus%20documentos/Downloads/865-2403-1-SM.pdf.>. Acesso em: 26 abr. 2016.
2. Leite SN et al. Ações tentativas de mídia na controvérsia da pílula do câncer. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XVIII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Nordeste. Caruaru, PE: 07 a 09 de julho de 2016.

3. Brasil. Presidência da República. Lei Nº 13.269, DE 13 DE ABRIL DE 2016. Autoriza o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2016/Lei/L13269.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13269.htm)>. Acesso em: 26 abr. 2016.
4. Notícias STF. STF suspende eficácia da lei que autoriza uso da fosfoetanolamina. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=317011>>. Acesso em: 26 mai. 2017.
5. Guilhem D, Diniz D. O que é Ética em pesquisa? 1ª Ed. São Paulo: Editora Brasiliense; 2008.
6. Peñaranda F, Bastidas M, Torres JN, Escobar GM. La investigación cualitativa como práctica social, histórica y política orientada por principios. *Physis*. 2011;21(4):1191-1205.
7. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Porto: Edições 70; 2011.
9. Brasil. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Banco Nacional de Desenvolvimento. Gomes RP et al. Ensaio clínico no Brasil: competitividade internacional e desafios. Brasília: BNDES; 2012. Disponível em: <[https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/1504/1/A%20set.36\\_Ensaio%20cl%C3%ADnicos%20no%20Brasil.pdf](https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/1504/1/A%20set.36_Ensaio%20cl%C3%ADnicos%20no%20Brasil.pdf)>. Acesso em: 08 ago. 2017.
10. Diniz D, Sugai A, Guilhem D, Squinca F (Orgs.). Ética em pesquisa: temas globais. Brasília: LetrasLivres/Editora UnB; 2008. [Coleção Ética em Pesquisa n.4].
11. Castilho EA, Kalil J. Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2005;38(4):344-47.
12. Moro JV, Rodrigues JSM, André SCS. A pesquisa envolvendo seres humanos nas instruções aos autores em revistas científicas nacionais de enfermagem. *Rev. bioét (Impr.)*. 2011;19(2): 543 – 52.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N. 466/2012. Normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 2012.
14. Teodoro CRS, Caetano R. O caso da fosfoetanolamina sintética e a preocupante flexibilização das normas sanitárias no Brasil. *Physis*. 2016;26(3):741-46.
15. Ferreira CG. 'A Anvisa está sendo humilhada pelo Congresso'. O Globo online: 27 de março de 2016. Disponível em: <<http://globo.com/sociedade/saude/a-anvisa-esta-sendo-humilhada-pelo-congresso-diz-oncologista-18961401#ixzz44686ebms>>. Acesso em: 26 abr. 2016.
16. Rêgo JF et al. A “miracle” cancer drug in the era of social media: A survey of Brazilian oncologists’ opinions and experience with phosphoethanolamine. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2017;63(1):70-77.
17. Nichiata LYI, et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(5):923-28.
18. Lobato L. et al. Efeitos de intervenção educativa na qualidade ética do consentimento livre e esclarecido. *Rev. bioét (Impr.)*. 2012;20 (3):479-89.
19. Oliveira AG, Silveira D. Expectativa e realidade em torno do efeito anticâncer da fosfoetanolamina. *Infarma - Ciências Farmacêuticas*. DOI: 10.14450/2318-9312.v28.e1.a2016.pp3-4. Disponível em: <<http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=1456&path%5B%5D=pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

20. Carvalho SA. O caso fosfoetanolamina e a comunicação pública da ciência. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XXXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. São Paulo: 05 a 09 de setembro de 2016. Disponível em: <<http://portalintercom.org.br/anais/nacional2016/resumos/R11-0128-1.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

## IMPACTO DOS EFEITOS COLATERAIS NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES COM LEUCEMIA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Data de aceite: 27/11/2019

### Amanda Fonseca Baviera

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,  
Universidade de São Paulo  
Ribeirão Preto – SP

### Juliana Maria de Paula Avelar

Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto  
Ribeirão Preto – SP

### Laís Reis Siqueira

Universidade Federal de Alfenas  
Alfenas – MG

### Sterline Therrier

Universidade Federal de Alfenas  
Alfenas – MG

### Camila Mendonça Lopes

Universidade Federal de Alfenas  
Alfenas – MG

### Namie Okino Sawada

Universidade Federal de Alfenas  
Alfenas – MG

**RESUMO: Objetivo** : o objetivo geral do presente estudo é avaliar o impacto dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de adultos com leucemia. **Método** : trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, de corte transversal, realizado na

central de quimioterapia de um Hospital Escola no interior do Estado de São Paulo, Brasil. Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados, o questionário de dados sócio e clínico-demográficos e o instrumento *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* itens (EORTC-QLQ-C30), para avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. A análise dos dados foi quantitativa, por meio do SPSS, versão 20,0. **Resultados**: a escala de Estado Geral de Saúde (EGS/QV) atingiu média de 64,7, demonstrando que os pacientes acreditam que sua saúde está boa apesar do diagnóstico oncológico e tratamento. Nas funções física, emocional e social as médias variaram de 61,0 a 67,3 demonstrando um nível médio de satisfação. Enquanto o desempenho de papel apresentou uma média baixa de 45,5 identificada por relatos de afastamento da família e do emprego, aposentadorias e internações. **Implicações para a Enfermagem**: consideramos muito importante que a equipe de enfermagem realize a avaliação precisa, com a utilização de instrumentos específicos de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de cada paciente submetido ao tratamento quimioterápico, uma vez que, esta avaliação funciona como um indicador de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, Leucemia, Quimioterapia, Efeitos Colaterais.

## IMPACT OF SIDE EFFECTS ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN ADULTS WITH LEUKEMIA UNDERGOING CHEMOTHERAPY TREATMENT

**ABSTRACT: Objective:** The general objective of the present study is to evaluate the impact of side effects of chemotherapy treatment on the health-related quality of life of adults with leukemia. **Method:** This is an exploratory, descriptive and quantitative cross-sectional study conducted at the chemotherapy center of a teaching hospital in the interior of the state of São Paulo, Brazil. Two instruments were used for data collection, the socio-clinical and demographic data questionnaire and the 30-item European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality Questionnaire Core (EORTC-QLQ-C30) to assess the Quality of Life. Health-Related Life. Data analysis was quantitative through SPSS version 20.0. **Results:** The General Health Status scale (EGS / QL) reached an average of 64.7, showing that patients believe their health is good despite the cancer diagnosis and treatment. In the physical, emotional and social functions the averages ranged from 61.0 to 67.3 demonstrating an average level of satisfaction. While the paper performance presented a low average of 45.5 identified by reports of removal from family and employment, retirements and hospitalizations. **Implications for Nursing:** We consider it very important for the nursing staff to perform the accurate assessment, using specific Health Related Quality of Life instruments for each patient undergoing chemotherapy treatment, since this assessment acts as an indicator of Cheers.

**KEYWORDS:** Health Related Quality of Life, Leukemia, Chemotherapy, Side Effects.

### 1 | INTRODUÇÃO

O câncer é um termo genericamente utilizado para representar um conjunto de mais de 100 doenças, as quais possuem em comum o crescimento celular desordenado e invadem tecidos e órgãos, podendo levar a metástases em outras regiões do corpo [1]. Segunda principal causa de morte a nível mundial e responsável por 9,6 milhões de mortes em 2018, uma em cada seis mortes são relacionadas ao câncer, sendo os mais comuns os cânceres de próstata e mama [2].

Dentre os diversos tipos de câncer, existem as neoplasias hematológicas, doenças que levam à alterações no sangue ou em tecidos formadores do mesmo, como é o caso da leucemia, a qual é uma doença maligna que acomete os glóbulos brancos, também chamados de leucócitos. A leucemia é um tipo de câncer que apresenta uma alta taxa de mortalidade entre os pacientes, estima-se que entre

as 352 mil pessoas que desenvolvem leucemia todos os anos mundialmente, aproximadamente 265 mil (75,3%) morrem por conta da doença [3]. No Brasil, a estimativa de novos casos de câncer para o biênio 2018-2019 foi de 600 mil novos casos em cada ano, destes 5.940 e 4.860 são casos novos de leucemia em homens e em mulheres respectivamente [4].

As leucemias podem ser classificadas de acordo com a rapidez em que a doença evolui, portanto, há a leucemia aguda, onde a doença agrava-se de modo rápido e a leucemia crônica, cujo agravamento da doença geralmente é mais lento. As leucemias também podem ser agrupadas de acordo com os tipos de células que afetam, podendo ser linfóides ou mielóides [5].

Um dos principais tratamentos para esse tipo de câncer é a quimioterapia, ou a poliquimioterapia, a qual consiste na associação de medicamentos, cujo objetivo é o de destruir as células leucêmicas, de modo que a medula consiga voltar a produzir células normais [5]. A utilização da poliquimioterapia proporciona uma melhora na eficácia do tratamento das doenças neoplásicas, com redução da toxicidade, sendo um ponto positivo para o paciente [6].

Os quimioterápicos agem nas células em processo de divisão celular, interferindo no seu crescimento e divisão, tendo assim uma ação muito maior sob as células cancerígenas por possuírem uma taxa de divisão celular superior às células normais [7]. Porém, os quimioterápicos afetam não apenas as células cancerígenas, mas as células normais também, por este motivo o tratamento ocasiona inúmeros efeitos colaterais aos pacientes, sendo os mais comuns a diarreia, constipação, náuseas, vômitos, leucopenia, alopecia e mucosite [7].

Todos estes efeitos colaterais decorrentes do tratamento quimioterápico, associados com as preocupações do paciente referentes à doença, tais como risco de malignidade secundária, sintomas da própria doença, citotoxicidade, que pode levar aos efeitos prolongados e tardios, questões pertinentes à família e ao trabalho abrangem questões multidimensionais referentes à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) desses pacientes, a qual é afetada negativamente durante o período de tratamento para o câncer [7].

A QVRS é associada aos fatores pertinentes à saúde do indivíduo e todos os aspectos que a influenciam, tais como doenças e/ou agravos, intervenções e políticas de saúde, e os impactos e danos que podem gerar sobre o estado funcional, percepções individuais de bem-estar e fatores sociais [8,9].

A incapacidade, a dependência e a perda de autonomia são comuns em pacientes com leucemia que realizam quimioterapia, sendo que tais condições estão diretamente relacionadas aos efeitos colaterais do tratamento. Por isso, torna-se essencial que os profissionais da saúde reconheçam as necessidades e limites de cada paciente e realizem intervenções e orientações para a melhora destes [10].

Desta forma, destaca-se a importância de avaliar o impacto dos efeitos colaterais da quimioterapia na QVRS desses pacientes, para um tratamento mais efetivo e holístico.

A realização de estudos sobre qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com leucemia em tratamento quimioterápico é fundamental para a identificação dos domínios afetados, para o planejamento de intervenções/cuidados de enfermagem, de modo a proporcionar um atendimento humanizado, que responda as necessidades individuais do paciente.

Diante do exposto, o objetivo geral do presente estudo é avaliar o impacto dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de adultos com leucemia.

## 2 | MATERIAL E MÉTODO

Estudo exploratório descritivo, transversal e quantitativo, realizado na Central de Quimioterapia de um hospital público do sudeste brasileiro.

A população constituiu-se por pacientes com leucemia, atendidos na Central de Quimioterapia e que estavam no meio e/ou final do tratamento quimioterápico. Optou-se por este período, pois é necessário que o paciente já tenha recebido algumas sessões do tratamento quimioterápico para reportar os principais efeitos colaterais ou queixas apresentadas. A amostra foi de 26 pacientes, que concordaram em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão foram: ter idade superior a 18 anos, ter diagnóstico de leucemia e estar no meio ou final do tratamento quimioterápico. Foram excluídos os pacientes em início de tratamento quimioterápico, e aqueles que apresentavam alguma dificuldade na compreensão de perguntas simples que indicam orientação halo-psíquica, como data de nascimento, endereço e dia da semana.

A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2017. Para a categorização dos dados dos pacientes foi utilizado um questionário de identificação construído e devidamente validado para a coleta dos dados sociodemográficos: sexo, idade, estado civil, procedência, profissão/ ocupação, renda mensal, nível de escolaridade e religião; e dos dados clínicos/terapêuticos: tratamento adotado e sintomatologias.

Para avaliação da QVRS foi utilizado o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* itens (EORTC-QLQ-C30), que é um questionário de QVRS devidamente validado para a população brasileira, para uso específico em pacientes com câncer.

O EORTC-QLQ-C30 inclui cinco escalas funcionais: função física, cognitiva, emocional, social e desempenho de papéis. Considera ainda três escalas de sintomas: fadiga, dor, náuseas e vômitos; uma escala de qualidade de vida e saúde global e seis outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer: dispneia, falta de apetite/anorexia, insônia, constipação e diarreia, e também contém um item de avaliação do impacto financeiro. As respostas devem ser baseadas na semana anterior à entrevista.

O QLQ-C30 gera escores nas escalas funcionais e de sintomas. Cada escore é transformado numa escala de 0 a 100, de acordo com as diretrizes do EORTC, onde o zero denota o pior funcionamento e 100, o melhor funcionamento nas escalas funcionais e no ESG/ QV; enquanto que nas escalas e itens de sintomas, o 100 indica mais sintomas presentes e o zero, nenhum sintoma.

Os dados obtidos foram organizados em planilha de Excel e exportados para o programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 20.0. Foi realizada a análise descritiva dos dados com frequências absolutas e percentuais. Para testar a confiabilidade dos instrumentos, foi realizado o teste de consistência interna Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) cujo resultado foi  $\alpha = 0,76$ .

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e mantido sigilo quanto à identidade dos pacientes, atendendo a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, sob o protocolo nº 56428716.7.0000.5393. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante e a outra em posse do pesquisador.

### 3 | RESULTADOS

De um total de 26 pacientes, os dados sociodemográficos predominantes consistiram em pacientes do sexo masculino (53,8%). O público predominante foi da faixa etária de 60 a 80 anos, 14 (53,8%) eram casados, 10 (38,5%) eram aposentados, 17 (65,4%) eram da região do estado de São Paulo, 9 (34,6%) haviam escolaridade de ensino fundamental completo e 18 (69,2%) eram católicos, conforme é representado pela **Tabela 1**.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	12	46,2
Masculino	14	53,8
<b>Faixa Etária</b>		
20 e% 40 anos	6	23,1
40 e% 60 anos	6	23,1
60 e% 80 anos	13	50,0
≥ 80	1	3,8
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	6	23,1
Casado	14	53,8
Viúvo	3	11,5
Outro	3	11,5
<b>Profissão</b>		
Aposentado	10	38,5
Afastado	3	11,5
Funcionário público	1	3,8
Cabelereiro	1	3,8
Do lar	3	11,5
Cozinheiro	1	3,8
Encarregado de produção	1	3,8
Eletricista	1	3,8
Estudante	1	3,8
Médico	1	3,8
Agricultor	1	3,8
Auxiliar de produção	1	3,8
Operador de telemarketing	1	3,8
<b>Procedência</b>		
Ribeirão Preto	9	34,6
Estado de São Paulo	17	65,4
<b>Nível de escolaridade</b>		
Ensino Fundamental Incompleto	5	19,2
Ensino Fundamental Completo	9	34,6
Ensino Médio Incompleto	2	7,7
Ensino Médio Completo	5	19,2
Ensino Superior Incompleto	4	15,4
Ensino Superior Completo	1	3,8
<b>Religião</b>		
Nenhuma preferência	2	7,7
Católico	18	69,2
Evangélico	5	19,2
Espírita	1	3,8

Tabela 1 – Frequência e porcentagem das características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes com leucemia em tratamento quimioterápico em um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo, Brasil, 2017 (n = 26).

Quanto ao tipo de leucemia, o diagnóstico referente ao de leucemia mieloide aguda foi predominante, assim como o medicamento quimioterápico mais utilizado foi a Citarabina. Em relação aos efeitos colaterais do protocolo de quimioterapia, se destacaram os efeitos físicos como cansaço, dor, queda de cabelo, perda de apetite e do paladar, sonolência, fraqueza, pele avermelhada, hematoquezia, olfato apurado, mal-estar geral e tontura, representados na **Tabela 2**.

<b>Características Clínicas</b>	<b>N (%)</b>	<b>%</b>
<b>Diagnóstico</b>		
Leucemia crônica de tipo celular NE*	1	3,8
Leucemia linfóide aguda	4	15,4
Leucemia linfóide crônica	3	11,5
Leucemia mieloide aguda	13	50,0
Leucemia aguda de tipo celular NE*	3	11,5
Leucemia mieloide crônica	2	7,7
<b>Protocolo de quimioterapia</b>		
Fludarabina	1	3,8
Asparaginase + Nilotinibe + Metotrexato + Vincristina	1	3,8
Clorambucil	2	7,7
Tretinoína + Daunorrubicina	1	3,8
Metotrexato	1	3,8
Doxorrubicina + Citarabina	1	3,8
Rituximabe + Fludarabina + Ciclofosfamida	1	3,8
Citarabina	7	26,9
Imatinib + Citarabina	1	3,8
Citarabina + Hidroxiureia	1	3,8
Ciclofosfamida	1	3,8
Citarabina + Daunorrubicina	4	15,4
Tretinoína + Mitoxantrona	1	3,8
Metotrexato + Mercaptopurina	2	7,7
Imatinib + Hidroxiureia	1	3,8
<b>Efeitos colaterais da quimioterapia</b>		
Assintomático	5	19,2
<u>Efeitos gastrintestinais</u> : diarreia, náusea, vômito, enjoo, perda de peso	2	7,7
<u>Efeitos físicos</u> : cansaço, dor, queda de cabelo, perda de apetite, perda do paladar, sonolência, fraqueza, pele avermelhada, hematoquezia, olfato apurado, mal-estar geral, tontura	10	38,5
Efeitos gastrintestinais + físicos	9	34,6

Tabela 2 - Características clínico-terapêuticas dos pacientes com leucemia em tratamento quimioterápico em um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo, Brasil, 2017 (n = 26).

\*NE Não especificado.

A Tabela 3 representa as médias e o desvio-padrão do QLQ-C30. O Estado Geral de Saúde (EGS/QV) atingiu média de 64,70, mostrando que os pacientes acreditam que sua saúde está razoável apesar do diagnóstico oncológico e

tratamento. Nas funções física, emocional e social as médias variaram de 61,04 a 67,34 demonstrando um nível médio de satisfação. Enquanto o desempenho de papel apresentou uma média baixa de 45,53 identificada por relatos de afastamento da família e do emprego, aposentadorias, internações e a própria faixa etária predominantemente idosa.

<b>Escalas e Sintomas</b>	<b>Média</b>	<b>DP*</b>
Estado Geral de Saúde (EGS/QV)	64,7077	26,69852
Função física (FF)	61,0462	28,70170
Desempenho de papel (DP)	45,5308	40,71179
Função emocional (FE)	67,3423	31,52661
Função cognitiva (FC)	75,6654	24,60458
Função social (FS)	62,2000	34,50164
Fadiga (FAD)	47,8346	33,81123
Náuseas e vômitos (NAV)	19,8500	29,80522
Dor (Dor)	19,2192	33,22486
Dispneia (DIS)	14,0962	30,06392
Insônia (INS)	12,8115	25,06989
Perda de apetite (PAP)	42,2885	40,60842
Constipação (CON)	15,3808	32,97023
Diarreia (DIA)	12,8115	26,78079
Dificuldades financeiras (DIF)	37,1615	38,09059

Tabela 3- Média e desvio padrão das escalas do instrumento QLQ-C30 (baseline) – Brasil, 2017

\*Desvio Padrão

Nas escalas de sintomas houve predomínio da fadiga com média de 47,83, seguida pela perda de apetite 42,28, náuseas e vômitos 19,85, dor 19,21, constipação 15,38, dispneia 14,09, insônia 12,81 e diarreia 12,81.

No que tange as dificuldades financeiras, a média de 37,16 revela um número considerável de pacientes que, mesmo sendo atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ainda possuem dificuldades devido à complexidade do regime de tratamento, podendo relacionar também com o fato da maioria do público da amostra ser de outros municípios e por isso, ter um custo adicional com o transporte na adesão ao tratamento.

## 4 | DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o câncer é uma questão de saúde pública especialmente em países em desenvolvimento, onde se espera 80% dos 20 milhões de novos casos estimados para 2025 [1]. Com isso, é evidente a

importância do tratamento quimioterápico e o impacto dos seus efeitos colaterais na QVRS dos pacientes, objetivando a cura da doença.

O estudo da QVRS de pacientes com leucemia visa apontar na literatura científica os domínios afetados para que o manejo dos efeitos colaterais possa ser realizado de forma a tornar a quimioterapia menos traumática, uma vez que, não se encontra muitos estudos na literatura sobre a QVRS em pacientes com leucemia em quimioterapia. Assim, apesar da limitação do estudo tenha sido o número pequeno da amostra, os resultados se relacionam com os achados na literatura e possuem potencial para auxiliar na assistência e no cuidado em saúde da enfermagem.

Segundo dados epidemiológicos no Brasil, a predominância de sujeitos com câncer se caracteriza por maior incidência na faixa etária acima de 40 anos, com baixa escolaridade e renda mensal. Esses dados refletem os achados da presente pesquisa quanto a faixa etária, 13 (50%) de 60 a 80 anos e em relação ao nível de escolaridade, 9 (34,6%) ensino fundamental completo, corroborando também outra pesquisa realizada [1,11]. Além disso, dados epidemiológicos de 2015 demonstraram que há incidência maior de leucemias em homens e na região Sudeste do Brasil, assim como confirmou o presente estudo, com 14 (53,8%) pacientes do sexo masculino e 17 (65,4%) procedentes da região do estado de São Paulo [12].

Na avaliação das características clinico-terapêuticas da amostra, o diagnóstico predominante foi o de leucemia mieloide aguda (LMA) com 13 (50%) casos, seguidos de 4 (15,4%) casos de leucemia linfóide aguda (LLA), corroborando outro estudo que encontrou em sua amostra 54% dos pacientes diagnosticados com LMA, seguidos de 25% diagnosticados com LLA [13]. Em adultos a frequência da LMA corresponde a 90% dos casos diagnosticados como leucemia, portanto, a incidência da LMA aumenta junto com a faixa etária e em pacientes do sexo masculino, conforme identificado no presente estudo e com outro estudo realizado na região Sul do Brasil [14].

Em relação aos protocolos de quimioterapia a Citarabina foi o quimioterápico predominante, 7 (26,9%) dos casos, seguido pela combinação Citarabina + Daunorrubicina, 4 (15,4%). Esse resultado pode ser atribuído ao fato da Citarabina ainda ser a principal escolha de tratamento antineoplásico de indução da LMA sendo, em muitos casos, associado a uma Antraciclina, como a Daunorrubicina. Outras modalidades terapêuticas têm sido estudadas, como as terapias moleculares, para serem utilizadas em combinação com a quimioterapia ou de forma isolada [15].

Apesar do tratamento quimioterápico objetivar o combate dos tumores malignos, ele também acarreta uma série de efeitos adversos, porque ele não combate apenas as células sanguíneas cancerosas leucêmicas, as drogas citotóxicas afetam de forma sistêmica as demais células do organismo, ocasionando uma série de efeitos adversos dentre eles os mais comuns são náusea, vômito, alopecia, perda de

apetite, constipação, diarreia, fadiga, dentre outros [16].

Dentre os efeitos colaterais decorrentes da quimioterapia, a fadiga está entre um dos mais frequentes, sua ocorrência varia de 65% a 95% dos pacientes em tratamento, e está entre o mais debilitante ao paciente, por comprometer as atividades de vida diária e conseqüentemente, a QVRS. É um sintoma caracterizado como um fenômeno multifatorial de difícil tratamento que provoca problemas físicos, fisiológicos, estresse, desconforto, diminuição da motivação e da função cognitiva, os quais afetam negativamente a QVRS do paciente [17,18].

O presente estudo identificou na escala de sintomas o predomínio da fadiga, com média de 47,83, o que também foi identificado em outros estudos com pacientes portadores de câncer hematológico e LMA [10, 18], mostrando a importância de intervenções focadas neste sintoma, uma vez que o mesmo afeta negativamente a QVRS dos pacientes em tratamento.

Segundo um estudo realizado em pacientes com câncer hematológico, a fadiga pode ser definida como *“uma sensação física desagradável, com sintomas cognitivos e emocionais descritos como cansaço e não são aliviados com o emprego de estratégias usuais de restauração de energia”* [10]. Com isso, é possível relacioná-la com o domínio desempenho de papel, o qual apresentou uma média mais baixa (45,53) entre os domínios da escala funcional, corroborando os dados de outro estudo [8], o qual também encontrou relação significativa entre a fadiga com a escala funcional de desempenho de papel.

Por se tratar de um sintoma multifatorial, o qual compromete de forma negativa as atividades diárias, a fadiga colabora para que o desempenho de papel seja afetado negativamente, e com isso, leva o paciente a um afastamento social, familiar e do trabalho, e algumas vezes o incapacitando até mesmo para realizar atividades de lazer.

Na escala de sintomas, a perda de apetite também mostrou-se com uma média relativamente alta, igual a 42,28, a qual pode estar relacionada com o tratamento quimioterápico e seus efeitos colaterais como a perda de paladar, náuseas e vômitos. Em uma revisão integrativa da literatura [19] sobre QVRS em pacientes com câncer avançado, apontou que sintomas como dor, náuseas e vômitos implicam no aumento da morbimortalidade de pacientes, uma vez que esses sintomas acometem aproximadamente 75% dos pacientes, ou seja, é um número muito alto. Portanto, avaliar esta questão precocemente é muito importante para a implementação do cuidado de forma efetiva, evitando danos futuros.

A avaliação da QVRS é de extrema importância para a detecção de problemas e sintomas que interferem negativamente na condução do tratamento do paciente e deste modo, poder planejar uma assistência com intervenções que tragam alívio e conforto ao paciente durante o tratamento oncológico.

## 5 | CONCLUSÃO

Os dados encontrados neste estudo corroboram a literatura, a qual evidencia que dentre os tipos de leucemia, a LMA é o tipo mais frequente, com predominância no sexo masculino, em faixa etária acima de 40 anos.

Dentre os tratamentos, a quimioterapia e a poliquimioterapia continuam como a principal escolha terapêutica, mesmo com a ocorrência de diversos efeitos colaterais, os quais comprometem de forma negativa a QVRS dos pacientes.

Com relação a QVRS encontramos que a escala de Estado Geral de Saúde (EGS/QV) atingiu média de 64,7, demonstrando que os pacientes acreditam que sua saúde está razoável apesar do diagnóstico oncológico e tratamento. Nas funções física, emocional e social as médias variaram de 61,0 a 67,3 demonstrando um nível médio de satisfação. Enquanto o desempenho de papel apresentou uma média baixa de 45,5 identificada por relatos de afastamento da família e do emprego, aposentadorias e internações.

A avaliação da QVRS consiste em um importante indicador de saúde do paciente no momento do tratamento, portanto, uma avaliação precisa, com a utilização de instrumentos específicos para o paciente oncológico, evidencia dados muito importantes que apontam as necessidades de intervenções específicas para cada paciente, proporcionando um cuidado integral, de modo individualizado e humanizado.

Os resultados deste estudo contribuirão para evidenciar à equipe de enfermagem e aos demais profissionais de saúde, a importância da avaliação do impacto dos efeitos colaterais da quimioterapia na QVRS de pacientes com leucemia durante o tratamento quimioterápico, de modo a identificar precocemente suas queixas e/ou sintomas, possibilitando a oferta de um cuidado de qualidade e eficiente, sobretudo, considerando o paciente como um indivíduo biopsicossocial.

## REFERÊNCIAS

[1] Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2015; [citado em 2017 Aug 14]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>. Citado em 10/09/2019.

[2] BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

[3] H. Yu, L. Li, C. Liu, W. Huang, J. Zhou, W. Fu, et al. Factors associated with the quality of life of family caregivers for leukemia patients in China. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 2017, 55. <http://doi.org/10.1186/s12955-017-0628-6>

- [4] ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha Informativa – Câncer**. Setembro de 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094). Acesso em: 10 set. 2019.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer. Tipos de câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 2017; [citado em 2017 Aug 15]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia/subtipos>. Citado em 15/08/2017.
- [6] J. Rosińczuk, K. Aleksandra, and L. Katarzyna. Patients' quality of life during treatment with cytostatic drugs in hematologic cancers. *Ann. Acad. Med. Siles*, 2016, 184–195.
- [7] Q. Meng, Z. Yang, Y. Wu, Y. Xiao, X. Gu, M. Zhang, C. Wan, and X Li. Reliability analysis of the Chinese version of the Functional Assessment of Cancer Therapy – Leukemia (FACT-Leu) scale based on multivariate generalizability theory. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 2017, 93.
- [8] M.E.M. Freire, N.O. Sawada, França, S.X. Inácia, S.F.G. Costa, and C.D.B. Oliveira. Qualidade De Vida Relacionada À Saúde De Pacientes Com Câncer Avançado: Uma Revisão Integrativa. *Rev. esc. enferm. USP*, 48, 2014, 357-67.
- [9] M.L.L. Ferreira, A.I. Souza, L.O.C. Ferreira, J.F.P. Moura, and J.I.C. Junior. Health-related quality of life of elderly people undergoing chemotherapy. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2015, 18, 165-77.
- [10] V. Andrade, N.O. Sawada, and Barichello, Elizabeth. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2013, 47, 355-61.
- [11] K.A.C. Calefi, V. Rocha, S.K. Nabhan, M.A. Maftum, L.P. Kalinke, and M.F. Mantovani. The quality of life of patients with hematological neoplasia undergoing chemotherapy. *Rev Min Enferm.*, 2014, 18, 41-47.
- [12] Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2010; [citado em 2017 Aug 14]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>. Citado em 14/08/2017.
- [13] R.S. Sousa, F.H.E. Santo, R.F. Santana, and M.V.O. Lopes. Nursing diagnoses identified in onco-hematologic patients: a cross-mapping study. *Esc Anna Nery*, 2015, 19, 54-65.
- [14] D.B. Lamaison, D.R. Almeida, R.J. Kaczmarck. Acute myeloid leukemia: cytogenetic evaluation and prognostic implication: a review of the cases seen at a General Hospital of Rio Grande do Sul. *Rev. AMRIGS*, 2017, 61, 19-24.
- [15] P. Boddu, H. Kantarjian, F. Ravandi, and N. Daver. Emerging Molecular and Immune Therapies in Acute Myeloid Leukemia. *AJHO*, 2017, 13: 4-15.
- [16] J. Rosińczuk, A. Kołtuniuk, K. Lech. Patients' quality of life during treatment with cytostatic drugs in hematologic cancers. *Ann. Acad. Med. Siles*, 2016, 70, 184–195.
- [17] C.C. Silveira, M.I.P.C. Gorini. Concepções do portador de leucemia mielóide aguda frente à fadiga. *Rev Gaúcha Enferm*, 30, 2009, 40-5.
- [18] T.C. Mansano-Schlosser, M.F. Ceolim. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. *Texto Contexto Enferm*, 2012, 21, 600-7.
- [19] M.E.M. Freire, N.O. Sawada, I.S.X. França, S.F.G. Costa, C.D.B. Oliveira. Qualidade De Vida Relacionada À Saúde De Pacientes Com Câncer Avançado: Uma Revisão Integrativa. *Rev. esc. enferm. USP*, 2014, 48, 352-67.

## DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E ALÉRGICAS E SUA ASSOCIAÇÃO A ÁCAROS DE AMBIENTE DOMICILIAR: ALGUMAS REFLEXÕES

Data de aceite: 27/11/2019

**Paula Michele Lohmann**

Universidade do Vale do Taquari - Univates,  
Lajeado – RS

**Noeli Juarez Ferla**

Universidade do Vale do Taquari - Univates,  
Lajeado – RS

**Guilherme Liberato da Silva**

Universidade do Vale do Taquari - Univates,  
Lajeado – RS

**Paulo Roberto Vargas Fallavena**

Universidade do Vale do Taquari - Univates,  
Lajeado – RS

**Arlete Eli Kunz da Costa**

Universidade do Vale do Taquari - Univates,  
Lajeado – RS

**Camila Marchese**

Universidade do Vale do Taquari - Univates,  
Lajeado – RS

**Gabriela Laste**

UNIVERSIDADE DO VALE DO TAQUARI -  
UNIVATES, LAJEADO – RS

**Laura Roos**

Universidade do Vale do Taquari - Univates,  
Lajeado – RS

**Jheniffer Otilia Costa**

Universidade do Vale do Taquari - Univates,  
Lajeado – RS

demonstrado evidente associação entre alérgenos ambientais e o desenvolvimento de sintomas de asma, bem como de outras patologias alérgicas. O aumento da prevalência de doenças respiratórias e alérgicas vem estimulando o desenvolvimento de estudos epidemiológicos que descrevem os padrões, características e comportamento destas doenças. No Brasil, essas doenças são responsáveis por aproximadamente 10% das mortes entre crianças menores de um ano, sendo a segunda causa de morte na população de zero a um ano de idade e a primeira entre crianças de um a quatro anos, sendo a responsável por 350.000 internações hospitalares por ano. O objetivo foi apresentar e discutir a associação dos ácaros domésticos (HDM) e a prevalência de doenças respiratórias. A revisão da literatura foi realizada para a construção da tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em *Ambiente e Desenvolvimento* (PPGAD), a tese tem como objetivo reconhecer as espécies acarinas de importância médica presentes em domicílios associando-as à prevalência de doenças respiratórias e alérgicas em pacientes atendidos em um centro clínico do Vale do Taquari - Rio Grande do Sul. No estudo transversal, do tipo descritivo-exploratório, com abordagem quali-quantitativa, serão avaliados pacientes que apresentam diagnóstico médico

**RESUMO:** Estudos epidemiológicos têm

de doenças respiratórias ou alérgicas como asma, rinite ou dermatite atópica. Os resultados do estudo permitirão analisar os fatores associados e discutir estratégias e medidas que poderão ser adotadas para a melhora na qualidade de vida dos pacientes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ambiente. Alérgenos. Doenças das Vias Respiratórias. Saúde Pública.

## RESPIRATORY AND ALLERGIC DISEASES AND THEIR ASSOCIATION WITH HOME ENVIRONMENT MITES: SOME REFLECTIONS

**ABSTRACT:** Epidemiological studies have shown a clear association between environmental allergens and the development of asthma symptoms, as well as other allergic pathologies. The increasing prevalence of respiratory and allergic diseases has been encouraging the development of epidemiological studies that describe the patterns, characteristics and behavior of these diseases. In Brazil, these diseases are responsible for approximately 10% of deaths among children under one year, being the second cause of death in the population from zero to one year old and the first among children one to four years old, being responsible for 350,000 hospital admissions per year. The objective was to present and discuss the association of house dust mites (HDM) and the prevalence of respiratory diseases. The literature review was carried out to construct the PhD thesis of the Graduate Program in Environment and Development (PPGAD). The thesis aims to recognize the medical species of mite present in households, associating them with the prevalence of respiratory diseases. and allergic diseases in patients treated at a clinical center of the Taquari Valley - Rio Grande do Sul. In the cross-sectional, descriptive and exploratory study, with a qualitative and quantitative approach, patients who present a medical diagnosis of respiratory or allergic diseases such as asthma will be evaluated. rhinitis or atopic dermatitis. The results of the study will allow to analyze the associated factors and discuss strategies and measures that can be adopted to improve patients' quality of life.

**KEYWORDS:** Environment. Allergens Airway Diseases. Public health.

### 1 | INTRODUÇÃO

O aumento da prevalência de doenças respiratórias e alérgicas vem estimulando o desenvolvimento de estudos epidemiológicos que descrevem os padrões, características e comportamento destas doenças (BINOTTI et al, 2001; COLLOFF, 2009; SERRAVALLE, 1998). Estes têm demonstrado evidente associação entre alérgenos ambientais e o desenvolvimento de sintomas de asma, bem como de outras patologias alérgicas.

No Brasil, as doenças respiratórias são responsáveis por aproximadamente 10% das mortes entre crianças menores de um ano, sendo a segunda causa de

morte na população de zero a um ano de idade e a primeira entre crianças de um a quatro anos (SIGAUD, 2003). A asma é responsável por 350.000 internações hospitalares por ano e afeta cerca de 10 % da população (BRASIL, 2010). As notificações demonstram dados numerosos de diversas doenças alérgicas no país, ao mesmo tempo são incipientes os dados acerca de agentes causadores das enfermidades e a forma de controle dos mesmos.

Os ácaros estão entre os principais agentes causadores de doenças alérgicas. São componentes alergênicos da poeira domiciliar, sendo as proteínas eliminadas nas fezes o mais importante alérgeno. Conforme estudos existem mais de 300 espécies associados à poeira (GODINHO, 2003) e para o seu desenvolvimento necessita de condições ambientais ideais, isto é, umidade relativa do ar de 80%, temperatura superior a 20°C (GREIF, 2002). Algumas espécies acarinas são responsáveis por problemas mencionados acima, destacando-se *Tyrophagus putrescentiae* (Schrank), *Blomia tropicalis* (Van Bronswijk, Cock & Oshima), *Dermatophagoides pteronyssinus* (Trouessart) e *Dermatophagoides farinae* (Hughes) e *Glycyphagus domesticus* (De Geer) (COLLOFF, 2009).

Em estudo realizado por Rosário (1992), com o objetivo de revisar a importância clínica dos alérgenos inaláveis em Curitiba, onde foram avaliados 3271 escolares com idades de 13 e 14 anos provenientes de 43 escolas de Curitiba e 3041 adultos, com idades entre 20 e 65 anos, com média de 30,4 anos de um hospital, verificou-se em grande quantidade, presentes os seguintes ácaros: *D. pteronyssinus*, *B. tropicalis*, *T. putrescentiae* e *C. malaccensis*.

Estas espécies comumente infestam carpetes, camas, em locais com pouca luminosidade e alta umidade (DIETTE, 2008). Platts (1997) ressalta a importância do impacto da sensibilização para os antígenos de ácaros como fator relevante para o desenvolvimento de doenças como a asma e a rinite. Através de estudos epidemiológicos, caracterizou-se níveis acima de 2 ug de *Der p 1* (considerado o alérgeno principal do *D. pteronyssinus*) para um (1) grama de poeira (o equivalente a 100 ácaros/grama de poeira) como sendo capazes de causar sensibilização e aumento na reatividade brônquica (Dutra, 2001; Platts, 1990).

No mesmo sentido, *Der p* é uma fonte de alérgenos da poeira domiciliar, comum em sinais e sintomas em doenças mediadas por IgE (ARRUDA, 1991).

Abordar aspectos ambientais internos e externos constituem uma ferramenta para o entendimento da saúde, ou da constituição da mesma. Boechat (2001), refere que o homem ao longo de 40 anos tem constituído um ecossistema que se configura em prédios com uma arquitetura elaborada e moderna, este por sua vez, climatizado e controlado pelo próprio sujeito, está vulnerável pela presença de equipamentos, mobiliário, plantas, sistema de ventilação e poluição do ar (poluição ambiental).

Existe a relação com o ambiente domiciliar, dividida em três categorias de acordo com a sintomatologia Boechat (2001), a primeira engloba à qualidade subjetiva, desconforto térmico, ar seco, etc; a segunda são as próprias doenças que aparecem em exames clínicos e laboratoriais e estão relacionadas especificamente ao ambiente, de fontes identificáveis associados a doenças infecciosas, imunológicas ou alérgicas, como por exemplo a asma ou a pneumonia de hipersensibilidade; a terceira seriam sintomas de causas desconhecidas, porém com possível relação com o ambiente domiciliar onde trabalham ou residem, dentro dos sintomas referidos estão: cutâneos, oculares e de vias respiratórias superiores (cefaléia e cansaço extremo).

Observa-se que o conhecimento dos organismos alérgenos constituintes da poeira domiciliar, das escolas, locais de trabalhos e demais espaços de convivência do homem, é importante por determinar os mecanismos de adoecimento e recursos de tratamento, que muitas vezes, não necessariamente deve ser baseado em alopáticos, mas em medidas de intervenção a nível ambiental interno ou externo ou ambos.

Estima-se que a condição favorável para o desenvolvimento da doença respiratória ou alérgica seria relacionado a habilidade de sensibilização ao ácaro; a presença de IgE específica para mais de um alérgeno é frequente e pode ocorrer por sensibilização paralela a diferentes espécies acarinas; os fatores sociodemográficos são preponderantes para a sensibilização e manifestação clínica de doenças respiratórias e alérgicas.

Considerando o contexto mundial das doenças alérgicas, os dados epidemiológicos nacionais e regionais que apresentam o acometimento de 20 a 30% da população no que se refere a este tipo de patologia, a associação aos alérgenos ambientais, a incipiência de dados e pesquisas que abordem os ácaros de importância médica, a necessidade de inserção de diagnósticos mais efetivos juntamente à avaliação criteriosa do paciente, envolvendo conhecer não apenas o diagnóstico deste tipo de doença mas considerar os fatores socioambientais e econômicos desses pacientes, tornando este estudo de suma importância para a saúde pública.

## 2 | DESENVOLVIMENTO

Considerando que a alergia é caracterizada por uma resposta imune a antígenos, afetando 20 a 30% da população mundial (SERRAVALLE et al., 1998). As respostas inflamatórias, são resultantes da interação entre imunoglobulinas IgE e alérgenos, consideradas importantes para o desenvolvimento de doenças alérgicas (SUPHIOGLU, 2000). Um aumento significativo de doenças alérgicas no

mundo ao longo das últimas décadas tem sido observado, resultando em impactos socioeconômicos importantes (YAZDANBAKHSI et al., 2002; O'CONNELL, 2004). A alergia é um meio de defesa do corpo que se manifesta como uma resposta exagerada contra a presença dos alérgenos. Essa resposta é um importante fator para o início da asma e rinite alérgica (Liao et al. 2013).

O diagnóstico das doenças alérgicas considera, primeiramente, a história clínica do indivíduo e a realização do exame físico. Posteriormente, é necessário avaliar e demonstrar a presença de imunoglobulinas específicas (Ex.: Hipersensibilidade do tipo I, mediada por Imunoglobulinas do tipo E - IgE) contra antígenos alergênicos inalantes ou outros alérgenos que estejam envolvidos na história clínica e comprovar a participação destes na provocação da manifestação clínica (DAHER et al, 2009).

Para a determinação de IgE totais, vários fatores devem ser considerados, pois os mesmos contribuem para o nível sérico das imunoglobulinas desta classe. Associam-se a predisposição genética, fatores ambientais – exposição à alérgenos – infecções, idade, sexo, poluição, tabagismo, tipo e intensidade de sensibilização alérgica. Os níveis séricos elevados podem ser observados em diversas manifestações clínicas: dermatite/eczema atópico, asma alérgica e em alguns casos de rinite alérgica (HAMILTON, 2003; KIM, 2004).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) a asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, sendo que a mesma caracteriza-se por hiper-responsividade e limitação ao fluxo aéreo, que se manifesta mais comumente por dispnéia, tosse e sibilância. Considera-se que a criança com asma mantenha a doença na vida adulta, em função de: histórico familiar de asma, maior gravidade dos sintomas, presença de atopias, exposição a tabagismo e eosinofilia sanguínea acima de 3% sendo que não haja associação à parasitose.

Segundo Hossny (2014) estima-se que no mundo todo, aproximadamente 300 milhões de pessoas apresentem sintomas de asma, na qual destas 60% são crianças. No Brasil, os dados epidemiológicos apresentam que em média 350 mil pessoas anualmente necessitam de internação hospitalar por asma, constituindo 2,3% do total de internações do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerada a terceira causa de internações entre crianças e adultos jovens.

No Rio Grande do Sul, em 2017, conforme os dados do DataSUS, as internações por doenças do sistema respiratório totalizaram 6487, sendo em caráter de urgência um total de 5663 e eletivo 824 internações. Dentre as doenças respiratórias, destaca-se como mais prevalente a asma, sendo que nos meses de abril e julho os fatores de risco e piora dos sintomas intensificam e os pacientes necessitam de hospitalizações, no ano de 2014, nos meses referidos, foi observado aumento de 32% das internações por asma quando comparado aos meses de

janeiro, fevereiro e março de 24.449 para 35.840 internações (DATASUS, 2014).

As doenças alérgicas são distintas entre si, cada uma desencadeia no paciente sinais e sintomas diferentes com quadros que podem ser graves e levar ao óbito (TAKEDA, 2004).

A asma alérgica ocorre quando o indivíduo é sensível a antígenos presentes no meio ambiente, pois esses antígenos podem entrar em contato com a mucosa das vias aéreas inferiores. Logo essa exposição acaba por desenvolver uma resposta mediada por linfócitos Th2 na qual produzirá anticorpos do tipo IgE (Imunoglobulina E) que se ligam aos mastócitos na qual ativados secretam citocinas (IL-3, IL-4, IL5, IL10 e IFN- $\gamma$ ), histamina, heparina, leucotrienos e outros mediadores inflamatórios que resultam em vasodilatação, edema, produção de muco e broncoconstrição (Murphy 2014).

A asma atópica é característica de uma resposta do sistema imunológico mediada por linfócitos CD4 e Th2, com aumento da secreção das Interleucinas (IL4, IL5, e IL13). Também ocorre a ativação de eosinófilos, mastócitos, basófilos e hiperplasia de células caliciformes na via aérea (KOYASU; MORO, 2011).

A asma é uma destas doenças alérgicas mais graves e está fortemente associada à sensibilização aos ácaros (SIMONS, 1999). Em uma meta-análise com 13.558 pacientes de 16 países, observou-se alta prevalência de asma associada à sensibilização por ácaros da poeira domiciliar (CALDERÓN et al., 2014).

Tendo em vista a complexidade das doenças respiratórias, o impacto socioeconômico vinculada ao tratamento, e o seu significativo aumento entre a população mundial, estudos vêm sendo realizados com intuito de auxiliar no reconhecimento da fisiologia das mesmas bem como o seu tratamento (SCHEI, 2002).

Assim, os estudos têm evidenciado que residências contendo altos níveis de alérgenos, associados com o desenvolvimento da asma, sendo o ácaro doméstico o aeroalérgeno mais comum, e a diferença entre regiões rurais e urbanas (YU, 2014).

Para que seja proposto um plano terapêutico e o diagnóstico é fundamental o reconhecimento dos principais sinais e sintomas que caracterizam a asma. Adispneia, sibilância, tosse crônica, opressão ou dor/desconforto torácico especialmente nos períodos mencionados anteriormente. A doença é classificada em intermitente ou persistente, sendo que a última pode se apresentar como leve, moderada ou grave (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E FISIOLOGIA, 2012).

A identificação dos fatores de risco que desencadeiam, intensificam e modulam a resposta inflamatória das vias aéreas e determinar de que forma os processos imunológicos e biológicos produzem as alterações da doença é imprescindível que compreenda-se os mecanismos patogênicos envolvidos nas diferentes

manifestações da asma (BUSSE; LEMANSKE, 2001).

Outro fator importante são os dados crescentes de pacientes asmáticos, considerado como um problema de saúde pública, visto que a sua prevalência aumenta especialmente em crianças, adolescentes e idosos. Estima-se que cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo apresentam a patologia, o que gera muitos prejuízos pois causa perda de produtividade, o risco de exclusão social e uma menor participação no contexto familiar (GINA, 2012; SBPT, 2012).

A fisiopatologia da asma merece atenção, o que sabemos é que o padrão inflamatório está associado à hiper-responsividade das vias aéreas e aos sintomas da doença. Portanto outros fatores que contribuem para a manifestação da asma, as células inflamatórias, assim como em outras alergias, liberam mediadores, são mastócitos, eosinófilos, linfócitos T, células dendríticas, macrófagos e neutrófilos. Outras células estruturais das vias aéreas envolvem-se na patogênese, como: células epiteliais, musculares lisas, endoteliais, nervosas, fibroblastos e miofibroblastos, sendo que neste caso os mediadores inflamatórios envolvidos são quimiocinas, leucotrienos, citocinas, histamina, óxido nítrico e prostaglandinas (GINA, 2012).

Algumas intervenções para o tratamento de doenças atópicas engloba o controle ambiental para o tratamento da alergia, ou seja, a remoção completa do(s) alérgeno(s) agressor (es) do ambiente em que o paciente vive. Por exemplo para pacientes que apresentem alergia aos ácaros da poeira o controle ambiental inclui a utilização de travesseiros e colchões com coberturas à prova de ácaro, a redução para menos de 45% o grau de umidade no ambiente doméstico e o processamento das roupas (lavagem) de cama semanalmente com água quente (> 54,4 °C), remoção de carpetes como medida de controle adicional da exposição aos ácaros da poeira, em caso de alergias aos animais de estimação, os mesmos devem ser retirados do ambiente doméstico ou, mantidos fora do alcance dos quartos (GRAYSON, 2009).

Os ácaros constituem um dos grupos animais com variada morfologia, habitat e comportamento, sendo encontrados em quase todos os locais acessíveis à vida animal (MORAES; FLECHTMANN, 2008). Várias espécies acarinas apresentam importância médica, principalmente em domicílios humanos (EVANS, 1992). Estão presentes na poeira doméstica além da cama, cortinas e sofás. Dependendo da espécie são reconhecidos mundialmente pelo fato de apresentar os principais fatores desencadeantes e sensibilizantes de asma alérgica (REPORT, 1988). Para o seu desenvolvimento a umidade é um dos principais fatores para o crescimento e desenvolvimento da fauna acarina, pois facilita as trocas gasosas entre o meio interno e externo (NAVARRO et al., 2008).

Ácaros são uma das principais fontes de alérgenos. Além das baratas e de algumas espécies de fungos são também os principais responsáveis pelo

desenvolvimento da inflamação tecidual crônica tanto na asma como na rinite alérgica (CALDERÓN et al., 2014).

Os alérgenos dos ácaros são glicoproteínas que apresentam proteases de cisteína na qual são produzidas por células do trato intestinal dos ácaros. A exposição contínua a alérgenos pode levar o indivíduo a desenvolver inflamação persistente na via aérea o que consecutivamente leva ao remodelamento do tecido devido a fibrose subepitelial, espessamento da musculatura lisa depósito de colágeno e hiperplasia das células (FISH; PETERS, 1999). Nos Estados Unidos cerca de 23.2 milhões de casas contém altos níveis de alérgenos associados com o desenvolvimento de asma (ARBES et al., 2005).

Estudos epidemiológicos mostram que as principais espécies acarinas nos países subtropicais e tropicais são: *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Blomia tropicalis* e *Dermatophagoides farinae*. *D. pteronyssinus* possui distribuição cosmopolita, enquanto *B. tropicalis* é restrito a regiões tropicais e subtropicais (SERRAVALLE; MEDEIROS, 1998).

As três espécies citadas acima são as principais fontes de aeroalérgenos do mundo (YU et al., 2014; EZEQUIEL et al., 2001). Recentemente, em um estudo de uma população com crianças sul do Brasil, mostrou que *B. tropicalis*, *D. pteronyssinus* e *D. farinae* eram as espécies de teste cutâneo positivo mais comum (RONCADA et al., 2016).

Para Calderón et al. (2014), 1% a 2% da população mundial pode ser afetada por alérgenos derivados de ácaros. A organização científica The European community Respiratory Health permitiu realizar uma pesquisa com 13.558 pacientes de 16 países relacionado à sensibilização, alergia e asma. Em uma meta análise deste estudo observa-se uma alta prevalência de asma alérgica de origem de ácaros presentes em domicílios.

Estudos epidemiológicos realizados recentemente indicam que os ácaros mais prevalentes e envolvidos com a asma e na rinite alérgica em países tropicais e subtropicais do mundo, são, respectivamente, *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae* e *Blomia tropicalis*, conhecidos como “House dust mites” (HDM) e *Tyrophagus putrescentiae*, como “Storage mites” (SM). Recentemente tem dado mais atenção sobre os efeitos dos aeroalérgenos produzidos pelos ácaros sobre a saúde humana (NAVARRO et al., 2008).

### 3 | CONCLUSÃO

Apesar das análises realizadas, por meio do material que vem sendo publicado, no presente estudo não foram apresentados os níveis e as coletas encontradas nos domicílios pois o estudo está em fase de andamento. Mesmo assim, pensamos

que o conhecimento e identificação dos ácaros domésticos é importante para diagnóstico de sensibilização a alérgenos em pacientes com doenças respiratórias e alérgicas, ampliando linhas de pesquisa com maior aplicação clínica.

No mesmo sentido, o conhecimento da história do paciente e exames de identificação à essa exposição são fundamentais para garantir a segurança e qualidade da assistência e efetividade no tratamento, visto que apenas tratar os sintomas não se torna efetivo, comparado ao ambiente em que o mesmo está inserido, o que impactará na redução do tempo e custos de internação hospitalar.

## REFERÊNCIAS

ARBES, S.J. et al. Prevalences of positive skin test responses to 10 common allergens in the US population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 112, n. 2, p. 377-383, 2005.

ARRUDA, L.K. et al. Exposure and sensitization to dust mite allergens among asthmatic children in Sao Paulo, Brazil. **Clinical & Experimental Allergy**, v. 21, p. 433-439.

BINOTTI, R.S. et al. Ácaros em amostras de poeira de tapetes na cidade de Campinas. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, v. 44, 2001

BINOTTI, R.S. et al. Characterization of mites in sofa dust samples for homes in Campinas, southeast Brazil. **Revista de Ciências Médicas**, v. 12, p. 327-333, 2003.

BINOTTI, R.S. et al. Mites in dust samplings from rugs in the city of Campinas. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, v. 28, p. 44-46, 2005.

BOECHAT, J. L. et al. Prevalência e gravidade de sintomas relacionados a asma em escolares e adolescentes no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumonia**, v. 31, n. 2, p. 111-117, 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças Respiratórias Crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 160 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas**, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BUSSE, W.W. The role of allergy in disease. **Immunological Reviews**, v. 242, p. 5- 9, 2011.

CALDERÓN, M. A. et al. Respiratory allergy caused by house dust mites: What do we really know? **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, 2014.

COLLOFF, M. J. Dust mites: Csiro Editora; Austrália, 2009.

DAHER, S. et al. Diagnóstico em Doenças Alérgicas Mediadas por IgE. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, v. 32, n. 1, p. 3-8, 2009. Disponível em: <<http://asbai.org.br/revistas/Vol321/ART%201-09%20-%20Diagn%C3%B3stico%20em%20Doen%C3%A7as%20Al%C3%A9rgicas.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

DIETTE, G. B. et al. Environmental Issues in Managing Asthma. **Respiratory care**, v. 53, n. 5, p. 602-617, 2008.

- DUTRA, B. M.; ROSÁRIO, N. A. F., ZAVADNIAK, A. F. Alérgenos inaláveis em Curitiba: uma revisão de sua relevância clínica. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, v. 24, p. 189-195, 2001.
- EVANS, G.O. **Principles of acarology**. Wallingford, CAB International, p. 563, 1992.
- EZEQUIEL, O.S. et al. Evaluation of the acarofauna of the domiciliary ecosystem in Juiz de Fora, State of Minas Gerais, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 96, p. 911-916, 2001.
- FISH, J. E.; PETERS, S. P. Airway remodeling and persistent airway obstruction in asthma. **Journal of allergy and clinical immunology**, v. 104, n. 3, p. 509-516, 1999.
- GINA. **The Global Initiative for Asthma**. Disponível em: <<http://www.ginasthma.org>>. Acesso em: 03 jun. 2018.
- GODINHO, R. et al. Frequência de positividade em teste cutâneo para aeroalérgenos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologista**, v. 69, p. 824-828, 2003.
- GRAYSON, M. H.; KORENBLAT, P. E. Diagnostic and therapeutic principles in allergy. **ACP Medicine**, p. 1-7, 2009.
- GREIF, F.I. et al. Absorption across the nasal airway mucosa in house dust mite perennial allergic rhinitis. **Clinical Physiology and Functional Imaging**, v. 22, n. 1, p. 55-57, 2002.
- HAMILTON, R. G.; ADKINSON, N. F. Clinical laboratory assessment of IgE- dependent hypersensitivity. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 11, p. S687-701, 2003.
- Hossny (2014) - HOSSNY, E.; EL-SAYED, S.; ABDUL-RAHMAN, N. Sensitivity to Five Types of House Dust Mite in a Group of Allergic Egyptian Children. **Pediatric allergy, immunology, and pulmonology**, v. 27, n. 3, p. 133-137, 2014.
- KOYASU, S.; MORO, K. Type 2 innate immune responses and the natural helper cell. **Immunology**, v. 132, n. 4, p. 475-481, 2011.
- LIAO, E. et al. Immune Responses to Tyrophagus putrescentiae–Induced Airway Inflammation in Mice. **Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology**, v. 23, n. 1, p. 20-29, 2013.
- MORAES, G.J.; FLECHTMANN, C.H.W. **Manual de Acarologia: Acarologia básica e ácaros de plantas cultivadas no Brasil**. Ribeirão Preto: Holos Editora, 308p. 2008.
- MURPHY, H. **Imunobiologia de Janeway**. Artmed Editora, 2014.
- O'CONNELL, E. The burden of atopy and asthma in children. **Allergy**, v. 59, p. 7-11, 2004.
- NAVARRO, J. M.; MEZA, D. L. M.; BERMÚDEZ, D. M. Identificación de ácaros del polvo casero en colchones y almohadas de niños alérgicos de Santa Marta, Colombia. **Duazary**, v. 5, n. 1, 2008.
- PLATTS-MILLS, T. A. E., et al. Establishing health standards for indoor foreign proteins related to asthma: dust mite, cat and cockroach. **Toxicol. In-dust. Health**, v. 6, p. 197-208, 1990.
- PLATTS-MILLS, T. A. et al. The role of intervention in established allergy: avoidance of indoor allergens in the treatment of chronic allergic disease. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 106, n. 5, p. 787-804, 2000.
- REPORT, I. W. Dust mite allergens and asthma: a worldwide problem. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 66, n. 6, p. 769, 1988.

- RONCADA, C. et al. Burden of asthma among inner-city children from Southern Brazil. **Journal of Asthma**, v. 53, p. 498-504, 2016.
- ROSÁRIO FILHO, N. A.; BAGGIO, D.; SUZUKI, M. M. Ácaros na poeira domiciliar em Curitiba. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, v. 25, p. 15-25, 1992.
- ROSARIO FILHO, N. A. et al. Ácaros na poeira domiciliar em Curitiba. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**[S.l: s.n.], 1992.
- SERRAVALLE, K.; MEDEIROS, J. M. House dust mites in the city of Salvador-BA. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, v. 22, p. 19-24, 1998.
- SCHEI, M.; HESSEN, J.; LUND, E. House-dust mites and mattresses. **Allergy**, v. 57, n. 6, p. 538-542, 2002.
- SIGAUD, C. H. S. **Concepções e Práticas Maternas Relacionadas à Criança com Pneumonia: estudo realizado no município de São Paulo** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, p. S1-46. 2012. Disponível em: <<https://sbpt.org.br/portal/>>. Acesso em: 05 set. 2018
- SUPHIOGLU, C. What are the important allergens in grass pollen that are linked to human allergic disease? **Clinical & Experimental Allergy**, v. 30, n. 10, p. 1335- 1341, 2000.
- TAKEDA, F. et al. Intranasal sensitization with *Blomia tropicalis* antigens induces allergic responses in mice characterized by elevated antigen-specific and non-specific serum IgE and peripheral blood eosinophil counts. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 46, p. 1-8, 2004.
- YAZDANBAKHSI, M.; KREMSNER, P.G.; VAN REE, R. Allergy, parasites, and the hygiene hypothesis. **Science**, v. 296, p. 90-94, 2002.
- YU, S.J.; LIAO, E.C.; TSAI, J.J. House dust mite allergy: environment evaluation and disease prevention. **Asia Pacific Allergy**, v. 4, p. 241-252, 2014.

## ESTUDO DAS ATIVIDADES FUNCIONAIS DE VIDA DIÁRIA EM PACIENTES COM DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS RARAS

Data de aceite: 27/11/2019

### **Vivian Susi de Assis Canizares**

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

### **Naime Oliveira Ramos**

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

### **José Juliano Cedaro**

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

### **Andonai Krauze de França**

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

### **Jorge Domingos de Sousa Filho**

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

### **Cristiano Lucas de Menezes Alves**

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

### **Jamaira do Nascimento Xavier**

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

### **Thamyris Lucimar Pastorini Gonçalves**

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

### **Thaynara Naiane Castro Campelo**

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

**RESUMO:** As doenças neurodegenerativas raras (DNR) são caracterizadas pela falência ou morte dos neurônios, ocasionando a perda progressiva e gradual das funções motoras, fisiológicas e cognitivas. Neste estudo as DNR enfocadas serão as de etiologia genética, com destaque para a Doença de Huntington (HD) e as Ataxias Espinocerebelares (SCA). A cronicidade das DNR faz com que seus portadores vivam longos períodos de dependência, sendo incapazes de realizar simples atividades do cotidiano, necessitando de um cuidador integralmente. Objetivou-se estudar as atividades funcionais de vida diária de portadores de HD e SCA, por meio do Índice de Katz. A amostra foi composta por dois grupos domiciliares de famílias distintas, sendo um com membros afetados por HD e outro com membros afetados por SCA. Pôde-

se verificar com os dados obtidos que esses distúrbios trazem grande impacto para a vida do indivíduo, interferindo nas suas atividades de vida diária e causando progressivamente incapacidades permanentes. Verificou-se ainda que o uso do Índice de Katz proporcionou reconhecimento da forma de progressão da doença em cada indivíduo. Conclui-se que, tanto o portador de HD quanto o de SCA, possuem sérios agravamentos durante o percurso da doença que os levam a comprometimentos irreversíveis, causando dependência total e impacto negativo nas suas vidas e de suas famílias. Vale destacar que as intervenções, quando planejadas tendo em vista a singularidade de cada caso, são cruciais na vida dessas pessoas, pois melhoram sua autoestima e promovem uma melhor qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doenças Raras; autocuidado; qualidade de vida.

## STUDY OF FUNCTIONAL ACTIVITIES OF DAILY LIFE IN PATIENTS WITH NEURODEGENERATIVE RARE DISEASES

**ABSTRACT:** Rare neurodegenerative diseases (DNR) are characterized by the failure or the death of neurons, which cause progressive and gradual loss of motor, physiological and cognitive functions. In this study, the DNR will focus on those with genetic etiology, with emphasis on Huntington's Disease (HD) and Spinocerebellar Ataxias (SCA). The chronicity of DNR causes its carriers long periods of dependence, being unable to perform simple daily activities, eventually leading to the requirement of a full caregiver. The objective of this research was to study the functional activities in the daily lives of patients with HD and SCA, using the Katz Index. The sample consisted of two household groups from different families, one with members affected by HD and one with members affected by SCA. It can be confirmed from the data obtained that these disorders have a great impact on the individual's life, interfering with their life activities and progressively causing permanent disabilities. It was also found that the use of the Katz Index provided recognition of the disease progression in each individual. It is concluded that both HD and SCA individuals have serious aggravations during the course of the disease, which leads to irreversible injuries, causing total dependence and a negative impact on their quality of life and that of their families. It is noteworthy that interventions when planned, given the uniqueness of each case, are crucial to their lives, as they improve their health and promote a better quality of life.

**KEYWORDS:** Rare Diseases; self care; quality of life.

### 1 | INTRODUÇÃO

Ao retratar os aspectos inerentes às atividades de vida diária de pacientes com Doenças Neurodegenerativas Raras (DNR) propomos uma reflexão sobre a importância do conhecimento de duas DNR: a Doença de Huntington (HD) e a

Ataxia Espinocerebelar (SCA) e suas implicações na qualidade de vida de seus portadores e família.

Tendo em vista uma melhor abordagem e entendimento do assunto exposto, alguns conceitos serão primeiramente destacados como as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e Capacidade Funcional (CF).

ABVD, também denominada como Atividades de Vida Diária (AVD), são tarefas básicas de sobrevivência, na qual o autocuidado é o enfoque (DIAS, 2009; DIAS et al., 2011). No nível intermediário de cuidados estão inseridas as AIVD, que exigem habilidades que podem ser aprendidas durante a infância e adolescência, como exemplo a gestão de finanças, preparo de alimentos, uso de medicação, entre outras (DEL DUCA; SILVA; HALALL, 2009). Nas AAVD estão incluídas atividades mais específicas, de cunho individual, relacionadas ao desempenho de papéis sociais (FONSECA; RIZZOTTO, 2008). A CF é um termo cuja definição agrupa os conceitos de ABVD, AIVD e, para alguns autores, também AAVD. Dessa forma, a CF pode ser sintetizada como a potencialidade do indivíduo em executar seu autocuidado, gerenciar as atividades necessárias à manutenção de sua vida e estar ativo socialmente (TAVARES et al., 2011).

Medidas de mensuração e detecção de fatores que colocam em risco a independência funcional de uma pessoa, nos seus mais diversos níveis, são focos de estudos desde o século passado.

A partir da década de 1960 foram criados os primeiros instrumentos com a finalidade de graduar a assistência necessária por meio do desempenho das atividades do cotidiano. Assim surgiram o Índice de Katz, dispositivo de escolha deste trabalho e a Escala de Lawton e Brody, ambos ainda utilizados na pesquisa e na prática assistencial (MAHONEY; BARTHEL, 1965; DUNLOP; HUGHES; MANHEIM, 1997).

Sidney Katz, e colaboradores, propôs o índice que leva seu nome em 1963, quando foi publicada sua primeira versão, que tinha como objetivo avaliar o grau de dependência de pessoas com doenças crônicas. Durante sua elaboração seus autores evidenciaram que a recuperação do desempenho funcional era considerada básica na vida cotidiana de idosos incapacitados e assemelhava-se ao processo de desenvolvimento infantil, concluindo, assim, que eram funções primárias em uma hierarquização das respostas neurológicas e locomotoras, podendo ser de relevância na compreensão do processo de adoecimento e suas consequências.

Como pressuposto avaliativo, Katz utilizou seis parâmetros relacionados a funções e atividades rotineiras, como: banhar-se, vestir-se, alimentar-se, utilizar o banheiro, transferir-se (da cama para a cadeira e vice-versa) e ser continente. Com a utilização deste instrumento é possível classificar a pessoa por index

compreendidos de A a G, que representam o grau de dependência de terceiros, variando de independente a totalmente dependente, conforme retrata o quadro 1 (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Index de AVD	Grau de Dependência
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções mas que não se classifica em C, D, E e F

Quadro 1 – Grau de independência para as atividades de vida diária de Katz

Fonte: Katz, 1963

A validação e adaptação transcultural para o português do Índice de Katz, foi efetivada por Lino et al. (2008). Atualmente, é um instrumento preconizado pelo Ministério da Saúde e publicado na versão adaptada nos cadernos de atenção básica de cuidados aos idosos, sendo utilizada em instituições públicas e privada (BRASIL, 2007).

Com o uso de escalas como a de Katz, é possível a identificação das necessidades reais e potenciais de cuidados necessários à manutenção da qualidade de vida (QV) de uma pessoa com limitações impostas pela doença. Embora o Índice de Katz seja mais aplicado a idosos, a estratégia metodológica de sua criação teve como base as doenças crônicas. Dessa forma sua utilização respalda o planejamento assistencial de pacientes/famílias acometidas com HD e SCA.

Mesmo sendo foco de várias pesquisas, ainda não existe um consenso sobre a definição do termo QV. De modo geral as conceituações giram em torno da questão de ter ou não boa saúde (MICHALOS; ZUMBO; HUBLEY, 2000; SCHMIDT; DANTAS, 2006). A definição proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no final do século passado, ainda hoje é uma das mais utilizadas e se refere a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1994).

As DNR são caracterizadas pela falência dos neurônios, ocasionando

progressiva, gradual e dolorosa perda das funções motoras, fisiológicas e cognitivas (COPPEDÈ; MIGLIORE, 2015), estando incluídas nessa classificação a HD e a SCA. Ambas possuem etiologia genética, causadas fisiologicamente pela toxicidade neuronal, que é determinada por expansões anormais do trinucleotídeo Citosina-Adenina-Guanina (CAG).

A HD é uma doença autossômica dominante, causada por expansões CAG aumentadas, encontradas no cromossomo 4p16.3, no gene HTT. A manifestação clínica é variada, onde se destaca a atrofia muscular generalizada, que levará a dislalia e disfagia progressiva, movimentos coreicos, distúrbios comportamentais e psíquicos como irritabilidade, agressividade, alucinações e delírios (ROOS, 2010).

As Ataxias Espinocerebelares são um grupo de doenças, também de etiologia genética ocasionada pelo aumento das expansões CAG, que levam a uma desordem neurológica, responsável pela degeneração dos feixes espinocerebelares, piramidais e da coluna posterior (ZEIGELBOIM, 2015). Atualmente existem descritos na literatura mais de 30 tipos, sendo denominadas por números de acordo com a ordem cronológica das descobertas de suas bases moleculares. O início do surgimento dos sintomas acontece por volta da quarta década de vida, podendo também apresentar manifestações precoces, até mesmo antes dos 20 anos. Enfatiza-se que independente da forma ou da idade do acometimento, as DNR são incuráveis, implicando em dependência precoce a cuidados básicos, além de grande padecimento até o falecimento (RAMOS et al., 2018; KRISTJANSON; AOUN; OLDHAM, 2006).

Tratando-se de condições patológicas sem perspectiva de cura, o diagnóstico precoce é indispensável. Entretanto, observa-se que isso nem sempre ocorre, em virtude do desconhecimento da família e até de profissionais de saúde quanto aos procedimentos que são necessários. Além disso, há também dificuldade nas unidades de atendimento para acolher esses pacientes.

Destaca-se que com a universalização da assistência pública à saúde, o usuário deveria ter acesso aos serviços adequados por meio das Equipes de Saúde da Família (ESF) que atuam na atenção primária, onde seria realizado o acolhimento inicial, reconhecimento dos sinais, sintomas e necessidades prioritárias. A partir desses procedimentos, poderia ser feita a referência para os outros níveis de atendimento, com vistas à definição do diagnóstico e instauração do tratamento (HENRIQUES; ROCHA; MADEIRA, 2010; BRASIL, 2014).

Com a cronicidade e progressividade dessas patologias, seus portadores não serão mais capazes de realizar as mais básicas atividades do dia-a-dia, passando a dependência total de terceiros. Desse modo, é essencial que os profissionais de saúde direcionem suas ações visando postergar a instalação da incapacidade funcional (RAMOS et al., 2018).

Com este intuito, o Índice de Katz é considerado um instrumento importante para o planejamento da assistência, auxiliando no prognóstico, na efetividade do tratamento e, principalmente, exercendo a função de um sinal indicativo na progressão das incapacidades (BRASIL, 2007).

Desta forma, o objetivo principal desta pesquisa foi avaliar o grau de dependência de portadores de HD e SCA utilizando-se para tal finalidade o Índice de Katz.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de modalidade qualitativa, com abordagem descritiva, realizado por meio de dados coletados dos relatórios e instrumentos de pesquisa de pacientes com HD e SCA. Tal pesquisa se insere em um projeto de maior abrangência, coordenado por pesquisadores vinculados ao grupo de pesquisa do Laboratório de Genética Humana (LGH), pertencente à Universidade Federal de Rondônia (UNIR), que visa contribuir para o conhecimento sobre as DNR na Amazônia Ocidental.

A amostra foi delimitada a duas famílias, sendo uma portadora de HD e outra de SCA. Optou-se por essa abordagem em virtude dessas famílias serem as que melhor expressam o objeto de estudo e por apresentarem considerável número de pessoas com manifestação clínica dessas doenças. A identificação e contato inicial com os portadores e famílias foi realizado nas instituições públicas de saúde Oswaldo Cruz/POC e no Centro de Atenção Psicossocial/CAPS e, posteriormente, por meio de visitas à seus domicílios, agendadas previamente.

Como critério de inclusão para participação na pesquisa adotou-se como parâmetro abordar todos os indivíduos dessas famílias que, no momento da coleta de dados, apresentassem sintomas clínicos e/ou comprovação molecular da doença. Dessa forma, o total da amostra estudada foi de sete indivíduos.

A coleta de dados transcorreu entre dezembro de 2016 a maio de 2017 por meio de visitas domiciliares. Para a obtenção dos dados utilizou-se um formulário elaborado especificamente para este fim, contendo quesitos de identificação, condições socioeconômicas, hábitos de vida, condições de saúde e aplicada a Escala de Katz.

Tendo como base o respeito aos aspectos legais que regem as pesquisas com seres humanos, este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, recebendo parecer favorável em 02 de dezembro de 2016 (parecer 1849777), com base na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os sete indivíduos da amostra, cinco eram portadores de HD e dois de SCA. Visando facilitar a compreensão, os sujeitos deste estudo serão assim denominados: A, B, C, D e E, pertencentes à família portadora de HD e F e G, pertencentes à família portadora de SCA.

A relação de parentesco entre as pessoas deste estudo assim se estabelece: B, C, D e E são irmãos germanos (mesmo pai e mesma mãe), assim como F e G também o são, e A é filho de D.

A faixa etária variou entre 18 e 35 anos de idade e o sexo feminino foi prevalente na amostra estudada, representando 71% dos acometidos. A forma juvenil da HD foi evidenciada nos portadores A e B.

Segundo Martelli (2014) e Woffenbüttel, Gerzson, Almeida (2016), os primeiros sintomas da HD e SCA geralmente iniciam-se a partir dos 40 anos de idade, porém no Brasil observa-se que essa média é variante e o início pode ser mais precoce. Considerando a HD juvenil, os autores relatam que as primeiras manifestações clínicas podem surgir antes dos 20 anos, fato este observado com os indivíduos A e B, que apresentaram os primeiros sintomas aos 16 anos.

Quanto à escolaridade, 29% possuem o Ensino Médio completo, 14% não o concluíram, 28% completaram o Ensino Fundamental e os demais, 29%, tiveram poucos anos de estudo, não finalizando o ensino fundamental.

A baixa escolaridade, associada às alterações cognitivas, é um fator destoante e de impacto negativo para a compreensão das questões que envolvem o processo de adoecimento e de sua gravidade. No Brasil observa-se significativa desigualdade em relação à promoção, prevenção e acesso aos serviços de saúde entre pessoas de menor nível educacional (BRASIL, 2010).

Neste contexto, ressalta-se ainda que as famílias acometidas por HD e SCA desta pesquisa, manifestam credices e atitudes que dificultam a adesão ao tratamento, muitas delas possivelmente relacionadas à baixa escolaridade.

Para assegurar uma melhor qualidade de vida aos acometidos é imprescindível o estabelecimento de ações que colaborem para a preservação do autocuidado e diminuição da progressão da doença, sendo fundamental a compreensão e participação ativa, do paciente e família, no processo do cuidado (RAMOS et al., 2018).

Indivíduo	Grau de Dependência
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
C	Independente para todas as atividades
D	Independente para todas as atividades menos uma
E	Dependente para todas as atividades
F	Dependente para todas as atividades
G	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.

Quadro 1 - Grau de dependência dos portadores de HD e SCA para as AVD segundo a Index de Katz

Fonte: autoria própria, 2017.

Dentre os afetados nota-se que E e F são os mais comprometidos, necessitando de ajuda para todas as atividades diárias, onde se destaca o quesito transferência. No período de coleta de dados F já se encontrava totalmente restrita a cadeira de rodas e E apresentava muitas limitações de locomoção, com dificuldade para manter o equilíbrio e deambular, estando em risco para quedas constantes.

Em relação a B e D, apesar de serem classificadas como independentes na maior parte das funções, suas atividades eram limitadas. A presença de desequilíbrio na marcha e dor em membros inferiores interferia no autocuidado, conforme demonstrado pelo Index de Katz. .

O indivíduo G conseguia realizar poucas atividades, necessitando de auxílio para banhar-se, vestir-se, levantar-se da cama ou cadeira. Vale destacar que mesmo com grande dependência para as AVD, G empenhava-se na realização dos cuidados a seu filho de um ano e ainda no auxílio a F.

Em relação aos pacientes A e C, estes eram capazes de realizar todas as atividades básicas do cotidiano satisfatoriamente, mas já eram evidentes os distúrbios de cognição e psíquicos, que certamente seriam detectados durante a avaliação das AAVD.

O acompanhamento do declínio funcional, mediante o uso da Escala de Katz, mostrou-se eficaz, permitindo uma visão ampliada sobre os impactos da doença para cada portador, do mesmo modo que contribuiu para a compreensão dos aspectos que envolvem a celeridade dos sintomas e sua discrepância entre membros de uma mesma família. Foi possível ainda observar durante os momentos de encontro, as restrições impostas por essas condições patológicas na vida laboral, nas relações interpessoais e sociais, mesmo não sendo este o foco principal do estudo.

O processo de incapacitação traz consequências que influenciam diretamente na qualidade de vida dessas pessoas. Durante o decorrer da doença seus portadores irão necessitar, por vezes, de internações hospitalares para o

tratamento de comorbidades como pneumonia broncoaspirativa, traumas e outras infecções, advindas da fragilidade e vulnerabilidade física, psíquica e social que lhes são peculiares. Assim sendo, destaque deve ser dado à implementação de intervenções que possam retardar o processo de degeneração e evitar o surgimento de intercorrências (RAMOS et al., 2018).

O portador de DNR geralmente possui lentidão de raciocínio e de movimentos, conseqüente a perda de neurônios, levando-o a externar dificuldades progressivas nas AVD. Neste contexto reforça-se que ele, o paciente, deve durante todo o processo ser coparticipe na realização das AVD, mesmo que suas possibilidades em executá-las sejam mínimas.

Diante do exposto, pôde-se perceber que com o avançar da doença, esses indivíduos perdem sua autonomia e independência, necessitando de um cuidador de forma integral para realização das AVD e também de uma equipe multiprofissional que possa fornecer o suporte assistencial necessário para minimizar os sintomas.

#### 4 | CONCLUSÃO

Conclui-se que com o desenvolvimento das DNR ocorrem progressivas perdas de domínios funcionais básicos para a sobrevivência e que, tanto o portador de HD quanto o de SCA, possuem agravamentos ao longo desse processo, levando-os a comprometimentos irreversíveis e dependência funcional total.

Pôde-se evidenciar neste estudo que o conhecimento do nível de dependência dos pacientes com HD e SCA por meio da Escala de Katz, foi de suma importância para a compreensão da progressão da doença e para o planejamento assistencial.

Em virtude do maior comprometimento cognitivo e psíquico evidenciado nos pacientes com HD, enfatiza-se a importância da avaliação conjunta das AVD, AIVD e AAVD, para a obtenção mais precisa do grau de dependência do paciente e de seu prognóstico.

Ficou evidente também a necessidade da realização de outros estudos que busquem avaliar fatores que afetam a qualidade de vida dos portadores dessas condições patológicas, a fim de direcionar estratégias de enfrentamento e o direcionamento de políticas públicas para este fim.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 199**, de 30 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

COPPEDÈ, F., MIGLIORE, L. DNA damage in neurodegenerative diseases. **Mutation Research - Genome instability and disease**, v. 776, p. 84-97. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26255941>.

DIAS, E. G. Atividades avançadas de vida diária no envelhecimento: Um estudo de revisão. (Dissertação de mestrado não publicada). **Faculdade de Saúde Pública da USP**, São Paulo, Brasil. 2009.

DIAS, E.G. et al. Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDs): um estudo de revisão. **Rev Ter Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 44-51. 2011. Acesso em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p45-51>.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALALL, P.C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 796-805. 2009.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, v. 41, n. 2, p. 317-325. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000200021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021).

DUNLOP, D.D.; HUGHES, S. L.; MANHEIM, L. M. Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. **Am J Public Health**, v. 87, n. 3, p. 378-83. 1997.

FONSECA, F. B.; RIZZOTTO, M. L. F. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 365-373. 2008.

HENRIQUES, B. D.; ROCHA, R. L.; MADEIRA, A. M. F. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Vicososa, MG. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 300-309. 2010. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/357>.

KRISTJANSON, L. J.; AOUN, S. M.; OLDHAM, L. Palliative care and support for people with neurodegenerative diseases and their carers. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 12, n. 8, p. 368-377. 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17077795>.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103-112. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>.

MARTELLI, A. Aspectos clínicos e fisiopatológicos da Doença de Huntington. **Archives Health Investigation**, v. 3, n. 4, p. 32-39. 2014. Disponível em: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/687>.

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. Functional evaluation: the Barthel index. **Maryland State Med J**, v. 14, p. 56-61. 1965.

MICHALOS, A. C.; ZUMBO, B. D.; HUBLEY, A. Health and the quality of life: social indicators research. **Social Indicators Research**, Prince George, v. 51, n. 3, p. 245-86. 2000.

RAMOS, N.O. et al. Doença neurodegenerativa rara caracterização dos portadores de Doença de

Huntington e ataxia espinocerebelar na Amazônia Ocidental, Brasil. **R. Saúde Públ**, v. 1, n. 2, p. 63-74, dez. 2018. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/74>.

ROOS, R. A. C. Huntington's disease: a clinical review. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, v. 5, n. 40, p. 1-8. 2010. Disponível em: <https://ojrd.biomedcentral.com/articles/10.1186/1750-1172-5-40>.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidade do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 54-60, jan-fev. 2006.

TAVARES, D. M. et al. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes na zona rural. **Rev Rene**, v. 12, p. 895-903. 2011.

WOLFFENBÜTTEL, P. I.; GERZSON, L. R.; ALMEIDA, C. S. A percepção de sujeitos com doença de machado joseph sobre a influência da fisioterapia na qualidade de vida. **Revista Biomotriz**, v.10, n. 01, p. 57-71. 2016. Disponível em: <http://revistaelectronica.unicruz.edu.br/index.php/BIOMOTRIZ/article/view/3965>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Soc Sci Med**, v. 41, n. 10, p. 1403-9. 1995.

ZEIGELBOIM, B.S. et al. Central auditory processing in patients with spinocerebellar ataxia. **Hearing Research**, v. 32, p. 235-244. 2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037859551500146X?via%3Dihub>.

## ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA E A MENSURAÇÃO DA INCIDÊNCIA E INTENSIDADE DA DOR COMO QUINTO SINAL VITAL

Data de aceite: 27/11/2019

**Simone Regina Alves de Freitas Barros**

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes,  
Maceió – Alagoas

**RESUMO.** Desde os primórdios do ser humano a dor é uma preocupação da humanidade. Na Atenção Primária de Saúde ela é um sintoma frequentemente referido pelos pacientes. A mensuração da dor é extremamente importante no ambiente clínico, pois se torna impossível manipular um problema desta natureza sem ter uma medida sobre a qual basear o tratamento ou a conduta terapêutica. O objetivo desse estudo foi conhecer a incidência e intensidade da dor na atenção primária e o comportamento da equipe multiprofissional perante o processo álgico. A amostra foi constituída por prontuários de usuários cadastrados em Unidade de Saúde da Família. Perfazendo um quantitativo de 1.071 (mil e setenta e um) prontuários analisados. Para a avaliação da incidência da dor foi utilizada a Escala Verbal. Segundo a escala, a incidência de dor entre os usuários da unidade de saúde da família foi de 42%, (Índice de Confiança de 95%: 39% a 45%). Dentre os usuários que referiram dor, 58% apresentavam dor moderada. Quanto a conduta frente ao processo álgico, a

grande maioria foi pelo enfermeiro, com 61,2% das condutas, 22% foram médicos e 8,7% por outros profissionais da equipe multiprofissional. Conclui-se que a dor na atenção primária tem uma alta incidência e moderada intensidade. O estudo demonstrou a enfermagem tendo papel fundamental para o manejo e alívio da dor na “porta de entrada” do Sistema Única de Saúde que é a Atenção Primária de Saúde, embora todos têm igual importância apesar das diferentes competências.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária de Saúde, Dor, Incidência, Intensidade, Enfermagem.

### FAMILY HEALTH NURSING AND THE MEASUREMENT OF THE INCIDENCE AND INTENSITY OF PAIN AS THE FIFTH VITAL SIGN

**ABSTRACT.** From the dawn of the human being pain is a concern of humanity. In Primary Health Care it is a symptom often referred by patients. Measurement of pain is extremely important in the clinical setting as it is impossible to handle such a problem without having a measure on which to base treatment or treatment. The objective of this study was to know the incidence and intensity of pain in primary care and the

behavior of the multidisciplinary team in the pain process. The sample consisted of medical records of users registered in the Family Health Unit. Totalling 1,071 (one thousand seventy-one) medical records analyzed. To assess the incidence of pain the Verbal Scale was used. According to the scale, the incidence of pain among family health unit users was 42%, (95% Confidence Index: 39% to 45%). Among users who reported pain, 58% had moderate pain. Regarding the conduct in relation to the pain process, the vast majority was the nurse, with 61.2% of the conduct, 22% were doctors and 8.7% by other professionals of the multidisciplinary team. It is concluded that pain in primary care has a high incidence and moderate intensity. The study demonstrated nursing as having a fundamental role for pain management and relief in the “gateway” of the Unified Health System, which is Primary Health Care, although all have equal importance despite the different competences.

**KEYWORDS:** Primary Health Care, Pain, Incidence, Intensity, Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

A palavra Dor tem origem do grego *algos* e do latim *dolor*, que originou os termos *dolore* em italiano, *doleur* em francês, *pain* em inglês e dor em português. A dor é conceituada como uma experiência sensitiva e emocional desagradável decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais, incluindo a participação de mecanismos relacionados a aspectos discriminativos, fatores emocionais e ao simbolismo das sensações em geral (SAÇA et al., 2010).

Aristóteles entre 384-322 a.C. formou o conceito das sensações da dor e Platão, apontou cinco sensações: visão, audição, gustação, olfato e tato; a dor seria a paixão da alma. Imaginava-se que a dor era sentida no coração, seria uma paixão de espírito, um sentimento, uma vivência oposta ao prazer ou desprazer (SAÇA et al, 2010).

No século XX, foram realizados vários experimentos nos nervos periféricos para evidenciar a relação entre os tipos de receptores, calibre das fibras, duração, frequência, velocidade e amplitude dos potenciais de ação e a qualidade das experiências sensitivas induzidas no início deste século (SAÇA et. al, 2010).

Na década de 90, a medicina paliativa passou a se destacar. Durante os últimos 30 anos, sociedades médicas relacionadas à dor foram criadas, a Associação Internacional para o Estudo de Dor (International Association for the Study of Pain – IASP) em 1974 e a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor em 1984. As revistas especializadas passaram a ser editadas e publicadas a partir de 1975 (SBED, 2013).

Sua complexidade e natureza multidimensional, as quais são evidentes mesmo nas análises mais elementares dos vários tipos de dor, têm, contudo, obstruído virtualmente o desenvolvimento de uma definição adequada de dor, ou o que, talvez,

seja o mais importante, dificultado a construção de uma teoria geral da dor, bem como a derivação de técnicas de tratamento claramente eficazes (SILVA; RIBEIRO-FILHO; PINTO, 2011).

A sensação de dor é fundamental para a sobrevivência. Dor é o primeiro indicador de qualquer lesão tecidual. Qualquer estímulo que resulta em lesão ou ferimento conduz a uma sensação de dor, entre eles o calor, o frio, a pressão, a corrente elétrica, os irritantes químicos e até mesmo os movimentos bruscos (SILVA; RIBEIRO-FILHO; PINTO, 2011).

Diferente de outros sistemas sensoriais, todavia, o sistema sensorial para a dor é extremamente amplo; uma sensação dolorosa pode ser iniciada em qualquer parte do corpo ou no próprio sistema nervoso central (SNC). Vários locais são emparelhados aos vários tipos de sensações de dor. A sua percepção é claramente uma rica e multidimensional experiência, a qual varia tanto em qualidade quanto em intensidade sensorial, assim como em suas características afetivo-motivacionais (SILVA; RIBEIRO-FILHO; PINTO, 2011).

O primeiro passo na sequência dos eventos que originam o fenômeno doloroso é a transformação dos estímulos agressivos em potenciais de ação que, das fibras nervosas periféricas, os quais são transferidos para o sistema nervoso central, podendo ser traduzidos de estímulos de natureza térmica, química ou mecânica, em estímulo elétrico, para ser interpretado no córtex cerebral como dor (BARROS; PEREIRA; ALMEIDA-NETO, 2011).

Após a agressão tecidual há liberação de neurotransmissores, como substância P, somatostatina, peptídeo geneticamente relacionado com a calcitonina, neurocinina-A, glutamato e aspartato. Essas substâncias estão relacionadas com a ativação de potenciais pós-sinápticos excitatórios e dos receptores N-Metil-D-Aspartato (NMDA) e não NMDA (BARROS; PEREIRA; ALMEIDA-NETO, 2011).

Os receptores específicos para a dor estão localizados nas terminações de fibras nervosas A $\delta$  (fibras delta-nociceptivas) e C (fibras amielínicas-nociceptores) e, quando ativados, sofrem alterações na sua membrana, permitindo a deflagração de potenciais de ação. As fibras A $\delta$  são mielinizadas e as fibras C não são mielinizadas e possuem a capacidade de transmitir estímulos dolorosos em diferentes velocidades. As fibras A $\delta$ , em função da presença da bainha de mielina, transmitem o estímulo doloroso de forma rápida, enquanto as fibras C são responsáveis pela transmissão lenta da dor NMDA (BARROS; PEREIRA; ALMEIDA-NETO, 2011).

A informação dolorosa aumenta a atividade do sistema nervoso autônomo, levando ao aumento da síntese de catecolaminas e hormônios. A liberação intensa e prolongada dessas substâncias produz alterações cardiovasculares (taquicardia, aumento do volume sistólico, vasoconstrição periférica, aumento do débito cardíaco e pressão arterial) taquipneia, retenção de hídrica, aumento do débito catabolismo

com elevação dos níveis de glicose, alterações na coagulação e redução da resposta imune. O estímulo do sistema nervoso simpático reduz o tônus intestinal, retarda o esvaziamento gástrico, predispõe à ocorrência de náusea e vômito, aumenta o tônus do esfíncter vesical podendo levar à retenção urinária (SAÇA, 2010).

De um modo geral, a dor aguda ou crônica leva a sintomas como alterações nos padrões de sono, apetite e libido; irritabilidade; alterações de energia; diminuição da capacidade de concentração, além de dificuldades em atividades familiares, profissionais e sociais (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Essa visão multidimensional da dor assim defendida por vários autores que evidenciam que a modulação da dimensão fisiológica da dor é influenciada pelas dimensões sensorial, emocional, comportamental e cognitiva. Esse conceito surgiu com Melzack e Wall, em 1965, quando desenvolveram a “Teoria do Controle do Portão” ou “Teoria da Comporta”. Ela foi a primeira a incorporar alguns aspectos de outras teorias e a apresentar a noção da modulação da dor nos níveis da medula espinhal e do cérebro (ALVES et al., 2011).

Existem muitas maneiras de se classificar a dor. Considerando a duração da sua manifestação, ela pode ser de três tipos: Dor Aguda - aquela que se manifesta transitoriamente durante um período relativamente curto, de minutos a algumas semanas, associada a lesões em tecidos ou órgãos, ocasionadas por inflamação, infecção, traumatismo ou outras causas. Normalmente desaparece quando a causa é corretamente diagnosticada e quando o tratamento recomendado pelo especialista é seguido corretamente pelo paciente (SBED, 2013).

A Dor Crônica - tem duração prolongada, que pode se estender de vários meses a vários anos e que está quase sempre associada a um processo de doença crônica. A dor crônica pode também pode ser consequência de uma lesão já previamente tratada. Exemplos: Dor ocasionada pela artrite reumatoide (inflamação das articulações), dor do paciente com câncer, dor relacionada a esforços repetitivos durante o trabalho, dor nas costas e outras (SBED, 2013).

A Dor Recorrente - Apresenta períodos de curta duração que, no entanto, se repetem com frequência, podendo ocorrer durante toda a vida do indivíduo, mesmo sem estar associada a um processo específico. Um exemplo clássico deste tipo de dor é a enxaqueca (SBED, 2013).

A eficácia do tratamento e sua sequência dependem de uma avaliação e mensuração da dor confiável e válida. Com uma mensuração adequada da dor torna-se possível definir se os riscos de um dado tratamento superam os danos causados pelo problema clínico e, também, permite-se escolher qual é o melhor e o mais seguro entre diferentes tipos (SAÇA, 2010).

## 2 | METODOLOGIA

Estudo realizado na Unidade de Saúde da Família do Povoado Cabo do Campo município de Tupanatinga que fica localizado a 304 km da cidade de Recife, na mesorregião do Agreste Pernambucano, com uma população de 24.703 habitantes (IBGE, 2013).

O estudo ocorreu durante os meses de dezembro de 2014 e janeiro de 2015. A amostra foi constituída por prontuários de usuários cadastrados na Unidade de Saúde da Família. Segundo dados do SIAB (2013) a unidade possuía 591 famílias adstrita, perfazendo um total de 2.143 pessoas.

Para tanto, optou-se em selecionar-se 50% dos prontuários de usuários adultos (20 a 59 anos) adscritos a Unidade de Saúde. O que representou um quantitativo de 1.071 (mil e setenta e um) prontuários analisados.

As variáveis complementares analisadas foram: sexo, idade, escolaridade e ocupação.

Para a avaliação da incidência da dor foi utilizada a Escala Verbal. Essa desde o ano de 2013 foi implantada na rotina do serviço como o quinto sinal vital. A escala verbal é constituída por cinco categorias ordenadas de descritores. Foi introduzida por Keele em 1948. Ela contém como respostas os descritores ausência de dor, dor fraca, dor moderada, dor intensa e dor insuportável. Pesquisadores ainda concordam que a EV é mais fácil e confortável para o paciente expressar um fenômeno subjetivo em palavras do que em números e clinicamente é mais significativo saber que uma dor passou de moderada para fraca do que de 6 para 4, por exemplo (ANDRELLA; ARAÚJO; LIMA, 2007).

Foram apresentadas as análises estatísticas por meio de distribuição de frequências, por meio das frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. Foi calculada a prevalência de dor e estimado o intervalo de confiança ao nível de 95%. Na análise da associação da presença de dor e sexo, foi aplicado o teste de Qui-Quadrado de Pearson. A significância estatística adotada na análise das hipóteses foi de 5%. O software utilizado na análise foi o STATA versão 12.0.

Este estudo foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da Faculdade da Associação Caruaruense de Ensino Superior de Caruaru Pernambuco e aprovado através do Parecer Consubstanciado CEP- 900.126 em 05 de dezembro de 2014.

Ainda foi solicitada a autorização formal a Coordenação de Atenção Básica do município para realização da pesquisa na Unidade de Saúde.

Foi também solicitado ao coordenador do Comitê de Ética através de um Termo de Autorização para não utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por tratar-se de pesquisa com dados secundários (prontuários).

Os riscos da pesquisa foram considerados leves e aceitáveis em relação aos

benefícios. Contudo, foi estabelecida uma postura ética concernente ao pesquisador para reduzir-se os riscos. Sendo o risco social o mais atribuível para essa pesquisa perante o conhecimento dos resultados da pesquisa.

Já os benefícios foram indiretos (prontuários), porém o conhecimento procedente da pesquisa teve o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de alternativas efetivas e intervenções oportunas.

Os pesquisadores cumpriram fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante das informações obtidas a partir do instrumento utilizado e mediante o tratamento dos dados, foram selecionadas as assertivas de maior relevância para a compreensão dos questionamentos que direcionaram os objetivos deste estudo.

- Características demográficas e socioeconômicas dos usuários

O sexo feminino foi prevalente com 55,6%. A faixa etária que apresentou maior percentual foi a de 50 a 59 anos com 37% dos pesquisados. Quanto à escolaridade, 34,8% dos pesquisados eram analfabetos. A maioria dos usuários tinha emprego perfazendo 62,1% (tabela 1).

Características	Número (%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	596 (55,6%)
Masculino	475 (44,4%)
<b>Faixa etária</b>	
20 a 29	145 (13,5%)
30 a 39	188 (17,6%)
40 a 49	342 (31,9%)
50 a 59	396 (37,0%)
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto	373 (34,8%)
Ensino fundamental	145 (13,5%)
Ensino médio	342 (31,9%)
Ensino superior	211 (19,7%)
<b>Ocupação</b>	
Trabalha	665 (62,1%)
Aposentado	322 (30,1%)
Outras	84 (07,8%)
Total	1.071 ( 100%)

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas dos usuários da Unidade de Saúde da Família do Povoado de Cabo do Campo, Tupanatinga, Pernambuco.

- Presença de dor segundo o sexo

Associando a percepção de presença de dor em relação ao sexo, mediante um recorte igualitário dos gêneros (n=139) observou-se que houve uma associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001^{\dagger}$ ), onde a presença de dor nas mulheres (69,1%) foi mais frequente quando comparadas aos homens (30,9%) (tabela 2).

Sexo	Dor	
	Número (%)	p-valor
Masculino	139 (30,9%)	
Feminino	139 (69,1%)	< 0,001 <sup>†</sup>
<b>Total</b>	<b>278 (100%)</b>	

Tabela 2. Distribuição da presença de dor segundo o sexo, entre os usuários atendidos na Unidade de Saúde da Família do Povoado de Cabo do Campo, Tupanatinga, Pernambuco.

Fonte: Dados da pesquisa

O estudo em tela mostra uma alta prevalência de dor perante a população feminina estudada. Uma pesquisa de caráter transversal com foco em usuários da Estratégia de Saúde da Família na cidade de Santa Maria – Rio Grande do Sul mostrou que o sexo feminino foi predominante em 87% para o registro de dor (RUVIARO; FILIPPIN, 2012).

Um dos estudos mais recentes de Nascimento (2014) aplicando-se um questionário para coleta de dados associado à escala numérica de dor constatou que a prevalência do sexo feminino foi de 82,14%.

Outro estudo de Silva e Colaboradores (2013) sobre a presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester mostrou que 57,4% eram do sexo feminino e 42,6% do sexo masculino

Ainda em outro estudo de Cipriano, Almeida e Vall (2011) sobre o perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil mostrou que a maioria dos pacientes era do sexo feminino 67,6%.

- Incidência de dor

Segundo a escala verbal, a incidência de dor entre os usuários da unidade de saúde da família foi de 42% (450 usuários), (Índice de Confiança (IC) de 95%: 39% a 45%) (figura 1).

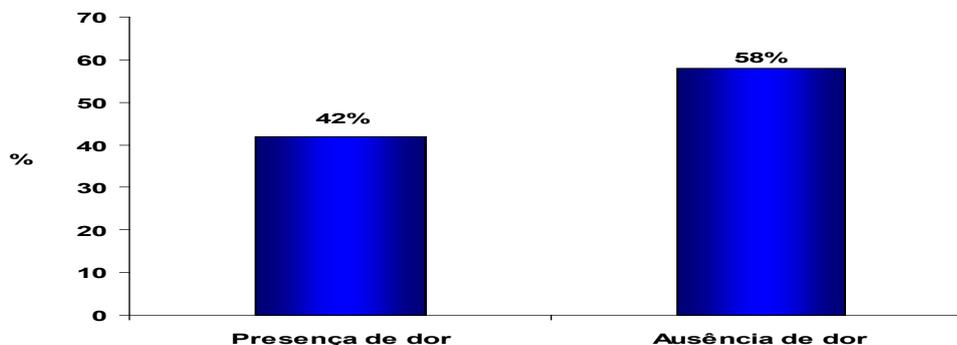


Figura 1. Incidência de dor segundo a escala verbal, descrita nos prontuários dos usuários da Unidade de Saúde da Família do Povoado de Cabo do Campo, Tupanatinga, Pernambuco.

Fonte: Dados da pesquisa

Essa pesquisa mostra uma alta incidência de dor em adultos no primeiro nível de assistência à saúde. Entretanto, o primeiro estudo de base populacional na América do Sul, e o terceiro no mundo, para usar as 4 perguntas (DN4) ferramenta Douleur Neuropathique em estudos epidemiológicos foi realizado com 1.597 pessoas em São Luís, Brasil. O DN4 foi originalmente desenvolvido e validado na França e é um questionário para aplicação pelo clínico que tem 10 itens relacionados com características da dor. Esse tem demonstrado ter excelentes propriedades no rastreio/identificação de dor em todo o mundo. Segundo esse estudo em São Luís a prevalência de dor através do DN4 foi de 42% (VIEIRA et al., 2012). Corroborando com esta pesquisa.

Em 2012 um estudo transversal com indivíduos de ambos os sexos maiores de 18 anos que se encontravam em uma sala de espera de uma Unidade Básica de Saúde e que foram avaliados através da Escala Analógica Visuais constatou que 37,8% dos entrevistados referiam dor no momento da avaliação (RUVIARO; FILIPPIN, 2012).

Estudo de corte transversal realizado em Unidade de Saúde da Família na cidade de São Paulo com 1.108 indivíduos através de entrevistas mostrou uma prevalência de dor crônica de 42% (CABRAL, 2014).

- Intensidade da dor

Dentre os 450 usuários que referiram dor, 22% (99 usuários) apresentavam dor leve, 58% (261 usuários) apresentavam dor moderada e 20% (90 usuários) apresentavam dor intensa. Não houve casos de dor insuportável (figura 3).

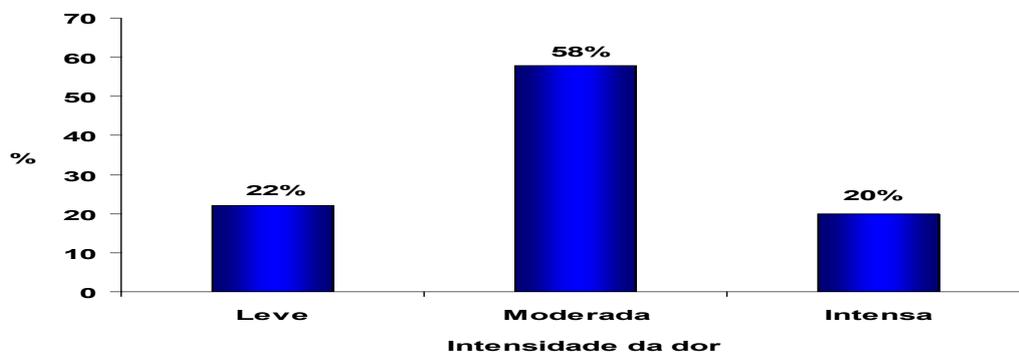


Figura 2. Intensidade da dor segundo a escala verbal, descrita nos prontuários dos usuários da Unidade de Saúde da Família do Povoado de Cabo do Campo, Tupanatinga, Pernambuco

Fonte: Dados da pesquisa

Percebe-se nessa pesquisa que a intensidade da dor moderada foi predominante. Um estudo realizado em Londrina demonstrou que 38,4% relataram dor moderada e 10%, dor intensa, totalizando cerca de 50% de queixa de dor moderada ou intensa (DELLAROZA et al., 2013).

Outro estudo recente de Nascimento (2014) mostrou que a dor intensa foi a mais citada, com 42,86%; a moderada aparece em seguida, com 25%. É possível perceber que os estudos em análise trazem maior percentual de intensidade da dor classificada como moderada, seguida da dor intensa corroborando com este estudo em tela.

- Conduta clínica diante da dor referida pela equipe multiprofissional

Dentre os profissionais de saúde responsável pela conduta, a grande maioria foi pelo enfermeiro, com 61,2% das condutas, 22% foram médicos e em 8,7% dos casos foram conduzidos por outros profissionais da equipe multiprofissional (tabela 3).

Variáveis	Número (%)
<b>Conduta clínica</b>	
Sim	351 (78,0%)
Não	99 (22,0%)
<b>Profissional responsável</b>	
Médico	99 (28,2%)
Enfermeiro	215 (61,2%)
Outros	37 (10,5%)
<b>Total</b>	<b>450 (100%)</b>

Tabela 3. Distribuição da frequência de conduta clínica e o profissional responsável pela conduta entre usuários que apresentaram dor (escala), atendidos na Unidade de Saúde da Família do Povoado de Cabo do Campo, Tupanatinga, Pernambuco.

Fonte: Dados da pesquisa

A equipe multiprofissional, no qual todos têm igual importância apesar das diferentes competências possibilita aos seus membros a oportunidade de entrar em contato com a vida do usuário, com as dores e sofrimento das pessoas. Como ainda, possibilita o compartilhar com os outros a busca de formas de cuidar, de suportar, de superar, de conviver com a realidade. Assim, a construção coletiva do cuidado pode tomar o lugar da fragmentação de saberes, da justaposição de fazeres. O fazer junto, em equipe, confirma-se como sentido para a prática clínica em saúde da família (MATUMOTO et al., 2013).

Entre os fatores que têm impacto sobre a APS, destacam-se o incremento do papel de filtro (*gatekeeping*) dos médicos generalistas, relacionado à gestão e à responsabilização pelo caminho terapêutico do usuário. Os médicos da APS, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a coletividade (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA 2011).

Uma revisão integrativa realizada na base de dados eletrônicos da *SciELO*, buscando artigos publicados entre os anos 2010-2014 mostrou que as publicações analisadas apresentam resultados semelhantes acerca da formação dos profissionais de saúde sobre a dor. Na Enfermagem, observou-se a falta de aquisição de conhecimento durante a sua formação para a temática dor. Na medicina observou-se que o conhecimento durante a formação médica e residência é deficitário em relação à dor. Por conseguinte, evidenciou-se nesta pesquisa a precariedade do conhecimento em relação à temática dor nos principais cursos de ciências da saúde (BARROS et al., 2014).

Uma pesquisa qualitativa sobre a prática clínica do enfermeiro na atenção básica que objetivou cartografar o modo como os enfermeiros se afetam na prática clínica com as dores dos usuários na atenção básica mostrou que a dor vivenciada no cotidiano da atenção básica foi caracterizada como um emaranhado de emoções, como rede e suporte. A dor pode significar práticas e habilidades necessárias ao enfermeiro para cuidar dela. Contudo exigem-se conhecimentos necessários, tais como humanização, integração, vínculo, subjetividade; conhecimento de antropologia, de psicologia, de sociologia, de redes, conhecimento sobre o SUS (MATUMOTO et al., 2013).

Estudos têm constatado que o perfil dos profissionais da APS não é adequado o suficiente para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação (GIL, 2005).

Foram realizados grupos focais com acadêmicos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade Federal do Amazonas, analisado sob a perspectiva hermenêutica dialética. Os dados apontaram para a formação reducionista/biomédica

nas três profissões assim como o foco no trabalho individual, e não em equipe multiprofissional, quadro inadequado ao SUS e Estratégia de Saúde da Família, que preconiza atuação profissional focada na complexidade do entorno socioeconômico e antropológico dos usuários do sistema (MORETTI-PIRES, 2009).

Em tese, todos no âmbito da atenção primária, deveriam estar aptos para compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, o que implicaria realizar uma síntese de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias (GIL, 2005).

Para Barros e colaboradores (2011) a formação de um profissional mais seguro e consciente reflete no desenvolvimento de uma assistência diferenciada ao paciente. Possibilita ao cuidador desempenhar suas funções de forma cautelosa e reflexiva, evitando a transgressão de valores e convicções, permitindo o estabelecimento de relacionamentos interpessoais mais efetivos entre profissional e paciente.

Segundo Barros e colaboradores (2014) torna-se necessário uma maior reflexão acerca dos currículos das ciências da saúde. Principalmente no tocante da temática dor, tendo em vista, essa ser a queixa mais referida em todos os ambientes de assistência a saúde.

#### 4 | CONCLUSÃO

Conclui-se que a dor na atenção primária tem uma alta incidência. Outro dado significativo do estudo mostrou que dentre os profissionais de saúde da equipe multiprofissional, a grande maioria das condutas para o alívio da dor foram implementadas pelo enfermeiro.

Contudo, este estudo nos leva a uma reflexão sobre o perfil dos profissionais da APS para lidar no manejo da dor. Como também, nos remete ao desafio de uma melhor análise sobre a prática clínica em saúde da família no manejo das algias.

Embora os resultados alertem para a magnitude do problema, pouco se sabe sobre o ônus social da dor no primeiro nível de atenção à saúde. Tornando-se imprescindível tratar a dor como um problema sério de saúde pública.

Dentro dessa perspectiva de “porta de entrada” observa-se que alta incidência de dor na APS é preocupante devido a possibilidade de cronificação dessa. Como ainda, torna-se necessária uma visão holística da equipe multiprofissional perante as queixas algicas já que a subjetividade da dor exige manejo diferenciado e assistência cooperada da equipe da APS.

Enfim, entende-se que a atenção primária representa a alavanca para a transformação do sistema como o todo, contudo, acredita-se que a atenção dada ao registro da dor possa repercutir diretamente na diminuição da cronificação dessa,

como ainda, redução dos custos gerados para os sistemas de saúde perante o diagnóstico e tratamento adequado na fase aguda.

## REFERÊNCIA

- ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. **Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados**. Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 29, n. 2, Feb. 2011.
- ALVES, V.S. et al. **A Enfermagem Frente à Dor Oncológica**. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 57, n.2, p.199-206. 2011.
- ANDRELLA, G.Q.; ARAÚJO, P.M.P.; LIMA, S.M.P.F. **Estudo comparativo entre duas escalas**. Estudos. Goiânia, v. 34, n. 1/2, p. 21-34, jan./fev. 2007.
- BARROS, S.R. A. F.; PEREIRA, S.S. L.; ALMEIDA-NETO, A. **A formação de acadêmicos de enfermagem quanto à percepção da dor em duas instituições de ensino superior**. Rev. dor, São Paulo, v. 12, n. 2, Jun. 2011.
- BARROS, S.R.A.F. et al. **CONHECIMENTOS SOBRE DOR ADQUIRIDOS NOS CURSOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE: Uma Revisão Integrativa**. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 12, n. 2, Dez. 2014.
- BOTTEGA, F.H.; FONTANA, R.T. **A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral**. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, v. 19, n. 2, p.283-90, Abr./Jun. 2010.
- CIPRIANO, A.; ALMEIDA, D.B.; VALL, J. **Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil**. Rev Dor. São Paulo, v.12, n.4, p. 297-300, out./dez. 2011.
- CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Disponível em:<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 21 de jan. de 2013.
- DELLAROZA, M.S.G. et al. **DOR CRÔNICA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS: ESTUDO SABE**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.2, p.325-334, fev. 2013.
- GIL, C.R.R. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2 p. 490-498, mar./abr, 2005.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2013. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em: 30 de Maio de 2013.
- MATUMOTO, S. et al. **Cartografia das dores do cuidar no trabalho clínico do enfermeiro na atenção básica**. *Texto contexto - enferm.* [online]. vol.22, n.2, p. 318-326. 2013.
- MORETTI-PIRES, R. O. **Complexidade em Saúde da família**. Interface. COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO v.13, n.30, p.153-66, jul./set. 2009.
- NASCIMENTO, L.C.B. **Caracterização da dor de profissionais de enfermagem da clínica médica de um hospital público do Distrito Federal**. 2014. 58 f., il. Monografia (Bacharelado em Enfermagem)—Universidade de Brasília, Ceilândia-DF, 2014.
- RUVIARO, L.F.; FILIPPIN, L.I. **Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de**

**cidade de médio porte.** Rev. Dor, São Paulo, v. 13, n. 2, jun. 2012.

SAÇA, C.S. et al. **A dor como 5º sinal vital.** J Health Sci Inst. v. 28, n.1, p.35-41. 2010.

**SBED. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Disponível em:** <<http://www.dor.org.br/>>  
Acesso em: 29 Abr. de 2013.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 21 de janeiro de 2013.

SILVA, A.P. et al. **Presence of complaint of pain.** . Enferm. Cent. O. Min. v.3, n.1, p.507-517, jan./abr. 2013.

SILVA, A.P.M. et al. Reconhecimento da dor no recém-nascido por alunos de medicina, residentes de Pediatria e Neonatologia. Rev Dor. São Paulo, v.13, n.1, p. 35-44, jan./mar. 2012.

SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO; PINTO N. **A dor como um problema psicofísico.** Rev. Dor, São Paulo, v. 12, n. 2, Jun. 2011. VIEIRA, E.B.M. et al. **Prevalence, Characteristics, and Factors Associated With Chronic Pain With and Without Neuropathic Characteristics in São Luís, Brazil.** *Journal of Pain and Symptom Management*, v.44, n.2, p. 239-251. 2012.

## ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM USUÁRIOS DO PROGRAMA HIPERDIA EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 27/11/2019

### **Nara da Silva Marisco**

Universidade de Cruz Alta – Unicruz – Centro  
de Ciências da Saúde – Curso de Enfermagem -  
Cruz Alta - RS

### **Guilherme Maidana Zanard**

Universidade de Cruz Alta – Unicruz – Centro  
de Ciências da Saúde – Curso de Enfermagem -  
Cruz Alta - RS

### **Graziani Maidana Zanardo**

Universidade de Cruz Alta – Unicruz – Centro  
de Ciências da Saúde – Curso de Enfermagem -  
Cruz Alta - RS

### **Giovani Sturmer**

Universidade de Cruz Alta – Unicruz – Centro de  
Ciências da Saúde – Curso de Fisioterapia- Cruz  
Alta - RS

### **Kelly de Moura Oliveira Krause**

Universidade de Cruz Alta – Unicruz – Centro  
de Ciências da Saúde – Curso de Enfermagem -  
Cruz Alta - RS

### **Caroline Moraes Ferreira**

Universidade de Cruz Alta – Unicruz – Centro  
de Ciências da Saúde – Curso de Enfermagem -  
Cruz Alta - RS

### **Maicon Alves da Rosa**

Universidade de Cruz Alta – Unicruz – Centro de  
Ciências da Saúde – Curso de Enfermagem- Cruz  
Alta - RS

**RESUMO:** **Introdução:** As doenças cardiovasculares são responsáveis por um número alarmante de mortes por ano e acometem cada vez mais, a população. **Objetivo:** investigar a estratificação de risco para doenças cardiovasculares em usuários cadastrados no programa hiperdia em uma estratégia saúde da família, bem como determinar os fatores de risco mais prevalentes nesta população. **Método:** estudo epidemiológico, exploratório e descritivo, realizado na Estratégia Saúde da Família Jardim Primavera, no Município de Cruz Alta – RS, no período de agosto de 2014 a julho de 2019. A amostra foi formada por 105 usuários. A coleta de dados foi realizada por meio do Formulário de registros do HIPERDIA. A análise foi realizada pela estatística descritiva utilizando-se as médias das frequências e desvio padrão. Os testes estatísticos foram escolhidos com base na distribuição da amostra e as análises foram realizadas com auxílio do programa SPSS versão 12.0. **Resultados:** os dados mostraram uma população com idade média de 61,7 anos, a maioria do sexo feminino em 73%, brancas, com ensino fundamental incompleto, nacionalidade brasileira e procedentes de Cruz Alta em 43%. Dentre os fatores de risco destacaram-se a história familiar, o sedentarismo, a obesidade, a hipertensão

arterial e o diabetes. Na estratificação do risco cardiovascular os usuários estavam distribuídos a maioria nos graus I e II, ou seja, hipertensão leve e moderada. **Conclusão:** Enfatiza-se a importância de oferecer aos usuários ações de educação em saúde que ampliem seus conhecimentos sobre as doenças cardiovasculares e que amplie a visão para que busquem uma vida com qualidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fatores de risco. Hipertensão. Estratégia de Saúde da Família

**ABSTRACT:** Introduction: Cardiovascular diseases are responsible for an alarming number of deaths per year and increasingly affect the population. Objective: To investigate the risk stratification for cardiovascular diseases in users enrolled in the hyperdia program in a family health strategy, as well as to determine the most prevalent risk factors in this population. Method: epidemiological, exploratory and descriptive study, conducted in the Family Health Strategy Jardim Primavera, in the city of Cruz Alta - RS, from August 2014 to July 2019. The sample consisted of 105 users. Data collection was performed using the HIPERDIA registration form. The analysis was performed by descriptive statistics using the means of frequencies and standard deviation. Statistical tests were chosen based on sample distribution and analyzes were performed with the aid of the SPSS version 12.0 program. Results: the data showed a population with an average age of 61.7 years, mostly female in 73%, white, with incomplete elementary school, brazilian nationality and coming from Cruz Alta in 43%. Risk factors included family history, physical inactivity, obesity, hypertension and diabetes. In cardiovascular risk stratification, users were distributed mostly in grades I and II, ie, mild and moderate hypertension. Conclusion: Emphasizes the importance of offering users health education actions that broaden their knowledge about cardiovascular diseases and broaden their vision to seek a quality life.

**KEYWORDS:** Risk factors. Hypertension. Family Health Strategy

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DVC) são responsáveis por um número alarmante de mortes por ano e acometem cada vez mais, a população. A idade cronológica é um fator preditivo para o surgimento de doenças, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). O desenvolvimento dessas comorbidades está diretamente relacionada ao modo de viver da sociedade aliado ao envelhecimento humano favorecendo ainda mais para o aumento de doenças crônicas e ocorrência das DCVs (NEGREIROS, MELO, CARTAXO, 2016).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Presente, frequentemente, nas alterações funcionais dos órgãos-alvo e

em conjunto com alterações metabólicas como o DM acarreta a um maior risco para doenças cardiovasculares (SBC, 2010).

A redução da morbimortalidade por doenças crônicas depende, em diferentes medidas, como do controle dos fatores de risco modificáveis, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, o tabagismo, o sedentarismo, o consumo excessivo de álcool, a dislipidemia, a obesidade, os hábitos alimentares inadequados e a não adesão ao tratamento medicamentoso (SOUZA *et al.*, 2013). A abordagem desses fatores modificáveis, por meio de estratégias de saúde pública, traz benefícios individuais e coletivos de maneira a contribuir para o controle e estabilização da HAS e DM (BRASIL, 2011).

Nesta perspectiva, muitas ações foram desenvolvidas pelo Ministério da saúde no país. Uma delas foi a disponibilização para estados e municípios, de um programa com um sistema informatizado- o Hiperdia (Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), que permite o cadastramento de portadores de hipertensão arterial e diabetes, e o seu acompanhamento, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, possibilita definir o perfil epidemiológico desta população, formular e implementar estratégias de saúde pública que levariam à modificação das condições existentes com melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas e redução do custo social (BRASIL, 2002).

O Hiperdia permite o monitoramento dos pacientes atendidos nesse programa e fornece informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de maneira sistemática aos indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus (NEGREIROS, MELO, CARTAXO, 2016). Além disso é uma base de dados indispensável ao Plano de reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, cujo site é subdividido em módulos como Adesão, Portarias, Download e Relatórios (BRASIL, 2002).

Dentre os maiores desafios no controle clínico do diabetes e da hipertensão, encontra-se a questão da adesão ao tratamento, especialmente no que se refere ao regime medicamentoso. Considera-se adesão como o quanto o comportamento de uma pessoa está de acordo com as recomendações realizadas pelo profissional de saúde sobre a tomada de medicamentos, seguir uma dieta, ou mudar hábitos de vida (CABRAL, SILVA, 2010).

Neste cenário, a estratificação do risco cardiovascular bem como a prevalência de fatores de risco usuários cadastrados no hiperdia, tema deste estudo, são fundamentais para identificar a eficiência do Hiperdia, visto que contempla parte dos instrumentos utilizados na saúde pública para promoção da saúde, isto é, as ações sobre os determinantes sociais para melhoria da saúde e qualidade de vida da população.

É importante estar atento a fatores que se relacionam à elevada incidência de

eventos cardiovasculares, realizando abordagens adequadas destes fatores com a finalidade de diminuir a incidência e progressão das doenças cardiovasculares.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo epidemiológico, com enfoque exploratório e descritivo, realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF) Jardim Primavera, no Município de Cruz Alta – RS, no período de agosto de 2014 a julho de 2019. O local de escolha se deve ao fato de estar sendo desenvolvido nesta estratégia o projeto “Planejamento estratégico em ações interdisciplinares em saúde da família – ESF Jardim Primavera”, desenvolvido pela Universidade de Cruz Alta, no qual foi realizado um diagnóstico da saúde da comunidade, quando a hipertensão e o diabetes foram apontados como importantes agravos da saúde desta população.

A população foi formada pelos usuários cadastrados no Programa Hiperdia em um total de 400 pessoas e a amostra foi formada por 105 usuários, tendo como critérios de inclusão: estar cadastrado no Programa Hiperdia, estar frequentando o grupo de apoio, ter idade igual ou superior a 18 anos e aceitar participar do estudo. A coleta de dados relativa ao perfil demográfico e clínico e fatores de risco e estratificação do risco cardiovascular dos usuários foi realizada por meio da Ficha de registros do Hiperdia preconizado pelo Ministério da Saúde.

A análise dos dados foi realizada pela estatística descritiva utilizando-se máximo, mínimo, média das frequências e desvio padrão. Os testes estatísticos foram escolhidos com base na distribuição da amostra e as análises foram realizadas com auxílio do programa SPSS versão.12.0.

Em respeito aos aspectos éticos, foram seguidos os princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) que regulamenta as pesquisas com seres humanos, sendo aprovado pelo CEP/Unicruz.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A saúde no Brasil apresentou mudanças expressivas nas últimas décadas, com incrementos na expectativa de vida, redução da mortalidade materna e infantil, mas com o significativo aumento das doenças crônicas não transmissíveis, para tanto conhecer o perfil epidemiológico torna-se relevante à medida que vem a especificar as características de determinadas populações.

Para melhor caracterizar os participantes deste estudo, buscou-se inicialmente identificar o perfil sócio-demográfico dos mesmos, coletando dados relativos à idade, situação conjugal, etnia, escolaridade, número de filhos e renda dos participantes.

	N	%
<b>Idade média:</b> 61,7 anos		
Máx. 94 anos		
Min. 28 anos		
<b>Sexo</b>		
Masculino	33	73,0
Feminino	72	27,0
<b>Raça</b>		
Branca	81	77,0
Preta	18	17,0
Amarela	6	6,00
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	16	15,2
Alfabetizado	20	19,0
Fundamental Incompleto	48	45,7
Fundamental Completo	9	8,50
Médio Incompleto	5	4,70
Médio Completo	6	5,73
Superior Incompleto	1	0,90
<b>Nacionalidade</b>		
Brasileira	105	100
<b>Procedência</b>		
Cruz Alta	52	49,5
Outros municípios	53	50,5
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

Tabela 1. Distribuição das frequências dos dados demográficos dos usuários do Hiperdia.

Fonte: Coleta de dados

Os dados mostram uma população com média de idade de 61,7 anos com idade máxima de 98 e mínima de 28 anos e indicam uma grande variação com desvio padrão de 12,8. A maioria dos usuários estudados foram do sexo feminino em 73%, de cor branca, com escolaridade de ensino fundamental incompleto, nacionalidade brasileira na maioria e procedentes a maior parte de Cruz Alta em 43%. O perfil de idade e sexo acima referido está de acordo com a literatura, que destaca maior proporção de hipertensão em indivíduos idosos.

Este estudo se assemelha ao de Carvalho *et al* (2012) que objetivou o levantamento do perfil socioeconômico de usuários cadastrados no Programa Hiperdia revelando que a maioria dos pacientes entrevistados eram idosos do sexo feminino, com 1 a 4 anos de estudos, aposentadas e possuindo renda familiar mensal de 1 a 3 salários mínimos. Do mesmo modo, em uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, destaca-se um número maior de mulheres cadastradas no Hiperdia e que isso se deve por elas procurarem mais o serviço de saúde e por cuidarem de sua saúde e dos seus (NEGREIROS, MELO, CARTAXO, 2016).

Constata-se que a idade predominante foi de 60-65 anos, com a média de 61,7, prevalecendo, portanto, pessoas idosas, sendo importante proporcionar ações de educação em saúde a este grupo, tendo em vista que nesta fase podem

surgir muitos problemas de saúde, principalmente doenças cardiovasculares, em decorrência dos fatores de risco hipertensão e diabetes, que é o caso dos usuários cadastrados no Hiperdia. Da mesma forma, Pimenta et al (2015) constatou que 69,9% dos idosos pesquisados eram hipertensos, mais de 15% disseram ter diabetes mellitus e mais de 10% referiram ter problemas cardíacos. Os autores ressaltam que os idosos necessitam de programas de promoção e prevenção de saúde na rede pública.

Assim esclarecimentos sobre riscos cardiovasculares, hipertensão arterial, hábitos saudáveis de vida devem ser ofertados para promoção de saúde, prevenção de doenças, bem como reabilitação de saúde.

Em um estudo realizado por Cipullo et al. (2010) não foram identificadas diferenças significantes na prevalência de hipertensão entre os diversos grupos étnicos na população estudada. É possível que o maior número de indivíduos brancos na população atual ou o maior grau de miscigenação no Brasil tenham influenciado os resultados obtidos.

No presente estudo, 17% da amostra se declararam como de etnia negra, as quais possuem um maior risco de desenvolver hipertensão arterial e conseqüentemente com um risco maior de desenvolver doenças cardiovasculares (DCV). Vale acrescentar que aqueles identificados como de outra etnia (77%), não puderam ser caracterizados com precisão em uma etnia, e, por isso, o quesito não foi utilizado na correlação devido à imprecisão dos dados.

Em relação à escolaridade predominou o fundamental incompleto (43,33%), e em seguida o fundamental completo com 23,33%. A elevada prevalência de participantes com baixo nível de escolaridade neste estudo pode ser considerada como um fator de risco para a ocorrência de DCVs, uma vez que, esse dado pode interferir nas condições para o autocuidado e na adesão ao tratamento da diabetes e hipertensão (VISENTIN et al., 2016).

Características sócio-demográficas, renda familiar, nível de escolaridade, têm sido relacionados ao desenvolvimento de doença cardiovascular. É conhecido que os fatores de risco tendem a ocorrer com maior freqüência e maior número em populações com menor poder econômico, cultural e escolar. Um estudo realizado por Carvalho et al. (2012) identificou na população avaliada um número representativo de pessoas que se apresentam como analfabetos (29,9%) em contrapartida apenas 4,6% referiram ter ensino superior completo. Este fato é de extrema importância para o adequado desenvolvimento de estratégias para garantia da adesão ao tratamento medicamentoso.

Os dados clínicos são importantes marcadores da saúde de uma população, neste estudo buscou-se dados relacionados à hipertensão arterial e diabetes por se tratar de usuários pertencentes ao grupo do Hiperdia (tabela 2).

	Média (mmHg)	Máxima (mmHg)	Mínima (mmHg)
PA Sistólica	137,6	220	100
PA Diastólica	87,2	155	60
Peso	78,8	132	45
Circunferência	101,9	149	56
Abdominal	31,8	58,82	21,05

Tabela 2. Distribuição das frequências dos dados clínicos dos usuários do Hiperdia

Fonte: Coleta de dados

Os dados mostram uma média de Pressão Arterial com alterações em seus valores, mostrando grau I Hipertensão leve, tendo valores muito altos de máximas de PA sistólica e diastólica. Também foi constatado alterações no peso e circunferência abdominal dos usuários.

As doenças cardiovasculares atualmente são as causas mais comuns de morbidade e a principal causa de mortalidade em todo mundo, sendo a hipertensão arterial e diabetes mellitus principais fatores de risco, ocasionando cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais, doença renal crônica. Estudos reiteram a associação dessas comorbidades com o desenvolvimento de doenças cardíacas (BOEL et al., 2012). Dessa forma são constantes os novos desafios diários para os gestores do setor da Saúde e governantes com intuito de diminuir essas taxas elevadas.

A idade, os anos de estudo, a renda, a situação conjugal e a etnia podem ser fatores que influenciam na presença de doenças cardiovasculares. Esses são fatores que não podem ser modificados, mas com a adoção de medidas preventivas e hábitos de vida saudáveis podem alcançar parâmetros clínicos ideais para a saúde e prevenir essas doenças que levam ao aumento das complicações e risco de morte na população.

A hipertensão arterial é o principal fator de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares, comprometendo funções vitais e desencadeando complicações com sério impacto socioeconômico e de qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2013; MONTOVANI et al., 2015). Na população estudada é a doença com maior prevalência, portanto, precisam ser implementadas ações de prevenção e tratamento, para manter os níveis pressóricos normais e assim evitar o surgimento de DCV.

O investimento em programas de prevenção e promoção da saúde é muito importante, apesar disso, nem sempre são suficientes. Esse trabalho deve ser contínuo e antes mesmo do usuário adquirir problemas cardiovasculares, devemos informar a população dos riscos, orientando desde cedo, assim somente com educação e acompanhamento os pacientes terão menor risco cardiovascular.

<b>Fatores de Risco</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>História Familiar</b>		
Sim	52	49,5
Não	53	50,5
<b>Diabetes Mellitus Tipo 1</b>		
Sim	4	4,00
Não	101	96,0
<b>Diabetes Mellitus Tipo 2</b>		
Sim	29	27,6
Não	76	72,4
<b>Tabagismo</b>		
Sim	21	20,0
Não	84	80,0
<b>Sedentarismo</b>		
Sim	39	37,0
Não	66	63,0
<b>Sobrepeso e obesidade</b>		
Sim	41	39,1
Não	64	60,9
<b>Hipertensão Arterial</b>		
Sim	90	85,7
Não	15	14,3
<b>Doença Cardíaca</b>		
Sim	27	25,7
Não	78	74,3
<b>Doença Neurológica</b>		
Sim	3	2,80
Não	102	97,2
<b>Doença Renal</b>		
Sim	0	0
Não	105	100
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

Tabela 3. Distribuição das frequências dos fatores de risco cardiovasculares dos Usuários do Hiperdia

Fonte: Coleta de dados

Quanto à distribuição das frequências dos fatores de risco cardiovasculares dos Usuários do Hiperdia, constatou-se que metade dos usuários que participaram deste estudo tem histórico familiar (49%); diabetes mellitus houve uma baixa frequência; o sedentarismo foi relatado por 37% dos usuários, assim como o sobrepeso e a obesidade foram relatados por 39% dos participantes. Já a hipertensão arterial foi indicada por 85,7%, enquanto os outros aspectos avaliados também apresentaram baixa incidência.

Em um estudo que traçou o perfil dos usuários do programa hiperdia evidenciou entre os fatores de risco a obesidade em 13,5% dos indivíduos, quanto ao estilo de vida, o sedentarismo prevaleceu em 30% dos pesquisados, com destaque para o tabagismo presente em 56,5% dos usuários. Paralelo a nossa pesquisa, esses dados apontam para a falta de atividade física que pode estar relacionada à idade avançada favorecendo para o agravamento da hipertensão e diabetes mellitus e em conjunto com o tabagismo o desenvolvimento para doenças cardiovasculares e

respiratórias (NEGREIROS, MELO, CARTAXO, 2016).

A hipertensão e a história familiar nos idosos foram os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares relatado pelos usuários do programa Hiperdia neste estudo. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo que avaliou o perfil de pacientes hipertensos e revelou idade acima de 50 anos, sexo feminino e cor branca. Em relação a doenças pré-existentes a hipertensão, a diabetes e obesidade foram prevalentes, já em relação aos antecedentes familiares, a maioria relatou a hipertensão, diabetes mellitus tipo 1 ou 2 e a obesidade (AMARO, MACHADO, SILVA, 2012).

Indivíduos com idade avançada associado à comorbidades possuem alto risco para doenças mais graves, para legitimar essa afirmação um estudo sobre idosos acometidos por acidente vascular cerebral constatou que 16 (88,9%) dentre os 20 entrevistados, eram portadores de hipertensão arterial e 6 (33,3%) de diabetes mellitus (DAMATA et al, 2016). É imprescindível que se ofereça programas de saúde como o Hiperdia e que os profissionais de saúde estejam engajados a fortalecer o vínculo dos usuários a este serviço, pois isso permitirá uma maior orientação para prevenção de agravos e mudanças no estilo de vida e maior conscientização para o envelhecimento mais saudável.

Em um estudo de 2014 com usuários do programa Hiperdia de uma estratégia de saúde da família no Rio Grande do sul a prevalência de diabetes mellitus foi de 27,1%, enquanto que em outro realizado em 2016 em um grupo do Hiperdia de uma rede ambulatorial em Minas Gerais a prevalência de diabetes foi de 47,6% do total de entrevistados (PEREIRA et al., 2014; SARAIVA et al., 2016). Isso mostra que apesar das ações de promoção e prevenção em saúde, há um aumento de diabéticos na população em diferentes regiões, e que há a necessidade de ampliar o monitoramento desses indivíduos no programa Hiperdia para prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes mellitus promovendo melhor qualidade de vida a eles e reduzindo o risco de doenças cardiovasculares.

O diabetes mellitus é um fator de risco para doença arterial coronariana e quando associado a outros fatores de risco, como HAS, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, obesidade, sexo e idade produzem um efeito potencializador no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, dessa forma o controle glicêmico somado a uma mudança no modo de viver devem ser priorizados pelos diabéticos e equipe de saúde na prevenção e redução de eventos cardiovasculares (CARVALHO et al., 2016).

Em diabéticos 20 a 60% deles apresentam hipertensão arterial, revelando que a mesma é três vezes mais prevalente em diabéticos do que nos não diabéticos, além disso, a HAS em conjunto com o diabetes aumenta o risco para complicações cardiovasculares (BRASIL, 2013).

No estudo de Martins et al. (2010), observou-se aumento linear e estatisticamente significativo na prevalência da hipertensão arterial com o aumento do uso de cigarros pelos entrevistados.

Estima-se que a hipertensão arterial acomete cerca de 35% dos adultos brasileiros na faixa etária superior aos 40 anos e que apenas um terço controla os níveis da pressão arterial (SBN, 2010).

Dentre as doenças crônicas não-transmissíveis a hipertensão arterial representa um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por doenças cerebrovasculares, 25% por complicações isquêmicas e do coração e em conjunto ao diabetes mellitus auxilia com 50% da ocorrência de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2013).

Estudos ressaltam que a hipertensão é altamente prevalente na população adulta, representando assim, um grave problema de saúde pública no país, pelo alto número de casos, pelas complicações que ela pode desencadear. Considera-se que as altas taxas de obesidade e o envelhecimento importantes pilares para o seu aparecimento (RISSARDO et al., 2012).

A estratificação do risco cardiovascular é importante para a tomada de decisão terapêutica dos usuários e conta além dos valores de Pressão Arterial, a presença de fatores de risco adicionais, de lesões em órgãos-alvo e presença de doenças cardiovasculares que foram discutidas nas tabelas anteriores (tabela 4).

Fatores de risco ou doenças	Grau 1 HAS Leve	Grau 2 HAS Moderada	Grau 3 HAS Grave
<b>I – Baixo - sem fatores de risco</b>	16 (20,4%)	0	0
<b>II – Médio 1 a 2 fatores de risco</b>	30 (36%)	6 (54,5%)	0
<b>III – Alto - 3 ou mais fatores de risco</b>	19 (23%)	1 (9%)	0
<b>Muito Alto - Condições clínicas associadas</b>	19 (23%)	4 (36,3%)	10 (100%)
<b>TOTAL</b>	<b>84 (80%)</b>	<b>11 (10,5%)</b>	<b>10 (9,5%)</b>

Tabela 4. Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas

Fonte: Coleta de dados

Ao descrever a estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas, constatou-se que os

usuários estão distribuídos a maioria nos graus I e II, ou seja, hipertensão leve e moderada. Já relacionando aos fatores de risco a maioria dos usuários estão classificados no grau II, ou seja, apresentaram 1 a 2 fatores de risco associados. Ressalta-se a frequência de 10 usuários classificados no grau 3 de hipertensão arterial considerada grave e com alto fatores de risco associados, ou seja, com condições clínicas associadas.

Essa situação encontrada, diverge de um estudo em que a maioria dos entrevistados 34,5% eram hipertensos grau 1, 15,5% grau 2 e 14,8% grau 3. Segundo os autores os níveis pressóricos estáveis apresentado por 46,4% dos hipertensos se deve ao tratamento adotado (MENDONÇA et al., 2015).

A estratificação do risco cardiovascular dos usuários do Hiperdia possibilita avaliar as condições de saúde e detectar lesões no indivíduo, além disso, permite que intervenções sejam implementadas de acordo com a necessidade do mesmo (SBC, 2010).

As ações devem buscar melhor controle dos hipertensos já conhecidos, planejar e implementar as intervenções que visem reduzir a ocorrência de agravos por essas comorbidades como a hipertensão arterial e promover melhorias para qualidade de vida dos usuários do serviço de saúde. A estratégia de saúde da família é a principal porta de entrada para o indivíduo, por isso, oferecer orientações e ampliar o grau de conhecimento dos fatores de risco na população e promover estilos de vida mais saudáveis corrobora para a prevenção do aparecimento dessas doenças crônicas e suas complicações (MENDONÇA et al., 2015).

Além disso, em um estudo realizado por Santo e Moreira (2012) que objetivou identificar os fatores de risco e complicações associadas presentes em usuários com hipertensão ou diabetes, cadastrados no Hiperdia, apresentou como fatores de riscos o tabagismo, sedentarismo, sobrepeso/obesidade e história familiar de doença cardiovascular, presentes em usuários com hipertensão, diabetes e em pessoas com as duas doenças. Já em relação às complicações, revelou que coronariopatias, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal, estão presentes em usuários com hipertensão, com diabetes e com as duas doenças.

Sabe-se que com o processo de envelhecimento e o aumento da longevidade surgem inúmeras mudanças biológicas, que implicam no aumento de doenças crônico-degenerativas e conseqüente aparecimento de doenças cardiovasculares. Isso aponta para a necessidade de fortalecimento das ações de promoção de saúde, a fim de que, mesmo diante do envelhecimento populacional, esses indicadores possam melhorar.

Portanto, é essencial ressaltar que o somatório de fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão arterial e diabetes aumentam a vulnerabilidade

dos participantes deste estudo frente a eventos cardiovasculares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao descrever os usuários que frequentam a ESF mencionados nesta pesquisa, em seu aspecto sócio-demográfico, os dados mostraram uma população característica dos grupos participantes do programa hiperdia, destacando-se neste estudo a frequência de idosos. Dentre os fatores de risco cardiovascular encontrados, destaca-se a questão da história familiar, o sobrepeso e a obesidade, o sedentarismo e a hipertensão arterial, sendo estes fatores indício talvez do uso incorreto das medicações, também influenciados pela falta de prática regular de exercícios físicos e hábitos alimentares inadequados.

A estratificação do risco cardiovascular mostrou ser uma importante ferramenta para a tomada de decisão terapêutica dos usuários pois conta além dos valores de Pressão Arterial, a presença de fatores de risco adicionais, de lesões em órgãos-alvo e presença de doenças cardiovasculares, e este estudo mostrou dados que devem ser considerados no planejamento das ações a serem desenvolvidas junto aos usuários.

Desta forma, torna-se necessária a implementação de ações que mostrem a importância da manter hábitos de vida saudáveis, incluindo a prática regular de exercícios físicos, pois tem um papel fundamental na promoção da saúde prevenção, bem como reabilitação das doenças cardiovasculares e controle dos fatores de risco que desencadeiam essas doenças.

Ressalta-se a importância da equipe multiprofissional de saúde que atua na estratégia, por meio da manutenção do vínculo com os usuários, conhecendo e valorizando os fatores de risco, bem como a estratificação dos riscos cardiovasculares dos usuários, para que seja possível estabelecer planos de ações centradas nas reais necessidades dos participantes do grupo hiperdia.

Assim, é importante orientar os usuários, para que busquem diminuir os fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares, por meio do controle adequado de peso, de pressão arterial, bem como com o estímulo à manutenção de hábitos saudáveis, com vistas a uma vida com qualidade.

## REFERÊNCIAS

AMARO DS; MACHADO RC; SILVA MCF da. Perfil de pacientes hipertensos: aspectos biossociais, antecedentes pessoais e tratamentos. **J Nurs UFPE** on line [Internet]. 2012 [cited 2016 jul 15];6(4):714-19. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2266/pdf\\_1161](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2266/pdf_1161)

BOELL JEW; MEIRELLES BHS; SILVA DMGV; LESSMANN JC. hipertensão arterial e diabetes

mellitus: atenção à saúde em uma unidade básica. **J Nurs UFPE** on line [Internet]. 2012 [cited 2016 jul 10];6(6):1485-90. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2209/pdf\\_1061](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2209/pdf_1061)

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**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [cited 2016 jul 15]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão – **Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Manual de Operação**. Rio de Janeiro, 2002. [cited 2016 jul 15]. Available from: <http://saude.maringa.pr.gov.br/downloads/hipertensao/manualhipertensao2.pdf>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Dispõe sobre pesquisas e testes em seres humanos** [cited 2016 jul 15]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [cited 2016 jul 15]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf)

CABRAL MV; SILVA P. A. **Adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas**. Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica [Internet] 2010 [cited 2016 jul 10]. Available from: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/apifarma.pdf>

CARVALHO FPB de; SIMPSON CA; QUEIROZ TA; FREITAS GB; OLIVEIRA LC de; QUEIROZ JC de. Prevalência de doença arterial coronariana em pacientes diabéticos. **J Nurs UFPE** on line [Internet]. 2016 [cited 2016 jul 15];10(Supl.2):750-5. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8444/pdf\\_9693](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8444/pdf_9693)

CIPULLO JP; MARTIN JFV; CIORLIA LAS; GODOY MRP; CAÇÃO JC; LOUREIRO AAC et al. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. **Arqu Bras de Cardiol**. [Internet] 2010 [cited 2016 jul 15];94(4):519-526. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n4/aop00810.pdf>

COSTA MFL; BARREOT SM. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento**. Epidemiologia e Serviços de Saúde. [Internet] 2003 [cited 2016 jul 15];12(4):189–201. Available from: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v12n4/pdf/v12n4a03.pdf>

DAMATA SRR; FORMIGA LMF; ARAÚJO AKS; OLIVEIRA EAR; OLIVEIRA AKS de; FORMIGA RCF. Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. **R. Interd**. [Internet] 2016 [cited 2016 jul 15];9(1):107-117. Available from: [http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/751/pdf\\_283](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/751/pdf_283)

MANTOVANI MF; MATTEI AT; ARTHUR JP; ULBRICH EM; MOREIRA RC. Utilização do Brief Medication Questionnaire na adesão medicamentosa de hipertensos. **J Nurs UFPE** on line [Internet]. 2015 [cited 2016 jul 15];9(1):84-90. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6402/12488>

MARTINS MSAS; FERREIRA MG; GUIMARÃES LV; VIANNA LAC. Hipertensão Arterial e Estilo de Vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. **Arqu Bras Cardiol**. [Internet] 2010 [cited 2016 jul 15];94(3):639-644. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010000500011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000500011)

MENDONÇA ET; ALMEIDA LC; AMARO M; MOREIRA TR; DIOGO NAS; RIBEIRO R. Perfil sociodemográfico, clínico e cardiovascular adicional de indivíduos hipertensos. **J Nurs UFPE** on line [Internet]. 2015 [cited 2016 jul 15];9(12):1182-9. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/>

NEGREIROS RV; MELO KDF; CARTAXO RMS. Caracterização epidemiológica de usuários com hipertensão e Diabetes mellitus numa estratégia saúde da família. **J Nurs UFPE on line** [Internet]. 2016 [cited 2016 jul. 15];10(Supl.2):744-9. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7703/pdf\\_9689](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7703/pdf_9689)

OLIVEIRA TL; MIRANDA LP; FERNANDES OS; CALDEIRA AP. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta paul enferm** [Internet]. 2013 [cited 2016 jul 15];26(2):179-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a12.pdf>

PIMENTA FB; PINHO L; SILVEIRA MF; BOTELHO ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. [Internet] 2015 [cite 2016 jul 15];20(8):2489-2498 Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2489.pdf>

PEREIRA C; MARINHO M; CASSOLA T; SEERIG AP; MUSSOI TD; BLUMKE AC. Perfil epidemiológico de hipertensos e diabéticos em uma estratégia da saúde da família de Santa Maria/RS. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde. [Internet] 2014 [cited 2016 jul 15];15(2):195-203. Available from: <http://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1078/1022>

RISSARDO LK; BARRETO MS; OLIVEIRA NP; MARCON SS; CARREIRA L. Influência da hipertensão arterial e o tratamento na qualidade de vida de idosos. **J Nurs UFPE on line** [Internet]. 2012 Dec [cited 2016 jul 15];6(12):2918-26. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3140/4814>

SANTOS JC; MOREIRA TMM. Fatores de risco e complicações em hipertensos/ diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev Esc Enferm**. [Internet] 2012 [cited 2016 jul 15];46(5):1125-1132. Available from: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)

SARAIVA LGF; DORNELAS PG; CAUC SB; CALÁBRIAD LK. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em uma rede ambulatorial do Hiperdia Minas em Governador Valadares-MG. **Rev. Aten. Saúde**. [Internet] 2016 [cited 2016 jul 15];14(48):40-47. Available from: [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/3558/pdf](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3558/pdf)

SBN. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertensão**. [Internet] 2010 [cited 2016 jul. 12];95(1 supl.1):1-51. Available from: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)

SOUZA RKT; BORTOLETTO MSS; LOCH MR; GONZÁLEZ AD; MATSUO T; CABRERA MAS et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde** [Internet] 2013 [cited 2016 jul 15];22(3):435-444. Available from: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000300008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000300008&lng=es&nrm=iso)

VISENTIN A; MANTOVANI M; CAVEIÃO C; HEY AP, SCHENEIDER EP; PAULINO V. Autocuidado de usuários com diabetes tipo 1 em uma unidade básica de saúde. **Rev enferm UFPE on line** [Internet].2016 [cited 2016 jul 10];10(3):9918. Available from:[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7578/pdf\\_9828](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7578/pdf_9828)

## IDENTIFICAÇÃO DOS ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE CLÍNICA CIRÚRGICA

Data de aceite: 27/11/2019

**Marcella Gabrielle Betat**  
**Arthur Saul Santiago**  
**Miriam da Silveira Perrando**  
**Márcia Aparecida Penna**  
**Helena Carolina Noal**  
**Lidiana Batista Teixeira Dutra Silveira**  
**Rhea Silvia de Avila Soares**  
**Tanise Martins dos Santos**  
**Vera Regina Real Lima Garcia**  
**Valdecir Zavarese da Costa**  
**Suzinara Beatriz Soares de Lima**  
**Alexsandra Micheline Real Saul-Rorato**

**RESUMO: Objetivo:** identificar características sociodemográficas e clínicas de indivíduos internados em unidade de clínica cirúrgica de um hospital universitário. **Método:** trata-se de um estudo descritivo quantitativo exploratório, desenvolvido na Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário, do interior do Estado do Rio Grande do Sul, com 465 pacientes internados, no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº52487116.6.0000.5346. **Resultados:** Pode-se observar que dos 465 participantes, 268

(63,6%) eram homens e 197(42,4%) mulheres, a média de idade foi de 57 anos. São provenientes de 32 municípios diferentes. Permaneceram em média internados os homens 19,7 dias, e as mulheres 20,0 dias. Identificou-se também que 421 (90,6%) tiveram alta, 29 (6,2%) foram a óbito, 9 (1,9%) foram transferidos de hospital, 4 (0,9%) evadiram e 2 (0,4%) não foram informados. As especialidades de cirurgia geral e traumatológica tiveram maior frequência, com 136 (29,2%) pacientes cada. Quanto aos pacientes de cirurgia geral, o procedimento cirúrgico mais realizado foi a laparotomia exploradora (n=49; 36,0%) e entre os de traumatologia, a osteossíntese de fêmur (n=34; 25,0%). **Conclusão:** A maioria desses pacientes era do sexo masculino, com idade média de 57 anos, com tempo médio de internação médio de 20 dias, tendo a alta hospitalar como principal desfecho. As especialidades cirúrgicas mais frequentes na unidade foram a geral e a traumatológica. Esses dados podem auxiliar os enfermeiros nos cuidados pré e pós-operatórios na unidade de clínica cirúrgica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Gestão em Saúde; Pacientes Internados; Perfil de saúde.

IDENTIFICATION OF DEMOGRAPHIC  
AND CLINICAL ASPECTS OF PATIENTS

**ABSTRACT: Objective:** Identify the sociodemographic characteristics and clinics of admitted individuals in a surgical clinical unit of a university hospital. **Method:** An exploratory quantitative descriptive study, developed in a surgical clinic of a university hospital from the interior of Rio Grande do Sul state, with 465 patients admitted, in the period between 12 of April to 10 of July, 2016. The research was approved by the Research Ethics Committee with Certificate of Ethical Presentation and Appreciation (CAEE) nº 52487116.6.0000.5346. **Results:** We were able to observe that from 465 participants, 268(63,6%) they were men and 197(42,4%) female, the average age was about 57 years. These, from 32 different cities. On admitted time, men remained and average 19,7 days and as women 20,0 days. It was identified that 421(90,6%) were discharged, 29(6,2%) passed away, 9(1,9%) were transferred from the hospital, 4 (0,9%) evaded and 2(0,4%) were not informed. The general specialties surgery and traumatological had the most frequency, with 136(29,2%) patients each. As for the general surgery patients, the surgical procedure, the most utilized procedure was exploratory laparotomy(n=49;36,0%) and between the traumatological, the femoral osteosynthesis(n=34; 25,0%). **Conclusions:** The majority of admitted patients were male, on an average of 57 years old, with average admitted time of 20 days, having discharge as leading outcome. The most frequent surgical specialties on the unit were general and traumatological. This data may help nurses in the pre and postoperative care in the surgical clinic unit.

**KEYWORDS:** Nursing; Health Management; Hospitalized Patients; Health Profile

## 1 | INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem está associado a manter e preservar o ser humano saudável e considera a vida um bem valioso, respeitando o ser cuidado em sua individualidade e complexidade. Quem cuida deve ser capaz de compreender que o processo de hospitalização é angustiante, uma vez que nos tornamos mais fragilizados física e emocionalmente, o que gera sofrimento.

O cuidado faz parte das raízes primárias da existência do ser humano, além de estar presente desde o início da vida, como uma forma de sobrevivência, e em qualquer outra circunstância ou estado em que o homem se encontre.

O paciente cirúrgico exige de o profissional enfermeiro determinadas especificidades no cuidar dentre eles: curativos complexos, análise e aplicação de Escalas de avaliação da qualidade de saúde, Sistematização da Assistência Peri-Operatória (SAEP), dentre outras. As relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e o paciente devem ser realizadas em um ambiente humanizado, uma vez que o diagnóstico cirúrgico muitas vezes pode ser difícil e estressante, gerador de

sentimentos negativos. Assim é importante que as equipes de saúde sejam capazes de minimizar esta situação.

A revelação do diagnóstico, o tipo de procedimento cirúrgico ao qual o paciente será submetido, bem como a hospitalização com todas as suas implicações geram mudanças, o que torna o paciente vulnerável ao estresse fisiológico e emocional. Todas estas alterações nem sempre estão relacionadas à complexidade do procedimento cirúrgico e sim ligadas a ausência de orientações sobre a cirurgia e todos os cuidados decorrentes do processo de internação.

Nesse sentido, é indispensável à atuação do enfermeiro nas orientações acerca dos procedimentos cirúrgicos, que serão realizadas para adequar uma sistematização da assistência de enfermagem com qualidade. Este profissional é responsável pelo acolhimento do paciente, desenvolvendo orientações e cuidados a partir do procedimento cirúrgico ao qual do paciente será submetido, valorizando o cuidado a partir das necessidades apresentadas pelo paciente.

Também, é importante destacar a complexidade que envolve o cuidado do paciente cirúrgico o que exige do profissional enfermeiro, conhecimento teórico e prático acerca do processo que o paciente será submetido. Desta forma, garantindo um cuidado humano, seguro e de qualidade, orientando os pacientes com o objetivo de promover a autonomia do sujeito.

Neste contexto, a identificação do perfil sociodemográfico contribui para auxiliar no planejamento e gerenciamento do cuidado, subsidiando discussões na elaboração de novas estratégias e ações no cuidado ao paciente cirúrgico. Facilitando o processo de trabalho do enfermeiro, o que lhe permite pensar criticamente e traçar estratégias de cuidado, produzindo melhoras na qualidade do atendimento.

A partir do exposto, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: “Quais as características sociodemográficas e cirúrgicas dos pacientes internados em unidade de clínica cirúrgica de um hospital universitário do sul do Brasil?” Assim, este estudo teve como principal objetivo identificar o perfil sócio demográfico e cirúrgico dos pacientes internados em unidade de Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil.

## 2 | MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma investigação descritiva, quantitativa e exploratória. Os dados foram coletados no período de abril a julho de 2016, em uma unidade de internação de clínica cirúrgica de um Hospital Universitário, localizado na região Sul do Brasil.

Para seleção dos participantes do estudo, foi utilizado o seguinte critério de inclusão: todos os pacientes cirúrgicos internados na clínica cirúrgica no período de

coleta de dados e ou seu representante legal. Foram identificados e selecionados 472 pacientes; destes, sete não aceitaram fazer parte do estudo, totalizando 465 pacientes.

Para a obtenção dos dados, foi construído um instrumento com as seguintes variáveis: sexo, idade, data de internação, especialidade cirúrgica, data e tipo de alta. Estas informações foram obtidas do prontuário dos pacientes e codificadas em planilha Excel. Após, os dados foram analisados pelo programa R (R Project for statistical computing).

O estudo seguiu os preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde, de acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido à apreciação de Comitê de Ética de Pesquisa, sendo aprovado sob o parecer nº 1.483.101 no dia 7 de abril de 2016 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 52487116.6.0000.5346. A pesquisa procedeu mediante assinatura pelos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 465 pacientes do estudo, as variáveis analisadas foram sexo, idade, tipo de alta e tempo de permanência dos pacientes analisados.

#### 3.1 Caracterização dos pacientes quanto ao sexo

Com relação a variável sexo, estiveram internados 268 pacientes do sexo masculino e 197 do sexo feminino no período, conforme apresentado no Gráfico 1.

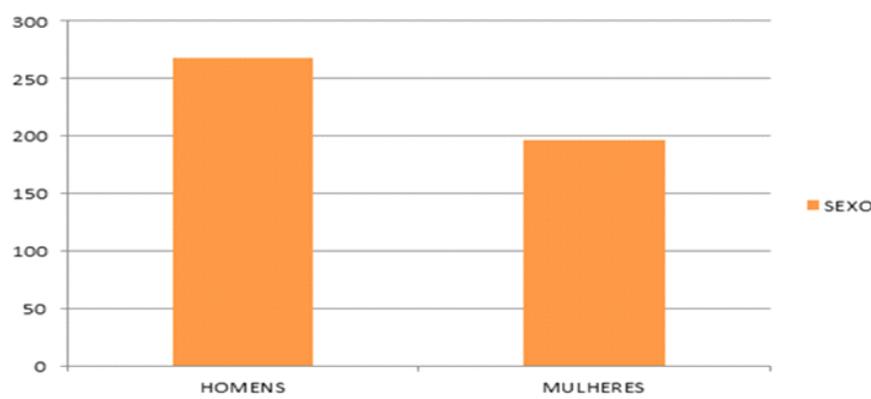


Gráfico 1– Pacientes internados na CC (Clínica Cirúrgica), no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016.

Os dados evidenciaram a predominância do sexo masculino. Este achado se

confirma em estudo realizado num Hospital do interior de São Paulo em unidades de internação, com atendimento terciário e quaternário, em que a amostra também foi composta em sua maioria pelo sexo masculino.

Igualmente, o mesmo evidenciou-se em outro estudo realizado no Hospital Regional da área metropolitana de Belo Horizonte, no qual predominaram os pacientes do sexo masculino.

O fato de a maioria dos pacientes internados serem do sexo masculino justifica-se pela incidência de câncer, ser maior em homens do que em mulheres. Pois, eles procuram menos os serviços de saúde, devido ao medo de descobrir uma doença grave, a vergonha de exposição do corpo perante os profissionais de saúde ou a própria cultura masculina, dificultando a busca por ações de prevenção à saúde e de autocuidado.

### 3.2 Caracterização dos pacientes quanto a idade

Em relação à idade dos pacientes, existem muitas percepções e suposições comuns sobre as pessoas mais velhas baseadas em estereótipos ultrapassados, pois a perda das habilidades habitualmente associada ao envelhecimento, na verdade, está apenas vagamente relacionada com a idade cronológica das pessoas. Assim, quanto à frequência das faixas etárias a dos homens foi de 55 a 69 anos e das mulheres foi de 75 a 84 anos, conforme apresentado no gráfico 2.

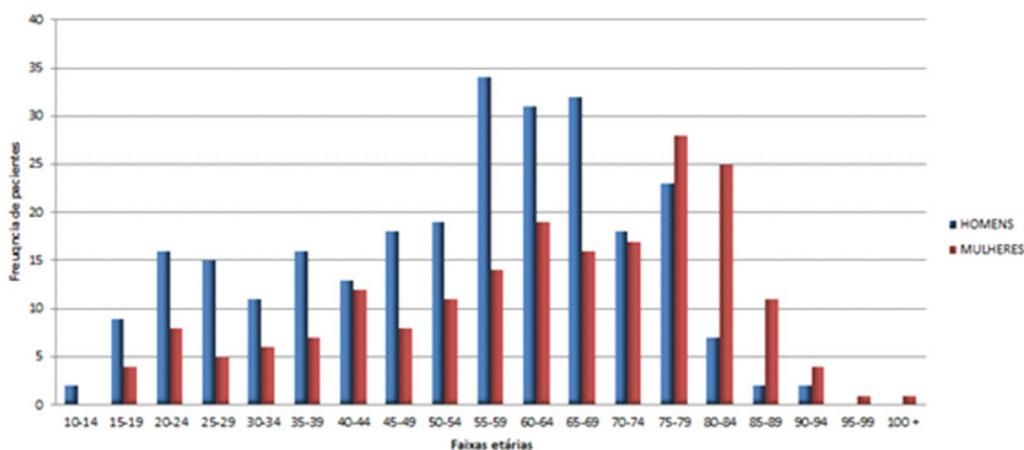


Gráfico 2–Frequências das faixas etárias masculina e feminina.

A distinção das habilidades e necessidades de saúde dos adultos maiores não é ocasional, mas sucedida de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e, frequentemente, são modificáveis, ressaltando a importância do enfoque de ciclo de vida para se entender o processo de envelhecimento. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) os ciclos são classificação da idade de uma pessoa variam entre: 25 a 44 anos, sendo os jovens; de 44 a 60 anos, meia idade;

60 a 75 anos, pessoas idosas; 75 a 90 anos velhice.

### 3.3 Caracterização dos pacientes quanto ao desfecho das internações

Quanto ao desfecho das internações, 90,55% dos pacientes receberam alta médica para casa. Ressalta-se que, desde a internação, que o planejamento para a alta deve ser o objetivo do cuidado de Enfermagem, considerando fatores como ansiedade, internações prévias, condições físicas e mentais e culturais. Os indicadores positivos destes dados condizem com o esperado para um Hospital Universitário de ensino, o qual conta com profissionais qualificados assessorados por preceptores Técnico- Administrativos em Educação (TAE) e dos docentes.

No Gráfico 3, são descritos os tipos de alta hospitalar.

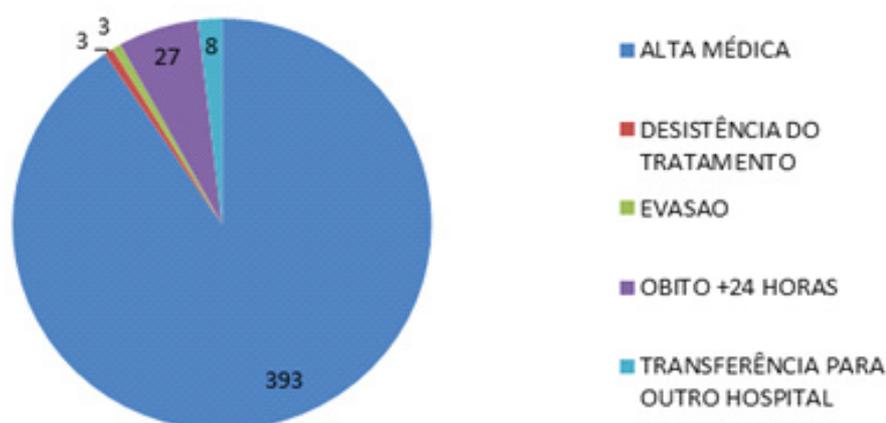


Gráfico 3– Tipo de altas dos pacientes internados na CC (Clínica Cirúrgica), no período de 12 de abril a 10 de julho de 2016.

O hospital tem como visão, ser um referencial público de excelência no ensino, na pesquisa e na extensão, promovendo a saúde das pessoas, contemplando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com ética, responsabilidade social e ambiental.

Também, é importante destacar o percentual de óbitos identificados. Este perfil pode estar relacionado às características da instituição, que presta assistência em nível terciário e recebe pacientes com patologias graves, que necessitam de tratamentos complexos.

### 3.4 Caracterização dos pacientes quanto ao tempo de internação

Outro dado encontrado no estudo faz referência ao tempo de permanência dos pacientes na unidade. De acordo com a Portaria GM 1101/2002, a média de permanência nas unidades cirúrgicas no Brasil é de 3,9 a 5,6 dias. Representa-se, no Gráfico 4, a média de tempo de permanência considerando a faixa etária e sexo

do paciente.

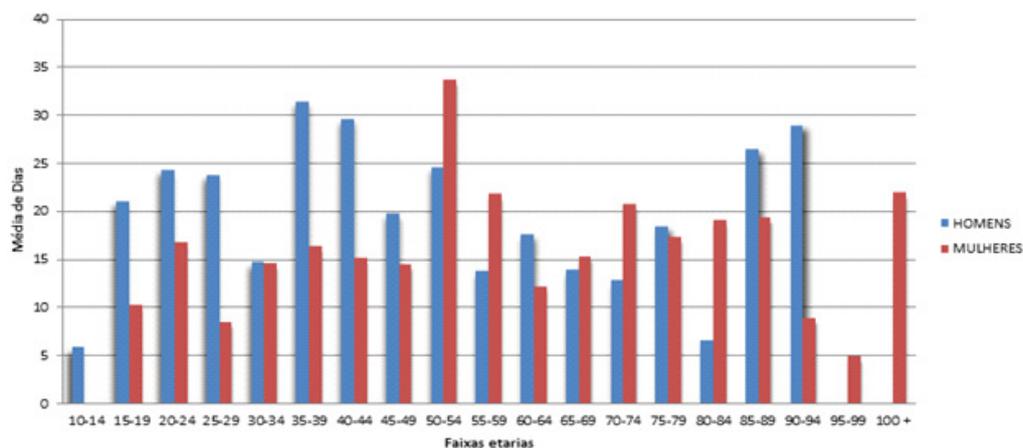


Gráfico 4– Distribuição de frequência das faixas etárias do tempo médio (em dias) de permanência dos pacientes internados.

A realidade da Clínica Cirúrgica não confere com a determinação do Ministério da Saúde (MS), pois o período de internação no Hospital pesquisado é superior ao preconizado pelo MS. Devido aos pacientes permanecerem mais tempo internados, pela gravidade do diagnóstico, também pelo tempo de espera e complexidade do procedimento cirúrgico.

### 3.5 Caracterização dos pacientes nas especialidades cirúrgicas

Os pacientes internados na unidade durante o período da coleta foram submetidos às diferentes especialidades cirúrgicas, que são atendidas no Hospital. No entanto, salienta-se que as cirurgias geral e a traumatológica, apresentaram 29,37%, dos procedimentos cirúrgicos realizados.

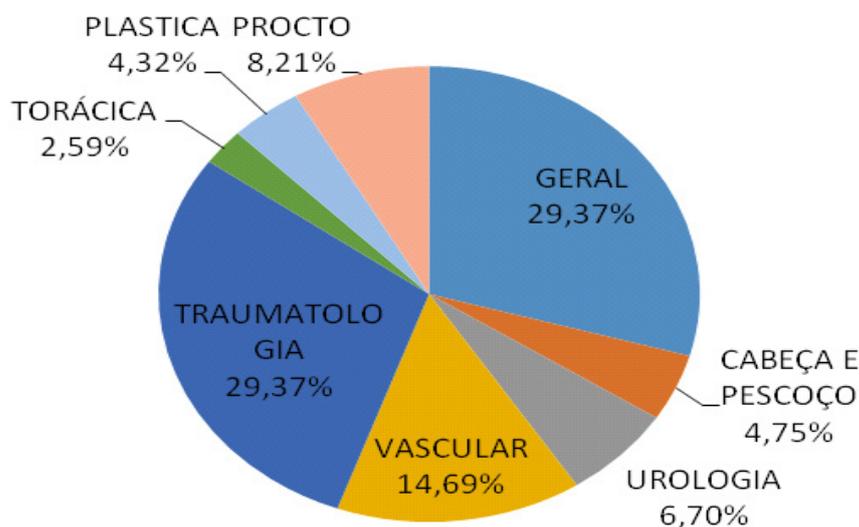


Gráfico 5- Distribuição das especialidades clínicas empregadas aos pacientes internados no período de 12 abril à 10 de julho de 2016.

Na Clínica Cirúrgica as principais causas de internação assemelham-se a um estudo, do Hospital das Clínicas de São Paulo, no qual as afecções traumatológicas foram traumatismo da coluna vertebral, acidentes de trânsito e quedas em geral. Em relação à cirurgia geral, o mesmo estudo apresenta como as principais causas de internação ferimentos por arma de fogo (36,70%).

Além disso, acidentes com fraturas ocorrem diariamente, como acidentes automobilísticos e quedas em idosos, necessitando de procedimentos cirúrgicos complexos. Da mesma forma, que os poli traumatizados com fixadores externos e tração esquelética demandam mais horas de assistência de Enfermagem, devido ao seu grau de complexidade.

#### 4 | CONCLUSÕES

A presente pesquisa possibilitou a identificação do perfil sociodemográfico e cirúrgico, dos pacientes da clínica cirúrgica em um hospital da região central do Rio Grande do Sul. A maioria dos pacientes eram homens idosos, a taxa média de internação foi de 3,8 a 5,6 dias, superando os parâmetros nacionais .

A maior frequência de procedimentos cirúrgicos na unidade de Clínica Cirúrgica, foi na cirurgia Geral e Traumatológica com 136 pacientes cada, seguidas da Vascular com 14,69%, somando-se aproximadamente 73,5% dos pacientes atendidos nessa unidade.

As limitações deste estudo ocorreram devido à escassez de registros, para se obter dados dos pacientes. Pois, o aplicativo de gestão que é utilizado nos Hospitais Universitários (AGHU), é responsável pelo gerenciamento dos dados do prontuário eletrônico do paciente e ainda por apresentar falhas no preenchimento dos dados por parte de alguns profissionais.

A caracterização dos pacientes apresenta relevância para o gerenciamento do cuidado de enfermagem e poderá contribuir com a construção de protocolos de pesquisa com metodologias mais peculiares e detalhadas, bem como na sistematização da assistência de enfermagem e na qualidade e segurança do cuidado realizado.

#### REFERÊNCIAS

ARAUJO, Meirele Tavares; VELLOSO, Isabela Silva Câncio; QUEIROZ, Claudia Ferreira De; HENRIQUES, Angelina Vidal Baia. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade de clínica médica**. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 6(2):2223-2234. Mai/Ago 2016 Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/971/1105>>. Acesso em: 28 Ago 2019.

ASCARI, Rosana Amora; NEISS, Mariluci; SARTORI, Angela Antônia; SILVA, Olvani Martins

da; ASCARI, Tânia Maria; GALLI, Kiciosan Silva Bernardi. **Percepções do paciente cirúrgico no período pré-operatório acerca da assistência de enfermagem.** Revista Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. 7(14):1136-44. Abr 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11590>>. Acesso em: 28 Ago 2019.

BESERRA, Eveline Pinheiro; OLIVEIRA, Fernanda Celedonio de; RAMOS, Islane Costa; et al. **Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 18( 1 ): 175-180. Marc 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000100175&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100175&)>. Acesso em: 28 Ago 2019.

BOCATTI, Cinthia; SILVA JUNIOR, Elias Pedro Da; DALCOL, Camila; GARANHANI, Maria Lúcia. **Cuidado perioperatório e as estratégias de autocuidado: percepções de médicos residentes da cirurgia geral.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. 36(2):35-44. Jul/Dez 2015 Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminario/article/view/18393/17951>>. Acesso em: 28 Ago 2019.

BRITOL, Ana Paula de; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. **Nível de complexidade assistencial dos pacientes em uma unidade de internação.** Revista Brasileira de Enfermagem. 65(1): 92-6. Jan/Fev 2012 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/13.pdf>>. Acesso em: 28 Ago 2019.

CALLEGARO, Giovana Dorneles; BAGGIO, Maria Aparecida; NASCIMENTO, Keyla Cristiana do; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico.** Revista Rene. 11(3):132-42. Jul/Set 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/>

CUNHA, Claudia Cleinne Barcelos. **Dimensionamento do pessoal de enfermagem da clínica cirúrgica de um hospital universitário da região centro-oeste** [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2011. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/712>>. Acesso em: 28 Ago 2019.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - HUSM. **Visão de futuro no ensino, na pesquisa e na extensão promovendo a saúde das pessoas.** Missão. Disponível em: <[www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/.../missao-visao-e-valores](http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/.../missao-visao-e-valores)>. Acesso em: 28 Ago 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Número de idosos com 80 anos ou mais deve crescer 27 vezes.** Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-10/brasil-tera-19-milhoes-de-idosos-com-mais-de-80-anos-em-2060-estima-ibge>>. Acesso em: 28 Ago 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº1101/2002- Parâmetros assistenciais do sus.** Brasília(DF) 2002. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/direg/images/legislacao/portaria\\_1101\\_12\\_06\\_02.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/direg/images/legislacao/portaria_1101_12_06_02.pdf)>. Acesso em: 29 Ago 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Estimativa 2016.** Disponível em: <[www.inca.gov.br/estimativa/2016/](http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/)>. Acesso em: 29 Ago 2019.

MORAES, Mônica de; LINCH, Graciele Fernanda da Costa; SOUZA, Emiliane Nogueira. **Classificação de pacientes internados em uma unidade traumatológica.** Revista Gaúcha de Enfermagem. 33(2):52. Jun 2012. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/20944>>. Acesso em: 29 Ago 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Brasil, 2015.** Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=56D8E8BBDE6BD47D9BF09423EFB54CC6?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=56D8E8BBDE6BD47D9BF09423EFB54CC6?sequence=6)>. Acesso em: 29 Ago 2019.

REIS, Adriana Teixeira; SANTOS, Rosângela da Silva; CAIRES, Tharine Louise Gonçalves; Et Al. **O significado da segurança do paciente cirúrgico pediátrico para a equipe de enfermagem.** Cogitare Revista de Enfermagem. 21(esp): 01-08. Jul 2016. Disponível em: <[revistas.ufpr.br/cogitare/](http://revistas.ufpr.br/cogitare/)

article/view/45416/pdf>. Acesso em: 29 Ago 2019.

O. SILVA, Patricia Alves dos Santos; GUILHON, Aline Borges; FURTADO, Monique de Sousa; Et Al. **Saúde do homem na visão do enfermeiro**. Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem. 16(3):561-568. Jul/Set 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/19.pdf>>. Acesso em: 29 Ago 2019.

## INDICADORES MICROBIOLÓGICOS E FÍSICO-QUÍMICOS DO REPROCESSAMENTO DE ENDOSCÓPIOS FLEXÍVEIS: LIMPEZA MANUAL

Data de aceite: 27/11/2019

### **Lissandra Chaves de Sousa Santos**

Universidade de São Paulo, Escola de  
Enfermagem de Ribeirão Preto  
Ribeirão Preto – São Paulo

### **Evandro Watanabe**

Universidade de São Paulo, Faculdade de  
Odontologia de Ribeirão Preto  
Ribeirão Preto – São Paulo

### **Karen Vickery**

Macquarie University, Faculty of Medicine and  
Health Sciences  
Sydney, Australia

### **Denise de Andrade**

Universidade de São Paulo, Escola de  
Enfermagem de Ribeirão Preto  
Ribeirão Preto – São Paulo

**RESUMO:** A limpeza consiste em etapa fundamental para o reprocessamento de endoscópios gastrointestinais e prevenção de contaminação de pacientes. Este estudo teve como objetivo avaliar os níveis de contaminação orgânica e microbiológica de endoscópios gastrointestinais clinicamente utilizados. Utilizou-se testes de Adenosina trifosfato, polimerase C reativa quantitativa e cultura microbiana antes e após a limpeza

manual dos endoscópios gastrointestinais utilizados em pacientes. A análise da limpeza manual demonstrou a eficácia na significativa redução de matéria orgânica e contaminação microbiana, com baixo percentual de bactérias viáveis após o procedimento de limpeza.

**PALAVRAS-CHAVE:** endoscópios gastrointestinais; trifosfato de adenosina; controle de qualidade.

### MICROBIOLOGICAL AND PHYSICOCHEMICAL INDICATORS OF FLEXIBLE ENDOSCOPE REPROCESSING: MANUAL CLEANING

**ABSTRACT:** Cleaning is a critical step on gastrointestinal endoscope reprocessing and patient contamination prevention. This study aimed to evaluate organic soil and microbial contamination levels of clinically used gastrointestinal endoscopes. For testing manual cleaning, it was used adenosine triphosphate assays, quantitative polymerase chain reaction and microbial culture, both before and after manual cleaning of clinically used gastrointestinal endoscopes. Endoscope manual cleaning analysis demonstrated the efficiency in reducing biological soil and microbial contamination, with a low percentage

of the sample with viable microorganisms.

**KEYWORDS:** gastrointestinal endoscopes; adenosine triphosphate; quality control.

## 1 | INTRODUCTION

Medical devices reprocessing consists of using a validated process to remove patient, microbial and non-organic contamination (KOLA, et al. 2015). The complexity of endoscopes makes their reprocessing challenging. As the reprocessing steps are susceptible to human error and due to the large bioburden present on endoscopes, the margin of safety in processing is small (HUMPHRIES; MCDONNELL, 2015), so each reprocessing step needs to be performed in a peerless manner to guarantee the validation of the process (AUMERAN, et al. 2010; RUTALA; WEBER, 2016).

Flexible endoscopes are reusable, semi-critical devices and as such are required to be cleaned and then subjected to either high level disinfection or sterilization to remove residual microbial contamination (CALDERWOOD, et al. 2018). Gastrointestinal endoscope contamination related to endoscopy procedures has been frequently published (VOOR, et al. 2018; EPSTEIN, et al. 2014; OFSTEAD, et al. 2015; GASTMEIER; VONBERG, 2014), including reports of transmission of multidrug resistant microorganisms (KIM, et al. 2016; MARSH, et al. 2015).

Endoscope contamination and healthcare associated infection (HAI) outbreaks associated with endoscopy have been due to a failure to adhere to reprocessing recommendations and/or equipment damage (KOLA, et al. 2015; ROBERTSON, et al. 2017; BAJOLET, et al. 2013; OFSTEAD, et al. 2010). However, infection related to the use of contaminated endoscopes has been reported even when endoscopes are reprocessed according to guidelines (OFSTEAD, et al. 2015; ENGLAND, et al. 2016).

Flexible endoscope reprocessing involves bedside cleaning, manual cleaning, disinfection/sterilization, drying and storage in an approved manner (WGO, 2019; CALDERWOOD, et al. 2018; SOBECC, 2017). It is well established that the cleaning step is critical for endoscope reprocessing success, as residual organic and inorganic matter within the internal channels of the endoscopes compromises biocide action (AGRAWAL; MUSCARELLA, 2011; BEILENHOFF, et al. 2017). Additionally, the presence of biofilms has already been proven to attach on endoscope internal channels (PAJKOS; VICKERY; COSSART, 2004) and, once formed, can compromise decontamination even if conducted rigorously under ideal conditions (REN-PEI, et al. 2014).

Given the difficulties involved in achieving successful endoscope reprocessing cited above, endoscope reprocessing evaluation can be helpful in detecting possible failures of the process, and thus decrease the possibility that inadequately processed

endoscopes are used for patient procedures. In this study, we aimed to evaluate organic soil and microbial contamination levels of clinically used gastrointestinal endoscopes before and after manual cleaning, utilizing adenosine triphosphate (ATP) assays, quantitative polymerase chain reaction (qPCR) and microbial culture.

## 2 | MATERIAL AND METHODS

Clinically used gastrointestinal flexible endoscopes (colonoscopes and gastroscopes) were assessed for organic soil by ATP bioluminescence and for microbial contamination by qPCR and microbial culture, before and after manual cleaning. Data was collected by the researcher on a endoscopy unit of a Hospital in Sydney, Australia. All endoscope reprocessing steps were performed by staff of the endoscopy unit as following described:

- 1) immediately after clinical use, bedside cleaning was done by wiping the external part of the endoscope with wipes soaked in enzymatic detergent and suctioning internal channels also with enzymatic detergent whilst still in the procedure room;

- 2) the endoscope was then transported to reprocessing dirty area for cleaning procedures where leak testing and manual cleaning were performed;

- 3) finally the endoscope was transported for disinfection/sterilization to the room housing the AER.

The external surface of the endoscope was sampled for ATP quantification by swabbing its distal end and the internal surface was sampled by a combination of brushing the biopsy channel and flushing each channel (air/water, suction and biopsy) with 10 mL of sterile water, followed by flush of air to collect sample. The flush from each channel and brush end, (removed using sterile scissors, were pooled. From the pooled sample a 20  $\mu\text{L}$  aliquot was used for measurement of ATP levels, 100  $\mu\text{L}$  was used for microbial culture and the remaining flush (approximately 30 mL) was used for DNA extraction and qPCR determination.

To test for differences in soil and microbial load contaminating cleaned and uncleaned endoscopes the Mann-Whitney, Wilcoxon and Spearman tests were conducted using IBM SPSS Statistics software version 23.0.

### Adenosine Triphosphate (ATP) Testing

ATP was measured using the commercially available Hygiena ATP devices for endoscopes. The amount of ATP contaminating the external surface of the endoscopes was measured by swabbing the distal 30 cm external surface of endoscopes using Ultrasnap (Hygiena, Camarillo, Calif, USA); the ATP contaminating the internal channels was assessed using Aquasnap (Hygiena, Camarillo, Calif,

USA and using Endoswab (Hygiena, Camarillo, Calif, USA) to brush the distal section of the endoscope biopsy channel. All ATP assay devices were placed into the ATP bioluminescence device System Sure Plus (Hygiena, Camarillo, Calif, USA) according to manufacturer's instructions and the amount of contaminating ATP was measured as relative light units (RLU).

### Microbial culture

The number of culturable bacteria was determined by pipetting 100  $\mu$ L of endoscope channel flushes either neat sample or 100  $\mu$ L of 10-fold serially diluted sample into horse agar plates (HBA) (Micromedia Laboratories, Victoria, Australia), applying the spread-plate technique and incubating at 37°C for 24 hours. After the incubation period, the plates containing from 30 to 300 colonies were read and the number of colony forming units per milliliter (CFU/mL) was calculated.

Culture positive results were plated to obtain single morphology colonies. Isolated single colonies were subcultured onto Chromogenic UTI agar plates (Oxoid) using the streaking technique and incubated at 37°C for a period of 18 to 24 hours prior to reading, followed by bacterial identification and subculture onto selective culture media including identification of multidrug resistant organisms (MDRO) (Figure 10). The selective media for MDRO identification included Brilliance™ MRSA agar plates (Oxoid, Thermo Fisher Scientific, Victoria, Australia) with 99.7% specificity and 95.4% sensitivity for Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) detection; Brilliance ESBL agar (Oxoid, Thermo Fisher Scientific, Victoria, Australia) with 95% sensitivity and 94% selectivity for detection of extended-spectrum beta-lactamase (ESBL) producing gram-negative bacteria; and Brilliance™ VRE agar (Oxoid, Thermo Fisher Scientific, Victoria, Australia) with a sensitivity of 94.7% at 24 hrs, and 100% sensitivity with 100% specificity at 48 hrs for Vancomycin-resistant *Enterococcus* (VRE) detection. For Brilliance ESBL agar plates readings the following sequence was used: coloured colonies were confirmed to be ESBL-positive, *E. coli* colonies were pink or blue in colour; while *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia*, and *Citrobacter* colonies were coloured green.

### DNA extraction and quantitative PCR

For bacterial load determination, DNA was digested from inside the endoscope channels by syringing 2 mL of digestion mix (50nM Tris/HCl pH 7.5; 150nM NaCl; 2 mM EDTA; 1% SDS; proteinase K 20mg/mL) inside a 20 cm section of channel and incubating at 56 °C overnight. The channel section was then sonicated at an average of 43 mHz in ultrasonic bath (Soniclean, JMR Australia) for 20 minutes and the sonicate collected into a clean tube. The proteinase K was inactivated by heating to 95 °C, cooled and 200  $\mu$ L of 10 mg/mL lysozyme (Sigma-Aldrich, Castle Hill,

Australia) added followed by incubation at 56 °C for 2 hours.

DNA was then extracted using the salt precipitation method. Briefly, 640  $\mu$ L of 5M NaCl was added to the digested sample, mixed vigorously and cooled on dry ice for 10 minutes prior to centrifugation at 2500 rpm at 4 °C for 15 minutes. The supernatant was transferred to a new tube before centrifuging at 2500 rpm at 4 °C for 15 minutes and the new supernatant transferred to new tube prior to overnight alcohol precipitation at -20 °C and centrifugation. DNA pellets were resuspended in 50  $\mu$ L buffer (10mM Tris/HCL pH 8.0, 1mM EDTA).

Contaminating bacterial numbers were determined by real-time quantitative PCR using 16S rRNA Eubacterial universal primers 341F 5´- CCTACGGGAGGCAGCAG-3´ and 534R 5´-ATTACCGCGGCTGCTGG-3´ as described previously (JACOMBS, et al. 2012).

### 3 | RESULTS

A total of 99 clinically used endoscopes (63 colonoscopes and 36 gastroscopes) were tested both before and after manual cleaning. For determining amount of residual soil or dirtiness the amount of ATP contaminating both the external and internal part of the endoscopes were measured separately. Gastroscopes had significantly higher ATP values than colonoscopes both internally ( $p<0.001$ ) and externally ( $p<0.001$ ) after manual cleaning (Figure 1).

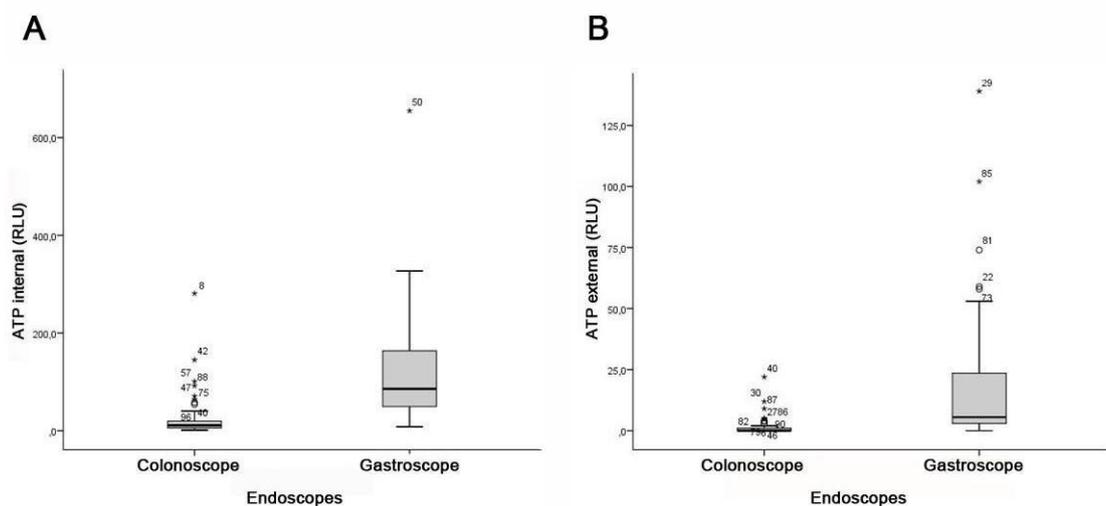


Figure 1. ATP values distribution by endoscope type after manual cleaning tested internally (A) and externally (B).

Manual cleaning of gastroscopes resulted in a significantly greater reduction of ATP contamination than that seen with colonoscopes both internally ( $p<0.001$ ) and externally ( $p<0.001$ ) (Figure 2).

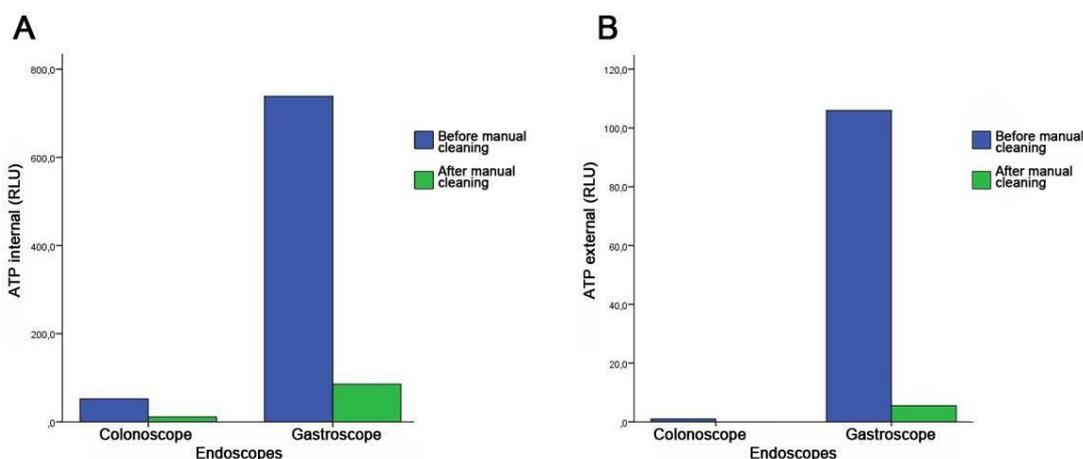


Figure 2. Comparison of ATP results of gastroscopes and colonoscopes tested before and after manual cleaning internally (A) and externally (B).

After manual cleaning, the internal part of the both endoscopes types were more contaminated with biological soil than the external part ( $p < 0.001$ ). Overall, 56.5% of endoscopes had ATP levels greater than 200 RLU before manual cleaning and 8% after cleaning.

For determining bacterial contamination levels, endoscopes flushes were tested by a combination of microbial culture and qPCR for total bacterial load. Microbial culture analysis demonstrated that 33% of the endoscopes tested grew bacteria before manual cleaning and 11% grew bacteria after manual cleaning. The maximum number of culturable bacteria prior to manual cleaning was 4 log<sub>10</sub> and 2 log<sub>10</sub> /mL after manual cleaning.

Isolated microorganisms were principally *Escherichia coli* (39%), *Staphylococcus coagulase negative* (19%) and *Klebsiella* spp. (17%).

For the working endoscope channel bacterial load analysis, the median values from before and after manual cleaning is 6 log<sub>10</sub> bacteria/mL (range 3 log<sub>10</sub> to 7 log<sub>10</sub> bacteria/mL). There was a significant reduction in total bacterial load as measured by qPCR after manual cleaning ( $p = 0.03$ ) (Figure 18). The total bacterial load of colonoscopes following manual cleaning was significantly higher than the total bacterial load on gastroscopes ( $p < 0.001$ ).

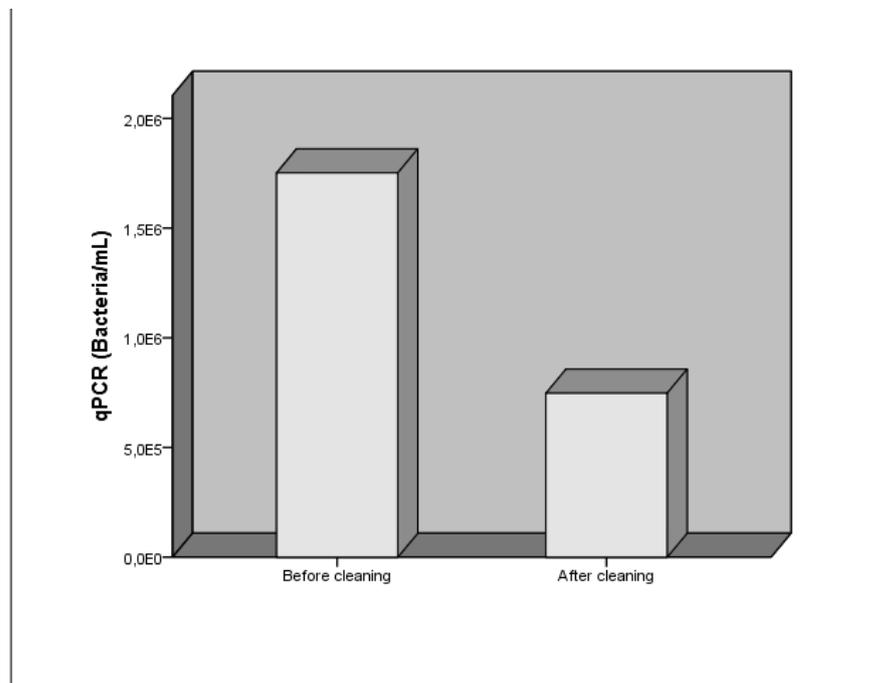


Figure 18. Comparison of qPCR results (Bacteria/mL) tested on clinically used gastrointestinal endoscopes before and after manual cleaning.

The correlation analysis among the variables cited above showed that ATP and qPCR values presented a positive and significant correlation ( $p < 0.001$  for colonoscopes and  $p = 0.035$  for gastroscopes).

#### 4 | DISCUSSION

The efficacy of the reprocessing process of flexible gastrointestinal endoscopes was evaluated by measuring biological soil utilizing various ATP test kits and comparing ATP results to microbial load. There is frequent warning about the peculiarities of the physical structure of endoscopes that threaten reprocessing quality and safety. Therefore, a suitable bedside test to determine if an endoscope is clean prior to disinfection is a necessary quality control tool.

Accomplishing endoscope reprocessing recommendations involves a careful practice based on the range of procedures, equipment and potential risks involved in the process. Failures of endoscope reprocessing can result in contaminated endoscopes being used on patients and result in infection and outbreaks of HAI (KOLA, et al. 2015; PETERSEN, et al. 2017). This reality justifies the arsenal produced at the area, such as, disinfection agents, automated equipment, guidelines and reprocessing quality control aimed at improving patient safety (BISSET, et al. 2006; GASTMEIER; VONBERG, 2014; CDC, 2017). Endoscope reprocessing failures can be related to human performance, inadequate materials and equipment with structural and maintenance problems; and also organizational and environmental problems (WEBER; RUTALA, 2013; GAMBLE; DUCKWORTH; RIDGWAY, 2007;

LANGLAY, 2013).

Even though endoscope reprocessing evaluation may detect possible failures and to avoid patient contamination, some recommendations are controversial among international guidelines. Microbial culture is being used for detecting failures of endoscope reprocessing and endoscope damage, during endoscope contamination investigation (SAVIUC, et al. 2015; MUSCARELLA, et al. 2010) but is also used in clinical practice for quality control. Nevertheless, some guidelines do not include surveillance cultures as an endoscope reprocessing quality control given the time necessary for results, cost and difficulties in interpreting results, especially regarding environmental microorganism isolation (PETERSEN, et al. 2017; AORN, 2017).

Considering that endoscope reprocessing is a multistep process and that cleaning is considered crucial for disinfection success; monitoring cleaning procedures can be effective on endoscope reprocessing quality control (ALFA; FATIMA; OLSON, 2013). Currently, visual inspection is recommended as gastrointestinal endoscope manual cleaning evaluation procedure (CDC, 2017).

However, visual inspection recommendation has limitations, such as the subjectivity inherent to the qualitative evaluation process without pre-established criteria; the black color of the outside of the endoscopes that makes detecting soil difficult; and the presence of narrow internal channels in the endoscopes that make it impossible to visualize the endoscope internal surfaces (VISRODIA, et al. 2014). We have found that gastrointestinal endoscope internal surfaces were contaminated with higher amounts of biological soil than the external part of the endoscope. Visual inspection obviously is inadequate for detecting soil contaminating internal channels.

We measured endoscope contamination utilising ATP, qPCR and culture before and after manual cleaning. ATP test has been referred as method to evaluate endoscope manual cleaning efficiency (PAROHL, et al. 2017; FUSHIMI, et al. 2013). ATP is present in all living organisms as an energy source, and in commercial test kits its presence is detected by the reaction of ATP with luciferase which converts ATP into visible light (SHAMA; MALIK, 2013). The use of ATP as an indicator of biological soil on test surfaces, including gastrointestinal endoscopes, has the advantage of being rapid with testing time taking less than 5 minutes (SETHI, et al. 2017).

However, some possible limitations on the use of ATP as a cleaning test monitoring are presented in the literature, such as, low accuracy and reproducibility among commercially available brands. 99 different brands of ATP luminometer read on different RLU scales so comparison between brands is difficult and limited sensitivity in detecting low levels of ATP (WHITELY, et al. 2015). Thus, it is essential to use in clinical practice an institutional protocol with recommendations for interpretation of the results obtained with each type/brand of ATP test adopted.

The mean ATP values assessed on internal channels of gastrointestinal

endoscopes tested prior to manual cleaning were 738 RLU in gastroscopes and 52 RLU in colonoscopes. After cleaning, these values decreased significantly to 85 and 11 RLU, respectively. Similar study (ALFA; FATIMA; OLSON, 2013), using different brand, demonstrated a reduction from 1315 RLU in the biopsy channels and 39.3 RLU in the colonoscopes air and water channels before cleaning to 20 RLU and 15.2 RLU, respectively, after cleaning.

Clinical studies evaluating gastrointestinal endoscopes cleaning procedure with the same ATP devices used in this study have not been found in the literature. However, comparison of three ATP test brands with in vitro contamination on metal surfaces demonstrated statistically significant difference before and after cleaning using Hygiena Ultrasnap device (SCIORTINO; GILES, 2012).

Although we haven't found significant correlation between the results of ATP tests and microbial culture, the correlation between biological soil (ATP) and total bacterial load, as determined by qPCR, was statistically significant. It should be noted that the majority of samples post cleaning had no microbial growth, this suggests that the pre-cleaning and manual cleaning of the endoscopes were effective in reducing their levels of contamination.

## 5 | CONCLUSION

Endoscope manual cleaning analysis demonstrated the efficiency in reducing biological soil ( $p < 0.001$ ) and microbial contamination ( $p = 0.03$ ), with a low percentage of the sample with viable microorganisms. This study confirms the importance on manual cleaning on endoscope reprocessing and its relation with microbial contamination, therefore, stating the importance of additional researches on endoscope reprocessing quality control for assuring a safe procedure.

## REFERENCES

AGRAWAL, D., MUSCARELLA, L.F. Delayed reprocessing of endoscopes. **Gastrointestinal endoscopy**, v. 73, n. 4, p. 853-854, 2011.

AORN. **Guidelines for perioperative practice**. Association of Perioperative Registered Nurses, 2017.

AUMERAN, C. et al. Multidrug-resistant *Klebsiella pneumoniae* outbreak after endoscopic retrograde cholangiopancreatography. **Endoscopy**, n.42, v.11, p. 895-899, 2010.

BAJOLET, O., et al. Gastroscopy-associated transmission of extended-spectrum beta- lactamase-producing *Pseudomonas aeruginosa*. **J Hosp Infect**, v. 83, n. 1, p. 341-343, 2013.

BEILENHOFF, U., et al. Prevention of multidrug-resistant infections from contaminated duodenoscopes: position statement of European Society of Gastrointestinal Endoscopes (ESGE) and European Society of Gastroenterology Nurses and Associates (ESGENA). **Enoscopy**, v. 49, p. 1098-

1106, 2017.

BISSET, L., et al. A prospective study of the efficacy of routine decontamination for gastrointestinal endoscopes and the risk factors for failure. **American journal of infection control**, v.34, n. 5, p. 274-280, 2006.

CALDERWOOD, A.H., et al. ASGE guideline for infection control during GI endoscopy. **Gastrointestinal Endoscopy**, v.87, n.5, p.1167-1179, 2018.

ENGLAND, D., et al. Documented transmission of extended-spectrum beta-lactamase-producing *Klebsiella pneumoniae* from patient to gastroscope. **Infection Control & Hospital Epidemiology**, v.37, n. 4, p. 493-494, 2016.

EPSTEIN, L., et al. New Delhi metallo- $\beta$ -lactamase-producing carbapenem-resistant *Escherichia coli* associated with exposure to duodenoscopes. **JAMA**, v. 312, n. 14, p. 1447-1455, 2014.

FUSHIMI, R., et al. Comparison of adenosine triphosphate, microbiological load, and residual protein as indicators for assessing the cleanliness of flexible gastrointestinal endoscopes. **Am J Infect Control**, v. 41, p. 161-164, 2013.

GAMBLE, H.P., DUCKWORTH, G.J., RIDGWAY, G.L. Endoscope decontamination incidents in England 2003-2004. **The Journal of Hospital Infection**, v. 67, n. 4, p. 350-354, 2007.

GASTMEIER, P.; VONBERG, R.P. Endoscopy-associated infections: we may only be seeing the tip of the iceberg. **Infection**, v. 42, n. 1, p. 15-21, 2014.

HUMPHRIES, R.M.; MCDONNELL G. Superbugs on duodenoscopes: the challenge of cleaning and disinfection of reusable devices. **Journal of Clinical Microbiology**, v. 53, n. 10, p: 3118-3125, 2015.

JACOMBS, A., et al. Prevention of Biofilm-Induced Capsular Contracture With Antibiotic-Impregnated Mesh in a Porcine Model. **Aesthet Surg J**, v. 32, n. 7, p. 886-891, 2012.

KIM, S., et al. Risk factors associated with the transmission of carbapenem-resistant *Enterobacteriaceae* via contaminated duodenoscopes. **Gastrointestinal Endoscopy**, v. 83, n.6, p. 1121-1129, 2016.

KOLA, A., et al. An outbreak of carbapenem-resistant OXA-48 – producing *Klebsiella pneumoniae* associated to duodenoscopy. **Antimicrob Resist Infect Control**, v. 4, n. 8, 2015.

LANGLAY, A.M.D., et al. Reported gastrointestinal endoscope reprocessing lapses: the tip of the iceberg. **Am J Infect Control**, v. 41, n. 12, p. 1188-1194, 2013.

MARSH, J.W., et al. Genomic Epidemiology of an Endoscope-Associated Outbreak of *Klebsiella pneumoniae* Carbapenemase (KPC)-Producing *K. pneumoniae*. **PLoS One**, v. 10, n.12, 2015.

MUSCARELLA, L.F. Practice management: opportunities and challenges. **Clinical gastroenterology and Hepatology**, v. 8, p. 577-580, 2010.

OFSTEAD, C.L., et al. Endoscope reprocessing methods: a prospective study on the impact of human factors and automation. **Gastroenterol Nursing**, v. 33, n. 4, p. 304-311, 2010.

OFSTEAD, C.L, et al. Persistent contamination on colonoscopes and gastroscopes detected by biologic cultures and rapid indicators despite reprocessing performed in accordance with guidelines. **Am J Infect Control**, v. 43, n. 8, p. 794-801, 2015.

PAJKOS, A.; VICKERY, K.; COSSART, Y. Is biofilm accumulation on endoscope tubing a contributor to

the failure of cleaning and decontamination?. **Journal of Hospital Infection**, v. 58, n. 3, p. 224-229, 2004.

PAROHL, N., et al. Monitoring of endoscope reprocessing with an adenosine triphosphate (ATP) bioluminescence method. **Hygiene and infection control**, v. 12, 2017.

PETERSEN, B.T., et al. Multisociety guideline on reprocessing flexible GI endoscopes: 2016 update. **Gastrointest Endosc**, v. 85, n.2, p. 282-294, 2017.

REN-PEI W, et al. Correlation between the growth of bacterial biofilm in flexible endoscopes and endoscope reprocessing methods. **Am J Infect Control**, v. 42, n. 11, p. 1203-1206, 2014.

ROBERTSON, P., et al. Transmission of *Salmonella enteritidis* after endoscopic retrograde cholangiopancreatography because of inadequate endoscope decontamination. **Am J of Infect Control**, v. 45, n. 4, p. 440-442, 2017.

RUTALA, W.A., WEBER, D.J. Reprocessing semicritical items: Current issues and new technologies. **Am J Infect Control**, n.44, v.5, p. 53-62, 2016.

SAVIUC, P., et al. Evaluation of the quality of reprocessing of gastrointestinal endoscopes. **Infect. Control. Hosp. Epidemiol**, v. 36, n. 9, p. 1017-1023, 2015.

SCIORTINO, C.V.; GILES, R.A. Variation in detection limits between bacterial growth phases and precision of an ATP bioluminescence system. **Letters in applied microbiology**, v. 58, n. 4, p. 370-375, 2012.

SETHI, S., et al. Adenosine triphosphate bioluminescence for bacteriologic surveillance and reprocessing strategies for minimizing risk of infection transmission by duodenoscopes. **Gastrointest. Endosc**, v. 85, n. 6, p. 1180-1187, 2017.

SHAMA, G., MALIK, D.J. The uses and abuses of rapid bioluminescence-based ATP assays. **Int. J. Hyg. Environ. Health**, v. 216, n. 2, p. 115-125, 2013.

SOBECC. **Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para saúde**. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 7 ed. rev. e atual. São Paulo: Manole, 2017.

VISRODIA, K.H., et al. The use of rapid indicators for the detection of organic residues on clinically used gastrointestinal endoscopes with and without visually apparent debris. **Infectious Control and Hospital Epidemiology**, v. 35, n. 8, p. 987-994, 2014.

VOOR IN'T HOLT, A.F., et al. VIM-positive *Pseudomonas aeruginosa* in a large tertiary care hospital: matched case-control studies and a network analysis. **Antimicrob Resist Infect Control**, v.7, n.32, 2018.

WGO. **Endoscope disinfection update: a guide to resource-sensitive reprocessing**. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines, 2019.

WEBER, D.J.; RUTALA, W.A. Assessing the risk of disease transmission to patients when there is a failure to follow recommended disinfection and sterilization guidelines. **Am J Infect Control**, v. 41, p. 567-571, 2013.

WHITELY, G.S., et al. A pilot study into locating the bag bugs in a busy intensive care unit. **American Journal of Infection Control**, v. 44, p. 1270-1275, 2015.

## FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Data de aceite: 27/11/2019

### **Claudio Roberto Farias Barbosa**

Discente do curso de enfermagem da Faculdade Madre Tereza (FAMAT) - Santana, Amapá, Brasil.

### **Erlane Nunes de Andrade**

Discente do curso de enfermagem da Faculdade Madre Tereza (FAMAT) - Santana, Amapá, Brasil.

### **Mariane Araújo Ramos**

Docente do curso de enfermagem da Faculdade Madre Tereza (FAMAT) - Santana, Amapá.

### **Maurício José Cordeiro Souza**

Docente do curso de enfermagem da Faculdade Madre Tereza (FAMAP) - Santana, Amapá. Mestre em Ciências da Saúde e Biomédico do Instituto de Pesquisas Científicas e Tecnológicas do Estado do Amapá. *Macapá*, Brasil.

### **Camila Rodrigues Barbosa Nemer**

Docente de enfermagem da Universidade Federal do Amapá (Unifap) e Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). *Macapá* - Amapá, Brasil.

### **Marlucilena Pinheiro da Silva**

Docente de enfermagem da Universidade Federal do Amapá (Unifap). Mestre em Saúde coletiva e Doutora em Educação/UFU. *Macapá* - Amapá, Brasil.

### **Rubens Alex de Oliveira Menezes**

Docente de enfermagem da Universidade Federal do Amapá (Unifap) e Doutor em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários. *Macapá* - Amapá, Brasil.

**RESUMO:** O presente estudo objetivou referir quais os principais fatores de risco que ocasionam a insuficiência renal crônica, uma vez que essa enfermidade está aumentando em todo o mundo em escala alarmante, tornando-se um grande problema para saúde pública, sendo assim é de extrema importância o conhecimento dos fatores de risco para intervir diretamente com medidas preventivas no controle e cuidado das comorbidades fazendo com que desacelere a progressão de lesão renal. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, onde foi realizada a busca de artigos publicados entre os anos de 2014 a 2017 na Biblioteca Virtual da Saúde com indexação na base de dados da Lilacs, Medline e Bdenf, e na base de dados da Scielo. **Resultados:** foram encontrados 20 artigos e destes, 07 condiziam com a proposta do estudo sendo que 03 foram encontrados na base de dados da Lilacs, 01 na Medline, 01 na Bdenf e 02 na Scielo. A insuficiência renal crônica caracteriza-se pela diminuição da capacidade de filtração dos rins onde ocorre a perda das funções regulatórias, excretoras e endócrinas do organismo afetando e comprometendo todos os outros órgãos. Observou-se perante análise que existe uma incidência elevada na ocorrência de Insuficiência Renal Crônica (IRC) em pessoas Hipertensas e diabéticas.

**Conclusão:** as ações para reduzir ou precaver o desenvolvimento da doença renal terão maior efeito o quanto antes for aplicada, cabe evidenciar que o êxito do tratamento da doença de base associada é de grande relevância na prevenção da falência renal, uma vez que são pontos determinantes para seu acometimento e progressão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Insuficiência Renal Crônica. Fatores de Risco. Prevalência

## INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica tornou-se um problema crítico de saúde pública no Brasil e com larga abrangência no mundo, devido à progressão assustadora passou a ser considerada uma pandemia, estimando a existência de mais de 10 milhões de brasileiros com um grau de comprometimento renal, ao redor do mundo o crescimento é de 10% ao ano (BRASIL, 2014). O aparecimento de distúrbio renal aumenta a probabilidade de morte precoce nos indivíduos, principalmente aqueles assintomáticos e ainda piora com o desconhecimento dessa enfermidade e a falta de diagnóstico em tempo hábil acaba se tornando um grande problema.

A insuficiência renal consiste por um dano renal de privação gradativa e irreversível das funções regulatórias, excretoras e endócrinas dos rins no organismo, quando chega à fase mais avançada chama-se de fase terminal da insuficiência renal crônica, onde os rins já não conseguem executar a manutenção habitual do meio interno da pessoa ao qual acaba interferindo no funcionamento de todos os outros órgãos. Tendo como principais marcadores para apresentar a lesão renal a taxa de filtração glomerular (TFG > 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>) por três meses e albuminúria (< 30 mg/g) de 24 horas (BRASIL, 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2016) os fatores de riscos associados à insuficiência renal crônica apontam o diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica como principais causas, ao qual danificam os pequenos vasos sanguíneos nos rins, com prevalência de em torno de 8% ao ano. Sendo importante salientar também que o histórico familiar, a doença cardiovascular, a idade, a obesidade, o alcoolismo e o tabagismo podem acelerar a progressão da doença, na qual culmina a necessidade de Terapia Renal Substitutiva.

Estudo desenvolvido por Sesso et al (2017) mostra que a estimativa global de pacientes que realizam processo de diálise tem crescido ao longo dos anos. No Brasil, cerca de 40 mil pacientes iniciaram tratamento só no ano de 2016, tendo como taxa de incidência 193 pacientes por milhão de habitantes.

Perante a insuficiência renal crônica observa-se que a expectativa de vida é reduzida drasticamente e os riscos associados a outras patologias aumentam, acarretando em danos renais muito sérios. Dessa forma, verificou-se que é de

grande importância o estímulo e apoio em aderir maneiras eficazes de rastreamento dos fatores pré - determinantes para tal acometimento, para que possa executar medidas preventivas no controle e tratamento adequado desta enfermidade, usando como estratégia sensibilizar as pessoas a tomarem consciência de que podem retardar o progresso desse mal e assim fazer disseminação do conhecimento a respeito do assunto.

Partindo dessas observativas, levantou-se a problemática sobre quais são os fatores de riscos predisponentes que acarretam a insuficiência renal crônica?

Assim o principal objetivo foi investigar os principais fatores de riscos que causam e aceleram a progressão da insuficiência renal.

## MÉTODOS

O estudo está fundamentado em uma pesquisa de revisão da literatura, onde possibilita a composição de diversificados estudos publicados e permite finalizações gerais de conhecimentos científicos já produzidos sobre o tema abordado.

A pesquisa foi realizada em seis fases: a construção do assunto norteador do trabalho, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos, a descrição das informações retiradas dos artigos utilizados, a classificação dos estudos inseridos, a interpretação e análise dos resultados e a apresentação da síntese da revisão.

A revisão integrativa da literatura tem como importância, possibilitar acima de tudo, um recurso com maior rapidez da aplicação do estudo exposto, pretendendo obter o aperfeiçoamento da execução dos inúmeros campos de saberes, para empregar o resultado do estudo na prática. Sendo assim, esta revisão objetivou inferir quais as evidências científicas publicadas no período de 2014 a 2017 relacionadas a fatores de risco para a insuficiência renal crônica.

Foram usados como critérios de inclusão: estudos que abordassem os fatores de risco associado à Insuficiência Renal Crônica (IRC), obra publicada na sua totalidade entre os anos de 2014 e 2017, na área da enfermagem, feito com humanos, no idioma português e artigos na íntegra, disponível nas bases de dados selecionadas (Lilacs, Medline, Bdenf e Scielo). E como critério de exclusão: Cartas ao editor, pesquisas com animais, pesquisas que não condizem com o propósito desse estudo e fora do período proposto.

Os instrumentos usados para busca de artigos foram a Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) com indexação nas bases de dados da LILACS (Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências e Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), BDNF- Banco de dados em enfermagem e Scielo (Scientific Electronic Library Online) utilizando como descritores: Insuficiência

Renal Crônica, Fatores de risco e Prevalência. A consulta foi realizada em Outubro a Novembro de 2018.

Para executar a coleta de dados foi utilizado um instrumento com os seguintes aspectos: número, autor da pesquisa, revista, ano, objetivo da pesquisa, métodos, descritores, resultados e considerações.

Ao usar os descritores citados acima foram realizadas as buscas na base de dados da BVS partiram de 7.130 publicações, ao filtrar na opção base de dados LILACS, MEDLINE e BDNF obtiveram-se 6.869 publicações dos 7.130 iniciais, sendo filtrado por ano de publicação entre 2014 e 2017, reduzindo a 2.114 dos 7.130 iniciais, no filtro tipo de documento (artigo) foram 2.112 publicações dos 7.130 iniciais, utilizando os filtros publicações completas disponíveis passou para 1.893 dos 7.130 iniciais, e finalizando com o filtro idioma português gerou um total de 13 publicações dos 7.130 iniciais, ao qual foi realizada a leitura dos títulos e resumos e assim feito a seleção dos que estavam alinhados com o propósito da pesquisa restando 02 publicações dos 7.130 iniciais. A fim de complementar com o quantitativo encontrado no processo anterior de filtragem, foi realizada uma busca avançada dentro da BVS a partir do título, resumo, assunto da publicação, onde então foram encontrados mais 03 artigos que se adequaram ao critério de inclusão para integrar a pesquisa, ao qual se pôde utilizar 05 artigos dessas duas buscas.

Usando os mesmos descritores, se realizou a pesquisa ao banco de dados da Scielo, partiu-se de 20 publicações, ao qual se deu início aos critérios de inclusão usados no propósito do estudo. Após foram empregados filtros com o ano de publicação entre 2014 e 2017 surgindo 06 publicações das 20 iniciais, em seguida foi utilizado filtro de tipo de literatura (artigo) que se manteve em 06 artigos das 20 iniciais, e finalizando com idioma português passou para 04 artigos das 20 publicações iniciais, no qual foi feita a leitura de cada artigo e eliminado os que não condiziam com a proposta do tema abordado chegando em 02 artigos dos 20 iniciais. Ao finalizar somando-se com as outras filtragens realizadas, foram incluídos 07 artigos neste estudo que couberam em todos os critérios de inclusão, onde foram todos lidos na íntegra.

## RESULTADOS

Foi encontrado um total de 7.153 publicações dentro das bases citadas a cima, onde 20 abordavam o tema, e ao ser utilizado os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos foi feita a leitura e seleção dos artigos, e destes, 07 artigos foram selecionados para serem inseridos no estudo proposto, sendo assim, 03 artigos foram encontrados na base de dados da LILACS, 01 artigo na MEDLINE, 01 artigo

na BDEF e 02 artigos na base de dados da SCIELO.

Durante a pesquisa, foram selecionados os artigos para a análise segundo itens de inclusão, de acordo com a temática do estudo, e estão expostos no quadro 1, constando: Numeração, Autor/Revista/Ano/Base de dados, Título, Objetivo e Método.

<b>Nº</b>	<b>Autor/Revista/ Ano/Base de dados</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Método</b>
<b>E1</b>	Pinho, Silva e Pierin, J Bras Nefrol, 2015. Scielo.	Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil.	Identificar a prevalência e fatores associados à DRC em pacientes internados em um hospital universitário.	Estudo transversal realizado com pacientes admitidos em clínica médica, com dados coletados por meio de prontuário com e sem a DRC.
<b>E2</b>	Junior et al, J Bras Nefrol, 2014. Medline.	Tabagismo como fator de risco para a doença renal crônica: revisão sistemática.	Analisar o tabagismo como fator de risco para a progressão da DRC.	Revisão sistemática, realizados em seres humanos com idade > 18 anos tendo tabagismo como fator de risco para a progressão da DRC.
<b>E3</b>	Pereira et al, J Bras Nefrol, 2016. Scielo.	Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da família.	Identificar a prevalência e os fatores associados à DRC entre adultos atendidos pela ESF.	Estudo transversal com delineamento epidemiológico, descritivo e observacional, realizado com 511 adultos, atendidos na ESF.
<b>E4</b>	Naghetini et al, Rev. Ciênc. Méd., 2016. Lilacs.	Fatores de risco modificáveis para doença renal crônica na Estratégia de Saúde da Família.	Analisar a associação entre o tabagismo, o etilismo, a classe social e a atividade física com a DRC em amostra da população atendida pela ESF.	Estudo transversal, de base populacional, com uma amostra final de 272 indivíduos. Para medir a associação entre as variáveis, foram empregados alguns testes.
<b>E5</b>	Duarte et al, J Nurs Healt, 2016. BDEF.	Doença renal crônica: reconhecimento dos fatores de risco pelos profissionais da atenção primária.	Investigar o reconhecimento dos fatores de risco da DRC pelos profissionais de saúde que atuam em serviços de atenção primária.	Estudo qualitativo, em que participaram 17 profissionais da ESF de três Unidades Básicas de Saúde.
<b>E6</b>	Dallacosta, Dallacosta e Mitrus, Cogitare Enferm, 2017. Lilacs.	Detecção precoce de doença renal crônica em população de risco.	Verificar a doença renal em estágio inicial em hipertensos e diabéticos de grupos Hiperdia de Santa Catarina.	Estudo transversal, com coleta de dados entre julho de 2015 e julho de 2016.

<b>E7</b>	Rocha et al, Rev Bras Hipertens, 2015. Lilacs.	Hipertensos e diabéticos com insuficiência renal crônica no Brasil cadastrados no SIS/HIPERDIA.	Descrever e analisar os índices de insuficiência renal crônica (IRC) por estado e região e compara-los com o índice de desenvolvimento humano (IDH).	Estudo epidemiológico descritivo do tipo ecológico, no qual foi extraído o índice de IRC do SIS/HIPERDIA, por estado brasileiro.
-----------	--	---	--	--

Quadro 1. Apresentação dos artigos de acordo com a numeração; o (s) autor (s); ano; revista; base de dados; título, objetivo e método.

Fonte: Primária.

Seguindo ainda os critérios de inclusão dos artigos selecionados, estão expostos no quadro 2, os seguintes: Numeração, Descritores, Resultados e Considerações.

<b>Nº</b>	<b>Descritores</b>	<b>Resultados</b>	<b>Considerações</b>
<b>E1</b>	Fatores de risco; hipertensão; insuficiência renal crônica.	A prevalência da DRC foi de 12,7%. Os pacientes com DRC se distinguiram daqueles sem a doença, idade elevada, hipertensão, diabetes e insuficiência cardíaca congênita.	A prevalência de DRC em pacientes internados em clinica medica foi alta, sendo pacientes irarmais complexos, por apresentarem idade elevada e maior numero de comorbidades, refletindo em maior risco de óbito durante a internação hospitalar.
<b>E2</b>	Falência renal crônica, fatores de risco, insuficiência renal, progressão da doença, revisão, tabagismo.	Houve progressão associada ao tabagismo em 11 estudos, identificou-se que o consumo > 15 maços/ano aumenta o risco de progressão da DRC.	Demonstrou a correlação entre o tabagismo como fator de risco para a progressão da DRC, essa relação positiva tornou-se mais evidente quando a carga tabágica excedeu 15 maços/ano.
<b>E3</b>	Atenção primaria à saúde, Fatores de risco, insuficiência renal crônica, prevalência.	A prevalência de DRC foi 32,53%, enquanto TFG <60 ml/min ocorreu em 10,64% e albuminúria em 25,29% da amostra. A análise identificou associação significativa entre idade > 60 anos e TFG < 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> .	Observou-se alta prevalência de DRC nos estágios iniciais na ESF, sendo os fatores associados à doença idade > 60 anos, sexo masculino, diabetes mellitus e consumo de álcool.
<b>E4</b>	Fatores de risco, insuficiência renal crônica, saúde da família.	Dos 272 indivíduos, 80 (29,41%) foram considerados portadores de doença renal crônica possuíam TFG < 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> . As variações estudadas não apresentaram associação significativa com a filtração glomerular.	A amostra em questão não revelou associação entre os fatores de risco modificáveis e a doença renal crônica.
<b>E5</b>	Atenção primaria à saúde, insuficiência renal crônica, fatores de risco.	Os dados analisados resultaram duas categorias: reconhecimento das doenças previa de risco mais frequentes para DRC e reconhecimento dos fatores de risco relacionado às praticas de hábitos e estilo de vida saudável.	Ao reconhecerem os fatores de risco que possam levar ao surgimento da DRC, os profissionais de saúde precisam compactuar da ideia de investir em ações de saúde efetivas.

<b>E6</b>	Doença renal crônica, Hipertensão, Diabetes Mellitus, grupos de risco.	Dos 1486 participantes, 473 (31,8%) apresentaram filtração glomerular abaixo de 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> , 616 no estagio dois (41,5%), media de idade 63,1 anos, 992 (66,8%) sexo feminino, mulheres tiveram FG menor que os homens. A idade obteve forte associação inversa com a FG menor, e associação direta com creatinina.	Foi encontrado prevalência da doença renal, especialmente em estagio dois, ratificando a importância da orientação e adequado acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, como forma de estagnar a perda de função renal, e trabalhar como foco na prevenção e promoção da saúde.
<b>E7</b>	Insuficiência renal crônica; hipertensão; diabetes mellitus; Sistema Único de Saúde.	De acordo com a análise de dados, destaca-se que a Região Sudeste apresentou maior Prevalência de doença renal, dentre as comorbidades, a HAS foi a responsável pelo maior acometimento de IRC.	Verificou-se que o maior índice de IRC nas regiões com maior IDH em comparação a outras pode estar relacionado à concentração de centros de nefrologia nas regiões mais desenvolvidas do país.

Quadro 2. Apresentação dos artigos de acordo com a numeração; descritores; resultados e considerações.

Fonte: Primária

No Brasil, observa-se que no ano de 2016 foram selecionados 42,85% (03) artigos, em de 2015, 28,57% (02) artigos e nos anos de 2014 e 2017 com 14,29% (01) artigos cada, descritos no quadro 1. Dentre os artigos explorados, 03 (42,85%) estavam indexados na base de dados Lilacs, 01 (14,29%) na base de dados Medline, 01 (14,29%) na base de dados Bdenf e 02 (28,57%) estavam indexados na base de dados Scielo.

Em referência aos periódicos científicos, aponta 42,88% (03) publicações usadas da J Bras Nefrol, 14,28% (01) publicação da Revista Bras Hipertens; 14,28% (01) da Revista Ciência Médica; 14,28% (01) da Cogitare Enfermagem e 14,28% (01) da J Nurs Healt. Sendo que 57,16% (04) foram de estudos transversais; 14,28% (01) de estudo sistemático; 14,28% (01) de estudo qualitativo e 14,28% (01) de estudo epidemiológico utilizados na pesquisa. Esses estudos foram realizados nos estados de Rio Grande do Norte e de Pernambuco da região Nordeste que corresponde a 02 (28,57%) das publicações; no estado de Goiás da região Centro – Oeste 02 (28,57%) das publicações, nos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul na região Sul com 02 (28,57%) das publicações; e na região Sudeste foi 01 (14,29%) publicação no estado de São Paulo.

Os fatores de risco estudados foram Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Histórico Familiar, Doença Cardiovascular, Obesidade, Alcoolismo, Idade e Tabagismo, determinando a intensidade da lesão que cada fator ocasiona para desenvolvimento da insuficiência renal crônica (IRC).

Diante dos fatores de risco elencados foi montado duas categorias pra proporcionar melhor entendimento do leitor: Fatores de Risco modificáveis para

a progressão renal e Fatores de risco com prognóstico desfavorável para a insuficiência renal crônica.

## DISCUSSÃO

Ao fazer a análise dos estudos selecionados verificou-se que nos artigos: E1, E3, E5, E6 e E7 apontam que os fatores de risco com maior prevalência são a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, sendo esses como aspectos principais para progressão da doença renal. E, além disso, evidenciado nos artigos E2, E3, E4 e E5 mostram que os outros fatores importantes para uma lesão renal são: histórico familiar, doença cardiovascular, obesidade, idade, alcoolismo e tabagismo.

De acordo com o Ministério da Saúde (2014) na doença renal crônica ocorrem deformações que prejudica tanto a estrutura quanto a atividade que os rins exercem, com numerosas razões, onde muitos fatores estão associados tanto à origem quanto à progressão para a perda funcional, sendo assim, confirma-se que os principais problemas estão relacionados com Hipertensão, Diabetes, Histórico familiar, Doença Cardiovascular como fatores com pior desfecho para ocorrência de forma mais rápida da progressão da lesão renal. Por isso deve ter o reconhecimento desses indivíduos, proporcionando uma identificação prévia desses fatores.

### Fatores de Risco modificáveis para a progressão renal

Para os estudos retratados no artigo E4 a intervenção para reduzir o acontecimento de doença renal deve ser feita o quanto antes em indivíduos que já tem um risco aumentado para a incidência, onde esses riscos podem ser modificados ao longo do tratamento, sendo assim apontou o tabagismo como um dos processos que pode sofrer modificação, uma vez que foi evidenciado que o risco aumenta quando o indivíduo consome pelo menos 25 maços por ano. Porém as informações divergem no artigo E2, que trata do risco da progressão da disfunção renal que já começa a se estabelecer a partir de um consumo de cigarro maior que 15 maços por ano principalmente em tabagistas portadores de glomerulopatia, piorando em 2,18 vezes a doença, o que promove a diminuição da taxa de filtração glomerular.

o artigo E3 mostrou que o tabagismo está associado ao desenvolvimento de albuminúria, porém não foi possível constatar dentro da amostra esse surgimento e nem a diminuição da TFG, apontado pelo estudo acima, embora seja importante destacar que o hábito de fumar precipita a doença renal crônica, onde mais de 40% dos pacientes em início de dialise são fumantes ou ex-fumantes, devendo ter como alerta para o aumento do risco de morte por portadores de doenças cardiovasculares desses indivíduos.

As evidências apontadas no artigo E2 dizem que o hábito de fumar libera uma

citocina pró-fibróticas e pró-inflamatórias e isso faz com que acelere a progressão da DRC. Sendo importante frisar que a suspensão do hábito de fumar demonstra correspondência significativa com a melhora da função renal, desta forma o enfrentamento ao tabagismo deve ser valorizado e enfrentado da mesma maneira com o qual se lida com os outros fatores de risco.

Estudos feitos por Sousa (2014) fala que o fumo possui efeito vasoconstritor, constituindo assim fator de risco que traz malefícios e contribui para a progressão da disfunção dos rins, juntamente com a hipertensão e doença cardiovascular são prognósticos confirmados de insuficiência renal, onde existe um aumento de creatinina sérica em indivíduos não diabéticos e com idade acima de 60 anos. Afirma ainda que tal hábito deve ser desestimulado, sabendo que parar de fumar pode reduzir até 30% o risco do desenvolvimento de uma lesão.

Ao analisar os artigos E3 e E4 destaca o alcoolismo como outro fator de risco para o desenvolvimento da lesão renal, embora exista uma controvérsia em qual a quantidade do consumo determina proteção ou risco, onde a ingestão diária de mais de duas doses de álcool aumenta associando com albuminúria (> 30 mg/g), e menos de duas doses atua como fator protetor da função renal o qual se associa com a elevação da taxa de filtração glomerular.

O consumo excessivo de álcool pode elevar a pressão no sangue, o que vai gerar um aumento da pressão arterial e esse mecanismo pode causar a doença renal nefropatia hipertensiva, além disso, ocasiona ganho de peso devido a grande quantidade de calorias que a ingestão do álcool traz, o que culmina para uma probabilidade de ocorrência de lesão (CÂNDIDO et al., 2015).

No artigo E5 evidencia a obesidade como um fator importante de risco para a insuficiência renal crônica que pode sofrer modificação, o hábito não saudável tem estreita ligação à manifestação de doenças, onde a alimentação inapropriada e a falta de exercício físico contribuem para o surgimento da obesidade, o que desencadeia a hiperglicemia e aumento do nível de colesterol na corrente sanguínea colaborando assim para a progressão da insuficiência renal crônica. Ressaltando que o estudo realizado no artigo E3 fala que a sua vinculação com função renal é menos percebida, mesmo sendo considerando um fator de risco, pelo seu índice de ocorrência no mundo todo, apontou-se a obesidade extremamente perigosa quando associada à síndrome metabólica o que duplica o acontecimento da doença renal crônica terminal.

De acordo com Almeida et al (2015) indivíduos que possuem índice de massa corpórea maior ou igual a 35 kg/m<sup>2</sup>, que fumam e são sedentários, apresentaram incidência elevada de desenvolver a insuficiência renal crônica e até mesmo sua evolução para o óbito mais rapidamente. Aponta também que a diminuição da massa corpórea através de uma alimentação balanceada e de praticas de exercício físico

pode contribuir para a diminuição da proteinúria e conseqüentemente a melhora da filtração glomerular.

### **Fatores de risco com prognóstico desfavorável para a insuficiência renal crônica**

Os artigos E6 e E1 identificaram que a doença renal é multifatorial, e tais fatores não são possíveis de reversão quando o processo já foi iniciado, uma vez que a manifestação dos sinais e sintomas só acontece quando já se encontra no estágio mais severo, onde o rim já apresenta perda de suas funções de forma significativa. Foi evidenciado ainda que a Hipertensão Arterial mostrou-se como o fator de risco com maior prevalência à causar lesão nos rins, uma vez que os níveis pressóricos quando encontrados, acima de 140x90 mmHg, ocasiona a destruição dos pequenos vasos, que existindo a permanência de vários episódios da pressão descontrolada por longo período vai gerar o desenvolvimento de lesões extensas contribuindo assim para a progressão da IRC.

Ao analisar criteriosamente a pesquisa feita nos artigos E1 e E7 afirmou-se que na amostragem do estudo a HA teve maior prevalência em pacientes com doença renal crônica em relação aos sem a doença, considerando que a hipertensão está sempre presente na implantação e expansão da enfermidade, bem como ela acaba se tornando também um resultado da IRC. Foi observada ainda nesse estudo que a prevalência crescente de hipertensão em população de risco de acordo com as taxas de filtração glomerular, sendo um marcador importante na identificação de lesão renal, onde na TFG > 100 ml/min apresentou 56,6% hipertensos, na TFG 60 – 70 ml/min 72,4% e na TFG < 30 ml/min 95,6%, o que mostra que quanto maior a lesão mais o fator de risco hipertensão arterial está presente na progressão de insuficiência renal.

De acordo com Sidrim et al (2017) afirmam que a hipertensão é a razão mais frequente de doença renal, a lesão no vaso capilar dos glomérulos ocorre quando há a transferência da hipertensão sistêmica, devendo observar tais aspectos no seu tratamento.

Estudos realizados por Marinho et al (2017) dizem ainda, que o número de indivíduos que fazem diálise tem sofrido um aumento considerável nos últimos anos, as evidências apontam que essa relação pode estar associada a falta de acesso a saúde na atenção primária, onde poderia fazer o direcionamento para o tratamento em fase inicial, e isso acaba afetando e contribuindo na prevalência da hipertensão arterial, uma vez que essas pessoas acabam adiando a busca de diagnóstico, principalmente aqueles que estão em níveis socioeconômicos inferiores, o que favorece a evolução para a disfunção renal.

Corroborando com a ideia pontuada anteriormente nos artigos E3 e E5,

relatam que a HAS é a principal doença de base em pessoas que desenvolveram a doença renal crônica e gera a insuficiência renal terminal e para conter a sua progressão é importante fazer a prevenção precoce por meio do tratamento adequado e controle severo, mostrando que a partir das ações implantadas pelos profissionais diretamente nas unidades de atenção básica vai haver uma facilidade no desenvolvimento de atividades voltadas para esse grupo de risco, onde possa intervir principalmente nos agravos já gerados pelo descontrole pressórico, a fim de retardar o aumento da lesão renal.

Os estudos realizados nas publicações E6 e E7 evidenciaram que além da Hipertensão Arterial Sistêmica a Diabetes Mellitus aparecem como principais fatores de risco para a insuficiência renal, uma vez que se encontram instaladas e não controladas apresentam grande impacto na taxa de morbimortalidade. Eles afirmam ainda que a evolução da insuficiência renal por ocorrer de forma assintomática dificulta a sua busca ativa, onde torna um grande desafio da sua constatação na fase inicial, e ainda pontuam um importante crescimento na disposição etária da população o que reflete no aumento de incidência de HAS e DM, que proporcionalmente ocasiona o aumento dos casos de IRC.

É relevante salientar que a prevalência de diabetes mellitus está diretamente associada a indivíduos que se encontram em falência renal terminal, ou seja, tem por necessidade da manutenção da vida através do uso de terapias renais substitutivas, acarretando maior probabilidade de mortes hospitalares descrita nos artigos E1 e E5.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2017) diz que o controle intenso glicêmico está recomendado na prevenção inicial o que pode obter a diminuição da progressão de albuminúria nos dois tipos de diabetes, contribuindo na redução das complicações associadas com a doença renal.

As evidências obtidas dos estudos do artigo E3 alerta para a importância de detecção da doença o mais rápido possível, para intervir o quanto antes com o tratamento e prevenir a condição que a insuficiência renal gera, os índices indicam ainda que pacientes que possuem mais de dois fatores de risco associado tendem a ter albuminúria, e a taxa de filtração glomerular reduzida, e isso acaba potencializando o grau da ocorrência da lesão.

Alves et al (2017) no seu estudo reiteram que indivíduos que obtiveram diagnóstico recente de diabetes apresentaram percentual elevado para desenvolver a doença renal crônica (DRC), onde essas pessoas não tinham consciência do dano que essa enfermidade traz, fazendo com que não recebam um acompanhamento adequado do monitoramento da glicemia, contribuindo assim para a aceleração da lesão.

Na análise dos artigos E1, E3 e E6 identificou a idade como fator de risco

não modificável, uma vez que inevitavelmente o ser humano esta destinado ao envelhecimento, e acaba sendo um risco comprovado para insuficiência renal crônica, onde apresentou correlação inversa com a diminuição da taxa de filtração glomerular ( $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ), e presença de albuminúria ( $> 30 \text{ mg/g}$ ) em indivíduos acima de 60 anos. Sendo importante destacar o alerta para o avanço da idade, uma vez que, após os 30 anos os indivíduos tendem ter uma diminuição da TFG em ( $8 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ) a cada dez anos, o que caracteriza além do risco para DRC, também a aumento de eventos cardiovasculares e mortalidade.

De acordo com Piccoli, Nascimento e Riella (2017) a relação da diminuição da taxa de filtração glomerular com o envelhecimento indica fortemente que esses indivíduos tenham a doença renal crônica, o que pode observar é que na ausência de qualquer sinal de lesão ao rim, se deve monitorar a presença de albuminúria onde se configura como preditivo para o desenvolvimento da doença em idosos.

No estudo feito no artigo E5 mostrou a necessidade de fazer a prevenção da doença nos familiares de portadores de insuficiência renal crônica, sendo importante investigar a fim de identificar aqueles que têm risco aumentado para desenvolvimento desta enfermidade. Além disso, foi evidenciada no artigo E1 uma taxa elevada do percentual de ocorrência de IRC em familiares já acometidos pela doença mostrando (34,3%) a mais do que aqueles sem a doença.

Considerando o estudo realizado acima Almeida et al (2015) diz que é relevante a investigação dos familiares diretos de pessoas com insuficiência renal crônica, onde pode fazer a antecipação do diagnóstico e intervir com ações a fim de prevenir a evolução para doença renal crônica terminal, que além do impacto nesses indivíduos também torna-se oneroso para a saúde pública.

Outro fator de risco importantíssimo é ocorrência de Doença Cardiovascular evidenciada nos artigos E3 e E1 que ao se correlacionar com a insuficiência renal crônica aumenta o risco de uma rápida evolução para o óbito, sendo esta três vezes mais frequente nos indivíduos acometidos. O estudo dar ênfase também aos pacientes renais crônicos que são encaminhados de forma tardia para as assistências especializadas o que acaba gerando um agravo no seu resultado.

O risco de acontecimento de episódios cardiovasculares é de 20 a 100 vezes mais elevado em pacientes renais crônicos, quando equiparado ao público no geral, verificou-se também que em relação os motivos de morte dos indivíduos com insuficiência renal crônica, as doenças cardiovasculares se mostraram com prevalência aumentada, principalmente aqueles que já estavam em terapia renal substitutiva (WINTER et al., 2016).

## CONCLUSÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é um transtorno importante de impacto devastador na vida do indivíduo e de sua família, consistindo por um dano renal de privação gradativa e irreversível das funções reguladoras, excretoras e endócrinas dos rins, o que dificulta a capacidade de filtração glomerular do sangue, onde os rins já não conseguem executar a manutenção habitual, do qual o avanço está vinculado na identificação e na qualidade do tratamento ofertado em seus estágios iniciais, onde a intervenção deve ser diretamente aos seus principais fatores de risco preexistentes, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cardiovascular, fazendo o diagnóstico precoce dessas doenças, e identificar outros fatores que contribuem para o desenvolvimento tais como idade avançada, histórico familiar, alcoolismo, tabagismo e obesidade, para então poder encaminhar de forma imediata para assistência especializada e implantar as medidas que façam um retardo na progressão da disfunção renal. Ao qual, o presente estudo retratou a devida relevância atendendo o objetivo principal do tema proposto, o que mostra e evidencia as principais complicações e comorbidades como fatores de risco que se associam a doença renal, e alerta para tomada de estratégias fundamentais no combate dessa enfermidade. Diante disso, os achados são indicadores da necessidade de uma abordagem que vai muito além do ponto de vista médico, na qual mostra a importância de contemplar mais pesquisas para que se tenha processo educativo, a fim de contribuir tanto com a formação acadêmica e informação aos indivíduos, principalmente aqueles que já têm alguma dessas doenças de base e não conhecem o quão grave é o problema que pode acometer-lhe futuramente.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. A. et al. Agregação familiar da doença renal crônica secundária à hipertensão arterial ou diabetes mellitus: estudo caso – controle. **Ciências e Saúde Coletiva**. v.20, n.2, pp. 471-78, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000200471&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000200471&script=sci_abstract&tlng=pt)>, Acesso: 17 out. 2018.
- ALVES, L. F. et al. Prevalência da doença renal crônica em um município do Sudeste do Brasil. **J Bras Nefrol**. v.39, n.2, pp. 126-134, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010128002017000200126&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010128002017000200126&script=sci_abstract&tlng=pt)>, Acesso: 05 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf)>, Acesso: 10 out. 2018.
- CÂNDIDO, J. S. A. et al. Hipertensão arterial em pacientes em tratamento hemodialítico e fatores de risco associados. **Cogitare Enfermagem**. v.20, n.2, pp. 257-65, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/39848-157205-1-PB.pdf>>, Acesso: 13 nov. 2018.

DALLACOSTA, F. M.; DALLACOSTA, H.; MITRUS, L. Detecção precoce de doença renal crônica em população de risco. **Cogitare Enfermagem**. v.22, n.2, 2017.

DUARTE, G. C. et al. Doença Renal Crônica: reconhecimento dos fatores de risco pelos profissionais da atenção primária. **J Nurs Health**. v.6, n.2, pp. 287-97, 2016.

JÚNIOR, U. F. E. et al. Tabagismo como fator de risco para a doença renal crônica: revisão sistemática. **J Bras Nefrol**. v.36, n.4, pp. 519-528, 2014.

MARINHO, A. W. G. B. et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Caderno Saúde Coletiva**. v.25, n.3, pp. 379-388, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2017000300379&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2017000300379&script=sci_abstract&tlng=pt)>, Acesso: 24 out. 2018.

NAGHETTINI, A. V. et al. Fatores de risco modificáveis para doença renal crônica na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Ciência Médica**. v.25, n.3, pp. 99-106, set./dez., 2016.

PEREIRA, E. R. S. et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. **J Bras Nefrol**. v.38, n.1, pp. 22-30, 2016.

PICCOLLI, A. P.; NASCIMENTO, M. M.; RIELLA, M. C. Prevalência da doença renal crônica em uma população do Sul do Brasil (estudo Pro-Renal). **J Bras Nefrol**. v.39, n.4, pp. 384-390, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n4/pt\\_0101-2800-jbn-39-04-0384.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n4/pt_0101-2800-jbn-39-04-0384.pdf)>, Acesso: 11 nov. 2018.

PINHO, N. A.; SILVA, G. V.; PIERIN, A. M. G. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. **J Bras Nefrol**. v.37, n.1, pp. 91-97, 2015.

ROCHA, C. C. T. et al. Hipertensos e diabéticos com insuficiência renal crônica no Brasil cadastrados no SIS/HIPERDIA. **Revista Bras Hipertens**. v. 22, n.1, pp. 27-32, 2015.

SESSO, R. C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **J Braz Nefrol**. v.39, n.3, pp. 261-266, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt\\_0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf)>, Acesso: 28 out. 2018.

SIDRIM, L. B. et al. Avaliação do questionário SCORED no rastreamento da doença renal crônica em população de hipertensos e/ou diabéticos. **Revista Bras Clínica Médica**. v.15, n.3, pp. 171-7, jul./set., 2017. Disponível em: <[http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875529/sbcm\\_153\\_171-177.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875529/sbcm_153_171-177.pdf)>, Acesso: 08 nov. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diabetes e doença renal crônica. São Paulo, SP, 2017. Disponível em: <[https://sbn.org.br/app/uploads/sbninforma109\\_2017\\_site-1.pdf](https://sbn.org.br/app/uploads/sbninforma109_2017_site-1.pdf)>, Acesso: 23 nov. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Departamento de nefropediatria e epidemiologia e prevenção de doença renal. São Paulo, 2016. Disponível em: <[https://sbn.org.br/app/uploads/sbninforma105\\_2016\\_bx-1.pdf](https://sbn.org.br/app/uploads/sbninforma105_2016_bx-1.pdf)>, Acesso: 03 out. 2018.

SOUSA, V. A. Os principais fatores de riscos que causam as doenças renais crônicas. 2014. Disponível em: <<http://www.senaaires.com.br/wp-content/uploads/2017/05/OS-PRINCIPAIS-FATORES-DE-RISCOS-QUE-CAUSAM-AS-DOEN%C3%87AS-RENAIS-CRONICAS.pdf>>, Acesso: 19 out. 2018.

WINTER, D. E. A. et al. Sobrevida e fatores de risco de mortalidade em pacientes sob hemodiálise. **HU Revista**. v.42, n.4, pp. 267-275, nov./dez. 2016. Disponível em: <<http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/2483/902>>, Acesso: 21 nov. 2018.

## ÍNDICE DE MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO E SUA RELAÇÃO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Data de aceite: 27/11/2019

**Glauciely do Nascimento Pereira**  
**Vânia Paula Stolte Rodrigues**  
**Cátia Cristina Valadão Martins**  
**Janaina Michelle Oliveira do Nascimento**  
**Eluana Vieira da Silva**

**RESUMO:** **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico das doenças do Aparelho Circulatório e sua relação com os determinantes Sociais da Saúde no estado de Mato Grosso do Sul. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo com base em dados secundários sobre mortes por doenças do aparelho circulatório segundo os determinantes sociais da saúde no estado de Mato Grosso do Sul, no período 2010-2014. Para a caracterização dos determinantes sociais da saúde, foram coletadas variáveis por meio do Sistema de Informação DataSUS (website). Para o cálculo das taxas de mortalidade por raça/cor, sexo e idade foram utilizadas as frequências de óbitos por essas variáveis multiplicadas por 100 mil. Aos dados referentes a escolaridade foi realizado o percentual desses óbitos. **Resultados:** No período e local estudado foram registrados 22268 óbitos por doenças do aparelho circulatório, destes 12.952

(58,2%) foram no sexo masculino. Quanto à raça/cor a maior taxa foi da raça/cor preta com a média de 192,04. Esses óbitos ocorreram com maior frequência, em pessoas acima de 60 anos e com baixa escolaridade, com o maior percentual de óbitos nos classificados com nenhuma escolaridade e nos que possuem a escolaridade de 4 a 7 anos de estudo com o percentual de 25,2% e 32,6 % respectivamente.

**Conclusões:** O breve contexto apresentado sinaliza para a importância das discussões sobre essas mortalidades e os determinantes sociais da saúde, a fim de propor subsídios para a caracterização das disparidades correlacionadas ao óbito e o planejamento de ações que reduzam as iniquidades em saúde.

**PALAVRAS CHAVES:** Mortalidade; Doenças do sistema circulatório; Determinantes Sociais da Saúde.

### INTRODUÇÃO

A revolução tecnológica e industrial refletiu na economia e relações sociais que resultaram em mudança significativa no perfil de morbimortalidade da população, ocasionado pelo aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2009).

Nesse cenário destaca-se as doenças do aparelho circulatório, atingindo grandes contingentes populacionais e representando custos sociais e econômicos de grande importância (FURUKAWA; SANTO; MATHIAS, 2011).

O aumento está associado à adoção dos modos de vida com maior exposição a fatores de risco, tais como: tabagismo, inatividade física e dieta rica em gorduras saturadas consequentemente elevando os níveis de colesterol e hipertensão (ISHITANI *et al.*, 2006).

Segundo o cientista Rudolf Virchow, as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à pesquisa científica (BUSS; FILHO, 2009).

Malta e colaboradores (2011) afirmam que, “há forte evidência que correlaciona os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, aos fatores de risco e à prevalência de DCNT”.

Portanto, o objetivo deste do presente artigo é apresentar as taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, relacionando-as com os Determinantes Sociais Da Saúde. Estes resultados podem contribuir com o estabelecimento de políticas públicas para o atendimento de qualidade e principalmente para uma nova abordagem na atenção a esses grupos de risco.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo com base em dados secundários sobre mortalidade por doenças do aparelho circulatório segundo os determinantes sociais da saúde no estado de Mato Grosso do Sul, no período 2010-2014.

Foram utilizados dados de óbitos dos anuários estatísticos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), registrado na base de dados do Sistema de informação DataSUS (website).

A estruturação da temática contemplou questionamento norteador: o perfil epidemiológico dos óbitos por doenças do aparelho circulatório e sua relação com os determinantes sociais da saúde.

Para registro dos dados de interesse para a pesquisa, utilizou-se um instrumento próprio, em que constaram as seguintes variáveis: sexo, idade, raça\cor e escolaridade, que foram as variáveis disponibilizadas no DataSUS (website). As informações coletadas foram reunidas em banco de dados, pelo software Microsoft Office Excel® 2010, para análise e posterior construção de tabelas e gráficos.

Para o cálculo das taxas de mortalidade específica segundo as variáveis de raça\cor, sexo e idade foram utilizadas as frequências de óbitos por essas variáveis e razão de mortalidade para analisar a estimativa dos óbitos gerais multiplicado

por 100 mil e para realização da discussão foi calculada a média das taxas de mortalidade mais elevadas e também o desvio padrão dessas.

A taxa foi calculada segundo o último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) da população geral do estado de Mato Grosso do Sul que foi realizada no ano de 2010. Um fator que limitou o estudo foi os dados insuficientes para a realização das taxas de mortalidade dessas doenças segundo a escolaridade por ano de estudo, sendo possível apenas a realização do percentual de mortalidade.

A seleção dos dados foi realizada pela abordagem da pesquisa se enquadrando com a temática advinda do questionamento norteador. Os critérios de inclusão foram estabelecidos como óbitos por doenças do aparelho circulatório; capítulo CID 10 no intervalo de 2010 a 2014 no estado do Mato Grosso do Sul- BRASIL. Os óbitos por doenças do aparelho circulatório correspondem aos códigos I00 a I99 do capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e aos códigos 390 a 459 do capítulo VII – Doenças do aparelho circulatório, da 9ª Revisão (CID-9). Os Determinantes Sociais Da Saúde analisados no estudo foram os disponíveis no banco de dados utilizado.

Por se tratar de um estudo que utilizou dados já publicados, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi analisada a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório no estado de Mato Grosso do Sul em um intervalo temporal de cinco anos e durante esse período totalizou-se 22268 mil óbitos (TABELA 1).

Variáveis	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Sexo</b>					
Masculino	216,8	209,6	205,3	218,4	211,5
Feminino	152,5	149,1	144,5	153,4	158,5
<b>Raça/cor</b>					
Branca	200,2	183,0	182,2	195,9	193,1
Preta	194,0	223,2	182,4	177,4	183,2
Amarela	103,5	143,5	116,8	130,2	96,8
Parda	169,6	166,9	171,6	180,6	181,6
Indígena	122,8	101,0	98,2	116,0	117,3
<b>Faixa etária</b>					
0 a 19 anos	2,8	2,6	3,2	3,3	1,6
20 a 39 anos	17,2	16,7	13,9	17,5	17,0
40 a 59 anos	171,3	167,7	147,8	175,1	161,4
60 a 79 anos	1010,9	976,8	953,8	982,1	1005,7

Tabela 1. Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório segundo os anos 2010 – 2014.

Fonte: IBGE. Censo Demográfico (2010); Ministério da Saúde. SIM-Datasus.

Dentro do período especificado as taxas mostraram-se significativamente maiores no sexo masculino. A média das taxas de óbitos no sexo masculino foi de 212,3 com desvio padrão de  $\pm 5,35$  já no sexo feminino foi de  $151,6 \pm 5,19$  com diferença de 60,7 entre as médias.

Entre os homens foram identificados 12.952 óbitos por doenças do aparelho circulatório nos anos de 2010 a 2014, nesse mesmo período o número de óbitos entre as mulheres foram de 9.316 com diferença de 3.636 entre os sexos. É importante ressaltar que o número de óbitos em homens maior do que em mulheres está relacionado à dificuldade de incluir a participação do homem nas ações de saúde, como justificativa a essa afirmação, em geral, o cuidar da saúde e também no que se refere ao cuidar dos outros, não serem questões colocadas na socialização dos homens (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

O Brasil tem traçado um perfil de morbimortalidade com o aumento da procura das mulheres por estabelecimentos de saúde, consomem mais medicamentos e se submetem a mais exames, que os homens (PINHEIRO, 2002). A prevenção que é uma prática não muito comum nos homens e é o oposto nas mulheres (LAURENTI *et al.*, 2005).

Essa procura só aumenta no sexo masculino quando se refere à internação, pois há um maior número de homens internados em situações graves, como também à procura por serviços de emergência (PINHEIRO, 2002). Outra questão a ser levantada é que a população tem uma visão de que as unidades básicas de saúde têm seus serviços direcionados apenas para as mulheres, idosos e crianças, isso ocorre devido à existência de programas específicos para esses públicos, conseqüentemente diminuindo a presença dos homens nas unidades (FIGUEIREDO, 2005).

Em 2011, pensando em melhorias da adesão do homem nos programas de saúde, e a incorporação dele no cenário da Atenção à Saúde, foi lançado pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (BRASIL, 2011). Esta política tem por objetivo, promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.

Quanto à raça\cor, observou-se que a raça preta obteve a média das taxas de mortalidade mais elevada com  $192,04 \pm 18,4$ . A segunda maior taxa foi a da raça\cor branca com a média de  $190,8 \pm 7,9$ . “Embora um grupo social não se defina por relações de raça\cor, as diferenças étnicas estão associadas a desigualdades sociais e dessa forma condicionam a forma de viver de grupos de pessoas” (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004).

A diferença da taxa de mortalidade da raça\cor preta das demais mostra as desigualdades em saúde, podendo ser utilizada como um eficiente marcador resumo da desigualdade social. Tal evidência pode estar relacionada não só a condições de vida, bem como ao acesso desigual a serviços e bens de saúde (FIORIO *et al.*, 2011).

De acordo com Batista e colaboradores (2004) “A constatação incontornável que se apresenta é que nascer de cor negra ou parda aumenta de forma significativa a probabilidade de um brasileiro ser pobre”.

A relação entre raça e saúde enfatiza a falta de evidência científica ao se atribuírem os fatores biológicos às diferenças raciais observadas em diversas doenças. Em pesquisas epidemiológicas a variável raça\cor deve ser utilizada com relação aos fatores ambientais, pois a determinação genética explica apenas uma parte do adoecimento e mortalidade das populações (PEARCE *et al.*, 2004).

Um fator relevante para o estudo é a observação das taxas elevadas na população indígena. O estado do Mato Grosso do Sul é o segundo com maior número de indígenas, pertencentes a aproximadamente oito etnias onde as mais populosas são os Guarani, Kaiowá, Terena e Kadiwéu (FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011). Historicamente o perfil de morbidade e mortalidade desses povos era conhecido pela predominância das doenças infecciosas e parasitárias (SANTOS; COIMBRA JR, 200).

O perfil atual de morbidade e mortalidade dessa população acompanha o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, tais como a obesidade, hipertensão e diabetes mellitus. Essas mudanças mantêm relação com a limitação do espaço territorial, mudanças no perfil de trabalho, urbanização e a atribuição de novos hábitos culturais como a inserção ao consumo de alimentos industrializados e diminuição das atividades físicas (FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011).

Os dados referentes à faixa etária mostraram que quanto maior a faixa etária maior o número de óbitos por essas doenças. Observando as faixas etárias de 80 anos e mais se obtém a maior taxa com a média de 4153 óbitos com desvio padrão de 339,16. A sociedade atual está caracterizada com um grande número de idosos, gerando um novo problema a ser enfrentado pelas equipes de saúde. Esse novo enfrentamento refere-se que com o aumento da idade o sistema cardiovascular passa por uma série de alterações, tais como arteriosclerose, diminuição da

distensibilidade da aorta e das grandes artérias, comprometimento da condução cardíaca e redução na função barorreceptora (ZASLAVSKY; GUS, 2002).

Alguns fatores como a depressão e situação social podem potencializar a relação dos fenômenos psicológicos e ambiente social a mudanças fisiopatológicas. Esses fatores não atuam diretamente na doença cardíaca coronariana, mas agem fundamentalmente na saúde e no comportamento assim como: fumar, consumir bebidas alcoólatras e o sedentarismo (ZASLAVSKY; GUS, 2002).

Por tais motivos é indispensável que os profissionais de saúde se mantenham atentos nas alterações na saúde dos idosos para intervirem precocemente de forma adequada para uma melhor adaptação do indivíduo no processo de envelhecimento, pois nessa fase surgem agravos que podem ser mais complexos quando forem acrescidos de doenças cardiovasculares (CAETANO *et al.*, 2008).

Para as análises e construção do estudo é imprescindível que informações socioeconômicas estejam disponíveis, porém isso nem sempre ocorre. O estudo teve uma limitação referente os dados do censo demográfico segundo a escolaridade, impossibilitando a realização das taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório segundo os anos 2010 a 2014, através disso foram realizados o percentual dos óbitos. A figura 1 descreve o percentual de mortalidade por essas doenças distribuídas em anos de estudos.

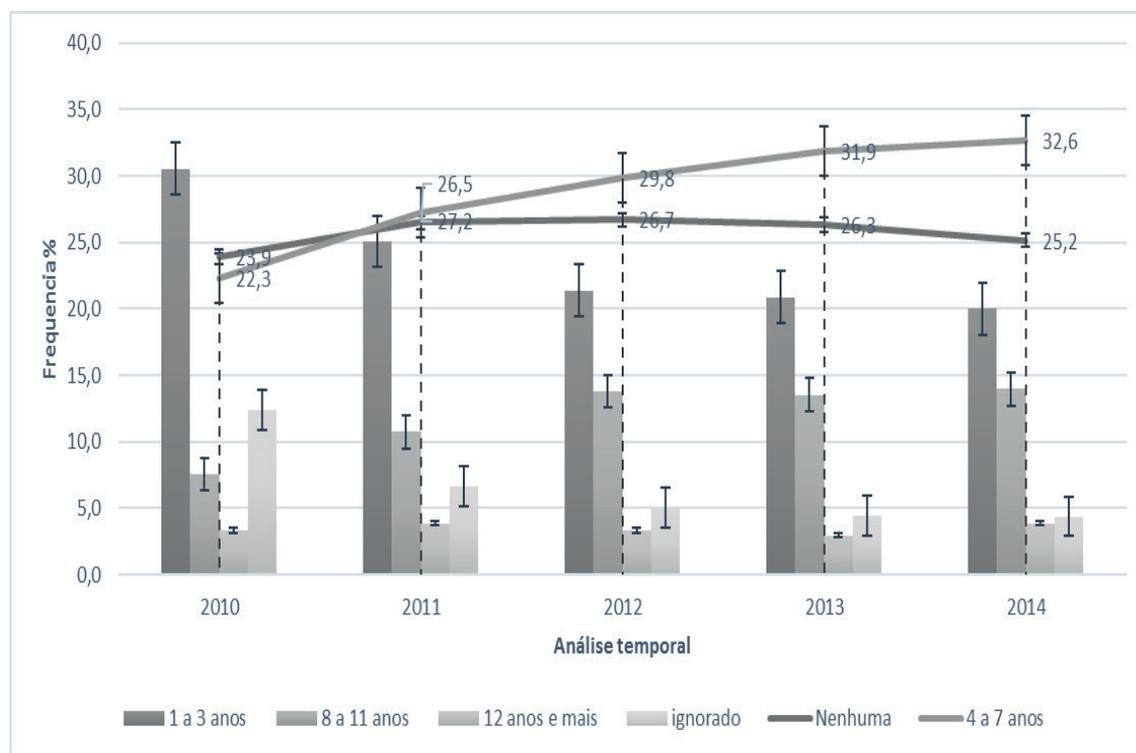


FIGURA 1. Percentual de óbitos por doenças do aparelho circulatório segundo escolaridade nos anos 2010 – 2014.

Fonte: Ministério da Saúde. SIM-Datasus.

A Figura 1 mostra que em todo o período estudado o maior percentual de óbitos se encontra nos classificados com nenhuma escolaridade e nos que possuem a escolaridade de 4 a 7 anos de estudo com o percentual de 25,2% e 32,6 % respectivamente, com erro padrão de 5% para mais e para menos em ambos.

Uma possível explicação para esses diferentes resultados está relacionada ao problema da qualidade da informação. Ressalta-se que esse cenário pode ser devido à desigualdade de acesso aos serviços de saúde, a falta de informação e às condições de vida assim como a má alimentação, aos hábitos não saudáveis ou também às condições de trabalho, lazer, entre outros (ARAÚJO *et al.*, 2009).

Esse estudo epidemiológico mostrou que o maior índice de mortalidade afetou os grupos com a situação socioeconômica prejudicada, evidenciado pelo nível de escolaridade. Os estudos de Drumond (1999) e Santos (2001) também evidenciaram associação negativa entre esses fatores. Os fatores que aumentam o risco para as doenças do aparelho circulatório incluem a hipertensão, tabagismo e o sedentarismo que são fatores mais frequentes em grupos de menor escolaridade (ISHITANI *et al.*, 2006)

Sabe-se que o grau de escolaridade mantém relação com a renda e a ocupação dos indivíduos. Atualmente, uma das preocupações dos pesquisadores é avaliar se a qualidade da educação recebida também apresenta influência na habilidade de compreensão sobre os cuidados de saúde (FERREIRA; LATORRE, 2012).

A escolaridade é um fator muito importante para o estudo de mortalidade relacionado aos determinantes sociais da saúde, segundo Ishitani (2006, *grifo nosso*) quanto maior o tempo de estudos há maior possibilidade de melhor captação das mensagens de promoção da saúde, com melhor resposta às campanhas com melhor adesão aos “*modos de vida*” saudáveis.

Segundo um estudo sobre desigualdade social e saúde no Brasil (NERI; SOARES, 2002) “Os indivíduos mais pobres tendem a procurar mais os serviços de saúde por problemas de doença, e não por motivo de prevenção ou exames de rotina, como observado no contingente de maior poder aquisitivo”.

Barata (2009) afirma pode-se identificar teorias que pretendem compreender o processo de produção da saúde e da doença e seus reflexos sobre a distribuição do estado de saúde na população. A teoria mais antiga e aceita é a materialista, que dá maior importância à estrutura econômica da sociedade, afirmando que a riqueza dos grupos sociais e indivíduos é o principal determinante do estado de saúde. Essa teoria se baseia no pressuposto de que a falta ou insuficiência dos recursos materiais para enfrentar de modo adequado os estressores ao longo da vida acaba por produzir a doença e diminuir a saúde. Outra teoria desenvolvida é a psicossocial, ela dá mais importância à percepção da desvantagem social como fonte de estresse e desencadeador de doenças.

Essas teorias tentam justificar as desigualdades sociais em saúde, porém deve ser considerado que os padrões de saúde e doença obtêm consequências biológicas dos modos de vida e trabalho, as relações econômicas, sociais e políticas afetam a forma como as pessoas vivem e desse modo, acabam moldando os padrões de distribuição das doenças (BARATA, 2009).

O presente estudo teve limitações em potenciais, devido ao tipo de estudo, uma vez que, os dados são de bases secundárias e a seleção de variáveis desta base de dados já está estabelecida pelo sistema de informação. Outra limitação, refere-se que a base populacional para o cálculo da taxa de mortalidade específica foi calculada segundo o último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) para o estado de Mato Grosso do Sul. Considerando que o último censo foi realizado há quase dez anos, pode resultar em taxas não reais, além de que o mesmo não apresenta dados de escolaridade por ano. Essas limitações tornaram possível apenas a realização da frequência relativa de mortalidade entre esta variável.

## CONCLUSÃO

O breve contexto apresentado sinaliza para a importância das discussões sobre mortalidade por doenças do aparelho circulatório. O estudo indicou maiores índice de mortalidade entre o sexo masculino (58,2%). Os fatores associados discutido neste estudo, por meio dos determinantes sociais, destacam que os homens procuram com menor frequência as unidades de saúde o que pode aumentar o risco da morbimortalidade. Para esta redução a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), torna-se uma ferramenta chave para promover ações de melhorias desses indicadores, devendo ser estimulada.

Dados das variáveis faixa etária, raça/cor e escolaridade, apresenta disparidades importantes, sendo os idosos, a raça cor preta, e a baixa escolaridade os mais acometidos. Nessa perspectiva, o planejamento de ações em saúde para reduzir as iniquidades ressaltadas neste estudo, são importantes para melhorias destes indicadores.

Por meio de estudo é possível destacar, sobretudo, que o profissional de enfermagem nas práticas em que atua, deve reconhecer as diferentes manifestações da vulnerabilidade, refletindo sobre as desigualdades, sejam étnicas, culturais, de gênero, políticas, sociais ou econômicas nos diferentes ciclos de vida, para (re) pensar em estratégias de melhorias dos indicadores de morbimortalidade.

## REFERÊNCIAS

- ARAUJO, E M et al . A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, n. 31, p. 383-394, Dec. 2009.
- BARATA, RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection. 120 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf> Acesso em maio de 2017.
- BAREL, M. et al. Associação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e qualidade de vida entre servidores da saúde. **Revista brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, 2010.
- BARRA, D. C. C et al. Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Acta Paul Enferm** 2010; 23(6):831-6.
- BOTREL, T. E. A et al. **Doenças Cardiovasculares: causas e prevenção**, Revista Brasileira de Clínica Terapêutica, V. 9, São Paulo: Moreira Jr, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais de Morbi-Mortalidade. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/epidemiologicas-e-morbidade>. Acesso em março de 2017.
- BRASIL. IBGE. **Censo demográfico**, Brasília, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. FUNASA. **Manual de procedimento do Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 36 p.
- BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, 2007.
- CAETANO, J. A et al. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Abr-Jun; 17(2): 327-35.
- DRUMOND JÚNIOR M, BARROS MBA. Desigualdades socioespaciais na mortalidade do adulto no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**. 1999;2(1-2):34-49.
- FERREIRA, M. A. F; LATORRE, M. R. D. O. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. **Ciencia & Saude Coletiva**, RIO DE JANEIRO, v. 17, n. 9, pp. 2523-2531, SEP, 2012.
- FERREIRA, M. E. V; MATSUO, TIEMI; SOUZA, R. K. T. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(12):2327-2339, dez, 2011.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 105-109, Mar. 2005.
- FIORIO, N. M et al. Mortalidade por raça/cor: evidências de desigualdades sociais em Vitória (ES), Brasil. **Rev Bras Epidemiol** 2011; 14(3): 522-30.
- FURUKAWA, T.S; SANTO, A. H; MATHIAS, T. A. F. Causas múltiplas de morte relacionadas às doenças cerebrovasculares no Estado do Paraná, **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo: 2011.
- GADELHAL, C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e Desenvolvimento no Brasil: Avanços e Desafios. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012.

- ISHITANI, L. H et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil, **Revista de Saúde Pública**, Minas Gerais, 2006.
- KAISER, S. E. Aspectos epidemiológicos nas doenças coronariana e cerebrovascular. **Revista da SOCERJ**, V.17, Rio de Janeiro, 2004.
- LAURENTI, R; JORGE, MHPM; GOTLIEB, S L D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, Mar. 2005.
- MALTA, D. C; NETO, O. L, M; JUNIOR, J. B. S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 20(4):425-438, out-dez 2011.
- NERI, M; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 18, supl. p. S77-S87, 2002.
- PEARCE, N. et al. Genetics, race, ethnicity and health. **BMJ**, v.328, p.1070-2, 2004.
- PINHEIRO, R S et al . Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002 .
- SANTOS RV, COIMBRA JR. CEA. Saúde indígena. In: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, organizador. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 128-30.
- SANTOS SM, NORONHA CP. Padrões espaciais de mortalidade e diferenciais socioeconômicos na cidade do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**. 2001;17:1099-110.
- SCHRAIBER, L B; GOMES, R; COUTO, M. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 7-17, Mar. 2005.
- ZASLAVSKY, C; GUS, I. Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 79, n. 6, p. 635-639, Dec. 2002.

## ÓBITOS POR LESÃO AUTOPROVADA NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 39 ANOS EM MATO GROSSO DO SUL

Data de aceite: 27/11/2019

Jhonatan Ovando  
Leilson Nunes Santana  
Rafaela Palhano Medeiros Penrabel  
Catia Cristina Valadão Martins Rosa  
Vania Paula Stolte Rodrigues

**RESUMO: Introdução:** A lesão autoprovocada é caracterizada como uma forma consciente e intencional de provocar dano a si próprio e até a morte, com o objetivo de fugir de uma situação de tristeza intensa. **Objetivo:** Identificar as principais causas de lesão autoprovocada em Mato Grosso do Sul. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva quantitativa com dados provenientes do Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Foram incluídas na pesquisa as cinco mais frequentes causas de óbito por lesão autoprovocada ocorridas no período de 2010 a 2014 em residentes de Mato Grosso do Sul na faixa-etária de 10 a 39 anos de idade. **Resultados:** O enforcamento ou sufocação é a causa mais acometida em suicídios com o predomínio no sexo masculino no grupo etário de 20-39 anos. **Conclusão:** A mortalidade por suicídio tem como tendência um crescimento preocupante, gerando um impacto a vida da vítima, dos familiares e a

toda sociedade, por isso a necessidade de programas que atuem de forma preventiva, e que tenham como principal foco não só os indivíduos com maior vulnerabilidade, mas sim toda a população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Suicídio, Lesão autoprovocada, Tentativa de Suicídio.

### INTRODUÇÃO

A lesão autoprovocada é caracterizada como uma forma consciente e intencional de provocar dano a si próprio e até a morte, com o objetivo de fugir de uma situação de tristeza intensa. Geralmente a pessoa sente uma grande necessidade de aliviar o constante sofrimento causado por causas externas, utilizando meios letais como mecanismo de alívio para dor emocional de forma consciente e intencional (BRASIL, 2014).

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde em 2012 aproximadamente 804 mil pessoas morreram em todo o mundo devido ao suicídio. A cada 100 mil habitantes 11,4 morreram devido ao suicídio por ano, sendo 15 para homens e 8 para mulheres. A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio e a cada três segundos há uma tentativa de tirar a própria vida (OMS, 2014).

No Brasil a taxa de suicídio é bem elevada, ocupando o oitavo lugar no ranking mundial em números de suicídio. Em 2012 foram confirmadas 11.821 mortes que resultaram em aproximadamente 30 mortes por dia no Brasil, sendo que destes 9.198 são homens e 2.623 são mulheres. De acordo com os dados de 2000 a 2012 houve um aumento considerável de 10,4 % na quantidade de mortes, tendo um aumento de 30% na população jovem (BRASIL, 2014).

Os motivos que levam o indivíduo a querer tirar a própria vida podem variar de acordo com os fatores que podem ocorrer ao longo da vida, como relacionamentos tanto familiares quanto amorosos, problemas de ordem financeira, situações de perda, frustração, doenças físicas como câncer, HIV, depressão e sofrimento emocional são os mais comuns dentre os motivos que levam o suicídio (LÉON; BARROS, 2003).

Mato Grosso do Sul é o terceiro estado em óbitos por lesão autoprovocada, tendo uma taxa de 8,1 óbitos a cada 100 mil habitantes. Segundo o Ministério da Saúde (2016), nos últimos 10 anos o número de suicídio entre jovens aumentou 40 %.

Desta forma, este estudo tem como objetivo conhecer o quantitativo de óbitos por lesão autoprovocada em Mato Grosso do Sul na faixa etária de 10 a 39 anos, bem como identificar os principais recursos utilizados para este fim.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa com dados secundários obtidos por meio da base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) disponível no endereço <http://tabnet.datasus.gov.br>, sobre óbitos por lesões autoprovocadas em residentes do Estado de Mato Grosso do Sul. A Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão (CID-10) apresenta 25 causas de lesões autoprovocadas (X60 a X84), porém para a seleção dos tipos de lesões estudadas, optou-se pelas que representaram as cinco causas de maior frequência, sendo elas:

- X70: Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação
- X61: Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos) sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte
- X72: Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão
- X60: Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos

- X80: Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado

O período estudado foi de 2010 a 2014 totalizando cinco anos. Ao interesse do pesquisador, optou-se por estudar a faixa-etária de 10 a 39 anos de idade.

Para o cálculo de Proporção de Óbitos por tipo de lesão autoprovocada foram utilizados o total de óbito por tipo de lesão e o total de óbitos por lesão autoprovocada no mesmo período.

Por se tratar de um estudo que utilizou informações disponibilizadas publicamente, não foi necessária aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela1 observa-se o número de óbitos por lesão autoprovocada que ocorreram no período de 2010 a 2014, totalizando 851, sendo que destes, 777 (75%) ocorreram devido a lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação, 17(1,6%) ocorreram devido à lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado totalizando, 15 (1,4%) ocorreram devido autointoxicação por exposição intencional a drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos) sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte, 24(2,3%) foram por autointoxicação por exposição intencional a pesticidas e por último 18 (1.7%) óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão.

Óbitos Por Tipo de Lesão Autoprovocada Por Ano											
CID-10	X70		X80		X61		X68		X72		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%	
2010	149	14.4	3	0.2	3	0.2	7	0.6	3	0.2	<b>165</b>
2011	144	13.9	4	0.3	3	0.2	5	0.4	8	0.7	<b>164</b>
2012	159	15.3	3	0.2	3	0.2	6	0.5	2	0.19	<b>173</b>
2013	171	16.5	1	0.09	3	0.2	5	0.4	3	0.2	<b>183</b>
2014	154	14.8	6	0.4	3	0.2	1	0.09	2	0.19	<b>166</b>
<b>Total</b>	<b>777</b>	<b>75%</b>	<b>17</b>	<b>1.6%</b>	<b>15</b>	<b>1.4%</b>	<b>24</b>	<b>2.3%</b>	<b>18</b>	<b>1.7%</b>	<b>851</b>

Tabela I – Óbitos por lesão autoprovocada distribuídos por Ano e CID em Mato Grosso do Sul de 2010 à 2014.

Fonte: DataSUS, 2017.

Observou-se ainda que o óbito por enforcamento foi predominante durante todo o período estudado.

Para Souza (2002), os métodos que levam o paciente ao suicídio dependem muito do lugar e do histórico desta determinada região. Na Tabela 1, observa-se que os óbitos por enforcamento ocorreram em maior frequência (75% dos casos), corroborando com outros estudos que também colocam esse método como mais utilizado possivelmente pela facilidade de acesso quando comparado a outras formas como envenenamento, arma de fogo, precipitação de lugar elevada, que apresentam participação mais discreta (SCHMITT, 2008). Os métodos mais frequentes que um indivíduo utiliza para se auto-lesionar, podem variar de acordo com a cultura e o acesso que se tem a eles. Gênero e faixa etária também exercem influência, como a população indígena que sofre com as mudanças em seu território e a discriminação, entre outros, que favorecem estes indivíduos ao suicídio.

FAIXA ETÁRIA	ANO									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>X-70</b>										
10-14	09	7.9	06	5.6	09	7.5	08	6.7	5	4.1
15-19	26	22.8	19	17.7	27	22.6	35	29.6	27	22.5
20-29	41	35.9	42	39.2	42	35.2	31	26.2	50	41.6
30-39	28	24.5	30	28	35	29.4	32	27.1	29	24.1
<b>X-80</b>										
10-14	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
15-19	--	--	--	--	--	--	--	--	01	0.83
20-29	--	--	--	--	--	--	01	0.8	02	1.66
30-39	02	1.7	01	0.9	01	0.8	--	--	03	2.5
<b>X-61</b>										
10-14	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
15-19	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
20-29	01	0.8	--	--	01	0.8	--	--	01	0.83
30-39	02	1.7	02	1.8	01	0.8	01	0.8	01	0.83
<b>X-68</b>										
10-14	--	--	01	0.9	--	--	--	--	--	--
15-19	--	--	01	0.9	01	0.8	01	0.8	--	--
20-29	01	0.8	01	0.9	--	--	02	1.6	--	--
30-39	01	0.1	01	0.9	01	0.8	01	0.8	--	--
<b>X-72</b>										
10-14	--	--	--	--	----		--	--	--	--
15-19	--	--	01	0.9	--	--	--	--	01	0.83
20-29	03	2.6	--	--	01	0.8	03	2.5	--	--
30-39	--	--	02	1.8	--	--	--	--	--	--
<b>Total:</b>	114	11%	107	10%	119	12%	118	11.4%	18	1.4%

Tabela II – Distribuição das principais causas de lesão autoprovocada de acordo com a faixa etária e ano.

Fonte: DataSUS, 2017.

Embora o sistema utilizado para a coleta dos dados dessa pesquisa seja um sistema de informação importante e bem conceituado, é importante ressaltar que o tema suicídio tem muitos estereótipos e é de difícil entendimento devido à amplitude de suas causas, fazendo com que se possa refletir se de fato todos os óbitos por essa causa foram realmente notificados e registrados de forma correta. O tabu que envolve o tema pode fazer com que famílias não concordem com a revelação da causa do óbito.

Na Tabela II observa-se que 223 (21%) óbitos ocorreram em indivíduos de 20-29 anos, totalizando o maior número dos casos, na faixa etária de 30-39 anos ocorreram 174 (16%), de 15-19 anos ocorreram 139 (13%), e de 10-14 anos ocorreram 38 (3%).

O aumento de casos na idade entre 20-29 anos pode estar relacionado à transição entre jovem/adulto, onde se deparam com grandes responsabilidades, cobranças internas e externas, desemprego, o estresse econômico e a instabilidade familiar, que às vezes dificultam o processo de entendimento deste período, ocasionando sintomas de impotência, fraqueza, solidão, onde o indivíduo enxerga a morte como resolubilidade para todos os enfrentamentos da vida (MENEGHEL, 2004).

Pordeuset al. (2002) em seu estudo também encontraram as faixas etárias de Jovem/Adulto como as que apresentavam mais altas taxas de suicídio na cidade Salvador-BA. Uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto-SP por Vansan (1999) concluiu que cerca de 40,6 % dos casos é de jovens de 20-29 anos.

Óbitos Por Tipo de Lesão Auto-Provocada – Sexo										
CID-10	X70		X80		X61		X68		X72	
Ano	Nº		Nº		Nº		Nº		Nº	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
2010	120	29	2	1	1	2	5	2	3	0
2011	120	24	4	0	2	1	2	4	5	3
2012	128	31	3	0	0	3	4	2	2	0
2013	136	35	1	0	0	3	3	3	4	0
2014	122	32	4	2	2	1	0	1	1	1
<b>Total</b>	626	151	14	3	5	10	14	12	15	4
<b>%</b>	60%	14%	1.3%	0.29%	0.4%	0.9%	1.3%	1.1%	1.4%	0.3%

Tabela III – Proporção de Lesão Autoprovocada de acordo com o Sexo em Mato Grosso do Sul de 2010 a 2014.

Fonte: DataSUS, 2017.

Observou-se que a lesão autoprovocada por enforcamento ou sufocação foi predominante no sexo masculino 626 (79%).

Nos casos de óbitos por precipitação de um lugar elevado o sexo masculino (1,3%) permanece com os números mais elevados que as mulheres (0,29%).

A auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos) sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados, acometem mais as mulheres (0.9%) óbitos que os homens (0.4%). Auto-intoxicação por exposição intencional a pesticidas representou 1.3% dos casos em homens e 1.1% nas mulheres. Por último, a causa por lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão que acometem até 3 vezes mais o homem, sendo um sendo um total de 1.4% e nas mulheres 1.1%.

Em relação ao gênero, este estudo revela que a taxa de mortalidade por suicídio é maior entre os homens. Segundo LOVISI (2006) apesar das mulheres serem propensas a tentar o suicídio mais vezes, os homens obtêm êxitos mais frequente revelando que os homens possuem uma intenção de morte mais forte e por isso tendem a usar métodos mais letais. Para as mulheres, o uso abusivo de drogas anticonvulsivantes (antiepilépticos) sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos como método de suicídio é socialmente mais aceito do que para os homens. Os homens acabam utilizando mais outros métodos, como a arma de fogo.

Para Marin-Leon e Barros (2003), em pesquisa realizada em Campinas-SP, foi possível observar que o sexo masculino se suicida mais e se utilizam dos meios mais letais como enforcamento, arma de fogo, e já as mulheres utilizam mais o enforcamento, envenenamento e a queimadura. Os mesmos dados também foram observados nesta pesquisa, menos a queimadura que não se mostrou um método praticado pela população de Mato Grosso do Sul.

Pesquisas realizadas com base em amostras epidemiológicas que falam das tentativas e os suicídios das mais diversas localidades e regiões brasileiras são capazes de revelar dados possibilitando um necessário aprendizado, sendo capaz de orientar as políticas públicas de saúde com intuito de desenvolver programas de caráter primário e secundário que resultem na diminuição desses índices (BAPTISTA, 2005).

## CONCLUSÕES

A maior causa de suicídio em Mato Grosso do Sul no período estudado foi a lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação, equivalente a cerca de 75% do total de casos. Os jovens/adultos de 20-29 anos são a faixa etária mais vulnerável, e as que cometem mais suicídio. O sexo masculino apresentou taxas mais elevadas de suicídio, utilizando meios mais

letais para tal.

O suicídio deve ser considerado com uma grande tragédia pessoal e social, cujo sofrimento emocional é incalculável, não cabendo em números. O modo como o indivíduo tira a própria vida, é tão brutal que se deve refletir sobre o tamanho desta dor, deste sofrimento que parece não ter fim, sendo que a única maneira capaz de curar é a morte. A identificação dos fatores de risco realizada pelos profissionais de saúde é fundamental, e devem ser conduzidas de forma adequada.

É um grave problema de saúde pública, econômico e social, portanto, a prevenção não deve se iniciar apenas nos centros com foco em saúde mental, mas deve ser observada em todos os âmbitos do sistema de saúde. Um olhar humanizado, um diagnóstico preciso, e um tratamento de qualidade podem dar fim a esse sofrimento.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a instituição de ensino Unigran Capital pela qualidade de ensino ofertada, e pela dedicação dos mestres professores que se dedicam incansavelmente para contribuir com a formação de futuros profissionais Enfermeiros, compartilhando conhecimento afim de crescimento profissional e intelectual dos envolvidos.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, COMISSÃO DE ESTUDOS E PREVENÇÃO DE SUICÍDIO. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014.

Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) (Acessado em 12/04/2017).

Baptista, M.N. (2004). *Suicídio e depressão: atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEGA, N. J. **Deteção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2010.

BERTOLETE, J. M., & FLEISCHMANN, A. (2002). **Suicídio e Diagnóstico psiquiátrico: uma perspectiva mundial**. *Mundo Psiquiatria*

Botega NJ, D'Oliveira CF, Cais CF, Stefanello S. Prevenção do suicídio: manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica recursos da comunidade. São Paulo: Unicamp, 2009.

Corrêa H, Barrero SP. Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006.

DATASUS. **Tabnet**. 2015. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>. Acesso em: 20 abr. 2017

DAOLIO, E. R., & SILVA, J. V. (2009). **Os significados e os motivos do suicídio: As**

**representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP.** *Bioethiko*.

Lovisi, G. H., Santos A. S., Legay, L., Abelha, L. G., & Valencia, (2009) Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**

Macente, L. B. M., Santos, E. G., & Zandonade, E. (2009) Tentativas de suicídio em município de cultura Pomerana no interior do estado do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**.

Marín-León, L., & Barros, M. B. A. (2003). Mortes por suicídio: diferenças entre gênero e nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**.

MENEGHEL, S. N., VICTORA, C. G., FARIA, N. M. X., CARVALHO, L. A., & FALK, J. W. (2004) Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Estratégia nacional de prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Pordeus, A.M., Fraga, M.N., & Olinda, Q.B. (2002). Suicídio no Ceará na década de 90. **Revista Científica Ciências Saúde, 15**.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2006). Prevenção do Suicídio: Um recurso para conselheiros. Genebra: **Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias**.

**Organização Mundial da Saúde**. (2014). Relatórios de país e Gráficos disponíveis. Recuperado de [www.who.int/mental\\_Saúde/prevenção/suicídio/country\\_reports/en/index](http://www.who.int/mental_Saúde/prevenção/suicídio/country_reports/en/index).

Santos AS, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, 2009.

Souza, E. R., Minayo, M.C., & Malaquias, J.V. (2002). Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**.

SCHMITT, Ricardo et al. Perfil Epidemiológico do Suicídio no Extremo-Oeste de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, maio/ago. 2008

Vansan, G.A. (1999). Aspectos epidemiológicos comparativos entre tentativas de suicídio e suicídios no município de Ribeirão Preto. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**.

Viana GN, Zenkner FM, Sakae TM, Escobar BT. Prevalencia de suicídio no sul do Brasil, 2001-2005. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**. 2008.

VIDAL, C. E. L., GONTIJO, E. C. D. M., & LIMA, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: Atores prognósticos e estimativos do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**.

Werneck G, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 2006.

## NECESSIDADES DE QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UTI PEDIÁTRICA

Data de aceite: 27/11/2019

### **Francisco Rodrigues Martins**

Mestre em Pesquisa Clínica pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre – RS

### **Francisco Hilângelo Vieira Barros**

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza – CE

### **Antônia Gomes de Olinda**

Especialista em Enfermagem UTI Neonatal e Pediátrica pela Faculdade Unyleya, Brasília – DF

### **Mirelle Salgueiro Morini**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS), Dourados – MS

**RESUMO:** A unidade de terapia intensiva (UTI) é o local que se destina ao acolhimento de pacientes em estado grave com chances de sobrevivência que requerem monitoramento constante e cuidados complexos, exigindo dos profissionais de enfermagem um aprofundamento teórico específico, bem como a tomada de decisões adequadas. O estudo visa identificar as principais necessidades de qualificação da equipe de enfermagem de uma UTI Pediátrica quanto ao seu processo de trabalho. Com abordagem qualitativa, a pesquisa

foi desenvolvida no período de fevereiro a março de 2017, com 29 profissionais de enfermagem. Para a coleta de dados adotou-se um questionário estruturado o qual foi analisado à luz do referencial de Minayo. Os resultados apontam que em relação às necessidades assistenciais, os profissionais destacaram como prioritárias a administração de medicamentos e suas interações, a assistência ao paciente na parada cardiorrespiratória e na ventilação mecânica. Quanto às necessidades gerenciais, a equipe de enfermagem apontou como práticas importantes para o aprimoramento dos conhecimentos: a sistematização da assistência de enfermagem, implementação dos protocolos de procedimentos e da rotina admissional na UTI e, para as ações ético-sociais, sugere-se a qualificação em humanização e em cuidados paliativos. Evidenciou-se que o processo de qualificação da equipe de enfermagem da UTI tem sido uma relevante estratégia para melhoria da qualidade da assistência ao paciente crítico. Nesta perspectiva, a realização da educação continuada dos profissionais de saúde é de grande importância, uma vez que capacitá-los gera impacto direto na qualidade dos serviços prestados à população, além de garantir, aos trabalhadores, valorização profissional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Processo de Trabalho,

## QUALIFICATION NEEDS OF THE WORK PROCESS OF NURSING IN PEDIATRIC ICU

**ABSTRACT:** The intensive care unit (ICU) is the place that is intended to accommodate critically ill patients with chances of survival that require constant monitoring and complex care, requiring from the nursing professionals a specific theoretical deepening, as well as the taking of appropriate decisions. The study aims to identify the main qualification needs of the nursing staff of a Pediatric ICU regarding their work process. With a qualitative approach, the research was conducted from February to March 2017, with 29 nursing professionals. For data collection, a structured questionnaire was adopted and analyzed according to the Minayo framework. The results indicate that in relation to care needs, the professionals highlighted as a priority the administration of medications and their interactions, the assistance to the patient in cardiorespiratory arrest and mechanical ventilation. Regarding managerial needs, the nursing team pointed out as important practices for the improvement of knowledge: the systematization of nursing care, implementation of procedures protocols and ICU admission routine and, for ethical-social actions, it is suggested that qualification in humanization and palliative care. It was evidenced that the qualification process of the ICU nursing team has been a relevant strategy to improve the quality of care for critically ill patients. In this perspective, the continuing education of health professionals is of great importance, since enabling them generates a direct impact on the quality of services provided to the population, in addition to ensuring workers, professional valuation.

**KEYWORDS:** Work Process, Intensive Care Unit, Permanent Education.

### 1 | INTRODUÇÃO

Importante em diferentes contextos do universo dos serviços de saúde, o papel da equipe de enfermagem é particularmente relevante nas unidades de terapia intensiva (UTI), um ambiente de alta complexidade, que requer conhecimentos específicos para assegurar uma assistência com elevados padrões de qualidade e segurança. Evidentemente, esses elementos devem estar presentes no atendimento a qualquer tipo de paciente. No entanto, são especialmente diferenciadores na assistência aos pacientes críticos e nos resultados obtidos (MURAKAMI; SANTOS, 2015).

Como centralizador dos cuidados aplicados ao paciente, o profissional de enfermagem que atua em terapia intensiva é desafiado pelas especificidades dessa assistência. São pacientes fragilizados na perspectiva das suas condições de

saúde, demandante de múltiplos cuidados e sujeitos a uma série de intercorrências que exige ações rápidas e efetivas das equipes multiprofissional e médica. Com frequência, são também pacientes fragilizados emocionalmente pelas limitações, temores, distância da família e pelo próprio ambiente característico da UTI.

De acordo com a Resolução do COFEN Nº 0527/2016 que atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem e que exigem cuidados intensivos são necessários, nas proporções mínimas, 52% de enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

Neste sentido, com o intuito de qualificar a assistência e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada na unidade de terapia intensiva pediátrica, alguns hospitais universitários deram início ao processo de implantação do Projeto Qualificação da Assistência de Enfermagem com a inserção enfermeiros assistências e técnicos de enfermagem como apoio para as equipes, ampliando significativamente o número de profissionais de enfermagem de nível superior atuando diretamente nos cuidados ao paciente crítico.

Nesta perspectiva, entende-se que para um bom funcionamento hospitalar, não basta somente equipamentos de boa qualidade, número de profissionais suficiente e área física adequada. Os profissionais que atuam na UTI necessitam de capacitação profissional para que haja melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes hospitalizados neste ambiente de maior complexidade. Diante deste contexto, surge o seguinte questionamento: Que tipo de qualificação a equipe de enfermagem necessita para dar conta do processo saúde-doença-cuidado durante sua atuação em unidade de terapia intensiva pediátrica?

A partir do questionamento exposto, emergiu como principal objetivo do estudo identificar as necessidades de qualificação da equipe de enfermagem da UTI Pediátrica.

## 2 | METODOLOGIA

O estudo é do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido no período de fevereiro a março de 2017, com 29 profissionais de enfermagem, sendo 25 enfermeiros e 04 técnicos de enfermagem dos quatros turnos (manhã, tarde, noturno par e ímpar) que integram a equipe da UTI Pediátrica de um hospital universitário no estado do Mato Grosso do Sul. De acordo com Perovano (2016), nos estudos qualitativos o pesquisador realiza a coleta de dados diretamente no contexto em que os atores vivem e de que participam. Para o autor, este método permite a análise de textos e de informações de documentos, planilhas

estatísticas, transcrição de falas, observação de vídeo, entre outros.

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica analisada no estudo atualmente conta com 10 leitos e destina-se ao acolhimento de pacientes em estado grave com chances de sobrevivência, que requerem monitoramento constante e cuidados complexos. Esta unidade atende pacientes entre 29 dias a 12 anos incompletos.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário com perguntas abertas acerca das necessidades de qualificação e sobre a disposição da equipe para atuarem como facilitadores no processo de Educação Permanente. Os questionários foram distribuídos pela Enfermeira Horizontal responsável pela UTI Pediátrica. Os resultados foram sistematizados a partir do agrupamento em tabela e, em seguida, as informações foram analisadas à luz do referencial de Minayo (2009) que sugere a adoção de categorias para o estabelecimento de classificações, agrupando elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.

### **3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com a implantação do Projeto de Qualificação de Enfermagem da UTI Pediátrica, a nova equipe ficou constituída por 01 enfermeira horizontal, 04 enfermeiros de referência, 20 enfermeiros assistenciais e 04 técnicos de enfermagem. Dos 29 profissionais entrevistados, obteve-se retorno de 100% dos questionários aplicados para levantamento das necessidades de qualificação para o ano de 2017, conforme nos mostra a tabela 1 abaixo.

Acerca do processo de qualificação, as necessidades apontadas pela equipe de enfermagem da UTI Pediátrica estão vinculadas em sua maioria às ações assistenciais que envolvem a prestação de cuidados diretos ao paciente. São elas: administração de medicação, parada cardiorrespiratória (PCR), ventilação mecânica (VM), feridas e curativos, PICC, interpretação de exames laboratoriais e de imagem, atendimento de urgência e emergência, acessos venosos e drenos, e dos cuidados durante procedimento de diálise.

<b>Necessidades Apontadas</b>	<b>Nº</b>
Administração de medicação e suas interações	15
Parada Cardiorrespiratória (PCR)	15
Ventilação Mecânica (VM)	10
Protocolos de enfermagem da UTI Pediátrica	05
Feridas e curativos	04
PICC	04
Cuidados paliativos	04
Atendimento de Urgência e Emergência	03
SAE	02
Acessos venosos e drenos com suas resoluções	02
Diálise	02
Rotina admissional em UTI	02
Humanização	02

Tabela 1 – Necessidades de qualificação da equipe de enfermagem da UTI Pediátrica, 2017.

Fonte: Elaboração dos autores, 2017.

Considerando a percepção da equipe de enfermagem apresentada na tabela 1, observa-se que 52% dos profissionais destacam como principais necessidades de qualificação: a administração de medicamentos e suas interações, assim como aprimorar os conhecimentos sobre parada cardiorrespiratória (PCR) e 34% necessita qualificar-se em ventilação mecânica (VM).

A equipe de enfermagem é responsável pela administração dos medicamentos aos clientes em todas as instituições de saúde. O fato é que tal atividade representa grande importância para profissionais e clientes envolvidos, à medida que é de responsabilidade legal da equipe de enfermagem, e ocupa papel de destaque na função terapêutica a que o cliente está submetido.

Portanto, é imprescindível que a equipe de enfermagem, durante a terapêutica medicamentosa, observe e avalie sistematicamente o cliente quanto a possíveis incompatibilidades farmacológicas, reações indesejadas, bem como interações medicamentosas, com o intuito de minimizar riscos ao cliente. Assim, faz-se necessário difundir e promover o conhecimento farmacológico aos profissionais para que, assim, incorporem uma base apropriada para a administração de medicamentos.

Em relação à parada cardiorrespiratória (PCR), Silva e Padilha (2012) acrescentam que esta é uma intercorrência muitas vezes inesperada e constitui grave ameaça à vida do paciente, principalmente, daqueles que se encontram em estado crítico, como os internados em unidade de terapia intensiva (UTI). Assim, o atendimento exige da equipe rapidez, eficiência, conhecimento científico e habilidade técnica ao desempenho da ação. Ainda requer infra-estrutura adequada, trabalho harmônico e sincronizado entre os profissionais, pois a atuação em equipe é necessária para atingir a recuperação do paciente.

Outro aspecto apontado neste estudo foi a necessidade que a equipe manifestou de aprimorar o conhecimento teórico-prático nas atividades gerenciais e/ou administrativas, tais como a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), rotina admissional na UTI e protocolos de enfermagem da UTI Pediátrica. O limitado número de atividades gerenciais citadas pela equipe de enfermagem, como necessidades de capacitação, talvez se deva ao fato de que a maioria dos enfermeiros exercem principalmente as ações assistenciais como parte integrante do seu processo de trabalho na UTI Pediátrica.

Apesquisa revelou que 21% dos profissionais avaliados, solicitaram capacitação em humanização e cuidados paliativos. Para Molina *et al* (2013), os profissionais inseridos nas unidades de terapia intensiva neonatal/pediátrica, o desafio é vencer barreiras e permitir a expressão de sentimentos nos relacionamentos família-criança-profissional, tornando o cuidado humanizado, para intensificar o fortalecimento destas relações.

A formação técnico-científica dos profissionais, incorporada ao processo de humanização da saúde, pode favorecer o atendimento e a comunicação desses com o paciente e a sua família, uma vez que a mesma está inserida continuamente na internação do paciente, proporcionando um melhor vínculo entre as partes envolvidas.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES

O processo de qualificação da equipe de enfermagem em unidades de terapia intensiva tem sido uma relevante estratégia para melhoria da qualidade da assistência ao paciente crítico. Uma das questões que este estudo se propôs a responder foi que tipo de qualificação a equipe de enfermagem necessita para dar conta do processo saúde-doença-cuidado durante sua atuação na UTI Pediátrica. E como vimos nos resultados apresentados, as principais necessidades apontadas pelos enfermeiros compreendem três grupos de ações e práticas: assistenciais, gerenciais e/ou administrativas e ético-sociais.

Em relação às necessidades assistenciais, os profissionais destacaram como prioritárias a administração de medicamentos e suas interações, a assistência ao paciente na parada cardiorrespiratória (RCP) e na ventilação mecânica (VM). Quanto às necessidades gerenciais, a equipe de enfermagem apontou como práticas importantes para o aprimoramento dos conhecimentos: a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), implementação dos protocolos de procedimentos e da rotina admissional na UTI. E, finalmente, para as ações ético-sociais, a equipe de enfermagem propôs a qualificação em humanização e cuidados paliativos.

Nesta perspectiva, o profissional capacitado para realizar assistência aos

pacientes internados na terapia intensiva leva a garantia de um bom atendimento ao paciente e deixa os familiares mais confortáveis, confiantes e satisfeitos com o serviço ofertado pela equipe qualificada. Portanto, a realização da educação continuada dos profissionais de saúde é de grande importância, uma vez que capacitá-los gera impacto direto na qualidade dos serviços prestados à população, além de garantir, aos trabalhadores, valorização profissional.

## REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 0527, de 03 de novembro de 2016. **Resolução Cofen 0527/2016**. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016\\_46348.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html)>. Acesso em: 28 abr. 2017.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: **pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2009.

MOLINA, et al. A percepção da família sobre sua presença em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. **Rev Esc Enferm USP**, vol. 43, n. 43 pp. 630-638, 2013.

MURAKAMI, B. M; SANTOS, E. R. dos. **Enfermagem em terapia intensiva**. Barueri, São Paulo: Manole, 2015. Disponível em < <http://unisul.bv3.digitalpages.com.br/users/publications/9788520441541/pages/-24>> Acesso em 20 abr. 2017.

PEROVANO, D.G. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. Curitiba: Intersaberes, 2016. Disponível em:<<http://unisul.bv3.digitalpages.com.br/users/publications/9788559720211/pages/-2>>. Acesso em 03 mai. 2017.

SILVA, S. C. da; PADILHA, K. G. Parada Cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: **considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas**. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a07.pdf> >. Acesso em: 20 abr. 2017.

## O REGISTRO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DA TUBERCULOSE

Data de aceite: 27/11/2019

### **Marília Cattozatto dos Reis**

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto  
São Jose do Rio Preto- SP

### **Silvia Helena Figueiredo Vendramini**

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.  
Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva  
e Orientação Profissional (DESCOP)  
São José do Rio Preto - SP

### **Anneliese Domingues Wysocki**

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul  
(UFMT)  
Três Lagoas - MS

### **Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos**

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.  
Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva  
e Orientação Profissional (DESCOP)  
São José do Rio Preto - SP

### **Maria Amélia Zanon Ponce**

Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde  
Pública. Gerente em DST/Aids do Secretaria de  
Saúde de São José do Rio Preto.  
São José do Rio Preto - SP

**RESUMO:** O objetivo foi analisar a coordenação da assistência a tuberculose na atenção básica, do município de São José do Rio Preto/SP. O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde do município, através de instrumento

validado por pesquisadores da área. Para a realização da análise dos dados, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva (frequência relativa e absoluta) e multivariada, por meio do software Statistica 10 (StatSoft Inc.). Foram analisados 86 prontuários, em 23 serviços de atenção básica, após critérios de inclusão e exclusão, sendo 14 (60,8%) Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e 09 (39,1%) Unidade Básica de Saúde (UBS). Dos prontuários analisados, 50 (58,2%) eram de doentes de TB acompanhados em UBSs e 36 (41,8%) nas UBSFs. O estudo mostrou as UBSs com melhores resultados comparado com as UBSFs, de acordo com a Análise de Correspondência Múltipla (ACM). Oposto da literatura, que traz a UBSF com melhores resultados no processo de trabalho, uma vez que a equipe de saúde estabelece vínculo com a população adstrita, a presença dos Agentes Comunitários de Saúde, o cadastro, o processo de territorialização, o Sistema de Informação, o estímulo à participação social, entre outros.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tuberculose, Atenção Básica, Enfermagem, Ações Integradas da Saúde, Sistema de Registro.

**ABSTRACT:** The aim of this study is to analyze the coordination of tuberculosis care in primary health care. This is an exploratory-descriptive, epidemiologic study, retrospective survey-type, with quantitative approach. 86 medical records were analyzed, in 23 primary care services. Regarding health care services, 14 (60.8%) were from Basic Family Health Unit, and 09 (39.1%) from Basic Health Unit. Considering the 86 medical records analyzed, 50 (58.2%) were patients followed-up in Basic Health Units, and 36 (41.8%) were patients followed-up in Basic Family Health Units. This study shows that Basic Health Units presented better results than Basic Family Health Units, according to Multiple Correspondence Analysis. The results contradict the literature, as Basic Family Health Units work with a smaller number of patients. Therefore, Basic Family Health Units have greater chances to follow up the patients, and, thus, to expand the relationship with the community to which it provides care.

**KEYWORDS:** 1. Tuberculosis; 2. Primary Health Care; 3. Nursing Care; 4. Integrated Health Actions; 5. Registration System

### 1 | INTRODUÇÃO

O mundo está passando por uma transição demográfica e epidemiológica crescente, principalmente nos países em desenvolvimento, caracterizada por um processo de envelhecimento populacional aliada a uma transição das condições de saúde, observada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas, manifestando-se pelo fenômeno denominado transição epidemiológica (MENDES, 2010; MENDES, 2015). No Brasil, esta transição ocorre de forma diferente em relação aos países desenvolvidos e caracterizada como tripla carga de doenças pois envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas (MENDES, 2010).

Diante desse novo quadro há as condições agudas, de curso curto e que podem ser respondidas por um sistema reativo e com respostas episódicas, das condições crônicas, que têm curso mais ou menos longo e que exigem um sistema que responda a elas de forma proativa, contínua e integrada. Considera-se que as condições crônicas envolvem além da diabetes mellitus (DM), doença cardiovascular e respiratória e câncer, as doenças infecciosas persistentes como hanseníase, tuberculose (TB), HIV/aids, hepatites virais entre outras (MENDES, 2010, MENDES, 2015, BRASIL; 2003).

A TB é considerada uma doença crônica prioritária no país, ocupando a 20<sup>a</sup>

posição, entre os 22 países com maior carga da doença, apesar da redução dos coeficientes de incidência e mortalidade (BRASIL, 2017).

Com o objetivo de reduzir os casos, o Ministério da Saúde (MS) adota diversas formas, dentre elas a Estratégia de Tratamento Diretamente Observado (DOTS), criada em 1993 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o controle da TB, composta por 5 (cinco) pilares: Compromisso político com fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação e mobilização social; diagnóstico de casos por meio de exames bacteriológicos de qualidade; tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente; fornecimento e gestão eficaz de medicamentos; e sistema de registro e informação e avaliação ágil que possibilite o monitoramento dos casos, desde a notificação até o encerramento do caso (BRASIL, 2011). No entanto, para que a RAS seja efetiva, deve-se apresentar uma AB de qualidade, garantindo o funcionamento dos atributos, incluindo a coordenação, ou seja, continuidade da atenção, articulação com outros serviços, sendo ponto principal de comunicação da RAS (MENDES, 2010; CARNEIRO, 2014). É compreendida nas dimensões vertical, entre a AB e os demais níveis de atenção à saúde; e horizontal, que envolve a articulação entre a própria equipe de AB, serviços de saúde e equipamentos sociais (ALMEIDA, 2011; CARNEIRO, 2014), uma das ações necessárias na coordenação é o registro de informações, tendo o prontuário como principal instrumento, além de outros sistemas de registros (SANTOS, 2012).

No controle da TB, há diversas ações realizadas na AB, inclusive o registro de informações nos instrumentos preconizados pelo MS como livro de registro de acompanhamento e ficha de acompanhamento de Tratamento Diretamente Observado (TDO), além do preenchimento do prontuário (ALMEIDA, 2011).

No município de estudo, a maioria das atividades de controle da TB é realizada pela equipe de enfermagem, principalmente pelo enfermeiro. O auxiliar/técnico de enfermagem, na maioria das vezes, realiza somente a supervisão do TDO na própria unidade de saúde, ficando a maior parte das atividades “burocráticas” a cargo do enfermeiro, o que gera sobrecarga de trabalho e conseqüente estresse e desmotivação do profissional (ALMEIDA, 2016). De acordo com Conselho Federal de Enfermagem, através de Diretrizes postuladas, determina que os registros de todas as etapas sejam feitos nos prontuários (OLIVEIRA, 2016) Considerando a consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro e instrumento do cuidado que deve seguir as etapas do Processo de Enfermagem: identificação de problemas de saúde do cliente ou coleta de dados (com anamnese e exame físico), delineamento dos Diagnósticos de Enfermagem (DEs), planejamento e implementação das ações e a avaliação do plano (BRASIL, 2011).

Considerando a capacidade gerencial do enfermeiro da Atenção Básica e

sua capacidade de assumir diversas atribuições e responsabilidades relacionadas aos programas prioritários de controle da saúde e, considerando a importância da coordenação do cuidado do doente de TB acompanhado pelos serviços da Atenção Básica, o objetivo desse estudo foi avaliar o trabalho da equipe de enfermagem na assistência a tuberculose na Atenção Básica.

## 2 | MÉTODO

Estudo epidemiológico descritivo exploratório, do tipo levantamento retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado num município, localizado no noroeste paulista, que apresenta 442.870 habitantes (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2016). Atualmente existem 27 Serviços de AB no município de estudo, sendo 10 UBS e 17 UBSF, na Atenção Especializada (AE) há um Complexo de Doenças Crônicas Transmissíveis sendo referência para todo atendimento e acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS, IST (Infecção Sexualmente Transmissível), hepatites virais, TB e hanseníase. É referência para o tratamento de TB extrapulmonar, micobacterias atípicas, coinfeção TB/HIV, resistência medicamentosa.

Em relação à situação da TB no município, em 2015 foram notificados 99 casos novos, com incidência de 22,35 casos/100.000 habitantes. Porém, o MS recomenda que 1% da população seja examinada, por ano, e no município de estudo, foram examinados aproximadamente 25% do preconizando (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2016). Portanto, o fato da incidência ter diminuído em relação ao ano de 2015 (27,6%) (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2015) não é um fato positivo, uma vez que o número de pessoas examinadas está abaixo do preconizado e menor do que no ano anterior.

Para a realização da coleta dos dados, procederam-se duas etapas: primeiramente, para a identificação dos doentes de TB, foram levantados dados por meio do banco de dados do TB-WEB, sendo incluídos aqueles que iniciaram e terminaram o tratamento de TB nos serviços de AB no município entre os anos de 2013 e 2014 e excluídos aqueles que mudaram do município, tiveram mudança de diagnóstico, realizaram tratamento em serviços secundários ou faleceram após o diagnóstico.

A partir deste levantamento, identificaram-se os serviços de AB nos quais os mesmos realizaram tratamento. Na segunda etapa da coleta dos dados, foram levantados os instrumentos de registros preconizados na assistência à TB (prontuários, ficha de acompanhamento e livro de acompanhamento) nos serviços de AB, os quais foram revisados, a partir de um instrumento estruturado, elaborado

pelos autores e baseado nos Manuais do MS que preconizam o preenchimento correto de tais instrumentos de registro.

Previamente à coleta dos dados, tal instrumento foi submetido à validação de conteúdo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) por cinco (5) especialistas da área, mediante leitura e assinatura do com a finalidade de verificar a adequação e precisão dos itens e a representatividade dos mesmos em relação ao assunto. O instrumento constituiu-se de quatro (04) - IV seções e 40 variáveis, relacionadas a: Seção I: Identificação do doente de TB, local onde realizou o tratamento, consulta clínica e TDO; Seção II: informações sobre a ficha de acompanhamento do TDO; Seção III: informações referentes ao Livro de Registro e realização dos exames preconizados pelo MS (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2015) e; Seção IV: anotações da equipe de saúde no prontuário clínico

Dos 206 doentes de TB identificados na primeira etapa da coleta de dados houve exclusão de 97 devido à mudança de diagnóstico, de município, acompanhamento na atenção especializada e óbito após diagnóstico, sendo selecionados 109 doentes de TB para análise dos registros de informação à TB nos serviços de AB, no entanto, foi feito o levantamento de dados de 86 doentes de TB, em 23 Unidades de Saúde, uma vez que 23 prontuários não foram encontrados em 10 serviços de AB.

Os dados foram digitados e armazenados em um banco de dados do Excel 2007. Para a realização da análise dos dados, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva (frequência relativa e absoluta) e multivariada, por meio do software Statistica 10 (StatSoft Inc.).

A abordagem multivariada foi realizada pela aplicação da Análise de Correspondência Múltipla (ACM) a fim de se investigar a existência de associação entre a variável passiva (tipos de serviços de AB no qual os doentes de TB realizaram tratamento) e as ativas (demais variáveis de estudo). Adotou-se nível de significância de 0,05.

Após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a pesquisa foi conduzida conforme a Resolução nº466 de 2012 do Conselho de Ética em pesquisa e aprovada pelo Comitê de Ética da FAMERP, parecer nº 989.439.

### **3 | RESULTADOS**

Foram avaliados 23 Serviços de AB, 14 (60,8%) Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e 09 (39,1%) Unidade Básica de Saúde (UBS). Dentre os 86 prontuários analisados, 50 (58,2%) eram de doentes de TB acompanhados em UBSs e 36 (41,8%) nas UBSFs. Por meio da avaliação dos prontuários, observou-se que nas UBSF há maior frequência dos registros de todas as consultas de enfermagem realizadas em comparação com as UBS (27-75% x 23-46%). Quanto aos registros

realizados pela equipe de enfermagem nos prontuários foi possível observar que aqueles relacionados à interação medicamentosa, ingesta medicamentosa e encaminhamento para outros serviços apresentaram baixa frequência na maioria dos prontuários, tanto nas UBSFs quanto UBSs (Tabela 1). Através da ACM, observou-se associação em comparação com as UBS, as UBSF apresentaram maiores anotações quanto à orientação para realização de exames (25-69,4% x 23-46%), retorno de consultas (26-72,2% x 13-26%) e orientações quanto à importância da adesão ao tratamento (22-61,1% x 15-30%). No entanto, a ACM revelou que as UBS tiveram associação com as anotações sobre a importância de adesão ao tratamento, orientação e coleta de material para exames, informação sobre a doença e prescrição, as UBSF apresentaram pior desempenho na qualidade das anotações relacionadas ao tratamento e efeitos colaterais dos medicamentos (7-19,4% x 31-62%). Pela ACM foi possível observar que houve maior associação entre os registros realizados pelos enfermeiros e as UBS. No entanto, informações sobre o tratamento e os efeitos colaterais dos medicamentos, consultas de enfermagem, entrega de medicação, pré e pós-consulta, aferição de peso e altura e solicitação de exames, ingesta e interações medicamentosas também se apresentaram associadas às UBSF (Figura A Quadro 1).

Registros realizados pela equipe de Enfermagem	UBSF n (%)	Tipo de SS		Total
		UBS n (%)		
Total de doentes de TB		36(41,8%)	50(58,2%)	86(100%)
Interação medicamentosa	Sim	5(13,9%)	3(6%)	8(9,3%)
	Não	31(86,1%)	47(94%)	78(90,7%)
Ingesta medicamentosa	Sim	17(47,2%)	16(32 %)	33(38,4%)
	Não	19(52,8%)	34(68%)	53(61,6%)
Encaminhamentos para outros serviços	Sim	4(11,1%)	7(14%)	11(12,8%)
	Não	32(88,9%)	43(86%)	75(87,2%)

Tabela 1: Descrição das informações registradas pela equipe de enfermagem contidas no Prontuário Clínico dos doentes de TB acompanhados nos Serviços de Atenção Básica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.

No que se refere à Ficha de acompanhamento do TDO, observou-se que a maioria dos doentes de TB acompanhados pelas UBSFs (33-91,7%) a possuía e todas (33-100%) se encontravam arquivadas nos prontuários. Já nas UBSs, esta frequência foi menor (43-86%) e nem todas apresentavam-se arquivadas no prontuário. Dentre aqueles que possuíam a ficha de acompanhamento de TDO, os que realizavam acompanhamento nas UBSFs apresentaram maior proporção de completude do preenchimento da tomada de medicação (auto-administrado-AA, Supervisionada-SU ou não ter tomado-NT) (32-97% e 40-93%, respectivamente).

Observou-se que a maioria dos doentes de TB possuía comunicantes (71-93,4%) e que nas UBS havia maior completude dos registros das informações dos mesmos: nome (34-87,3%), idade (30-76,9%) e parentesco (32-82,1%). Tanto UBSF como UBS apresentaram fragilidades nos registros de informações relacionados à busca e realização de exames dos comunicantes (Raio-x de tórax, teste tuberculínico (TT), baciloscopia de escarro e indicação para tratamento da infecção latente por TB) (Tabela 2), assim como foi observado nos registros referentes aos dados dos comunicantes realizados nos prontuários.

Ficha de acompanhamento de TDO		UBSF n (%)	Tipo de SS		Total
			UBS n (%)		
Total de doentes de TB			36(41,8%)	50(58,2%)	86(100%)
Ficha de acompanhamento do TDO	Existência da ficha de acompanhamento de TDO?***	Sim	33(91,7%)	43(86%)	76(88,4%)
		Não	3(8,3%)	7(14 %)	10(11,6%)
	<b>Possuem comunicantes</b>	Sim	32(97%)	39(90,7%)	71(93,4%)
		Não	1(3 %)	4(9,3%)	5(6,6%)
	Nome****	Sim	22(68,8%)	34 (87,3%)	56(78,9%)
		Não	10(31,3%)	5(12,8%)	15(21,1%)
	Raio X de tórax****	Sim	9 (28,1%)	13(33,3%)	22(31%)
		Não	23(71,9%)	26(66,7%)	49(69%)
	Realização de TT****	Sim	8(25%)	12(30,8%)	20(28,2%)
		Não	24(75%)	27(69,2%)	51(71,8%)
	Realização de Baciloscopia de escarro****	Sim	7(21,9%)	15(38,5%)	22(31%)
		Não	25(78,1%)	24(61,5%)	49(69 %)
	Indicação de realização do Tratamento para Infecção Latente por TB****	Sim	7(21,9%)	8(20,5%)	15(21,1%)
		Não	25(78,1%)	31(79,5%)	56(78,9%)
Registro sobre o local da tomada de medicação***	Sim	20(60,6%)	33(76,7%)	53(69,7%)	
	Não	13(39,4%)	10(23,3%)	23(30,3%)	

Tabela 2: Descrição do registro de informações contidas na Ficha de Acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado dos doentes de TB acompanhados nos Serviços de Atenção Básica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.

\*\*\*Foram avaliados 76 fichas de acompanhamento de TDO uma vez que 10 não possuíam a ficha de acompanhamento de TDO;

\*\*\*\*Foram avaliados 71 fichas de acompanhamento de TDO uma vez que, dos 10 doentes de TB que não a possuíam, cinco (05) não possuíam comunicantes;

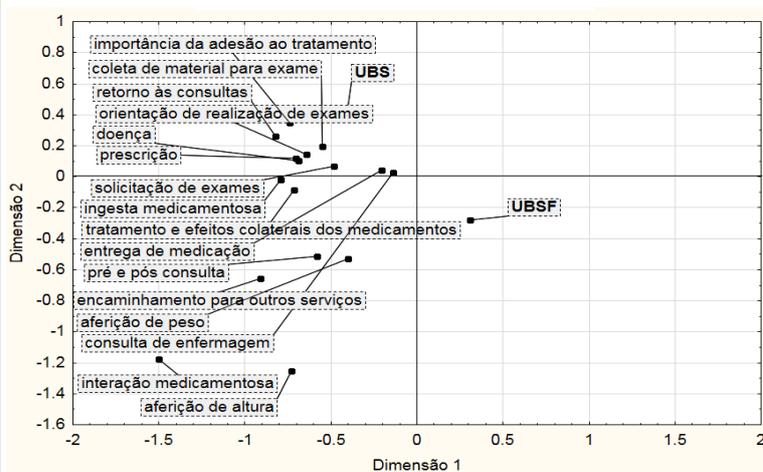
A ACM revelou que as UBSF associaram-se aos registros sobre o local de tomada da medicação, telefone e endereço dos doentes e presença de todas as informações sobre os comunicantes, enquanto o registro de TDO, e o fato da ficha

está arquivada em prontuário associaram-se a UBS(Figura B Quadro1).

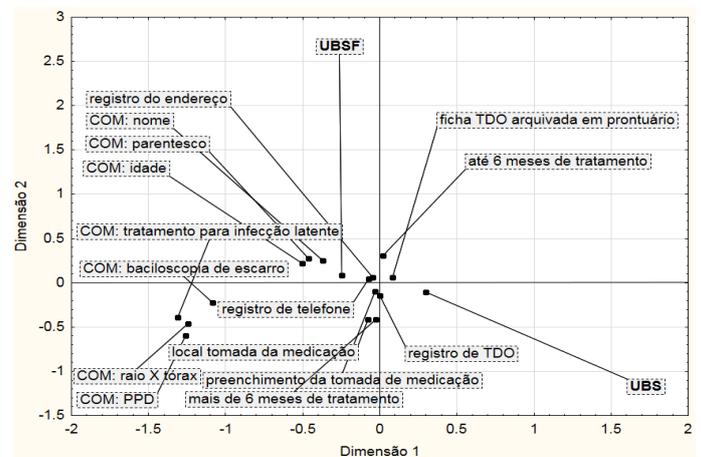
Foram revisados 20 livros de registro, nove (09) em UBS e 11 em UBSF, avaliando-se registros de um total de 73(84,9%) doentes de TB. Tanto em UBSF como em UBS observou-se que dados de idade (29-85,3% nas UBSF e 31-79,5% nas UBS), sexo (30-88,2% nas UBSF e 32-82,1% nas UBS), número de SINAN (28-82,3% nas UBSF e 29-74,3% nas UBS) e tipo de entrada (26-76,5% nas UBSF e 28-71,8% nas UBS) encontravam-se presentes, embora em nenhum livro de ambos os serviços se tenha encontrado tais dados para todos os doentes de TB registrados. A ACM revelou associação entre a UBSF e os registros quanto ao sexo, idade, nome, número do prontuário e número do SINAN (Figura C Quadro 1)

Observou-se que as UBSF apresentaram maior frequência de anotações relacionadas à data de início de tratamento (24-70,6% UBSF x 14-35,9% UBS), maior proporção de registros relacionados ao resultado da 1ª e 2ª amostras da baciloscopia de escarro (23-69,7% UBSF x 18-47,4%; 19-57,6% x 9-23,7%, respectivamente), realização da cultura de escarro (18-54,5% UBSF x 9-23,7% UBS) e raio-x de tórax (25-75,8% UBSF x 14-36,8% UBS) (Tabela 6), sendo o mesmo observado na ACM (Figura C- Quadro 1).

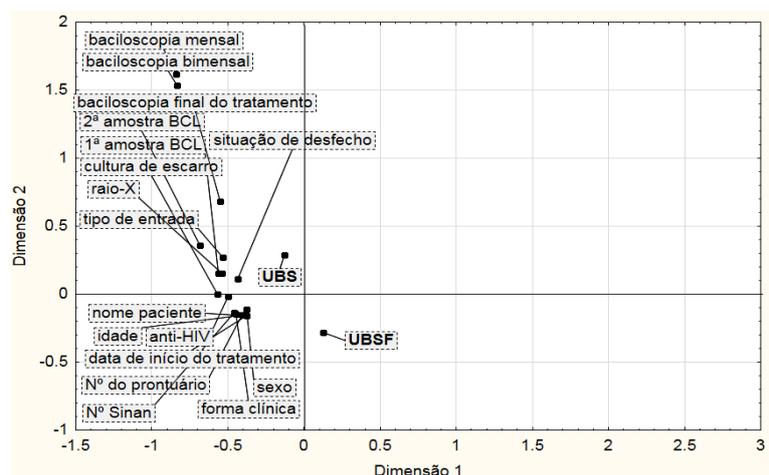
**A- Registros realizados pela equipe de enfermagem**



**B- Ficha de Acompanhamento do TDO**



**D- Livro de Registro**



Quadro 1. Plano fatorial de análise entre os tipos de serviços de Atenção Básica e as variáveis relacionadas à: Informações contidas no Prontuário clínico, ficha de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado, Livro de registro, registros realizados pela equipe de enfermagem. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015.

No entanto nas UBSFs houve menor proporção de registro quanto à forma clínica da TB (8-23,5% UBSF x 24-61,5% UBS) e quanto à realização da baciloscopia de escarro de final de tratamento (9-27,3% UBSF x 20-76,3% UBS).

No que se refere a situação de encerramento do caso, as UBSFs apresentaram maior proporção de registro (21-68,8,6% UBSF x 23-59% UBS), embora a ACM traga associação do registro dessa variável com a UBS (Figura C-Quadro 1).

#### 4 | DISCUSSÃO

De acordo com a literatura, a descentralização das ações de TB para AB apresentam resultados favoráveis e desfavoráveis (CARNEIRO, 2014; SOUZA, 2014). Num município da região Sul do país, houve melhora nos índices da doença, inclusive na articulação com outros serviços de saúde e equipamentos sociais (SOUZA, 2014). Porém, outros estudos apontam que mesmo com a descentralização para AB, os demais serviços de saúde continuam atuando nas ações de TB, principalmente no diagnóstico da doença (WYSOCKI, 2017; PONCE, 2014).

As ações de TB na AB estão centradas nos enfermeiros das equipes de saúde, e baixa participação dos demais, ocorrendo sobrecarga de trabalho dos mesmos. Consequentemente, são eles que mais participam das capacitações realizadas a nível central, conforme aponta o estudo com resultado de baixa proporção de capacitação de TB aos técnicos/auxiliares de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS) e médicos (ALMEIDA, 2016; SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2015).

Diferente dos resultados encontrados, um trabalho realizado em um município de porte grande do Estado de SP, sobre o registro de atividades da equipe de enfermagem ao atendimento do doente de TB, observa-se elevada participação dos técnicos/auxiliares de enfermagem (99,1%) (BRUNELLO, 2015).

Dentre as ações realizadas, há aferição de peso do doente de TB, que de acordo com o MS é um atributo importante para ocorrer ajuste de dose medicamentosa; e a não realização ou ausência do registro pode acarretar erro na dosagem, devido falta de comunicação entre a equipe, que realiza coordenação da assistência não efetiva (BRASIL, 2011). Diferente dos resultados encontrados, um estudo sobre a consulta de enfermagem ao doente de TB, apontou que 100% dos prontuários avaliados havia registro do peso dos doentes em acompanhamento (OLIVEIRA, 2016).

De acordo com Brunello, os profissionais não têm a visão da importância do

preenchimento correto dos instrumentos de registro, como indicadores de qualidade da assistência prestada, acreditando que esse tipo de serviço seja apenas burocrático (BRUNELLO, 2015).

No município, há uma equipe de referência de TB em cada Unidade de saúde, formada por um médico e um enfermeiro. Considerando que nas UBSs essa equipe que faz todo acompanhamento do doente de TB, enquanto que na UBSF cada equipe atenderá o doente de sua área de abrangência, considerando o estudo realizado do município, onde os profissionais das UBSFs têm mais acesso aos instrumentos de registro do que as UBSs (WYSOCKI, 2017) sugerindo que apenas a equipe de referência das UBSs tenha contato com os instrumentos.

Pode ser que os registros da equipe das UBSs tenham maior completudo, quando comparados a UBSFs como mostra a ACM.

Como limitações do estudo, pode-se citar a falta de alguns prontuários dos doentes de TB, podendo trazer divergência entre os resultados alcançados e a realidade do cenário de estudo.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo traz que as UBSs apresentaram melhores resultados do que as UBSFs, de acordo com a Análise de Correspondência Múltipla (ACM), oposto da literatura, o processo de trabalho da UBSF é voltado para que a equipe de saúde estabeleça vínculo com a população adstrita, considerando a presença dos Agentes Comunitários de Saúde, o cadastro, o processo de territorialização, o Sistema de Informação, o estímulo à participação social, entre outros.

É ideal que ao implantar a ESF, o processo de trabalho seja modificado também, aconteça educação permanente da equipe, tenha população adscrita de até 4000 mil habitantes por equipe, conforme preconizado pelo MS, aconteçam as visitas domiciliárias por todos os profissionais, reuniões; pois quando há uma população menor para ser assistida, a equipe de saúde consegue acompanhar todos os casos de maneira mais detalhada, aumentando o vínculo entre os sujeitos formadores do processo saúde-doença, obtendo melhores desfechos da doença.

## REFERÊNCIA

ALMEIDA, J.B. de et al. **A Coordenação da assistência no controle da tuberculose na visão da equipe de enfermagem.** Rev enferm UFPE on line. 2016, v.10 Supl. 6 p.4727-34.

ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. **Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados.** Rev Panam Salud Publica. 2011; v.29 n.2 p.84–95. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf> Acesso em 02 abr 17

BRASIL. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública.** Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição. **Tuberculose na atenção primária à saúde.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011 Disponível em <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/tuberculosenaatencao.pdf> Acesso em 14 Abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011 Disponível em [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf). Acesso em 21 Abr. 2017.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem** Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento\\_diretamente\\_observado\\_tuberculose.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf). acesso em 31 Mar. 2016

BRASIL. Organização Mundial Da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília (Brasil): Ministério da Saúde,2003. 105p.

BRUNELLO, M.E.F. et al. **Atuação da enfermagem na atenção a uma condição crônica (tuberculose): análise de fontes secundárias.** Rev. Gaúcha de Enfermagem. 2015. V.36 p.62-69. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56363> Acesso em 15 set 16

CARNEIRO, M.S. et al. **Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários.** Saúde debate 2014; v.38 (n. especial) p.279-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0279.pdf> Acesso em 2 Abr 2017.

MENDES, E.V. **A Construção Social da Atenção Primária À Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.193p. Disponível em <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf> Acesso em 21 Abr. 2017.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, Aug. 2010 v.15, n. 5, p.2297-2305, Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 27 Abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

OLIVEIRA, D.R.C. et al. **Avaliação da consulta de enfermagem aos pacientes com tuberculose na atenção primária à saúde.** Rev. Eletr. Enf. 2016 v.18 p.e1153. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.32593> Acesso em 26 abr 2017.

PONCE, M.A.Z. et al. **Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.** Cad saúde pública. 2013 May; 29(5):945-54. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000500012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000500012&script=sci_arttext). Acesso 24 abr 2017.

RODRIGUES, L.B.B et al. **A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa.** Ciência & Saúde Coletiva Rio de Janeiro, 2014. v.19 n.2 p.343-352. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf> Acesso em 16 abr. 2017.

SANTOS, D.C.; FERREIRA, J.B.B. **O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde.** Physis 2012 v.22 n.3 p.1121-37. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000300015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300015&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300015> acesso em 11out 2016.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO Secretaria Municipal De Saúde. **Painel de Monitoramento, 2016**. São José do Rio Preto (SP): Secretaria Municipal de Saúde; 2016. Disponível em: [http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/painmoni/painel\\_monitoramento\\_2016.pdf](http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/painmoni/painel_monitoramento_2016.pdf) acesso em 02 mai .2017.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Secretaria Municipal De Saúde. **Painel de Monitoramento, 2015**. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Saúde; 2015. Disponível em: [http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/painmoni/painel\\_monitoramento\\_2015.pdf](http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/painmoni/painel_monitoramento_2015.pdf) acesso em 02 mai .2017.

SOUZA, C.F. et al. **A importância das ações programáticas de saúde no controle da tuberculose: experiência de um serviço de atenção primária à saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil** Clinical and biomedical research. 2014; v.34 n.2 p.175-83.

WYSOCKI, A.D. **Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços**. Rev Bras Epidemiol. 2017; v.20 n.1 p.161-15.

## O TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS E ENFERMEIROS

*Data de aceite: 27/11/2019*

**Vera Gardênia Alves Viana**

Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Goiânia – Goiás

**Maysa Ferreira Martins Ribreiro**

Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Goiânia – Goiás

**RESUMO:** O objetivo deste trabalho é conhecer como médicos e enfermeiros descrevem a sua atuação na ESF- com foco em aspectos que motivam e/ou desmotivam a permanência deles na ESF. Utilizou-se abordagem construída com base nos métodos da Teoria Fundamentada nos Dados. Participaram das entrevistas semiestruturadas seis médicos e seis enfermeiras que atuam na ESF, de três municípios do interior da Bahia - Brasil. O modelo teórico evidenciou sete categorias, seis categorias com predomínio de fatores que afastam os médicos e enfermeiros do trabalho na ESF: a graduação não prepara para a realidade; rotatividade; lugar para o médico iniciar e terminar a carreira; a medicina tem emprego fácil e pode burlar o sistema; a enfermagem tem sobrecarga de trabalho; a peça chave é desvalorizada. O estudo ainda

permite apresentar uma categoria com os fatores, apontados por médicos e enfermeiro, que contribuirão com a qualidade da assistência na ESF: a educação em serviço, o trabalho em equipe, a criação do vínculo com a comunidade e o reconhecimento pelo trabalho. O modelo teórico apresenta um sistema de saúde frágil que afasta médicos e enfermeiros do trabalho na ESF. A baixa permanência desses profissionais na ESF compromete diretamente os resultados da assistência prestada e no acesso ao serviço de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estratégia de Saúde da Família; médicos; enfermeiros; prática profissional.

### THE WORK OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY FROM THE PERSPECTIVE OF PHYSICIANS AND NURSES

**ABSTRACT:** The objective of this study was to learn how physicians and nurses describe their practice in FHS – focusing on aspects that motivate and/or demotivate them from staying in the FHS. Grounded theory methods were adopted. Semi-structured interviews were conducted with six physicians and six nurses working in the FHS in three municipalities in the state of Bahia, Brazil. The theoretical model

included seven categories; six categories emphasized factors that drive physicians and nurses away from FHS: undergraduate studies do not prepare for reality; turnover; a place for physicians to begin and end their career; medicine has easy employment and can cheat the system; nurses are overloaded; the key element does not receive due recognition. The study also presented one category with factors that, according to the physicians and nurses, contribute to the quality of FHS care: on-site training, teamwork, creating ties with the community, and receiving recognition for one's work. The theoretical model presented a fragile healthcare system that demotivates physicians and nurses from working in the FHS. Low permanence rates of these professionals in the FHS directly compromises care outcomes and access to health services.

**KEYWORDS:** Family Health Strategy; Physicians; Nurses; Professional Practice.

## 1 | INTRODUÇÃO

A escassez global de profissionais de saúde é uma situação preocupante. A demanda por serviços de saúde é crescente, em virtude do crescimento demográfico, envelhecimento da população e transição epidemiológica. A projeção é que, até o ano de 2030, haverá um déficit de mais de 18 milhões de trabalhadores de saúde em todo o mundo (OMS, 2016).

O país possui uma extensa área territorial, realidades culturais e de saúde bastante diversificadas. Por isso, necessita de uma oferta de profissionais comprometidos, motivados, atuantes e preparados para as mais distintas e complexas realidades do país. Porém, a ausência de profissionais de saúde ou a elevada rotatividade destes, em diversas regiões do país, vêm comprometendo demasiadamente a prestação e a qualidade da atenção à saúde. Com isso, a criação do vínculo profissional-usuário, profissional-profissional e profissional-programa fica deficiente (LIMA, 2012).

Além da falta de profissionais, no Brasil existe uma contradição entre a formação e o perfil do profissional exigido para o trabalho no SUS. Os profissionais de saúde, no país recebem na graduação uma formação desvinculada da realidade do SUS, afinada no modelo clínico, com disciplinas isoladas, e, assim, o futuro profissional de saúde tem dificuldade para ampliar a sua visão de saúde, articular o conhecimento e o raciocínio de clínica ampliada, para tratar do indivíduo considerando sua complexidade como ser biopsicossocial (COSTA; MIRANDA, 2008; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Os impasses na disponibilidade, distribuição, qualificação de médicos e enfermeiros interferem na qualidade e resultados dos cuidados prestados. A baixa atratividade dos serviços de saúde é resultado de uma política de saúde que negligencia as condições de trabalho e que possui financiamento ineficaz. O déficit

de profissionais interfere tanto na equidade quanto na universalidade do acesso, requisitos básicos para atender aos atributos da atenção primária à saúde.

Dessa forma, é fundamental ampliar o escopo de informações sobre a dinâmica de trabalho dos médicos e enfermeiros que atuam na ESF, compreender suas motivações para o trabalho, suas experiências no cuidado à saúde e os fatores que interferem na sua permanência nesse serviço. Este estudo busca maior apreensão sobre a rotina do serviço na ESF e suas implicações para a rotatividade de médicos e enfermeiros.

A partir dessas informações espera-se concorrer para o conhecimento da dinâmica dos serviços de saúde e encontrar alternativas que tornem a realidade da atenção primária à saúde mais atrativa para os médicos e enfermeiros. A compreensão dessa realidade de trabalho permitirá melhorar a produção do serviço de saúde, suas práticas e, conseqüentemente, oferecer condições de saúde de qualidade para a população.

## 2 | OBJETIVO

Conhecer como médicos e enfermeiros descrevem a sua atuação na ESF - foco nos aspectos que motivam e/ou desmotivam a permanência deles no serviço.

## 3 | MÉTODO

Método de abordagem qualitativa, com base na Teoria Fundamentada nos Dados, apresentada por Glaser e Strauss, sociólogos americanos que defendem a teoria originária de dados analisados sistematicamente, a partir da exploração da realidade estudada. A Teoria Fundamentada nos Dados utiliza diretrizes sistemáticas, ainda que flexíveis, para coletar dados e tem o objetivo de gerar processos teóricos que trazem novas ideias do contexto social. A preferência por uma metodologia qualitativa justifica-se por se tratar de uma abordagem que propicia o entendimento dos processos sociais e do comportamento humano. (CASSIANI, CALIRI, PELÁ, 1996; CHARMAZ, 2009).

O Estudo foi realizado em Unidades de Saúde da Família (USF), localizadas em três cidades do Sudoeste da Bahia, pertencentes ao Núcleo Microrregional de Saúde de Guanambi. Os municípios que possuem 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, população abaixo de 20.000 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Os municípios e USF selecionados foram: Ibiassucê possui quatro USF (três na sede do município e um na zona rural), Lagoa Real possui seis USF (quatro situados na zona rural e dois na sede do município) Rio do Antônio possui cinco

USF (dois na sede do município, dois na zona rural e dois no distrito do município).

Tais municípios foram selecionados por possuírem semelhanças geográficas, populacionais e ainda por existirem proximidade entre eles e facilidade para o acesso. Estão inseridos na gestão plena da atenção básica, ou seja, têm a ESF como modelo assistencial e principal acesso ao serviço de saúde (BRASIL, 1996).

A amostra foi composta por dois grupos de profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) que atuam nas unidades de saúde da família dos três municípios selecionados. De um total de 30 profissionais que atuam nesses municípios, foram considerados inaptos a participarem da entrevista, pelos critérios de exclusão: quatro médicos estrangeiros e dois enfermeiros com menos de um ano de experiência.

O número final de participantes foi definido de acordo com a saturação obtida no processo simultâneo de coleta e análise dos dados. Segundo a Teoria Fundamentada nos Dados, a definição da amostra é determinada pelo pesquisador assim que ele coleta os dados, atinge a saturação teórica, ou seja, quando os dados coletados permitirem discutir o tema com profundidade. A saturação na teoria fundamentada tem o objetivo de evitar dados que não acrescentam informações relevantes à pesquisa e evitar o excesso de informações (CHARMAZ, 2009).

A saturação teórica foi atingida após a entrevista com seis médicos e seis enfermeiras. As entrevistas foram realizadas em consonância com a análise dos dados. Inicialmente, é realizada a escuta, transcrição de cada entrevista e a redação de um relatório das primeiras percepções do pesquisador.

A escolha dos sujeitos da pesquisa foi por amostra intencional, quando a escolha dos participantes se fez pelo julgamento do pesquisador. Todos os procedimentos da pesquisa foram realizados de acordo com as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa de Pontifícia Universidade de Goiás, em 10 de junho de 2015, pelo parecer nº 1.107.155.

Os dados foram coletados entre os meses de novembro de 2015 e julho de 2016. No mês de novembro de 2015, foi realizado o primeiro contato com os médicos e enfermeiros, por meio da reunião das equipes com o coordenador da atenção básica. Nessa etapa, o pesquisador fez a explicação da pesquisa e o convite aos médicos e enfermeiros para participarem do estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, seguindo um roteiro. Este roteiro direcionou a conversa e possibilitou obter informações sobre o tema. Foram utilizadas, também, notas de campo com o registro das observações do pesquisador acerca de conversas informais obtidas, durante o processo de aproximação do campo da coleta e do momento da entrevista.

O sigilo da identidade dos profissionais foi preservado. Para identificar

os médicos, utilizou-se a letra M, seguida de um número diferente para cada participante. Para as enfermeiras, foi empregada a letra E, também, seguida de um número diferente para cada participante.

A interpretação e análise dos dados alcançados seguiram alguns critérios a fim de sistematizar e explicar, de modo minucioso, as informações adquiridas: transcrição da entrevista; desenvolvimento de códigos analíticos e categorias a partir dos dados; a codificação que encaminha o trabalho para uma direção analítica – compreensão mais profunda; redação do memorando – análise dos códigos que se transforma em categorias teóricas; construção de *Memorandos* que guardam informações relevantes na construção da teoria; construção indutiva da teoria para explicar os processos em questão e redação do texto.

#### **4 | DISCUSSÃO E RESULTADOS:**

Os resultados obtidos por meio das entrevistas com doze participantes (seis médicos e seis enfermeiros) representam a visão destes profissionais sobre a ESF, retratam suas vivências, motivações e decepções com o trabalho realizado na atenção primária. A análise das informações alcançadas possibilitou reunir informações que sintetizam a experiência do trabalho do médico e do enfermeiro em três cidades de pequeno porte, localizadas no interior da Bahia. O modelo teórico evidenciou sete categorias, seis categorias com predomínio de fatores que afastam os médicos e enfermeiros do trabalho na ESF: a graduação não prepara para a realidade; rotatividade; lugar para o médico iniciar e terminar a carreira; a medicina tem emprego fácil e pode burlar o sistema; a enfermagem tem sobrecarga de trabalho; a peça chave é desvalorizada. O estudo ainda permite apresentar uma categoria com os fatores, apontados por médicos e enfermeiro, que contribuírem com a qualidade da assistência na ESF: a educação em serviço, o trabalho em equipe, a criação do vínculo com a comunidade e o reconhecimento pelo trabalho

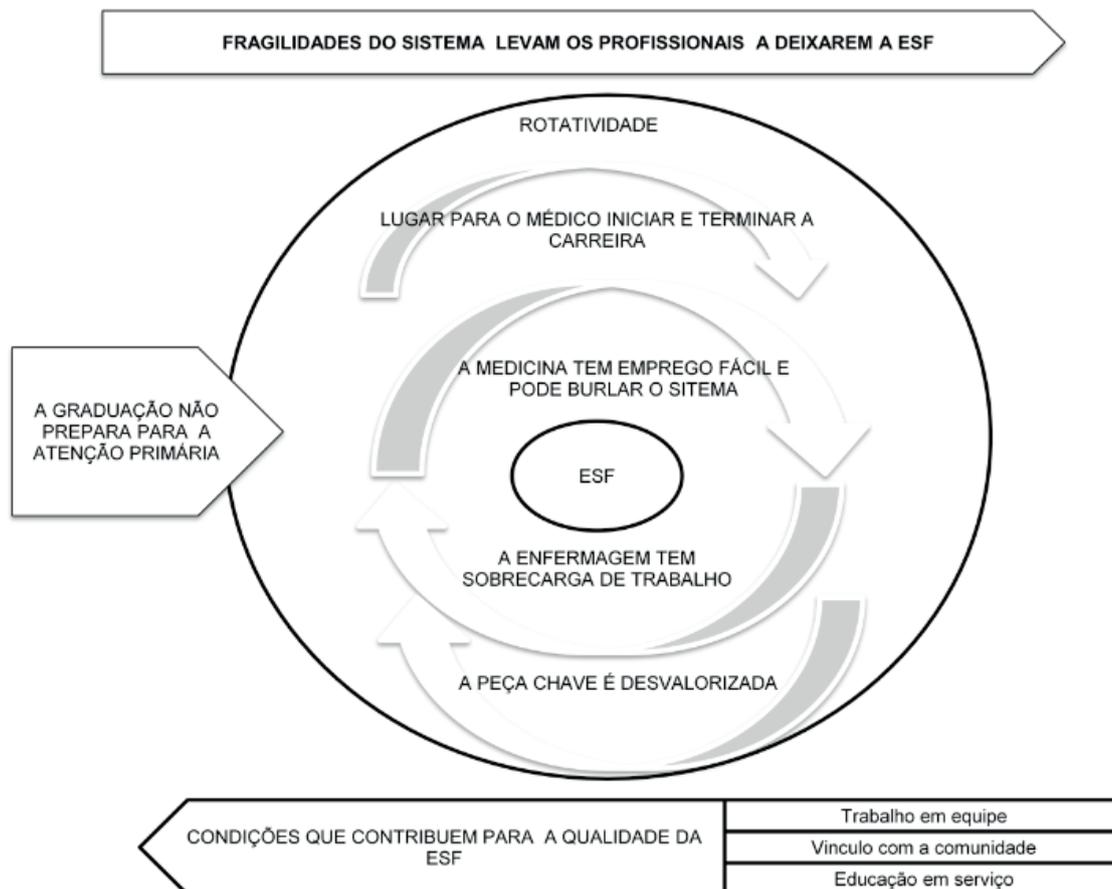


Figura 1 – Diagrama que representa o modelo teórico das fragilidades do sistema que levam os profissionais a deixarem a ESF.

Fonte: próprio autor

A junção dos modelos teóricos identificados, a partir da análise das entrevistas dos médicos e das enfermeiras, possibilitou identificar o modelo teórico final (figura 1). As categorias analisadas interagem e compõem a categoria central denominada, Fragilidades do sistema levam os profissionais a deixarem a ESF. A categoria central apresenta os fatores que interferem no trabalho dos médicos e enfermeiros da ESF e que definem a alta rotatividade de profissionais e o comprometimento da dinâmica do serviço.

Apesar de todos os avanços alcançados com a ESF ao longo dos anos, do ponto de vista organizacional e estrutural, ainda é necessário evoluir muito. A ausência de estabilidade profissional para os médicos e enfermeiros é um aspecto que interfere diretamente na prática assistencial. A precarização dos vínculos trabalhistas é o principal fator desencadeante da rotatividade de profissionais.

O modelo teórico revela as diferentes percepções que o médico e o enfermeiro têm da ESF. O médico considera a ESF como uma área na qual lhe são concedidos benefícios e privilégios e que lhe permite planejar outra carreira. Ele permanece por um tempo nessa área e vai construir carreira em outro local, ou até mesmo quando já construiu uma carreira e pretende finalizar o tempo de trabalho em um

campo mais favorável. Já os enfermeiros, gostam de atuar na ESF, eles sentem a importância do seu trabalho para a comunidade e revelam o desejo de permanecer no trabalho. Entretanto, sofrem com as cargas de trabalho, com a desvalorização profissional, a insegurança no emprego que não garante a sua permanência na ESF.

Em síntese, o sistema representado na figura 1 aponta um sistema antagônico para médicos e enfermeiros, enquanto são oferecidos meios para facilitar o trabalho dos médicos, os enfermeiros enfrentam a sobrecarga do serviço para não deixar a população desassistida. Os médicos e enfermeiros compartilham das mesmas condições apenas na precarização do trabalho e nas influências político-partidárias. Essas deficiências do sistema levam à insegurança dos profissionais em escolher a ESF como opção de carreira.

A graduação dos profissionais foi um fator citado pelos médicos e enfermeiros como inadequada para a atenção primária dos serviços de saúde do país. É necessário salientar que a formação de medicina, assim como da enfermagem, possui um formato fragmentado e desconexo do ponto de vista da integralidade da atenção e com características ainda hospitalocêntrica (ALMEIDA FILHO, 2011).

Os médicos reconhecem lacunas na formação médica para a saúde da família e, as enfermeiras revelam que a prática diária tem sido mais relevante na preparação das funções desempenhadas. Elas salientam que não foram devidamente instruídas na formação acadêmica.

Apesar das mudanças ocorridas em alguns cursos de medicina, a opção de carreira do médico continua sendo pelas áreas da atenção secundária. Os resultados mostram que os médicos tendem a optar pela carreira com melhores opções financeiras e que representem um melhor *status* social, ou seja, existe uma cultura liberal da profissão médica que contribui para suas escolhas de carreira e determina o quadro demográfico atual (CAMPOS; MALIK, 2008; CARVALHO; SOUZA, 2013; SCHEFFER, 2016). Esse quadro mostra que o número de médicos especialistas em áreas secundárias tem crescido no Brasil e em todo o mundo. No intuito de intervir nesse quadro, os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) ampliaram o investimento na educação médica e na enfermagem, com direcionamento para as áreas da atenção primária à saúde (OCDE, 2016;).

Como exemplo, países como Inglaterra, França e Canadá aumentaram o número de cursos de pós-graduação na atenção primária, na tentativa de atrair mais profissionais para essa área de atuação. É consensual, entretanto, que além de ampliar a oferta de cursos, são necessários maiores investimentos na atenção primária à saúde para equilibrar os benefícios dessa área em comparação com as outras especialidades (OCDE, 2016). No Brasil, o Programa Mais Médicos, também

propõe a ampliação dos cursos de pós-graduação e residências voltados para a atenção primária (BRASIL, 2013).

Existe preconceito por parte dos médicos com relação à graduação e residências que direcionam o profissional para a ESF. Essa constatação certifica que as mudanças na formação médica no país e também as propostas do Programa Mais Médico não são suficientes para promover a fixação do médico na ESF ou mesmo transformar a sua percepção sobre a carreira do médico na ESF.

Segundo os resultados desta pesquisa, a ausência de direitos trabalhistas, a constante influência político-partidária e ausência de concurso público são determinantes para rotatividade de médicos e enfermeiros. Algumas pesquisas corroboram esse resultado e apontam a ausência de estabilidade no emprego, a falta de planos de cargos e salários e a precarização dos vínculos trabalhista como principais causas da rotatividade dos profissionais na ESF (FARIAS; DALBELL-ARAÚJO, 2011; JUNQUEIRA et al., 2010; MEDEIROS et al., 2010; MENDONÇA et al., 2010).

A valorização profissional, promoção de concursos públicos, elaboração de planos de cargos e salários e a melhora das condições de trabalho são fundamentais para atrair os profissionais para o serviço da ESF (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; CAMPOS; MALIK, 2008; FARIAS; DALBELL-ARAÚJO, 2011; MENDONÇA et al., 2010).

Apesar de existir uma escassez global de profissionais de saúde (WHO, 2016), no Brasil, a falta de médicos é mais evidente. Pesquisa recente sobre a demografia médica no Brasil aponta que, no ano de 2015, a razão nacional de médicos era de 2,11 médicos por mil habitantes. Entre os países de OCDE a média é de 3,3 médicos por habitantes (OCDE, 2016).

Existem regiões no Brasil que o número de médicos por habitantes está bem abaixo da razão nacional, a exemplo das regiões Norte que apresenta 1,09 médicos por mil habitantes. No Nordeste, há 1,3 médicos por mil habitantes, quando é avaliada a proporção de médicos por habitantes em cidades do interior dessas regiões, a redução é ainda mais expressiva: 0,42 para a região Norte e 0,46 para o Nordeste (SCHEFFER et al., 2015).

A pesquisa mostra que a escassez de médicos faz com que os gestores tenham que aceitar algumas exigências por parte dos médicos ou tenham que buscar alternativas para motivar o médico a escolher o trabalho nessas regiões. Estratégias utilizadas pelos gestores para atrair os médicos, tais como, reduzir a carga horária e aumentar o salário prejudicam a dinâmica do serviço. A redução da carga de trabalho do médico tende a ampliar a demanda para os outros profissionais da equipe, especialmente para os enfermeiros. A desproporção do salário do médico com relação aos outros trabalhadores gera insatisfação e desmotivação por parte

dos outros profissionais que atuam na ESF. O salário das enfermeiras representa menos de 1/3 do salário do médico (VIEIRA; SERVO, 2013).

O enfermeiro da ESF desempenha muitas atribuições, algumas delas não constam nas determinações da PNAB (BRASIL, 2011) Pires et al. (2016) enaltecem que é necessário propor mudanças nas condições de trabalho do enfermeiro. É preciso avaliar a capacidade desse profissional em realizar todas as funções expostas e desenvolver tecnologias que contribuam para reduzir a carga de trabalho e ampliar a segurança dos cuidados prestados.

Em síntese, enquanto existirem todas essas fragilidades estruturais, organizacionais e gerenciais, médicos e enfermeiros continuarão visualizando na ESF uma opção transitória. O profissional não vai acreditar que a ESF possa oferecer condições para o seu desenvolvimento pessoal, profissional e financeiro, portanto não será a melhor opção de carreira.

Já os fatores que contribuem para a qualidade da assistência à saúde, segundo os médicos e enfermeiros são: o trabalho em equipe e a educação em serviço, o vínculo com a comunidade e o reconhecimento do trabalho. O convívio, o vínculo com a comunidade e o trabalho em equipe dependem do tempo de convivência. Desse modo, a rotatividade de profissionais interfere na criação do vínculo e no trabalho em equipe.

A criação do vínculo com a comunidade é evidenciada como determinante para a efetividade da assistência. A criação do vínculo envolve uma relação afetiva que propicia a aproximação, o estreitamento dos laços e o conhecimento mútuo, entre profissionais e usuários do serviço de saúde. O vínculo permite ampliar a confiança dos personagens envolvidos no processo de cuidado e contribui para a continuidade e adesão à terapêutica (MERHY, 2004).

O enfermeiro é um profissional que trabalha com empatia, com a humanização, envolvimento com as necessidades das famílias, entende a singularidade do indivíduo e compreende as especificidades do contexto em que esse está inserido. Por isso, é o profissional que tem um trabalho de impacto para a qualidade dos cuidados e com maior capacidade de desenvolver a prática voltada para a integralidade da atenção (BACKES; BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2012; MENDES et al., 2016).

A participação em estratégias de educação em serviço é um aspecto que leva à efetividade da prática na ESF, os profissionais se sentem valorizados e seguros com a qualificação contínua (MICCAS; BATISTA, 2014). A deficiência da graduação exige um investimento ainda maior na capacitação do profissional, com especial atenção à promoção de habilidades do trabalho em equipe, a humanização da assistência e conhecimento do contexto local.

O desenvolvimento profissional contínuo é fundamental para mudar o modelo assistencial praticado no Brasil. Nos países da OCDE, os investimentos na educação

profissional e a premiação baseada no desempenho são considerados como reconhecimento pelo trabalho e, também, um estímulo para a melhoria da prática na atenção primária à saúde (DARZI; EVANS, 2016; OCDE, 2016). Dos 31 países da OCDE, 12 desenvolvem programas de formação contínua. Esses programas investem no desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe e para a execução de novas tarefas e exigências do trabalho. Os resultados são programas devidamente concebidos, maior eficiência de recursos humanos e retorno dos investimentos públicos (OCDE, 2016).

Campos, Machado e Girard (2009) propõem transformar a carreira dos profissionais da ESF em carreira nacional. Essa é uma alternativa que pode garantir a padronização das funções, dos salários e garantir o financiamento adequado. Como critério, os municípios poderiam ser divididos por estratos semelhantes ao utilizado no PMAQ e a classificação de salário e as premiações por desempenho e seriam de acordo com a faixa do município. A alternativa da carreira nacional com a regionalização efetiva e melhores condições estruturais, fariam da ESF uma opção de carreira atrativa, confiável para todos os profissionais.

As vivências de médicos e enfermeiros na ESF são semelhantes à descritas em pesquisas realizadas no Brasil (MEDEIROS et al., 2010; PIRES et al., 2016). Isso ratifica como a pesquisa qualitativa permite o aprofundamento dos fenômenos humanos e traz importante contribuição para a Ciência. O modelo teórico elaborado afirma o quanto as fragilidades do sistema de saúde brasileiro são determinantes para afastar médicos e enfermeiros do trabalho na ESF. Esse fato comprova a necessidade de intervir nas deficiências que o sistema de saúde apresenta e de ampliar as ações que promovam o amplo acesso e a qualidade dos serviços.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação de médicos e enfermeiros na ESF é transitória. Esse contexto de trabalho apresenta fragilidades que desmotivam a permanência desses profissionais na atenção primária à saúde. As principais condições identificadas como desencadeantes da baixa permanência de médicos e enfermeiros são: Formação profissional inadequada à realidade de trabalho, precárias condições de trabalho, ausência de vínculo e direitos trabalhistas, interferência político-partidária, baixo salário e sobrecarga de trabalho.

O modelo teórico elaborado, neste estudo, evidencia um predomínio de condições identificado como desencadeante da rotatividade de médicos e enfermeiros na ESF. As fragilidades desse sistema afastam o médico e permite que o enfermeiro tenha perspectivas ruins no trabalho nessa área. Em virtude da realidade de trabalho na ESF, o médico identifica a ESF como um trabalho provisório,

e as enfermeiras sentem-se desmotivadas em consequência da desvalorização que a categoria está exposta nesse serviço.

O estudo ainda permite apresentar os aspectos, apontados por médicos e enfermeiros, que contribuirão com a qualidade da assistência na ESF: a educação em serviço, o trabalho em equipe, a criação do vínculo com a comunidade e o reconhecimento pelo trabalho. Essas condições sustentam o trabalho e a permanência do profissional no serviço.

Para sanar as fragilidades da ESF, é necessário investir na formação do profissional de saúde, na mudança curricular, nas instituições formadoras e adequar o ensino às necessidades dos serviços de saúde do país. A desprecarização dos vínculos trabalhistas e a criação de planos de cargos e salários tornam-se imprescindíveis. A qualidade dos serviços de saúde, também, está condicionada à melhoria da estrutura dos serviços de saúde. Para mudar a realidade dos serviços, o financiamento da saúde precisa ser ampliado e também é necessário desenvolver a política de gestão para direcionar os recursos com eficiência e planejamento.

Em síntese, a solução para os problemas identificados depende de uma política de Estado abrangente. A responsabilidade de financiamento, gestão, planejamento, qualificação e avaliação devem ser compartilhadas entre todas as instâncias (municipal, estadual e federal). A instituição da regionalização da saúde pode ser o caminho para a junção das três esferas de governo, com capacidade técnica e gerencial para buscar soluções para as fragilidades do sistema de saúde brasileiro.

Os resultados deste estudo contribuem para identificar a necessidade de intervir nas condições adversas identificadas na ESF. Não é possível haver um sistema de cuidados de saúde eficaz, sem que exista uma oferta de profissionais qualificados, motivados e em número suficiente. A força de trabalho é determinante para a mudança do modelo assistencial, para efetivar os preceitos do SUS, garantir o amplo acesso ao serviço de saúde e alcance da Cobertura Universal da Saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **Higher education and health care in Brazil**. *Lancet*. v. 377, jun. 4. 2011.

BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. **O papel do enfermeiro no sistema de saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html) Acesso em: 29 mar. 2015.

BRASIL. Congresso. Lei nº 12871 de 22 de outubro de 2013. Institui o programa Mais Médico.

Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)> Acesso em: 29 de mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 06 de novembro de 1996. Cria a Norma Operacional Básica do SUS – NOB – SUS /96. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm> Acesso em: 07 abr. 2015.

CAMPOS, C. V. de A.; MALIK, A. M. **Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v.42, n. 2, p. 347-68 mar/abr 2008.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. **A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades.** Divulgação em Saúde para Debates, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, mai 2009.

CARVALHO, M. S.; SOUZA, F. **Como o Brasil tem enfrentado o tema provimentos de médicos?** Interface – Comunicação Saúde e Educação, v. 17, n. 47, p. 913-26 out/dez 2013.

CASSIANI, S. de B., CALIRI, M. H. L., PELÁ, N. T. R. **A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa.** Revista Latino –Americana de enfermagem, v.4, n. 3, p. 75-88, dez. 1996.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada:** guia prático para análise qualitativa. São Paulo: Artmed, 2009.

COSTA, R. K. de S.; MIRANDA, F. A. N. de. **Formação profissional no SUS: oportunidade de mudanças na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família.** Trabalho Educação Saúde, v. 6, n. 3, p. 503-17 nov. 2008/ fev, 2009.

DARZI, A. EVANS, T. **The global shortage of health workers-na opportunity to transform care.** Lancet, v. 388 n. 10060 p. 2575-2577, 26 nov. 2016.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. **Precarização do trabalho e processo produtivo do trabalho. Mediações** – Revista de Ciências Sociais, Londrina, v. 16 n. 1 p. 142-156, jan/jun, 2011.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. **Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais.** Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.3, p. 757-62, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 06 abr. 2015.

JUNQUEIRA, T. da S. et al. **As relações de trabalho no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS.** Caderno de Saúde pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 918-928 mai, 2010.

LIMA, F. L. T. de. **A Rotatividade de profissionais na estratégia de Saúde da Família:** um estudo sobre a Microrregião de Itabira- MG 2012. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

MEDEIROS, C. R. G. **A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implantação da Estratégia da Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 15 n. supl. 1 p. 1521-1531,2010.

MENDES, I. A. C. et al. **Educação, liderança e parcerias: potencialidades da enfermagem para a cobertura universal da saúde.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 24 p. 2673. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100305&lng=pt&nrm=iso&tling=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100305&lng=pt&nrm=iso&tling=pt) Acesso em: 10 nov. 2016.

MENDONÇA, M. H. M.; et al. **Desafios para a gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15 n. 5, p. 2355-65, 2010.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde.** in: **Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento da Educação na Saúde.** Ver-SUS. Brasil: Cadernos e textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137 (Serie B. Textos básicos da saúde).

Organisation for Economic Co-operation and Development. **Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right skills, Right places.** Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris; 2016. Disponível em: <http://www.oecd.org/publications/health-workforce-policies-in-oecd-countries-9789264239517-en.htm> Acesso em: 10 dez. 2016.

PIRES, D. E. P. et al. **Cargas de trabalho da enfermagem na Saúde da Família: implicações no acesso universal.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, n. 24 p. 2677. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf). Acesso em: 10 nov. 2016.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A. CASSENOTE, A. **Demografia Médica do Brasil 2015.** São Paulo: DMPUSP, Cremesp, CFM, 2015.

SCHEFFER, M. **Para muito além do Programa Mais Médicos** Ciência &Saúde Coletiva, v. 21, n. 9, p. 2664-2666, 2016.

VIEIRA, R. da S.; SERVO, L. M. S. **Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal.** Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), Brasília, Nota Técnica, n.16, out. 2013. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20160](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20160) Acesso em: 05 nov. 2016.

## LESÕES NO TRÂNSITO E USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO EM INDIVÍDUOS QUE SOFRERAM ACIDENTES ENVOLVENDO MOTOCICLETA

Data de aceite: 27/11/2019

### **Jerusa da Silva Vaz**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
(UESB)

Jequié - Bahia, Brasil.

### **Adriana Alves Nery**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
(UESB)

Jequié - Bahia, Brasil.

### **Érica Assunção Carmo**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
(UESB)

Jequié - Bahia, Brasil.

### **Rafaela Almeida da Silva**

Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

Salvador - Bahia, Brasil.

### **Juliana da Silva Oliveira**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
(UESB)

Jequié - Bahia, Brasil.

### **Tatiane Oliveira de Souza Constâncio**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
(UESB)

Jequié, Bahia, Brasil.

### **Quézia Soares Oliveira**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
(UESB)

Jequié, Bahia, Brasil.

**RESUMO: Objetivo:** Descrever as lesões no trânsito e o uso de equipamento de proteção em indivíduos que sofreram acidentes envolvendo motocicleta. **Método:** Estudo transversal elaborado a partir de dados coletados das fichas de atendimento às vítimas de acidentes envolvendo motocicletas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, sediado no município de Jequié, Bahia, Brasil, no período de 2014 a 2017. **Resultados:** No período investigado identificou-se 2899 ocorrências de acidentes de trânsito envolvendo motociclistas atendidos pelo SAMU. Quanto às características das vítimas, houve predomínio do sexo masculino (68,8%) e da faixa etária de 20 a 39 anos (64,2%). Verificou-se que os acidentes ocorreram com maior frequência na via pública urbana (91,5%), nos dias úteis da semana (59,3%), durante o turno diurno (64,5%), sendo a queda da motocicleta (48,1%), seguida pela colisão com automóvel (30,8%) as principais causas do acidente. Do total das ocorrências, 67,4% apresentaram lesões, sendo as escoriações (48,0%) e o ferimento corto contuso (14,8%) as mais frequentes. Dentre os acidentados, 96,6% eram suspeitos de ter ingerido bebida alcoólica e 77,3% não usavam o capacete no momento do acidente. **Conclusão:** Constatou-se que as vítimas

de acidentes motociclísticos eram predominantemente homens e não utilizavam equipamento de proteção individual.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acidente de trânsito; Motocicleta; Dispositivo de proteção da cabeça; Lesões; Morbidade.

## INJURY IN TRAFFIC AND USE OF PROTECTIVE EQUIPMENT IN INDIVIDUALS SUFFERING ACCIDENTS INVOLVING MOTORCYCLE

**ABSTRACT: Objective:** To describe how traffic injuries and the use of protective equipment in individuals who suffered motorcycle accidents. **Method:** Cross-sectional study based on data collected from records of care for victims of accidents involving motorcycles by the Mobile Emergency Care Service, located in Jequié, Bahia, Brazil, from 2014 to 2017. **Results:** no period investigated identified 2899 occurrences of traffic accidents involving motorcyclists attended by SAMU. Regarding the characteristics of the threats, there was a predominance of evils (68.8%) and age range of 20 to 39 years (64.2%). It was found that accidents occur more frequently on urban public roads (91.5%), on weekdays (59.3%), during the day shift (64.5%), and the occurrence of motorcycles (48.1%), followed by collision with cars (30.8 %) as the main causes of accidents. Of the total occurrences, 67.4% occurred injuries, being abrasions (48.0%) and continuous cut injury (14.8%) as the most frequent. Among the accidents, 96.6% were suspected to have drunk and 77.3% did not wear a helmet at the time of the accident. **Conclusion:** It was found that the threats of motorcycle accidents were predominantly men and did not use personal protective equipment.

**KEYWORDS:** Traffic accident; Motorcycle; Head protection device; Injuries; Morbidity.

### 1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, numerosos estudos têm fomentado sobre o preocupante número de acidentes de trânsito em todo mundo, onde estes passaram a representar a segunda causa de morte no Brasil (BACCHIERI; BARROS, 2011).

Dentre os acidentes de trânsito, o crescente aumento da frota de motocicletas como meio de trabalho, a dificuldade da mobilidade urbana e rural, a precariedade nos serviços de transporte urbano, bem como a agilidade e o fato desse veículo ser de baixo custo, tem sido fatores contributivos para a manutenção das elevadas taxas de acidentes envolvendo motociclistas (PEREIRA et al., 2012).

No ano de 2010 foram registradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mais de 60 mil internações de motociclistas traumatizados por acidente de transporte (SCHOELLER et al., 2011). As principais lesões encontradas nesse tipo de acidente são as ortopédicas, contudo o comprometimento de outros segmentos também

ocorre com frequência, sendo as sequelas secundárias ao acidente um grave problema de saúde pública (PARREIRA et al., 2012).

Tem-se observado que a utilização do Equipamento de Proteção Individual (EPI) reduz, significativamente, a incidência de lesões crânioencefálicas graves e o número de sequelas decorrentes do acidente, aumentando a probabilidade de sobrevivência (SILVA; BARBOSA; CHAVAGLIA, 2010).

A utilização do capacete por motociclistas reduz em 29% o risco de lesões fatais, e, em 67% o risco de traumatismo cranioencefálico (SILVA; BARBOSA; CHAVAGLIA, 2010).

A causalidade das lesões e mortes no trânsito é múltipla e complexa, no entanto, os fatores de risco como dirigir sob a influência de álcool, velocidade excessiva ou inadequada, não utilização dos EPI apresentam alta associação com a ocorrência destes eventos, evidenciando que intervenções focadas nesses fatores podem reduzir a ocorrência e a gravidade dos mesmos (MALTA et al., 2016).

Nesse sentido, este estudo tem por objetivo descrever as lesões no trânsito e o uso de equipamento de proteção individual em indivíduos que sofreram acidentes motociclísticos.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se do tipo epidemiológico, de corte transversal elaborado a partir de dados secundários coletados das fichas de atendimento pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) sediado no município de Jequié, Bahia, Brasil, que dispõe de 13 bases centralizadas e atende 25 municípios da microrregião, com população estimada em 492 mil pessoas.

Foram coletados dados das fichas de atendimento pelo SAMU, cuja causa tenha sido acidentes motociclísticos ocorridos no período de 2014 a 2017. Para tanto foi utilizado um formulário elaborado pelos pesquisadores contemplando as características do indivíduo, do acidente e da assistência prestada aos acidentados.

As variáveis analisadas no estudo foram as características dos acidentados: sexo (masculino, feminino); faixa etária (0 a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos, 60 anos ou mais); raça/cor (brancos, não brancos); as características do acidente: local (via urbana, via rural, rodovia); cidade do acidente (Jequié, outros); tipo de vítima (condutor, passageiro); tipo de acidente (Colisão com automóvel, Colisão com motocicleta, Colisão com bicicleta, queda do veículo, outros); suspeita de uso de bebida alcoólica (sim, não); uso de capacete (sim, não); encaminhamento (hospital, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), óbito no local e no percurso, outros); turno do acidente (diurno - manhã/tarde, noturno); dia do acidente (dias úteis, final de

semana); e as características das lesões: ocorrência lesão (sim, não); e tipo de lesão (escoriação, ferimento corto contuso, fratura aberta, fratura fechada).

Os dados foram analisados por meio da estatística descritivas, sendo apresentados em frequência absolutas e relativas. Para tabulação e análise dos dados utilizou-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob o parecer nº 1.378.843, atendendo aos preceitos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Por se tratar de dados secundário, foi solicitada e aprovada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 3 | RESULTADOS

Foram identificadas 2899 ocorrências de acidentes de trânsito envolvendo motociclistas atendidos pelo SAMU sediado no município de Jequié, Bahia, Brasil, no período de 2014 a 2017.

No que abrange as características do indivíduo (tabela 1) ressalta-se que a maioria era do sexo masculino (68,8%), da faixa etária de 20 a 39 anos (64,2%). Em 100% dos indivíduos identificados, não foi possível obter informações sobre raça/cor, devido à incompletude das informações preenchidas na ficha de atendimento.

Variáveis*	n	%
Sexo (n=2660)		
Feminino	831	31,2
Masculino	1829	68,8
Faixa etária (n=2491)		
0 a 19	394	15,8
20 a 39	1598	64,2
40 a 59	450	18,1
60 ou mais	49	2,0
Raça/cor (n=2938)		
Sem informação	2938	100

Tabela 1: Características sociodemográficas dos indivíduos que sofreram acidentes motociclísticos atendidos pelo SAMU. Jequié, Bahia, Brasil, 2014 a 2017.

\*Foram excluídos os casos sem o registro da variável.

No que se refere às características dos acidentes (tabela 2), observou-se que a maioria ocorreu no município de Jequié (98,7%), em via pública urbana (91,5%), durante o turno diurno (64,5%), sendo que a maioria foi nos dias úteis da semana

(59,3%). Quanto ao envolvimento de outros veículos no acidente, verificou-se que na maioria das ocorrências a queda do veículo (48,1%) foi a principal causa do acidente, seguida por colisão da moto com automóvel (30,8%). Destaca-se ainda, que na maioria dos casos a vítima estava na condição de condutor do veículo (65,0%).

<b>Variáveis*</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cidade do acidente (n=2938)		
Jequié	2899	98,7
Outros	39	1,3
Local do acidente (n=2818)		
Via urbana	2578	91,5
Via rural	25	0,9
Rodovia	215	7,6
Turno do acidente (n=2912)		
Diurno	1877	64,5
Noturno	1035	35,5
Dia do acidente (n=2938)		
Dias úteis	1742	59,3
Final de semana	1196	40,7
Tipo de vítima (n=40)		
Condutor	26	65,0
Passageiro	14	35,0
Tipo de acidente (n=1989)		
Colisão com automóvel	613	30,8
Colisão com motocicleta	306	15,4
Colisão com bicicleta	42	2,1
Queda do veículo	956	48,1
Outros	72	3,6
Uso do álcool (n=296)		
Sim	286	96,6
Não	10	3,4
Uso do capacete (n=309)		
Sim	70	22,7
Não	239	77,3
Encaminhamento (n=2662)		
Hospital	2433	91,4
UPA	05	0,2
Óbito local e no percurso	16	0,6
Outros	208	7,8

Tabela 2: Caracterização dos acidentes motociclísticos assistidos pelo SAMU, quanto aos aspectos do agravo e do atendimento. Jequié, Bahia, Brasil, 2014 a 2017.

\*Foram excluídos os casos sem o registro da variável.

Ao considerar os casos com o registro das informações sobre consumo de bebida alcoólica e uso de EPI, observou-se que 96,6% dos acidentados haviam ingerido algum tipo de bebida alcoólica e 77,3% não usavam o capacete no momento

do acidente. Após o atendimento pelo SAMU, a maior proporção dos acidentados foi encaminhada para um serviço hospitalar (91,4%).

No que diz respeito às características das lesões (Tabela 3), evidenciou-se que 67,4% dos acidentados apresentaram lesão corporal, sendo as escoriações (48,0%) e ferimento corte contuso (14,8%), seguidos pela fratura fechada (3,4%) os tipos de lesão mais frequentes.

Variáveis*	n	%
Lesão (n=2938)		
Sim	1981	67,4
Não	402	13,7
Sem informação	555	18,9
Escoriação (n=2938)		
Sim	1409	48,0
Não	1529	52,0
Ferimento corto contuso (n=2938)		
Sim	435	14,8
Não	2503	85,2
Fratura aberta (n=2938)		
Sim	68	2,3
Não	2870	97,7
Fratura fechada		
Sim	100	3,4
Não	2838	96,6

Tabela 3: Caracterização das lesões em vítimas de acidentes motociclísticos assistidas pelo SAMU. Jequié, Bahia, Brasil, 2014 a 2017.

\*Foram excluídos os casos sem o registro da variável.

## 4 | DISCUSSÃO

No presente estudo foi identificada uma elevada frequência de acidentes envolvendo motocicletas. Diversos fatores são apontados como relacionado à ocorrência desses acidentes, como à instabilidade do veículo, maior exposição corpórea de seus ocupantes, dificuldades de visualização da motocicleta e comportamentos inadequados dos motociclistas no trânsito urbano (MASCARENHAS et al., 2016; BARROS et al., 2018; GOLIAS et al., 2013).

A maior frequência dos homens dentre os acidentados, corrobora com a literatura, que revela para o sexo masculino risco de 1,8 vezes maior que o sexo feminino de envolver-se em ocorrências por causas externas, dentre estas os acidentes envolvendo motocicletas (RODRIGUES et al., 2014). Este achado pode ser explicado pelo fato do homem constituir a maior parte da população economicamente ativa e representar o maior percentual de indivíduos usuários de motocicletas como meio de transporte, estando assim, mais expostos a esse tipo de

traumas (BRASILEIRO et al., 2010).

Em relação ao grupo etário, observou-se que os acidentes envolvendo motocicletas ocorrem com maior frequência na população jovem (20 a 39 anos), resultado semelhante ao encontrado em um estudo realizado por Mascarenhas et al. (2016). A maior prevalência de vítimas jovens pode ser justificada pelo perfil imprudente desses indivíduos relacionado aos hábitos de dirigir, falta de habilidade e excesso de velocidade (DAMASCENO et al., 2018; BRASILEIRO et al., 2010).

Os acidentes aconteceram em sua maioria em via pública urbana (86,8%), o que corrobora com estudo realizado por Duarte et al. (2013), que aponta uma frequência de 95% de traumas motociclísticos em perímetro urbano (95%). O predomínio desses acidentes na zona urbana deve-se, possivelmente, a maior concentração de veículos e pessoas nessa área, o que também facilita o acionamento do SAMU, na tentativa de prestar assistência às vítimas, bem como às práticas de atividade de lazer e o uso de bebida alcoólica (LEFUNDES et al., 2016; DUARTE et al., 2013).

Os acidentes aconteceram predominantemente nos dias úteis (segunda-feira a sexta-feira) e durante o turno diurno. Esse achado corrobora com estudos nacionais, que apontam que o aumento dos atendimentos durante esse período pode estar relacionado ao grande número da frota de veículos após as atividades laborais (DAMASCENO et al., 2018; LEFUNDES et al., 2016).

A queda da motocicleta foi a principal causa do acidente nesse estudo, fato que está principalmente relacionado com a vulnerabilidade inerente ao transporte com duas rodas (BRASILEIRO et al., 2010). Ademais, ressalta-se que no Brasil não têm sido adotadas medidas viárias destinadas a diminuir os acidentes de trânsito, como as faixas segregadas e exclusivas para motocicletas, o que vem sendo implementado em alguns países asiáticos (LEÓN et al., 2012).

Com relação a suspeita de bebidas alcoólicas, verifica-se que 96,6% das vítimas estavam alcoolizadas. Estudos realizados em diferentes regiões do Brasil, ratificou que o uso de bebida alcoólica entre os motorizados está ligado à fiscalização no trânsito ineficaz, associado ao comportamento cultural das regiões, apresentando-se como fator agravante para o acidente motociclístico, visto que este diminui a atenção, os reflexos e induz o motorista a abusar da velocidade (BARROS et al., 2018; MASCARENHAS et al., 2016; LEGAY et al., 2012).

Quanto ao uso do capacete, observou-se que a maioria dos acidentados não usava o equipamento no momento do acidente, o que corrobora ao estudo realizado por Rodriguez et al. (2014) no município de Parnaíba/PI. Sobre o uso deste dispositivo sabe-se que sua utilização é obrigatória no Brasil, representando falta gravíssima quando não utilizado, além de seu uso reduzir a gravidade das lesões crânio encefálicas (BRASIL, 2013).

No presente estudo constatou-se que os acidentes motociclísticos causam

lesões corporais, com destaque para escoriações e ferimento corte contuso, semelhante ao estudo realizado por Golias et al. (2013) no município de Paranavaí/PR. Esses achados podem ser justificados pelo fato dos seguimentos corporais ficarem mais expostos nesse tipo de veículo, além do fato da Resolução 453 da Agência Nacional de Trânsito obrigar o uso do EPI, como o capacete, que protege regiões específicas como a cabeça (CAVALCANTE et al., 2015).

Ademais, diante da elevada incompletude dos dados evidenciada nesse estudo, ressalta-se a importância dos profissionais valorizarem o registro completo e correto das informações, pois é de grande relevância para elaboração e implementação de medidas preventivas. A educação é uma estratégia importante para prevenção dos acidentes envolvendo motocicletas, através da informação é possível trazer a população uma reflexão sobre suas ações e riscos (RODRIGUES et al., 2014).

Desse modo, busca-se com este estudo contribuir com informações para subsidiar a adoção de medidas preventivas de acidentes, como ações de educação em trânsito, restauração das vias públicas, manutenção das sinalizas, fiscalizações mais frequentes e eficazes, além de punições mais rígidas quanto ao uso de bebida alcoólica.

## REFERÊNCIAS

BACCHIERI, G.; BARROS, Aluísio J. D. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 949-963, 2011.

BARROS, F.H.V. et al. Prevalência dos acidentes de motocicleta envolvendo os adolescentes de Quixadá. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Pernambuco, v.12, n.42, p.511-524, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Trânsito. Resolução 453, de 26 de setembro de 2013. Disciplina o uso de capacete para condutor e passageiro de motocicletas, motonetas, ciclomotores, triciclos motorizados e quadriciclos motorizados. Código de Trânsito Brasileiro. Brasília: 2013. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=258987>. Acesso em 20 set. 2018.

BRASILEIRO, B. F; VIERA, J. M; SILVEIRA C.E.S. Avaliação de traumatismos faciais por acidentes motociclísticos em Aracaju/SE. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-facial**, Pernambuco, v. 10, n. 2, p. 97-104, 2010.

CAVALCANTE, A.C.B. et al. Perfil dos acidentes de trânsito atendidos por serviço pré-hospitalar móvel. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 2, p.135-145, 2015.

DAMASCENO, I.S. et al. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes vítimas de acidentes motociclísticos. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 13-17, 2018.

DUARTE, S. J. H. et al. Vítimas de acidente motociclístico atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência em Campo Grande, MS. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 135-139, 2013.

GOLIAS, A.R.C; CAETANO, R; VIANNA, C. M. M. Caracterização e custos de acidentes de motocicleta com vítimas atendidas em regime de hospitalização no município de Paranavaí-PR no ano de 2007. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.1123-1146, 2013.

LEFUNDES, G. A. A. et al. Caracterização das ocorrências do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2016.

LEON, L. M. et al. Tendência dos acidentes de trânsito em Campinas, São Paulo, Brasil: importância crescente dos motociclistas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.1, p.39-51, 2012.

LEGAY, L. F. et al. Acidentes de transporte envolvendo motocicletas: perfil epidemiológico das vítimas de três capitais de estados brasileiros, 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 283-29, 2012.

MALTA, D. C. et al. Lesões no trânsito e uso de equipamento de proteção na população brasileira, segundo estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 399-409, 2016.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Características de motociclistas envolvidos em acidentes de transporte atendidos em serviços públicos de urgência e emergência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3661-3671, 2016.

PERREIRA, J. G. et al. Análise comparativa entre as lesões encontradas em motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito e vítimas de outros mecanismos de trauma fechado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 76-81, 2012.

RODRIGUES, A. P. B. et al. Caracterização dos acidentes motociclísticos atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Piauí, v. 3, n. 3, p.73-79, 2014.

SCHOELLER, S. D. et al. Características das vítimas de acidentes motociclísticos atendidas em um centro de reabilitação de referência estadual do sul do Brasil. **Acta Fisiatra**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 141-145, 2011.

SILVA, D. P.; BARBOSA, M. H.; CHAVAGLIA, S. R. R. Utilização de equipamentos de segurança entre vítimas de acidentes no município de Uberab-MG. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 1, n. 12, p.83-88, 2010.

## PERFIL DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS II

*Data de aceite: 27/11/2019*

### **Natália Hickembick Zuse**

Universidade Federal de Santa Maria, Campus  
Palmeira das Missões – Departamento de  
Ciências da Saúde.

Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul

### **Leila Mariza Hildebrandt**

Universidade Federal de Santa Maria, Campus  
Palmeira das Missões – Departamento de  
Ciências da Saúde.

Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul

**RESUMO:** A dependência de substâncias psicoativas tem aumentado significativamente e requerido intervenção por parte do campo da saúde. Este estudo tem como objetivo geral traçar o perfil dos usuários que frequentaram o Centro de Atenção Psicossocial ad II, de um município do noroeste do Rio Grande do Sul, no ano de 2015. E como objetivos específicos descrever os usuários quanto às variáveis demográficas e socioeconômicas relativa a sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil, ocupação; identificar o tipo de substância psicoativa utilizada, tempo de uso da referida substância e tentativas de deixar o uso destas substâncias; conhecer as comorbidades de usuários de substâncias psicoativas atendidos

no CAPS ad; verificar a presença de familiares de usuários do CAPS ad II que são dependentes de substâncias psicoativas. Os dados desta pesquisa foram coletados junto aos prontuários dos usuários atendidos no ano de 2015, por meio de instrumento elaborado pelas pesquisadoras. A análise dos dados foi de forma descritiva, apresentada por meio de tabelas. Os principais resultados apontam que a maioria da população atendida no serviço era homens, solteiros, com ensino fundamental incompleto, idade entre 20 e 50 anos, desenvolvendo atividades no comércio, indústria e construção civil, recebendo um salário mínimo. A cachaça, a cocaína, a maconha e o crack foram as substâncias psicoativas mais utilizadas. A maioria dos usuários possuía pai ou irmãos dependentes de substâncias psicoativas. Estudos dessa natureza permitem ampliar o conhecimento acerca da população atendida afim de delinear formas de tratamento mais efetivas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Dependência química; Serviços comunitários de saúde mental.

### PROFILE OF USERS OF A PSYCHOSOCIAL ALCOHOL AND DRUG CARE CENTER II

**ABSTRACT:** The psychoactive substance

dependence has increased significantly and required intervention in the health field. This study aims to outline the profile of users who attended the Psychosocial Care Center ad II, in a municipality located in the northwest region of Rio Grande do Sul, in the year 2015. And as specific objectives to describe the users with regard to demographic and socio-economic variables on gender, age, level of education, marital status, occupation; to identify the type of psychoactive substance used, time of usage of said substance and attempts to stop; know the co-morbidities of users of psychoactive substances met in the CAPS ad; check for the presence of relatives of the users of the CAPS-ad II that are dependent on psychoactive substances. The data of this research were collected from the medical records of the users attended in the year 2015, by an instrument elaborated by the researchers. The analysis of the data was descriptively presented by means of tables. The main results point out that the majority of the population served in the service was to men, married, with incomplete elementary aged between 20 and 50 years, developing activities in trade, industry and civil construction, and earning the minimum wage. Liquor, cocaine, marijuana, and crack cocaine were the psychoactive substances most used. The majority of the users had a father or brothers dependent on psychoactive substances. Studies of this nature allow you to enlarge the knowledge about the population served in order to design forms of treatment more effective.

**KEYWORDS:** Nursing; chemical Dependency; community mental health Services

## 1 | INTRODUÇÃO

Durante minha jornada acadêmica, a área da Saúde Mental sempre me interessou pelo fato de ela perpassar todas as demais do campo saúde e devido a um grande contingente populacional vivenciar situações de sofrimento psíquico e adoecimento mental. Nesse contexto se insere os transtornos relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Cabe mencionar que, em minha trajetória de estudante de enfermagem, dentre os campos teórico-práticos oportunizados no processo de formação, o da Saúde Mental constituiu-se em um dos que mais me interessou e que se mostrou de suma importância para a enfermagem.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), cerca de 10% das populações dos centros urbanos consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. A respeito do uso de substâncias psicoativas, o uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global, trazendo, também, as mais graves consequências para a saúde pública mundial (BRASIL, 2003).

Estudos conduzidos pela Universidade de Harvard e instituições colaboradoras trouxeram a estimativa de que o álcool seria responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes no mundo. Ainda, transtornos físicos como cirrose hepática, miocardiopatia alcoólica e lesões decorrentes de acidentes industriais e automobilísticos,

influenciados pelo uso indevido de álcool, crescem de forma preocupante em países em desenvolvimento (BRASIL, 2003).

Atualmente, existem serviços de saúde públicos que disponibilizam tratamento para pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, tanto em nível ambulatorial como hospitalar. Nesse cenário, merece destaque os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), serviços substitutivos no campo da saúde mental, que acompanham este contingente populacional por um período de tempo mais longo, conforme preconiza a Portaria 336/2002 (BRASIL, 2004 a).

No ano de 2001, foi aprovada a Lei Federal 10.216 que redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. Esta legislação dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Algumas linhas de financiamento foram criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos foram elaborados para a fiscalização, gestão e redução de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005).

Em 2002, o Ministério da Saúde, por meio das Portarias nº 336/GM e 816/GM regulamentou o atendimento do usuário de drogas em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. A partir daí, iniciou então mudanças no cenário do atendimento aos usuários de substâncias psicoativas, antes atendidos, em sua maioria, em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004 c). A Portaria 336/2002 instituiu algumas modalidades de CAPS, quais sejam: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad II e CAPS i (BRASIL, 2004 d).

No caso de pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, estes podem ser atendidas em CAPS ad II, caracterizado como um serviço de saúde aberto e comunitário, vinculado ao Sistema Único de Saúde, que oferece atendimento diário a essas pessoas. Desenvolve atividades de cunho individual, grupal e oficinas terapêuticas. Ainda realiza visitas domiciliares com o propósito de conhecer a realidade em que o paciente está inserido. Oferece, também, espaço para repouso e desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados, não demandando por atenção clínica hospitalar (BRASIL, 2004 d).

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Foi criado com o intuito de ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Outro objetivo do CAPS é incentivar que as famílias participem do cotidiano dos serviços. Os familiares são o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e, por isso, são pessoas importantes

para serem inseridas no trabalho dos CAPS. Os familiares podem participar não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço (BRASIL, 2004 a).

Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade e proponha atividades durante a sua permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. Nesse contexto se insere o trabalho da equipe, incluindo a enfermagem que assume função importante no cuidado de pessoas com transtornos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Conforme Santos (2006), o enfermeiro psiquiátrico exerce um papel de agente terapêutico, cujo alicerce é pautado nos relacionamentos e nos cuidados voltados à compreensão do significado do comportamento e atitudes do paciente. A assistência de enfermagem, no campo da saúde mental, pode melhorar a qualidade de vida do indivíduo e promover sua saúde no cotidiano.

Considerando os aspectos descritos, este trabalho tem como propósito descrever o perfil de usuários do CAPS ad II de um município localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2015. Desse modo, a pergunta norteadora desta pesquisa foi: Qual o perfil de usuários que frequentaram o CAPS ad II de um município da região noroeste do Rio Grande do Sul, no ano de 2015?

Descrever o perfil de usuários dos CAPS ad é o primeiro passo para conhecer a realidade dos serviços e, a partir disso, traçar estratégias e propor medidas de intervenção eficazes para mudança dessa realidade, com enfoque na subjetividade das pessoas ali atendidas.

Desta forma, este estudo tem como objetivo Geral traçar o perfil dos usuários que frequentam o CAPS ad II, localizado em um município do noroeste do Rio Grande do Sul, no ano de 2015 e Objetivos específicos descrever os usuários quanto às variáveis demográficas e socioeconômicas relativa a sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil, ocupação; Identificar o tipo de substância (s) psicoativa (s) utilizada (s), tempo de uso da (s) referida (s) substância (s) e tentativas de deixar o uso destas substâncias; Conhecer as comorbidades de usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS ad II; Verificar a presença de familiares de usuários do CAPS ad II que são dependentes de substâncias psicoativas.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter quantitativo. A pesquisa quantitativa destaca o raciocínio dedutivo e busca informações mensuráveis. Utiliza instrumentos estruturados para a apreensão dos dados, priorizando a objetividade. A análise dos dados se dá por meio de procedimentos estatísticos (POLIT; BECKER, 2011).

Conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), o presente trabalho seguiu as normas de eticidade em pesquisa. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) da UFSM mediante Parecer Consubstanciado Nº 1.538.330.

### 3 | RESULTADOS

No ano de 2015, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II da cidade de Ijuí – Rio Grande do Sul atendeu 263 usuários, dos quais 29 (11%) eram mulheres e 234 (89,0%) homens. Destes, evidenciou-se, a partir da tabela 1, que a maior parte das pessoas em tratamento era solteira, totalizando 104 (39,5%) usuários. A idade dos usuários atendidos nesse período variou de 15 a 79 anos, com predominância da faixa etária dos 20 aos 50 anos incompletos, totalizando 71,6%, sendo a média de idade dos usuários de  $37,6 \pm 13,39$ . Com relação à escolaridade, a maior parte deles frequentou o ensino fundamental incompleto. A maioria recebe um salário mínimo.

Quando observada a categoria sexo em relação a idade, percebe-se que as mulheres são usuárias com maior frequência de idade entre 30 a 50 anos incompletos (58,6%), enquanto os homens apresentam maior frequência com idade de 20 a 40 anos incompletos (51,7%). Neste mesmo cenário observou-se que homens não completaram o ensino fundamental, enquanto as mulheres tiveram um percentual de 31% de ensino fundamental completo.

Características	Sexo		
	Feminino N(%)	Masculino N(%)	Total N(%)
<b>Idade</b>			
Menos de 20	3(10,3)	16(6,8)	19(7,2)
20 l---- 30	4(13,8)	63(26,9)	67(25,5)
30 l---- 40	10(34,5)	58(24,8)	68(25,9)
40 l---- 50	7(24,1)	46 (19,7)	53(20,2)
50 l---- 60	2(6,9)	36 (15,4)	38(14,4)
60 ou mais	3(10,3)	15(6,4)	18(6,8)
(Li; Ls) (Média; Desvio padrão)	(15;79) (37,65; 13,39)		
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	1(3,4)	5(2,1)	6(2,3)
Ensino Fundamental Incompleto	9(31,0)	117(50,0)	126(47,9)
Ensino Fundamental Completo	2(6,9)	20(8,5)	22(8,4)
Ensino Médio Incompleto	4(13,8)	31(13,2)	35(13,3)
Ensino Médio Completo	5(17,2)	21(9,0)	26(9,9)
Ensino Superior Incompleto	2(6,9)	2(9)	4(1,5)
Ensino Superior Completo	1(3,4)	3(1,3)	4(1,5)
Não informado	5(17,2)	35(15,0)	40(15,2)

<b>Renda Familiar</b>			
Até 1 SM	17(58,6)	132(56,4)	149(56,7)
2 a 3 SM	7(24,1)	77(32,9)	84(31,9)
4 a 5 SM	-	6(2,6)	6(2,3)
Não Informado	5(17,2)	19(8,1)	24(9,1)
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro	12(41,4)	92(39,3)	104(39,5)
Casado	2(6,9)	38(16,2)	40(15,2)
Divorciado	5(17,2)	10(4,3)	15(5,7)
Viúvo	6(20,7)	30(12,8)	36(13,7)
União Estável	3(10,3)	48(20,5)	51(19,4)
Não Informado	1(3,4)	16(6,8)	17(6,5)
<b>Total</b>	<b>29(100,0)</b>	<b>234(100,0)</b>	<b>263(100,0)</b>

Tabela 1 - Caracterização sociodemográficas dos usuários atendidos no CAPS ad II em 2015. Ijuí/Rio Grande do Sul/Brasil, 2016.

Dos 263 usuários atendidos no CAPS ad II de Ijuí no ano de 2015, 158 deles ainda mantém vínculo com o serviço, 100 não estão mais sendo atendidos e quatro deles foram a óbito. Em relação às atividades profissionais desenvolvidas pelos usuários assistidos no CAPS ad II de Ijuí/RS, em 2015, os homens, em sua maioria, estavam vinculados ao trabalho na construção civil, comércio e indústria, enquanto que as mulheres desenvolviam suas atividades profissionais principalmente no comércio e indústria. Apenas três usuários possuíam ensino superior, Direito, Pedagogia e Serviço Social. Os dados podem ser visualizados na tabela 2.

<b>Ocupação</b>	<b>Sexo</b>		<b>Total N(%)</b>
	<b>Feminino N(%)</b>	<b>Masculino N(%)</b>	
Trabalhador da Construção civil	-	84(35,9%)	84(31,9%)
Comercio/ Indústria	8(27,6%)	59(25,2%)	67(25,5%)
Trabalhador rural	1(3,4%)	10(4,3%)	11(4,2%)
Aposentado/pens	2(6,9%)	7(3,0%)	9(3,4%)
Serviços gerais	2(6,9%)	21(9,0%)	23(8,7%)
Motorista	-	16(6,8%)	16(6,1%)
Desemprego	2(6,9%)	13(5,6%)	15(5,7%)
Do lar	4(13,8%)	0(0,0%)	4(1,5%)
Estudante	2(6,9%)	5(2,1%)	7(2,7%)
Reciclador/ Biscate	0(0,0%)	4(1,7%)	4(1,5%)
Outros	2(6,9%)	4(1,7%)	6(2,3%)
Não informado	6(20,7%)	11(4,7%)	17(6,5%)
<b>Total</b>	<b>29(100%)</b>	<b>234(100%)</b>	<b>263(100%)</b>

Tabela 2 - Ocupação dos usuários atendidos no CAPS ad II em 2015. Ijuí/Rio Grande do Sul/Brasil, 2016.

Conforme tabela 3, a bebida alcoólica mais utilizada pelos usuários do CAPS ad II foi a cachaça, seguida da cerveja. Tais substâncias são mais usadas pelos homens, com destaque para a cachaça.

Características	Sexo		
	Feminino N(%)	Masculino N(%)	Total
Cerveja	17(12,4)	120(87,6)	137(100,0)
Cachaça	16(10,2)	141(89,8)	157(100,0)
Vinho	8(16,3)	41(83,7)	49(100,0)
Whisky	3(23,1)	10(76,9)	13(100,0)
Vodka	4(10,0)	36(90,0)	40(100,0)

Tabela 3 - Tipo de bebida alcoólica utilizada pelos usuários atendidos no CAPS ad II em 2015. Ijuí/Rio Grande do Sul/Brasil, 2016.

Com relação ao uso de substâncias psicoativas ilícitas, a tabela 4 sinaliza que o crack, cocaína e maconha foram utilizadas tanto pelos homens como pelas mulheres, de forma semelhante. A maconha foi a substância psicoativa mais utilizada entre as mulheres e nos homens destacou-se o uso de cocaína. Ainda estão inseridos no item Outros a dependência por medicação e anfetamina.

Características	Sexo		
	Feminino N(%)	Masculino N(%)	Total
Crack	5(6,0)	79(94,0)	84(100,0)
Maconha	8(9,2)	79(90,8)	87(100,0)
Cocaína	5(5,8)	81(94,2)	86(100,0)
Outro	-	3(100%)	3(100,0)

Tabela 4 - Tipo de drogas ilícitas utilizadas pelos usuários atendidos no CAPS ad II em 2015. Ijuí/Rio Grande do Sul/Brasil, 2016.

Na tabela 5, evidencia-se que os homens possuíam mais comorbidades em relação às mulheres. Contudo, vale destacar que o número de homens atendidos no ano de 2015 no CAPS ad II e Ijuí/RS foi maior do que o de mulheres. A presença de doenças psiquiátricas, além da dependência química, destacou-se entre os usuários, principalmente a depressão, associada à tentativa de suicídio. Nas mulheres as doenças psiquiátricas apareceram em maior número, sendo a depressão a enfermidade mais comum entre elas.

Tipo_de Comorbidade	Sexo		
	Feminino	Masculino	Total
Doenças Psiquiátricas	11(31,4%)	35(76,1%)	46(100%)
Doenças Respiratórias	-	2(100%)	2(100%)
Doenças Digestórias	-	4(100%)	4(100%)
Doenças Auditivas	-	2(100%)	2(100%)
Doenças Neurológicas	1(50%)	1(50%)	2(100%)
Doenças Endócrinas	-	4(100%)	4(100%)
Doenças Infecto contagiosas	-	3(100%)	3(100%)
Doenças Cardiológicas	-	11(100%)	11(100%)
Alterações visuais	-	1(100%)	1(100%)
DST	-	5(100%)	5(100%)
Doença renal	-	1(100%)	1(100%)

Tabela 5 - Comorbidades apresentadas pelos usuários atendidos no CAPS ad II em 2015. Ijuí/ Rio Grande do Sul/Brasil, 2016.

Conforme a tabela 6, os usuários atendidos no CAPS ad II possuíam outros integrantes da família com problemas em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas. A maioria deles possuía pai ou irmãos dependentes de substâncias psicoativas, seguido de tios e avôs.

Parentesco	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Pai	7(16,3%)	36(83,7%)	43(100%)
Irmãos	3(11,1%)	24(88,4%)	27(100%)
Tios	0(0,0%)	9(100%)	9(100%)
Avós	0(0,0%)	7(100%)	7(100%)
Primos	1(20%)	4(80%)	5(100%)
Mãe	1(25%)	3(75%)	4(100%)
Esposa	0(0,0%)	1(100%)	1(100%)
Pais	2(100%)	0(0,0%)	2(100%)
Neto	1(100%)	0(0,0%)	1(100%)
Filho	1(50%)	1(50%)	2(100%)

Tabela 6 - Familiares dos usuários atendidos no CAPS ad II em 2015 que utilizavam substâncias psicoativas. Ijuí/Rio Grande do Sul/Brasil, 2016.

Conforme a tabela 7, não houve relação significativa entre as variáveis. Foi realizado o teste exato de Fischer's com o valor de  $p < 0,05$ . Com relação ao tempo de uso de drogas, a maioria dos homens e mulheres são usuários a mais de 10 anos e com até três tentativas para deixar de utilizar a droga. Com relação ao uso de álcool, a maior parte dos homens e mulheres também são usuários de longa data (mais de 15 anos) e com até três tentativas de deixar de usar essa substância.

Períodos	Sexo		Total	Teste exato de Fisher's p-valor	
	Feminino	Masculino			
Tempo de uso droga	10 anos ou menos	3(37,5)	57(49,1)	60(48,4)	0,395
	Mais de 10 anos	5(62,5)	59(50,9)	64(51,6)	
	Total	8(100)	116(100)	124(100)	
Tentativa de deixar droga	1 a 3 vezes	9(81,8)	84(67,2)	93(68,4)	0,262
	Mais de 3 vezes	2(18,2)	41(32,8)	43(31,6)	
	Total	11(100)	125(100)	136(100)	
Tempo de uso de álcool	Menos de 15 anos	5(33,3)	41(29,7)	46(30,1)	0,458
	15 anos ou mais	10(66,7)	97(70,3)	107(69,9)	
	Total	15(100)	138(100)	153(100)	
Tentativa de deixar álcool	1 a 3 vezes	18(78,3)	106(66,)	124(67,8)	0,182
	Mais de 3 vezes	5(21,7)	54(33,8)	59(32,2)	
	Total	23(100)	160(100)	183(100)	

Tabela 7 - Tempo de uso e tentativas de deixar as Substancias Psicoativas apresentados pelos usuários segundo o sexo do CAPS ad II

Obs: Foi considerado o n dos sujeitos com respostas válidas

P<0,05 significativo

#### 4 | DISCUSSÃO

Dados vinculados aos aspectos sociodemográficas podem influenciar no uso abusivo de substâncias psicoativas pelas pessoas. Segundo Schenker; Minayo (2004), os fatores de risco em relação ao uso de drogas podem estar relacionados a seis domínios da vida, o individual, o familiar, o midiático, o escolar, os amigos e a comunidade de convivência, os quais comumente estão relacionados entre si. Exemplos dessas variáveis são: sexo, idade, nível socioeconômico, desempenho escolar, trabalho, uso de drogas na família, entre outros.

O consumo de drogas e bebidas alcoólicas contribui diretamente para o abandono dos estudos e o baixo desempenho escolar. Isso justifica o baixo nível de escolaridade de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas encontrado nas pesquisas, uma vez que, entre os usuários de cocaína, a maioria apresenta ensino médio completo ou incompleto, já os dependentes de crack e múltiplas drogas sequer chegam a completar o ensino fundamental (BAGGINI, 2014).

Ainda, o uso de drogas vem sendo associado à situação de vulnerabilidade social. Sobre este aspecto, considera-se que ampla parcela da sociedade vive permanentemente ameaçada pela instabilidade de suas condições de vida e pela exclusão social (CRIVES; DIMENSTEIN, 2003).

Com relação à predominância de homens atendidos no CAPS ad II de Ijuí/RS, os dados encontram-se similares aos de uma pesquisa realizada na cidade de

Pelotas, no Rio Grande do Sul, em que mostrou maior prevalência do uso abusivo de álcool pelo sexo masculino (29,2%) em relação ao sexo feminino (3,7%) (PRIMO; STEIN, 2004). Também foi constatado em estudo realizado em outro município do Rio Grande do Sul, que o homem fumante, de baixo nível socioeconômico, torna-se mais vulnerável ao abuso e à dependência de álcool (COSTA *et al*, 2004).

Com relação a variável estado civil, observa-se que 39,5% das pessoas atendidas no CAPS ad II de Ijuí/RS não têm companheiro/cônjuge. Segundo Monteiro *et al* (2011), em pesquisa realizada na cidade de Teresina, no Piauí, em um CAPS AD, com 227 pacientes, também houve predominância de indivíduos solteiros, apresentando um percentual de 50,2% daqueles analisados (Monteiro *et al*, 2011).

A ausência de rede de apoio familiar também expõe o indivíduo a maiores dificuldades em suas relações interpessoais e institucionais. Muitos usuários não mantêm uma família ou nunca formaram laços e têm dificuldade em sustentar as estruturas familiares. Existe grande dificuldade em regular as relações e o afeto. Muitos substituem o relacionar-se com as pessoas por um relacionar-se com a substância em uso (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006).

Os fatores desencadeantes para o uso de drogas são aqueles que ocorrem antes do uso indevido e estão associados a um aumento da probabilidade da iniciação e continuidade ao abuso de drogas. Esses fatores estão relacionados com diferentes contextos sociais, como a família, os pares, a escola, a comunidade de convivência e a mídia (SCHENKER; MINAYO, 2005)

Segundo estudo realizado por Laranjeira *et al* (2007), os homens bebem mais e de maneira mais intensa do que as mulheres, as pessoas jovens mais do que pessoas acima dos 60 anos e as pessoas da classe B, mais do que as demais. O uso pesado é maior na classe de renda média e divide-se entre as Regiões brasileiras mais e menos desenvolvidas, indicando a influência de fatores sócio demográficos e culturais.

Em relação às drogas ilícitas, no CAPS ad de Ijuí/RS, destacam-se a maconha, a cocaína e o *crack*. Pesquisa realizada em uma Universidade de São Paulo mostrou alta prevalência do uso de drogas ilícitas em adolescentes que também faziam uso de álcool. No referido estudo houve destaque para a maconha (SILVA *et al*, 2006)..

Com relação às comorbidades dos usuários do CAPS ad II estudado, houve destaque para doenças psiquiátricas. Essa informação foi corroborada em outro estudo que aponta que, entre as principais comorbidades apresentadas pelos sujeitos participantes, houve destaque para os distúrbios nutricionais e a depressão (SOUZA *et al*, 2012).

Algumas pesquisas vêm demonstrando que a ocorrência concomitante do uso de substâncias psicoativas e transtorno mental faz com que existam baixas taxas no

que se refere à permanência e conclusão do tratamento, às altas taxas de recaídas e nova hospitalização no pós-tratamento, se comparados com indivíduos que têm somente o problema do uso de substâncias (COMPTON *et al.*, 2003; WEISNER; MATZGER; KASKUTAS, 2003). Com relação ao consumo de álcool e outras drogas e as tentativas de suicídio, o consumo de substâncias psicoativas, principalmente o álcool, pode potencializar e aumentar a probabilidade de tentativas de suicídio, principalmente em indivíduos do sexo masculino (GONÇALVES; PONCE; LEYTON, 2015).

O CAPS ad II, local de estudo, apresentou alguns usuários com Doenças Sexualmente Transmissíveis. O uso compartilhado de equipamentos utilizados na autoadministração de drogas injetáveis, com o predomínio da cocaína injetável tornou-se responsável pelo aumento de casos de AIDS notificados. Além da infecção pelo HIV, as demais doenças de transmissão sanguínea são bastante prevalentes entre os usuários de drogas injetáveis brasileiros, com taxas elevadas de infecção pelos agentes etiológicos das hepatites virais B e C (BRASIL, 2004 a).

Neste estudo, há um número significativo de usuários de substâncias psicoativas que possuem algum familiar dependente químico. Considera-se como fator de risco para dependência química crianças ou jovens que convivem com alguém que utiliza de maneira abusiva algum tipo de substância psicoativa (FIGLIE; FONTES; PAYA, 2004). É importante lembrar que o filho, ao ver o pai utilizar álcool, possui grandes possibilidades de repetir esse ato durante sua vida (KNAAP, 2004).

Em relação às tentativas de deixar de utilizar o álcool e a droga, a maior parte dos sujeitos atendidos no CAPS ad de Ijuí/RS, no ano de 2015 tentou uma a três vezes. Segundo Magrinelli e Oliveira (2006), é consenso na literatura mundial o alto índice de recaídas dos indivíduos dependentes, independentemente do tipo de substâncias psicoativas e do número de tratamentos a que eles se submetem ao longo de suas vidas. Nesse sentido, a motivação mostra-se um fator de relevância em relação à adesão ao tratamento.

## 5 | CONCLUSÃO

O estudo apontou a prevalência de homens, predominantes da faixa etária dos 20 aos 30 anos, solteiros, mantendo um vínculo empregatício, com baixa escolaridade, com renda familiar de até um salário mínimo e com a presença de algum familiar que também faz uso de substâncias psicoativas. Ainda, observou-se que boa parte destes usuários sofre de adoecimento psíquico, destacando a depressão como a mais citada.

Ainda conclui-se que os profissionais da saúde precisam estar qualificados e buscar desenvolver ações de prevenção, que devem constituir o foco das políticas

de saúde relacionadas a essa temática, pois o consumo de drogas é um problema de saúde pública e afeta a sociedade de maneira geral. Torna-se desta forma indispensável que as ações de prevenção ao uso de substâncias psicoativas sejam articuladas entre todos os serviços da rede de atenção à saúde e que envolvam a família e a sociedade.

## REFERÊNCIAS

BAGGINI, M. **Drogas comprometem cuidados com saúde de usuários**. Ribeirão Preto: Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2.ed. rev. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004 d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

COSTA J. S. D *et al.* Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Rev Saude Publica**. v. 38, n. 2, p. 284-91, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19790.pdf>. Acesso em: 27 de nov 2016.

COMPTON, W. I.; COTTLER, L. B.; JACOBS, J. L.; BEM-ABDALLAH, A.; SPITZNAGEL, E.L. - The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. **Am J Psychiatry**, v. 160, p. 890-895, 2003.

CRIVES, M. N. S.; DIMENSTEIN, M. **Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público**. Revista Saúde e Sociedade. v. 12, n. 2, p: 26-37, 2003.

FIGLIE N; FONTES A; MORAES E; PAYÁ R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? **Revista Psiquiatria Clinica**; v. 31 n. 2, p: 52-62, 2004..

GONÇALVES, E. M. G; PONCE, J. C.; LEYTON, V. Uso de álcool e suicídio. **Saúde, Ética Justiça**. v. 20, n. 1, p: 9-14, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/102818/101107>. Acesso em: 27 nov 2016.

LARANJEIRA, R. *et al.* **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: SENAD, 2007.

MAGRINELLI, M.; OLIVEIRA, M. Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. **Estudos de Psicologia** (Campinas),v. 23, n. 1, p: 3-12, 2006.

OMS. **Relatório mundial da saúde- saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Organização Mundial da Saúde, 2001.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

PRIMO, N. L. N. P.; STEIN, A. T. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. *Rev Psiquiatr. Rio Grande do Sul.* v. 26, n. 3, p: 280-286, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n3/v26n3a05.pdf>>. Acesso em: 27 nov 2016.

SANTOS, S. A. **Projeto Terapêutico Individual em um Centro de Atenção Psicossocial: o conhecimento do usuário e contribuições na assistência.** Tese de Doutorado, apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2006.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão de literatura. **Caderno de Saúde Pública**; v. 20, n. 3, p: 649-659, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/02.pdf>>. Acesso em 27 nov 2016.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência Saúde Coletiva.** v. 10, n. 3, p: 707-717, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>>. Acesso em: 27 nov 2016.

SILVA L. V. E. R. *et al.* Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Rev Saude Publica.** v. 40, n. 2, p: 280-8, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28533.pdf>>. Acesso em: 27 nov 2016.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**. v. 2, n. 1 Ribeirão Preto fev. 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762006000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000100003)>. Acesso em: 27 nov 2016.

SOUZA, G. M. *et al.* Perfil de usuários atendidos no centro de atenção psicossocial álcool e drogas: possíveis relações entre comorbidades e álcool. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, v. 5, n. 2, p: 9-14, 2012. Disponível em: <<http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/pdf/revistavol5n2.pdf>>. Acesso em: 27 nov 2016.

WEISNER, C.; MATZGER, H; KASKUTAS, L. A. **How important is treatment? Oneyear outcomes of treated and untreated alcohol dependent individuals.***Addiction* v. 98, p. 901-911, 2003.

## MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRES EM MOTOCICLISTAS E AUTOMÓVEIS EM CAMPO GRANDE/MS

Data de aceite: 27/11/2019

**Edileuza Medina de Oliveira**  
**Vania Paula Stolte Rodrigues**  
**Rômulo Botelho Silva**  
**Elaine Cristina da Fonseca Costa Pettengill**  
**Cátia Cristina Valadão Martins Rosa**

**RESUMO:** Introdução: Os Acidentes de Transporte Terrestre são um grave problema de saúde pública no nosso país, sendo responsáveis por mais de um milhão de óbitos ao ano e por mais de 50 milhões de vítimas com lesões e traumas. Objetivo: Quantificar os óbitos por acidentes terrestres em Campo Grande/MS no período de 2010 a 2014 em condutores/ocupantes de motocicletas e automóveis segundo faixa etária e sexo. Metodologia: Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo com dados secundários do Sistema TABNET do DATASUS. Resultados: A mortalidade por acidentes com motociclistas aumentou de 78 em 2010 para 87 óbitos em 2014. Os óbitos por acidentes com automóveis reduziram de 62 em 2010 para 48 em 2014. Os indivíduos que sofreram acidentes em motocicletas resultando em mortes eram predominantemente adultos jovens do sexo masculino na faixa etária de 20-

29 anos, sendo a maior porcentagem no ano de 2010 (47,4%) e a menor em 2014 (34,4%). Em relação aos automóveis não se observou variação significativa quanto à faixa etária, sendo o sexo masculino o mais acometido. Conclusão: A mortalidade em motociclistas é mais elevada em relação aos condutores/ocupantes de automóveis, o que pode estar relacionado com a maior exposição a que essas vítimas são submetidas nesse tipo de veículo. O enfermeiro deve contribuir na promoção de educação em saúde para redução desses óbitos. Descritores: agravos à saúde, mortalidade, acidentes automobilísticos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acidentes de Transporte Terrestre, Acidentes de Trânsito e mortalidade.

### INTRODUÇÃO

De acordo com a Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes de Trânsito, em 2014 ocorreram em Campo Grande- MS 12.241 acidentes, deixando 9.056 feridos, 98 mortos até 60 dias após o acidente, sendo 62 no local do acidente e 36 conseqüentemente. Os motociclistas representaram 46% dos veículos envolvidos em acidentes com vítimas fatais sendo a prevalência também no sexo

masculino na faixa etária de 18 a 25 anos (BRASIL, 2014).

Os Acidentes de Transporte Terrestre se tornaram um grave problema de saúde pública no nosso país, pois são responsáveis por mais de um milhão de óbitos a cada ano e por mais de 50 milhões de vítimas com lesões e traumas. Como consequência o custo do tratamento chega a bilhões de reais atualmente. Além disso, o maior dano é a irreparável perda de vidas e sofrimento dos familiares (RIBEIRO; SILVA; AZEVEDO, 2015).

Nos países desenvolvidos, a maioria das vítimas constitui-se de motoristas e passageiros de automóveis, enquanto que nos países em desenvolvimento a maior parte é formada por pedestres, ciclistas, motociclistas e passageiros do transporte público, sendo mais da metade dos óbitos ocorridos entre jovens do sexo masculino e em idade produtiva (SANTOS 2016).

Vários fatores têm sido citados como determinantes e agravantes para os acidentes de Transporte Terrestre como a idade, o gênero, as condições socioeconômicas, o desrespeito às leis de trânsito, o abuso de velocidade, o consumo de bebidas alcoólicas em concomitância a direção de veículos automotores e a inadequada fiscalização do trânsito (RIBEIRO; SILVA; AZEVEDO, 2015).

Em relação aos acidentes sofridos por motociclistas, houve aumento devido à expansão nas vendas de motocicletas e especial atenção se dá às características que este tipo de veículo apresenta como baixa proteção aos usuários em caso de colisão e queda, o que leva a sérias consequências e agravamento da situação da mortalidade no trânsito. Assim como as motos, as vendas de automóveis também cresceram, porém em uma intensidade menor, com uma frota maior de veículos nas vias, há aumento na quantidade de acidentes com vítimas fatais nas capitais e rodovias brasileiras (CARVALHO, 2016).

Em todo mundo, os acidentes de trânsito são responsáveis por 12% do total de mortes, sendo a terceira causa mais frequente na faixa etária de 1 a 40 anos de idade. Em 2013, no Brasil, foram registrados mais de 42 mil óbitos por acidentes terrestres sendo a maioria das vítimas do sexo masculino, jovens e adultos jovens (BRASIL, 2016).

Os acidentes com motociclistas envolvem na maioria das vezes a colisão com outros veículos principalmente automóveis, caminhonetes, pick-up, ônibus ou transporte pesado, sendo que um terço dos acidentes pode ter ou não outro veículo envolvido como colisões com objetos fixos ou sem colisão como capotamento (CARNEIRO; IOZZI; SANTOS, 2012).

Ainda segundo Carneiro; Iozzi e Santos (2012) dentre as complicações mais comuns provocadas pelos acidentes com motociclistas podemos citar Septicemia, Pneumonias, Encefalites e Meningites, doenças que surgem durante o período de internação levando as vítimas ao óbito.

Assim como no restante do país, é comum observar em todos os tipos de mídia local, notícias diárias sobre vítimas de acidentes de trânsito na capital do Mato Grosso do Sul. O aumento na frota de motocicletas, as amplas avenidas que se tornam convidativas ao excesso de velocidade, o fato das oportunidades de vagas para o ensino superior se concentrarem na capital e a população jovem adulta que faz uso do álcool e direção, o crescente número de pessoas que dependem financeiramente do veículo como forma de empregabilidade, como no caso dos serviços de entrega, contribuem para que os acidentes de trânsito se tornem crescentes e aumente a taxa de mortalidade por essa causa.

Mediante esse cenário, despertou-se o interesse em quantificar os óbitos por acidentes de transporte terrestres em motociclistas e automóveis segundo sexo e faixa etária em Campo Grande/MS no período de 2010 a 2014 com o intuito de conhecer a evolução desses dados em nossa capital.

## **MATERIAIS E MÉTODO**

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo com dados secundários sobre a mortalidade por acidentes terrestres envolvendo motocicletas e automóveis no período de 2010 a 2014. Os óbitos foram contabilizados e categorizados por sexo e faixa-etária.

Os dados de mortalidade e população por sexo e faixa etária foram obtidos através do Sistema TABNET do DATASUS, o qual fornece indicadores epidemiológicos e operacionais relacionados a doenças e agravos caracterizados como problema de saúde pública. Estes podem ser localizados por meio do endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br>.

Os óbitos incluídos foram os de residentes no município de Campo Grande/MS.

Para o cálculo da Proporção de Óbitos por Causa foram utilizados o total de óbitos por causa do estudo e o total de óbitos (Mortalidade Geral).

As informações foram apresentadas em forma de tabela e discutidas tomando como referencial teórico os artigos publicados sobre o tema.

Por se tratar de dados públicos não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

	Óbitos/Ano									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Motociclistas	78	1.68	92	2.04	87	1.89	68	1.44	87	1.75
Automóveis	62	1.33	52	1.15	39	0,85	45	0.95	48	0.97
Mortalidade Geral	4639	3,01	4501	3,19	4583	2,74	4722	2,39	4948	2,72

Tabela 1: Proporção de óbitos em motociclistas e automóveis. Campo Grande, MS 2010 a 2014.

Fonte: MS/SVS/CGIAE, 2017.

A Tabela 1 mostra a proporção de óbitos por acidentes com motociclistas e automóveis. Os dados sobre a mortalidade geral foram acrescentados para oferecer a possibilidade de comparação. Ressalta-se que nesta pesquisa não foram computadas outras formas de acidentes terrestres como atropelamentos, óbitos em ciclistas ou outros meios de transportes.

Faixa Etária	Óbitos/Ano									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Z	-	-	-	-	1	1.2	-	-	1	1.1
10 a 14 anos	-	-	1	1.0	1	1.2	-	-	-	-
15 a 19 anos	8	10.3	14	15.2	10	11.4	16	23.5	11	12.7
20 a 29 anos	37	47.4	42	45.7	41	47.1	17	25	30	34.5
30 a 39 anos	13	16.7	17	18.5	21	24.1	13	19.2	22	25.3
40 a 49 anos	15	19.2	10	10.9	5	5.8	12	17.6	12	13.8

50 a 59 anos	5	6.4	8	8.7	5	5.8	9	13.2	10	11.5
60 a 69 anos	-	-	-	-	3	3.4	1	1.5	1	1.1
70 a 79 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
80≥ anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	78	100	92	100	87	100	68	100	87	100

Tabela 2: Distribuição dos óbitos em motociclistas segundo Faixa Etária. Campo Grande, MS 2010 a 2014.

Fonte: MS/SVS/CGIAE, 2017.

Observa-se na Tabela 2 que a mortalidade em motociclistas apresentou aumento de um total de 78 óbitos em 2010 para 87 óbitos no ano de 2014.

A maior quantidade de óbitos está na faixa etária de 20-29 anos sendo a maior porcentagem no ano de 2010 (47,4%) e a menor em 2014 (34.4%). Dados semelhantes são encontrados no estudo de Franco et al (2015) realizado na Cidade de Cajazeiras - Paraíba que apontou (35%) de mortes nesta mesma faixa etária.

Outro estudo realizado por Biffe et al (2017) no município de Marília-SP, também apontou resultados similares a este, com um total de (33%) de mortes envolvendo motociclistas, na faixa etária de 20-29 anos.

Grande parte das mortes que ocorrem no mundo é por causas externas, dentre elas destaca-se os acidentes de trânsito envolvendo motocicletas. Devido ao aumento desse tipo de veículo nas vias, notou-se um aumento no número de acidentes tornando assim um problema para a saúde pública (SILVA, et al., 2016).

De acordo com dados do IBGE a frota de motos é menor do que a frota de veículos em Campo Grande MS. Em 2010 havia um total de 92.494 motos e 202.799 veículos, em 2014 120.478 motos e 261.988 automóveis, e mesmo com essa diferença o número de mortes por acidentes com motociclistas é mais elevado (BRASIL, 2017). Tal fato pode ser atribuído à maior vulnerabilidade do motociclista ao acidente e às suas complicações em relação ao motorista de automóveis.

Pereira e Neves (2013) estudaram fatores que levam os jovens a serem mais acometidos em acidentes de trânsito e dentre eles destacou o consumo exagerado de bebidas alcoólicas como o principal causador das mortes por acidentes de trânsito, apontou ainda, outros motivos como o uso de drogas, falta de habilidade e capacidade na direção, imprudências e desrespeito às leis de trânsito, dificuldade em perceber os perigos e resolver os problemas, dirigir com excesso de velocidade buscando desafios e emoções.

Dentre outras condições relacionadas ao maior acometimento nesta idade, Dias et al (2016) enfatiza que a predominância nesta faixa etária pode estar atribuída a várias condições como, trafegar pelas vias públicas sem habilitação, não utilizar equipamentos de segurança, além do comportamento voltado para a busca de emoções e o prazer de vivenciar situações de risco.

De acordo com Silva et al (2016) a motocicleta passou a ser usada como instrumento de transporte e trabalho devido ao acesso rápido e fácil nos congestionamentos de trânsito das grandes cidades. Outro aspecto se deve ao fato que este tipo de veículo possui um custo menor em relação aos automóveis, tornando mais fácil a aquisição e manutenção. A ineficiência do transporte público coletivo também faz com que as pessoas adquiram o veículo para facilitar e otimizar a locomoção.

Miranda e Sarti (2015) demonstraram que a elevada taxa de mortalidade nos acidentes envolvendo motociclistas pode ser explicada devido à dificuldade de visualização da moto por outros motoristas, além da maior exposição do usuário na ocorrência de um acidente.

Preocupação também se dá na ocupação de mototaxistas, que são ainda mais vulneráveis devido ao cansaço causado pela sobrecarga de trabalho com jornadas extensas superiores há 10 horas, oscilação de turnos, situações de riscos, estresse, físico e mental, o que prejudica a atenção exigida no trânsito levando à diminuição dos reflexos e conseqüentemente a ocorrência dos acidentes (TEIXEIRA et al., 2015).

As lesões dos ocupantes desse tipo de transporte geralmente são mais graves do que as dos ocupantes de automóveis, devido à exposição e falta de proteção aos impactos. Apresentam maiores chances de politrauma, aumentando assim a mortalidade devido às conseqüências que este tipo de lesão traz como hemorragias não controladas e choque (SILVA, et al., 2016).

Silva e Rezende (2015) destacam que a perda desses adultos jovens que contribuem economicamente para o país resulta negativamente para o desenvolvimento, pois além das altas taxas de mortalidade da população economicamente ativa, ocasionam custos sociais e econômicos.

		Óbitos/Ano									
Faixa Etária		2010		2011		2012		2013		2014	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<1 a 9	anos	2	3.2	-	-	1	2.6	1	2.2	4	8.3
10 a 14	anos	2	3.2	-	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19	anos	4	6.6	4	7.7	5	12.8	6	13.3	-	-
20 a 29	anos	25	40.3	5	9.6	5	12.8	10	22.2	11	22.9
30 a 39	anos	10	16.1	7	13.5	9	23.1	7	15.6	14	29.2
40 a 49	anos	10	16.1	19	36.5	7	17.9	5	11.1	9	18.8
50 a 59	anos	7	11.3	12	23.1	4	10.3	7	15.6	4	8.3
60 a 69	anos	1	1.6	3	5.8	6	15.4	6	13.3	4	8.3
70 a 79	anos	-	-	1	1.9	-	-	3	6.7	1	2.1
80≥	anos	1	1.6	1	1.9	2	5.1	-	-	1	2.1
<b>Total</b>		62	100	52	100	39	100	45	100	48	100

Tabela 3: Distribuição dos óbitos envolvendo automóveis segundo Faixa Etária. Campo Grande, MS 2010 a 2014.

Fonte: MS/SVS/CGIAE, 2017.

De acordo com os dados demonstrados na Tabela 3, os óbitos em acidentes com automóveis sofreram redução de 62% em 2010 para 48% de óbitos em 2014.

Em relação à faixa etária não houve predomínio na faixa etária dos 20-29 anos como no grupo de motociclistas. Não se observa variação significativa, embora ela ainda seja levemente maior comparada às demais faixas-etárias.

Santos et al (2016) ressalta que o cinto de segurança é o dispositivo mais efetivo para minimizar a gravidade do trauma em acidentes de automóvel e também é o equipamento de segurança mais disponível nos veículos que circulam atualmente no Brasil, porém, Silva e Rezende (2015) colocam que os equipamentos de segurança para a proteção individual, como o cinto, a cadeirinha para bebês e

o airbag não são totalmente seguros, e muitas vezes não são utilizados de forma adequada pela maioria da população trazendo consequências graves e fatais para as vítimas.

Segundo Cruz (2013) o cansaço e a sonolência também são desencadeadores dos acidentes, pois, reduzem a capacidade física e mental dos condutores, interferindo na resposta a situação de risco. Nas pessoas com idade avançada, a deficiência visual, o desvio de atenção como procurar pegar objetos no chão do carro, propaganda comercial na lateral da pista, podem resultar na perda de atenção dos condutores.

O consumo de bebida alcoólica associado ao ato de dirigir tem um importante impacto nessas estatísticas, uma vez que pode levar a mudança de comportamento que podem contribuir para o aumento do risco de acidentes, uma vez que aumentar a autoconfiança e a perda da atenção o que traz consequências fatais tanto para si como para outros, sendo apontada como umas das principais causas de mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestres (ALMEIDA, 2014).

De acordo com Santos (2015) o uso de drogas pode trazer sérios riscos à segurança viária, pois afeta funções como a atenção, a percepção de tempo, velocidade e a memória dificultando a capacidade dos motoristas de reagir de forma rápida a situações inesperadas e complexas que necessitam de vigilância e estado de alerta, fazendo com que o motorista perca a capacidade de conduzir um veículo.

Em seu estudo Almeida (2014) revela que as políticas e as leis são restritivas, punitivas direcionadas apenas para o comportamento do condutor aplicando penalidades aos infratores, multas, suspensão do direito de dirigir, quase nada se faz em termos de prevenção, educação e intervenção com a finalidade de aumentar a consciência e mudar a cultura da população em relação ao trânsito e ao uso do álcool e drogas (ALMEIDA, 2014).

Ano	2010		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	10	12.8	9	9.8	13	14.9	7	10.3	13	14.9
Masculino	68	87.2	83	90.2	74	85.1	61	89.7	74	85.1
Total	78	100	92	100	87	100	68	100	87	100

Tabela 4: Distribuição por número e porcentagem dos óbitos em motociclista segundo sexo. Campo Grande, MS 2010 a 2014.

Fonte: MS/SVS/CGIA, 2017.

Observa-se na tabela 4 que o sexo masculino é o mais acometido em relação ao sexo feminino em todos os anos abordados neste estudo.

De acordo com Papa et al (2014), a cidade de Maringá também constatou que

a mortalidade por acidentes em motocicletas no sexo masculino apresenta-se mais elevada, e ressaltou também o tipo de comportamento que os homens apresentam, pois diferente das mulheres estes têm comportamentos mais agressivos no trânsito, executam manobras arriscadas, usam bebida alcoólica mais frequentemente quando dirigem e desrespeitam as leis de trânsito, além do fato de a profissão de motorista ser altamente masculina.

Um estudo que analisou a personalidade de motociclistas acidentados relatou que o homem se sente mais competente e seguro na direção do que as mulheres e, por isso, a sua percepção aos riscos ficam diminuídas enquanto dirigem. Este mesmo estudo também relatou que os homens, em maior frequência do que as mulheres erram mais vezes devido a sua imprudência e impaciência, enquanto as mulheres são mais prudentes, correm menos e dirigem com mais segurança (GOLIAS; CAETANO, 2013).

Ano	2010		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	25	40.3	13	25.0	9	23.1	18	40.0	15	31.2
Masculino	37	59.7	39	75.0	30	76.9	27	60.0	33	68.8
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Tabela 5: Distribuição por número e porcentagem dos óbitos em Automóveis segundo Sexo. Campo Grande, MS 2010 a 2014.

Fonte: MS/SVS/CGIAE, 2017.

A tabela 5 traz a mortalidade envolvendo automóveis segundo sexo, que também demonstrou predominância no gênero masculino apontando resultados semelhantes ao estudo de Andrade e Jorge (2016) que foi realizado no Brasil e constatou que a maioria dos óbitos por acidentes de transporte terrestre foi observada no sexo masculino (34,9%) óbitos por 100 mil homens.

Outra pesquisa realizada por Souza, Silva e Cavalcante (2016) na cidade de Teresina-PI também encontrou resultados parecidos com os deste estudo com dominância da mortalidade no sexo masculino.

Em estudo de Pereira e Neves (2013) também constatou que o número de homens vítimas de acidentes de trânsito foi relativamente maior, evidenciando uma maior vulnerabilidade masculina em relação aos agravos por acidentes e violência no trânsito.

De acordo com Linhares (2014) os homens costumam utilizar os veículos mostrando superioridade em relação às mulheres, assim cometem frenagens bruscas, desrespeitam os limites de velocidade, e muitas vezes não usam equipamentos de proteção. Além de apresentarem características imaturas, audaciosas e de

invulnerabilidade as quais são apontadas como fatores para maior incidência de acidentes de trânsito neste gênero.

## CONCLUSÃO

Levando em conta os dados que foram apresentados conclui-se que a mortalidade em motociclistas é mais elevada em relação aos automóveis no período estudado, o que pode estar relacionado com a maior exposição destes veículos nas vias. Os indivíduos que sofreram acidentes em motociclistas resultando em mortes eram predominantemente adultos jovens do sexo masculino na faixa etária de 20-29 anos.

A mortalidade por acidentes com automóveis apresentou redução no período analisado. Em relação à faixa etária não se observa variação significativa, embora ela ainda seja levemente maior comparada às demais faixas-etárias, sendo o sexo masculino o mais acometido.

Os Acidentes de Transporte Terrestres em Automóveis e motociclistas estão se tornando um grave problema de saúde pública, pois contribuem para perda da população economicamente ativa da sociedade, altos custos para saúde, provocando resultados negativos para a sociedade e danos irreparáveis para os familiares.

Medidas de prevenção, educação e intervenção devem ser tomadas imediatamente com o intuito de melhorar o cenário atual. O enfermeiro assim como os demais profissionais de saúde pode contribuir de forma positiva para essa melhoria, conscientizando a população dos fatores humanos que são agravantes no trânsito como o excesso de velocidade, o não uso de capacete, cinto de segurança, uso do álcool e drogas em concomitância ao ato de dirigir. Essas orientações devem partir desde a infância com continuidade por todo ciclo vital para que dessa forma tenhamos mais chances de realizar mudanças culturais nos motoristas brasileiros.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N.D. Os acidentes e mortes no trânsito causado pelo consumo de álcool: um problema de saúde pública. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 2, p. 108-125, 2015.

ALMEIDA, Ana Paula Braz de et al. Anos potenciais de vida perdidos por acidentes de transporte no Estado de Pernambuco, Brasil, em 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 2, p. 235-242, 2013.

ANDRADE, Silvânia Suely Caribé de Araújo; MELLO-JORGE, Maria Helena Prado de. Mortality and potential years of life lost by road traffic injuries in Brazil, 2013. **Revista de saúde pública**, v. 50, 2016.

ASCARI, Rosana Amora et al. Perfil epidemiológico de vítimas de acidente de trânsito. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, p. 112-121, 2013.

BIFFE, Carina Rejane Fernandes et al. Perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito em Marília, São Paulo, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 389-398, 2017.

CARNEIRO, Alcides Jose Carvalho; IOZZI, Rosanna; SANTOS, Lucia Helena. Acidentes de Transporte—o crescimento da mortalidade de motociclistas. **Anais**, p. 1-20, 2016.

CARVALHO, C.H.R. **MORTES POR ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE NO BRASIL: ANÁLISE DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Rio de Janeiro, julho de 2016.

DIAS, João Paulo Porto et al. Estudo dos Óbitos de Motociclistas por Acidentes de Trânsito em Arapiraca-AL. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 169-180, 2016.

FRANCO, Maria Soraya Pereira et al. Caracterização de pacientes vítimas de acidentes de trânsito admitidos em hospital regional da Paraíba. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 129-135, 2015.

FRANCO, Maria Soraya Pereira et al. Caracterização de pacientes vítimas de acidentes de trânsito admitidos em hospital regional da Paraíba. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 129-135, 2015.

GOLIAS, Andrey Rogério Campos; CAETANO, Rosângela. Accidents between motorcycles: analysis of cases that occurred in the state of Paraná between July 2010 and June 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1235-1246, 2013.

LINHARES, Antonio Carlos Ferreira. **FACULDADE DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**. 2014. Tese de Doutorado. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.

PAPA, Marília Angelina Ferreira et al. Mortalidade por acidentes de trânsito terrestre: análise comparativa. **Cogitare enferm**, v. 19, n. 1, p. 48-55, 2014.

PEREIRA, Ibenéias Gonçalves; NEVES, Flávia Silva. COMPORTAMENTOS DE RISCO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE AS CAUSAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO NOS ÚLTIMOS 10 ANOS. **Revista Cereus**, v. 5, n. 2, p. 70-87, 2013.

SANTOS, P. D.A. Avaliação do impacto da lei seca sobre a mortalidade por acidente de trânsito automotivo na região metropolitana do Recife/PE. 2016.

SANTOS, J. A.; A descriminalização da posse de maconha para consumo pessoal e seus reflexos no trânsito brasileiro: o direito fundamental à privacidade e à intimidade em face do direito fundamental à segurança viária (trânsito/seguro). **Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**, 2015.

SANTOS et al. Caracterização dos fatores de risco para acidentes de trânsito em vítimas atendidas pelo serviço móvel de urgência. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 10, n. 10, p. 3819-3824, 2016.

DE SOUSA, Andressa Suelly Batista; DA SILVA, Samanta Calisto; CAVALCANTE, Milena France Alves. Mortalidade por causas externas em adultos jovens em Teresina-PI no período de 2001-2011. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 57-65, 2016.

MAIA, Paulo Borlina; CAMARGO, Antonio Benedito Marangone. O perfil das mortes por acidentes de transporte no Estado de São Paulo. **Anais**, p. 1-17, 2016.

MIRANDA, Anna Letícia; SARTI, Elaine Cristina Fernandes Baez. Consumo de bebidas alcoólicas e os acidentes de trânsito: o impacto da homologação da Lei Seca em Campo Grande-MS. **Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 15, n. 6, 2015.

RIBEIRO, Elton Lobato; DA SILVA JÚNIOR, José Carlos Ribeiro; AZEVEDO, Francisco Honeidy Carvalho. PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO NO BRASIL. **Saúde em Foco**, v. 1, n. 2, p. 149-166, 2014.

TEIXEIRA, Jules Ramon Brito et al. Acidentes de trânsito e utilização de equipamentos de proteção individual por mototaxistas: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 9, n. 2, p. 945-956, 2015.

## TRADIÇÕES, COSTUMES E VIVÊNCIAS RIBEIRINHAS HISTÓRICAS – UM OLHAR ATENTO PARA O OUTRO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 27/11/2019

**Queren Hapuque Delaquila Machado  
Pedreira**

**Glaucia Valente Valadares**

**Fernanda Moreira Ballaris**

**RESUMO:** O impulso para essa revisão integrativa surgiu a partir da necessidade de um aprofundamento temático, pois este trabalho faz parte do projeto “*Saúde das famílias ribeirinhas: o cuidado ecológico no centro da discussão*”, com bolsa *pibic*. Pautado na valorização da saúde ecológica e tendo como referencial teórico o pensamento pós-abissal. Assim, a pesquisa apresenta o modo de viver e as relações ribeirinhas. Tem como objetivos: analisar a produção científica acerca das populações ribeirinhas no país e no mundo; e promover a discussão sobre os achados à luz da saúde integral. Sendo o presente estudo uma revisão integrativa, fez-se uma busca aprofundada na base de dados sobre a temática, focando em: saúde, estilo de vida, qualidade de vida dos ribeirinhos, tendo sido considerados 85 artigos. Destes, depreenderam-se quatro categorias. Compreende-se que o ser ribeirinho é plural e, indubitavelmente, não se pode categorizar apenas como “os ribeirinhos

*amazônicos*”, pois as comunidades se diferem através dos seus diversos modos de relação interpessoal. A presença do rio é um fator que permeia a vida dessas comunidades, mas o seu significado e a sua importância podem divergir consideravelmente. Para atuar nesse meio é preciso, antes, entender amiúde às singularidades da população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Comunidade ribeirinha. Ribeirinhos. Saúde ambiental. Meio ambiente. Saúde pública. Estilo de vida.

### TRADITIONS, CUSTOMS AND HISTORICAL EXPERIENCE RIVERSIDE – A WATCHING EYE FOR EACH OTHER: A LITERATURE REVIEW

**ABSTRACT:** The present work is an integrative review that emerged from the need of theoretical deepening in the project “Health of the riverine families: the ecological care in the center of the discussion”. The post-abysal approach was chosen as the theoretical reference, as well as the idea of ecological health to present the riverine way of life and the relations established in the environment. The objectives were to analyze the scientific production about the riverine populations in Brazil and in the world and to discuss the findings. In order to do so, an

in-depth search was conducted in the online databases linked to the theme, with focus on Health, Lifestyle and Quality of Life of the riverine populations. After analysis, the 85 articles selected were divided into four major categories according to the objects and study objectives. In general, however, these four categories have helped evidence the plurality of the riverine being, whose existence is not limited to the Amazon or to the generic ideas linked to its habitat. Although the presence of the river is a factor that permeates the life of these communities, its meaning and importance may diverge between them, as well as the interpersonal relationships built in these societies. To evidence and to understand such local particularities seems to be the path to an effective socio-environmental intervention.

**KEYWORDS:** Community riverside. Riverain. Environmental health. Environmental. Public health. Life style.

## 1 | INTRODUÇÃO

O impulso para essa revisão surgiu da necessidade de um aprofundamento teórico sobre os ribeirinhos, pois este trabalho faz parte de um projeto que estuda a saúde das famílias ribeirinhas e o cuidado ecológico na cidade de Macaé. Para isso, fez-se necessário conhecer o que já foi estudado sobre essa população. Partindo desses ideais, a questão norteadora para esse estudo foi: “*Quais as relações entre estilo de vida, pressões externas e saúde nas populações ribeirinhas?*”. Sendo assim, esse estudo objetiva analisar a produção científica acerca das populações ribeirinhas no país e no mundo, bem como promover a discussão sobre os achados.

O Brasil vive uma época em que os problemas de saúde estão muito ligados a industrialização e a urbanização, por isso precisa-se construir um conhecimento aprofundado sobre o meio ambiente, sendo que um assunto dessa magnitude requer uma discussão interdisciplinar e intersetorial (AUGUSTO, 2004). Esse estudo revelou, em vários aspectos, o modo de viver ribeirinho (principalmente da região norte) e a integração dele com o meio ambiente. Notou-se em muitos aspectos como a industrialização afetou o bem-estar dessa população.

Ainda, as autoras desse artigo, sublinham as ideias sobre o pensamento pós-abissal de Boa Ventura de Souza Santos, que afirma que não existe uma linha que divide o mundo em “aqueles que detém o conhecimento” e “aqueles que não o detém”, mas, sim, que todos têm o que ensinar e o que aprender, construindo-se um conhecimento em movimento. Portanto, fica claro o quanto esses ribeirinhos têm para ensinar em suas relações com o rio e o ecossistema. Essa relação profunda precisa ser estudada e entendida e, quando negligenciada, reflete questões políticas e de saúde de maneira desfavorável, como será visto ao longo desse estudo.

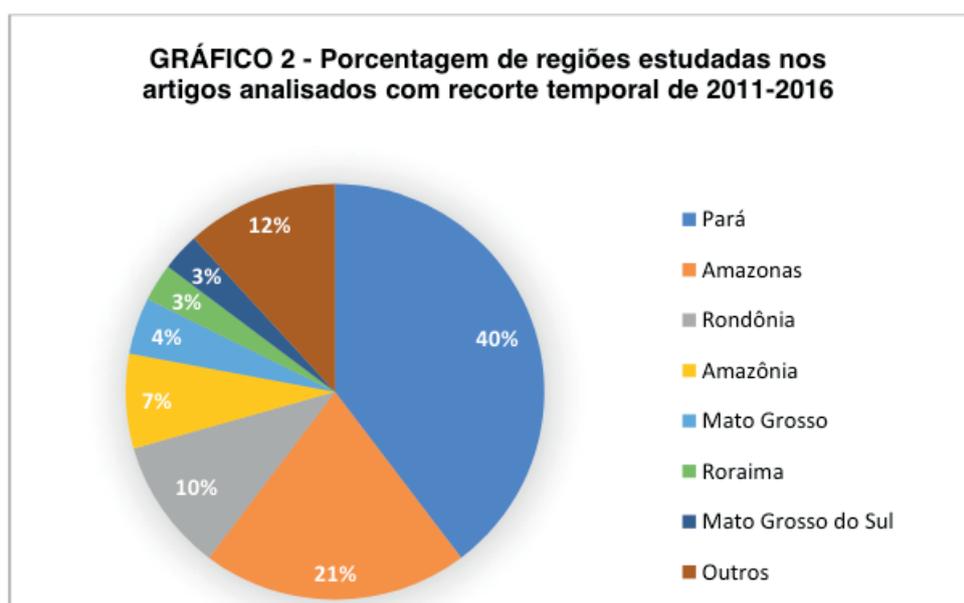
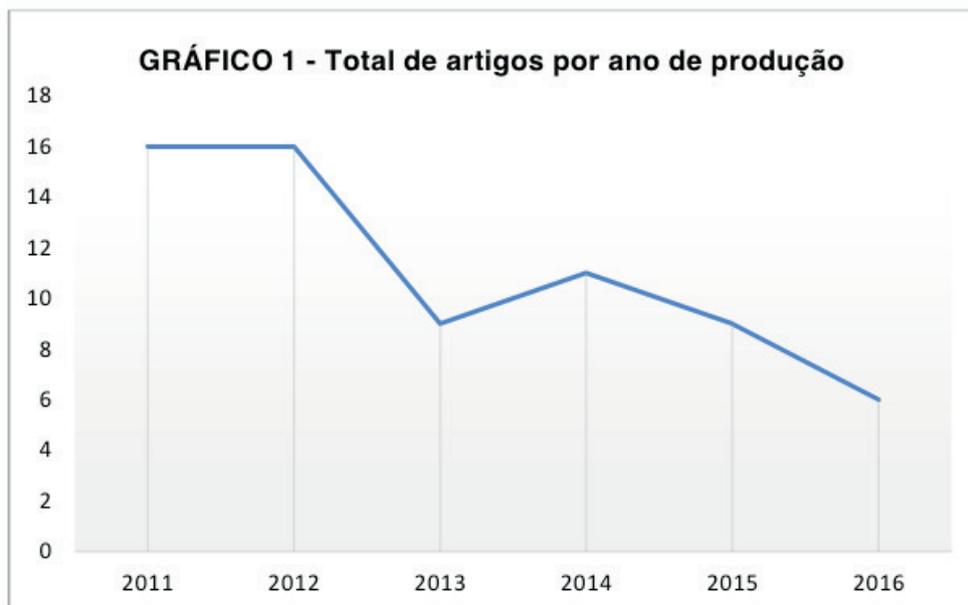
## 2 | METODOLOGIA

O presente estudo é em uma revisão integrativa nas bases de dados online Portal de Periódico da Capes, Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO, PubMed e Scopus, utilizando-se os descritores: *saúde, estilo de vida, qualidade de vida, comunidade, população e família* e a palavra-chave *ribeirinho*, associados entre si pelos operadores AND e OR e, no caso dos três últimos descritores e da palavra-chave, com o sufixo substituído por um asterisco (\*), de modo a não limitar a busca, restrita à exatidão das palavras utilizadas.

Estabeleceu-se um recorte temporal entre os anos de 2011 a 2016. Justificase o ano de 2011 como ponto de corte, pois foi em 21 de outubro desse mesmo ano, através da portaria nº 2.488, que a Política Nacional de Atenção Básica estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, seguida de sua publicação em 2012. A partir da aprovação dessa política, os municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul passaram a contar com a possibilidade de escolher, entre as já tradicionais configurações de equipes Saúde da Família, dois tipos especializados desse serviço: equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF).

O critério de inclusão foi: pesquisas que abordassem as realidades ribeirinhas, publicadas em inglês, português ou espanhol, gratuidade. Os critérios de exclusão foram: pesquisas cuja temática ribeirinha estivesse em segundo plano e as produções no formato de livros. Para seleção, seguiu-se a ordem de leitura de títulos, resumos e leitura integral das pesquisas, sendo excluídas caso não se encaixassem nos critérios estabelecidos. Produções duplicadas em uma mesma base de dados ou indexadas em ambas foram contabilizadas apenas uma vez. Após análise inicial, seguiu-se uma nova análise, de modo a desconsiderar artigos contabilizados erroneamente ou que fossem radicalmente diferentes dos outros.

Totalizaram-se 481 produções encontradas. Destas, 348 Portal de Periódico da Capes, 78 estavam indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde, 53 na Scielo e 2 na PubMed. Não foram encontrados artigos alinhados com a temática da pesquisa na base de dados Scopus. A análise inicial excluiu 400, restando 81 artigos que passaram, então, por uma segunda análise, da qual 14 artigos foram excluídos por discordância com o tema central, publicação em data anterior ao ano de 2011 e discrepância com a totalidade de artigos selecionada. Os artigos selecionados para análise final, com categorização por temática, podem ser ilustrados nos dois gráficos que se seguem, quanto ao ano de publicação e região estudada.



No segundo gráfico, o termo “*outros*” inclui os seguintes estados ou regiões: Pernambuco, Québec, Bahia, Brasil, Loreto, Maranhão, Paraná e Minas Gerais, todos com representação única na totalidade de publicações.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados levaram ao surgimento de seis grandes grupos e uma subcategoria, que foram tabelados para melhor visualização. Cada categoria será discutida para que se possa entender o porquê foi nomeada de tal forma e quais são as características mais marcantes nos artigos que as compõem.

<b>Categorias</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem</b>
Empreendimentos econômicos externos e suas consequências nas dinâmicas ribeirinhas.	7	10,44%
Disponibilidade, acesso e qualidade de serviços de atenção à saúde e de direitos básicos.	9	13,43%
Prevalência de doenças e efeitos da poluição ambiental na saúde de ribeirinhos.	14	20,89%
Proposições de ferramentas metodológicas específicas e discussões teóricas aprofundadas para o estudo de comunidades ribeirinhas.	6	8,95%
As pressões da proximidade do urbano nas práticas sociais e culturais ribeirinhas.	11	16,41%
Tradições, costumes e vivências ribeirinhas históricas.	15	22,38%
<i>Subcategoria: Medicina tradicional e etnobotânica.</i>	5	7,46%
Total	67	100%

### 3.1 Empreendimentos econômicos externos e suas consequências nas dinâmicas ribeirinhas

Embora com objetivos diferentes, é seguro dizer que os sete artigos aqui trabalhados nascem de uma tendência pós-moderna de massificação das culturas, aonde a identidade de raiz é colocada em crise. Percebe-se que a subjetividade é induzida a ser moldada pela globalização e pelo capitalismo. No entanto, o povo não é passivo; e é na luta pela reafirmação de suas crenças e reconhecimento de sua existência que diversos grupos étnico-culturais resistem e sobrevivem. A sobrevivência desses grupos podem ser evidenciadas pelos ribeirinhos, que sofrem invasão cultural e territorial, muitas vezes sendo isto significado de mudanças radicais em seus costumes e em sua própria qualidade de vida. Tudo isso é retratado por achados como o de aumento de agravos à saúde, como distúrbios psicossociais e doenças respiratórias e digestivas (QUEIROZ; MOTTA-VEIGA, 2012), bem como distúrbios nutricionais (PIPERATA; SPENCE; Da-GLORIA; HUBBE, 2011); deslocamento dos centros de poder e tomadas de decisão (SOUZA, 2009) (BOLAÑOS, 2011), revolta e tristeza pela perda dos locais de caça e pesca (DUARTE-ALVES; JUSTO, 2011).

Os artigos dialogam sobre os efeitos em comunidades ribeirinhas de empreendimentos econômicos e ações políticas realizados próximos ou em próprio território ribeirinho. Enquanto sujeitos, a luta comunitária contra os efeitos da supremacia econômica e política externa, surge como resistência contra o desenraizamento. As batalhas travadas nem sempre são vencidas pelos ribeirinhos, que se veem sem seu território (QUEIROZ; MOTTA-VEIGA, 2012).

No entanto, a expressão de luta não deve ser ignorada, mas ser entendida como um fato marcante de um povo que sente, sofre e resiste. Pouco a pouco, o grito ribeirinho é escutado, e em passos pequenos, surgem políticas que os protegem e

os reconhecem – talvez a mais marcante seja a Política Nacional de Atenção Básica a Saúde, que incorpora em seu texto, programas especiais de atenção à saúde voltados para as populações ribeirinhas. A discussão dessa categoria traz que as políticas são vitais e necessitam ser ágeis o suficiente para conter a compressão dessas comunidades (op. cit., 2012).

### **3.2 Disponibilidade, acesso e qualidade de serviços de atenção à saúde e de direitos básicos**

De maneira geral, essa categoria pode ser entendida sob dois pontos de vista: direitos básicos e questão ambiental. Quando se fala em direitos básico, é direito humano à água (potável e limpa), reconhecido em 2010 em Assembleia Geral pela Organização das Nações Unidas, e o direito à saúde, garantido pelo artigo 196 da Constituição de 1988. Quando se fala em questão ambiental, fala-se dos ribeirinhos, uma população que mora nas proximidades dos rios e sobrevive da pesca, da caça, do cultivo e do extrativismo.

É difícil pensar em saúde e água sem se remeter à floresta e aos rios, como fonte de água, remédios naturais e alimento. No entanto, nem sempre essa ideia encontra-se alinhada nas comunidades ribeirinhas, no que tange aos profissionais de saúde e aos políticos, de modo que o entendimento sobre esses direitos básicos e sobre essas questões ambientais são divergentes. Essa divergência faz com que o acesso à saúde e a esses direitos básicos não sejam de qualidade para os ribeirinhos (YAJAHUANCA; DINIZ; CABRAL, 2015).

### **3.3 Prevalência de doenças e efeitos da poluição ambiental na saúde de ribeirinhos**

O estilo de vida e o meio ambiente têm tido impacto direto sobre o processo saúde e doença da população como um todo, sendo essas relações complexas. Logo, é preciso que o setor de saúde esteja atento e desenvolva um novo olhar para a população (SILVA e ANDRADE, 2013). Ou seja, a análise dos estudos dessa categoria leva a reflexão de como a saúde é ampla e possui diversas facetas, uma delas muito forte, porém muitas vezes negligenciada, é o meio ambiente.

Um exemplo marcante, em 3 dos 14 artigos que compõe essa categoria, é a investigação das concentrações de mercúrio e alguma patologia. No Brasil o mercúrio foi muito usado na indústria e na atividade minerária, todavia o problema de contaminação por esse metal se encontra por todo o mundo, por consequência da expansão industrial, afetando sistemas fluviais, estuarinos e marítimos (MILHOMEM FILHO et al. 2016). O estilo de vida industrial/capitalista já revela seus impactos na saúde, ou seja, ganha-se de um lado e perde-se de outro. O lado aonde se perde é

de difícil reversão.

Por ser tão difícil conter o avanço da degradação ambiental e seus reflexos na saúde, estudos já mostram a necessidade de uma vida sustentável (MARTINS et al, 2015) e de ações de promoções à saúde que envolvam o ambiente (SILVA E ANDRADE, 2013). Em especial, os ribeirinhos que são um dos grupos que vivem em contato direto com o meio ambiente, dependendo do mesmo para todas as atividades diárias. Eles precisam que o seu meio esteja livre de contaminantes e que seja um espaço que promova e preserve a saúde e não a prejudique.

### **3.4 Proposições de ferramentas metodológicas específicas e discussões teóricas aprofundadas para o estudo de comunidades ribeirinhas**

Os diferentes contextos ecológicos marcados por situações de risco e vulnerabilidade tornam claro a necessidade da correlação entre pesquisas e políticas públicas (AFONSO et al, 2015). As pesquisas que investigam esses contextos voltados para o desenvolvimento humano e familiar carecem de instrumentos adaptados ao ambiente de investigação, ou seja, tais ferramentas só são válidas quando contém meios para que os participantes revelem informações pertinentes sobre suas particularidades (SILVA et al, 2011). Pode-se afirmar que essa ideia revela o que abarca essa categoria: ferramentas e reflexões, que provam a necessidade de uma pesquisa adaptada e individualizada para o contexto ribeirinho.

Os seis artigos aqui agrupados propõem métodos de pesquisas que se aproximam da realidade ribeirinha amazônica, mostrando a ineficácia de tentar tratar essa população igualmente como a urbana. Tratando de um grande grupo nomeado “*ribeirinhos*”, um dos artigos mostra que dentro dele há grandes diferenças, pois é composto de grupos menores (TRINDADE et al, 2011).

### **3.5 As pressões da proximidade do urbano nas práticas sociais e culturais ribeirinhas**

Essa categoria pode ser entendida a partir da seguinte linha de raciocínio: os políticos e os demais indivíduos urbanizados, no geral, entendem o morador à beira rio como um ser a ser transformado, pois acreditam que esse é quem vive em um ambiente inadequado. Portanto, há sugestões para que o ribeirinho troque sua terra por uma que seja firme, bem como que possibilite práticas agrícolas e de criação de gado.

Há também a desvalorização do modo de vida do ribeirinho como um todo, sendo a falta de políticas públicas específicas uma prova disso (CALEGARE, 2014). Os onze estudos elencados nesse agrupamento, no geral, falam sobre o modo de vida ribeirinho e as influências que têm sofrido e/ou os impactos de pressões

urbanas na cultura e na localidade.

As discussões versam sobre os modos de vida e tradições de povoados ribeirinhos expostos a pressões de ordem político-sociais e ambientais. Sendo que essas pressões possuem raízes em lógicas urbanistas, incluindo, empreendimentos hidroelétricos, acesso à direitos sociais, introdução de elementos urbanos, inundações por cheias e desflorestamento. Paradoxalmente, essas forças suscitam uma resposta de luta comunitária quase unânime: *resistência contra o desenraizamento*.

A discussão que se pode levar desse grupo de artigos é a necessidade de rever a pressão urbana que se faz ao ribeirinho, sendo essa pressão propriamente dita (através de legislações ou negligência de recursos) ou implícita, através de incentivo à mudança de hábitos. É preciso que haja uma modificação no tratamento com o ribeirinho, ou seja, há necessidade de dar condições para que esse povo continue vivendo às margens do rio, cuidando de si, da sua família e da natureza à sua volta, sendo isso gerado através de estratégias ecológicas e organizações políticas adequadas (REIS et al, 2012).

### **3.6 Tradições, costumes e vivências ribeirinhas históricas**

Tradições, costumes e vivências: o título descreve com clareza o que reserva essa categoria. Os vinte e um artigos aqui agrupados discutem e refletem sobre o ser ribeirinho no contexto o qual está inserido, sendo que há quatro artigos que versam especificamente sobre etnobotânica, a qual será discutida na subcategoria aqui presente. Dentre as diversas linhas de raciocínio apresentadas, pode-se entender o rio como principal marcador dos hábitos e costumes dessa população. Segundo Silva et al (2011), o homem ribeirinho tem uma íntima relação com o ecossistema, envolvendo: rio, floresta, fauna aquática e terrestre, com ciclos naturais das chuvas.

Brincadeiras, divisões de gênero, envelhecimento, crenças são exemplos de temas discutidos nos artigos que compõe esse grupo. E através dessa discussão, pode-se perceber o modo o qual os ribeirinhos se organizam e entender que as diferenças entre povos existem e devem ser respeitadas, mesmo porque culturas que não são urbanas possuem muitos ensinamentos que não podem ser sufocados. Fleischer (2012), traz a atuação das parteiras ribeirinhas frente ao aborto e, de maneira impressionante, mostram o cuidado humanístico frente à mulher que faz o ato, não há incentivos à prática, mas há acolhimento, informação, acompanhamento e apoio, sem julgamentos árdusos.

Por fim, é válido ressaltar que existem diversos estímulos ambientais influenciando na vivência dessa população [estímulos esses diferentes dos vividos no meio urbano], como o rio que proporciona a criação de novos recursos comportamentais. O crescimento dos novos ribeirinhos nesse ambiente, já

moldam, mesmo que com as brincadeiras, o novo ribeirão, capaz de distinguir comportamentos, necessidades, costumes e respeitos (Silva et al, 2011).

### *3.6.1 Subcategoria: Medicina tradicional e etnobotânica*

Apesar dos objetivos de os artigos divergirem um pouco, todos fazem, em vários trechos, relatos da interação da população com o conhecimento da cura através das plantas. Saber importante nessa região, visto que o acesso a serviços de saúde, geralmente, é difícil, trabalhoso e demorado. Os artigos também concordam que é diferente o conhecimento entre homem e mulher sobre as mesmas plantas, isso pode ser atribuído da divergência dos papéis assumidos na sociedade (VEIGA E SCUDELLER, 2015) (VÁSQUEZ et al, 2014). Contudo, considerando as especificidades do tema, novas revisões podem ser estudadas na análise dessa vertente.

## **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Essa pesquisa revelou que o ser ribeirão não pode ser rotulado, padronizado ou especificado por região. Há uma questão singular: a ponte e a barreira, marcada fortemente pelo rio. O rio fornece transporte, alimento, diversão, dentre outros, por isso pode ser significado como ponte. Quando contaminado, de forma sistematicamente degradante, é veículo de doenças, amplia a vulnerabilidade da população, que já possui marcas de sofrimento, logo, constitui barreira.

Para se criar uma lei, lançar uma política pública, interferir no processo de adoecimento, é preciso, sobretudo, entender a população. No caso dos ribeirinhos, eles possuem modo específico de se organizar, o respeito a um chefe de comunidade, entendem envelhecimento como respeito, conhecem a cura através das plantas, entendem que a educação das crianças deve ser realizada pelos pais de maneira marcante. Tudo isso demonstra particularidade e revela que as ações não podem ser estereotipadas.

A população que vive à beira do rio precisa de ações múltiplas, incluindo, as ações políticas que possam favorecer e respeitar o seu modo de vida. Mas não da maneira como está acontecendo. Doenças físicas e psicológicas se manifestam nessa região como desencadeamento de decisões tomadas no mundo industrial. Em contrapartida, o mesmo meio urbano e governo que interferem no meio ambiente não oferecem um atendimento contínuo e de qualidade no setor de saúde.

Por fim, a reflexão que esse artigo propõe é ampliar o modo como se percebe o outro, como se categoriza os ribeirinhos e como seu modo de ser e viver têm sido negligenciados no momento de tomadas de decisão. É preciso que estudos com

essas comunidades continuem alertando o governo para as suas peculiaridades, da mesma forma, despertando a população como um todo para uma nova relação com o meio ambiente, que pode ser aprendida, em muitos aspectos, com os ribeirinhos. Aprender com os ribeirinhos, talvez, possa ser um excelente caminho...

## REFERÊNCIAS

- AFONSO, T. et al. O uso do diário de campo na inserção ecológica em uma família de uma comunidade ribeirinha amazônica. **Rev. Psicol. Soc.** [online]. Vol.27, n.1, p.131-141, 2015.
- AUGUSTO, L. G. S. Saúde e ambiente. In: Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
- CALEGARE, M. G. A. et al. Desafios metodológicos ao estudo de comunidades ribeirinhas amazônicas. **Rev. Psicol. Soc.** Vol. 24, n.3, p. 571-580, 2013.
- DUARTE-ALVES, A.; JUSTO, J. S. Histórias de Pescadores: estudo com ribeirinhos desalojados por uma hidrelétrica. **Revista Electrónica de Psicología Política**, v. 11, n. 22, p. 309-328, 2011
- FLEISCHER, S. R. Dos fetos engolidos e escondidos: um comentário sobre o apoio de parteiras ribeirinhas ao aborto. **Rev. Ciênc. Saúde coletiva**. Vol. 17, n. 7, p. 1685-1687, 2012.
- LODUCA, V. et al. Evaluation of efficacy, efficiency and effectiveness of community projects of visual health in the population of the amazon riversides. **MedicalExpress (São Paulo, online)** [online], vol.3, n.3, p. 1-5, março, 2016.
- MARTINS, L. A. et al. Promovendo a sustentabilidade em comunidades quilombolas e ribeirinhas. **Rev. Adolesc. Saúde**. Vol. 12, supl. 1, mar. 2015.
- MILHOEM FILHO, E. O. et al. A ingestão de pescado e as concentrações de mercúrio em famílias de pescadores de Imperatriz (MA). **Rev. Brasil. Epidemiol.** Vol. 19, n. 1, p. 14-25, jan-mar, 2016.
- PIPERATA, B. A. et al, The nutrition transition in Amazonia: rapid economic change and its impact on growth and development in Ribeirinhos. **A. J. Phys. Anthropol.** Vol, 146, n. 1, p. 1-13, set, 2011.
- QUEIROZ, A. R. S.; MOTTA-VEIGA, M. Análise dos impactos sociais e à saúde de grandes empreendimentos hidrelétricos: lições para uma gestão energética sustentável. **Rev. Ciênc. Saúde coletiva**. Vol. 17, n. 6, p. 1387-1398, jan-jun, 2012.
- SILVA, N. C.; ANDRADE, C. S. Agente comunitário de saúde: questões ambientais e promoção da saúde em comunidades ribeirinhas. **Rev. Trab. Educ. Saúde**. Vol.11, n. 1, p. 113-128, jan-abr, 2013.
- TRINDADE, S-C. C. et al. Espacialidades e temporalidades urbanas na Amazônia ribeirinha: mudanças e permanências a jusante do rio Tocantins. **Rev. Acta Geográfica**. Ed. Esp. Cidades na Amazônia Brasileira, p. 117-133, 2011.
- VÁSQUEZ, S. P. F.; MENDONÇA, M. S.; NODA, S. N. Etnobotânica de plantas medicinais em comunidades ribeirinhas do município de Manacapuru, Amazonas, Brasil. **Rev. Acta Amazônica**. Vol. 44, n. 4, p. 457-472, 2014.
- VEIGA, J. B.; SCUDELLER, V. V. Etnobotânica e medicina popular no tratamento de malária e males associados na comunidade ribeirinha Julião – baixo Rio Negro (Amazônia Central). **Rev. bras. plantas med.** Vol.17, n.4, p.737-747, 2015.

YAJAHUANCA, R. A.; DINIZ, C. S. G.; CABRAL, C. S. É preciso «ikarar os kutipados»: interculturalidade e assistência a saúde na Amazônia Peruana. **Rev. Ciênc. Saúde coletiva**, vol. 20, n. 9, p.2837-2846, setembro, 2015.

## TERAPIA COMUNITÁRIA COMO TECNOLOGIA DE CUIDADO DA ENFERMEIRA EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

*Data de aceite: 27/11/2019*

**Tâmara da Cruz Piedade Oliveira**

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde  
Salvador-BA

**Laís Chagas de Carvalho**

Enfermeira. Docente da Escola de Enfermagem  
da UFBA  
Salvador – Bahia

**RESUMO:** a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) consiste em uma tecnologia de cuidado em grupo que permite a criação de espaços coletivos de compartilhamento das experiências de sofrimento dos sujeitos, e consequente construção de redes de suporte. Ela possibilita o fortalecimento do lugar da enfermeira como terapeuta popular, garantindo maior autonomia na sua prática clínica. O propósito deste estudo foi descrever a utilização da TCI como tecnologia de cuidado a ser utilizada por parte da enfermeira em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) situado no município de Salvador-BA. Tratou-se de um trabalho descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, que contou com a sistematização da TCI proposta por Barreto (2008), configurada em 5 passos: acolhimento; escolha do tema; contextualização; elaboração

do mote e problematização; e encerramento. O grupo foi desenvolvido semanalmente, nos anos de 2017 e 2018, com uma frequência média de 15 a 20 participantes de ambos os sexos, com idade entre 19 e 63 anos, que no momento encontravam-se em acompanhamento no CAPS. As rodas de TCI mostraram-se um espaço potente de compartilhamento das experiências de conflitos intrafamiliares, fortalecimento da autoestima, superação do estigma e autoestigma, através do acolhimento das semelhanças e diferenças, construindo a oportunidade de redução da carga emocional desses usuários. A utilização da TCI nos serviços de saúde reforça o comprometimento da enfermagem com a essência do cuidado enquanto prática social e agrega ferramentas a intervenções de cuidado às populações em situação de sofrimento psíquico, atendendo aos princípios do SUS e da própria Reforma Psiquiátrica brasileira.

**PALAVRAS-CHAVE:** Terapias Complementares; Terapia Comunitária; Enfermagem; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica.

COMMUNITY THERAPY AS NURSING CARE  
TECHNOLOGY IN A PSYCHOSOCIAL CARE

**ABSTRACT:** Integrative Community Therapy (ICT) is a group care technology that allows the creation of collective spaces for sharing the suffering experiences of the subjects, and consequent construction of support networks. It enables the strengthening of the nurse's place as a popular therapist, ensuring greater autonomy in her clinical practice. The purpose of this study was to describe the use of ICT as a care technology to be used by nurses in a Psychosocial Care Center, located in Salvador-BA. It was a descriptive-exploratory work with qualitative approach, which had the systematization of the ICT proposed by Barreto (2008), configured in five steps: welcoming; choice of theme; cotextualization; elaboration of the motto and problematization; and closure. The group was developed weekly, between 2017 and 2018, with an average frequency of 15 to 20 participants of both genders, aged between 19 and 63 years old, who were currently under CAPS follow-up. The ICT wheels proved to be a potente space for sharing experiences of intrafamily conflict, strengthening self-esteem, overcoming stigma and self-stigma, by welcoming similarities and differences, building the opportunity to reduce the emotional burden of these users. The use of ICT in health services reinforces nursing's commitment to the essence of care as a social practice and adds tools to care interventions for populations in situations of psychological distress, meeting de principles of SUS and de Brazilian Psychiatric Reform itself.

**KEYWORDS:** Complementary Therapies; Community Therapy; Nursing; Mental Health; Psychiatric Reform.

## 1 | INTRODUÇÃO

A institucionalização de um novo campo de práticas de cuidado com a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) originou-se a partir de discussões acerca da necessidade de se pensar ofertas de cuidado à população no âmbito do SUS, alternativas ao modo hegemônico de produzir saúde (CAVALCANTI et al, 2014). As primeiras recomendações para a implantação das medicinas tradicionais e práticas complementares difundiram-se em todo o mundo no final da década de 70, a partir da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (URSS, 1978).

No Brasil esse movimento ganhou força a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986), em paralelo às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para incorporação das medicinas tradicionais, complementares/alternativas aos sistemas nacionais de saúde. Práticas como acupuntura, homeopatia e o uso de plantas medicinais já vinham sendo realizados no SUS e, no intuito de fortalecer e ter maior reconhecimento, algumas associações representativas se mobilizaram e propuseram, junto ao Ministério da Saúde, a regulamentação destas atividades no

SUS.

Em Fevereiro de 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou por unanimidade o documento que embasa a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), publicado na forma da Portaria Ministerial nº 971, em 03 de maio de 2006 (BRASIL, 2006). Os objetivos expressos no documento contemplam: incorporar e implementar as PICs na perspectiva da prevenção de agravos; contribuir com o aumento da resolubilidade do sistema; promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável das comunidades.

Dentre as práticas integrativas e complementares pode-se encontrar a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), que passa a ser incluída no rol de práticas instituídas, a partir da ampliação de ofertas da política por meio da portaria Portaria n. 849 de 27 de março 2017 (BRASIL, 2017), constituindo-se como a única prática instituída de origem genuinamente brasileira.

Nascida na década de 80, a TCI consiste em uma ferramenta de intervenção em grupos que permite a criação de espaços coletivos de compartilhamento das experiências de sofrimento dos sujeitos, e conseqüente construção de redes de suporte. Ela aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que os indivíduos, famílias e grupos sociais possuem recursos, competências e estratégias próprios para a solução das dificuldades vivenciadas em seu cotidiano.

Sistematizada pelo psiquiatra, antropólogo e professor universitário Dr. Adalberto de Paula Barreto, a prática surgiu na comunidade de Quatro Varas, em uma das maiores favelas de Fortaleza-CE, como resposta a uma crescente demanda de indivíduos com sofrimento psíquico que buscavam apoio jurídico junto ao Projeto de Apoio aos Direitos Humanos. A proposta era desenvolver um trabalho de prevenção e cuidados psicológicos para a população daquela região.

A iniciativa deu início ao Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária e à Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa. Embora essa proposta terapêutica tenha sido desenvolvida e esteja mais voltada para grupos que vivem em condições de crise e vulnerabilidade, ela pode ser aplicada em qualquer grupo de pessoas e comunidades. Atualmente, a TCI está implantada em alguns países como França e Suíça, com alguma experiência no Uruguai e Argentina aonde vem sendo desenvolvida por enfermeiras, além de estar presente em todos os estados brasileiros.

A Terapia Comunitária Integrativa tem sua metodologia alicerçada em cinco grandes eixos teóricos: Pensamento Sistêmico; Teoria da Comunicação; Antropologia Cultural; Pedagogia de Paulo Freire e Resiliência. O pensamento sistêmico pressupõe que os conflitos e situações de crise devem ser compreendidos e solucionados apenas se forem percebidos em uma rede complexa de elementos

multidimensionais e interdependentes. A Teoria da Comunicação aponta para as inúmeras possibilidades de comunicação entre as pessoas, suas riquezas em manifestações, sentidos e significados que podem estar ligados ao comportamento humano e ao exercício da compreensão sobre a busca de cada sujeito pela consciência de existência e pertencimento. A Antropologia Cultural ressalta os valores culturais e as crenças como importantes fatores na formação da identidade do indivíduo e do grupo, servindo de referência para conferir sentidos, aceitar-se e reconhecer-se em seu próprio grupo. A pedagogia Freireana enfatiza que ensinar é o exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade, vinculando o aprendizado às experiências do contexto de vida, no sentido de promover transformações na realidade em que vivem. Por último, a Resiliência, que trata do saber e competências gerados a partir de um esforço de superação das experiências de sofrimento, considerando todo um potencial criativo e construtivo, construído historicamente, através da interação individuo-ambiente (BARRETO, 2008).

A Terapia Comunitária se constitui, portanto, em mais um instrumento de trabalho possível de ser utilizado pelas enfermeiras e pela própria comunidade, enquanto tecnologia leve de cuidado, de baixo custo e potencial terapêutico importante. Apesar de ser amplamente utilizada na Atenção Básica, por trabalhar promoção da saúde mental e prevenção agravos de ordem psíquica, as experiências em Centros de Atenção Psicossocial vêm ganhando espaço, com relatos positivos na literatura acerca do impacto desta prática no cotidiano dos usuários dos serviços de saúde mental (SILVA, 2016; CARVALHO et al, 2013; FERREIRA-FILHA; CARVALHO, 2010). Dentre os resultados terapêuticos encontrados podemos citar: contribuição para recuperação de processos de socialização e mudanças de comportamento favoráveis aos relacionamentos interpessoais; melhora da autoestima e senso de protagonismo social e autonomia; alívio do sofrimento; fortalecimento de vínculos e redes solidárias.

A atuação da enfermeira, no contexto da Reforma Psiquiátrica em curso, tem a sua prática como um ato político-assistencial e requer recursos para além do seus saberes de núcleo de origem. O cuidar em saúde mental exige flexibilização de uma identidade profissional que se construiu subsidiária às práticas e saberes do modelo assistencial biomédico, sendo a construção dessa identidade um processo progressivo, em trânsito, a sofrer desconstruções e reconstruções. Sem excluir a sua essência enquanto profissão do cuidado ao ser humano por excelência, essa identidade no campo da saúde mental vem se desenhando a partir da demanda por uma atuação inventiva, com investimento em ferramentas de tecnologias leves e adaptação dos seus processos de trabalho e de sua equipe.

Neste sentido, a TCI surge como uma tecnologia de trabalho que possibilita reforçar o lugar da enfermeira enquanto terapeuta popular, trazendo mais

autonomia a sua prática profissional. Através das rodas de TCI ela é capaz de fortalecer as potências vinculares entre as pessoas em momentos de sofrimento mental, ressignificando as experiências individuais em espaços coletivos de trocas e reconstruções subjetivas. Sua utilização nos serviços de saúde reforça o comprometimento da classe de enfermagem com a essência do cuidado enquanto prática social e agrega ferramentas a intervenções de cuidado às populações em situação de sofrimento psíquico, atendendo aos princípios do SUS e da própria Reforma Psiquiátrica.

O presente trabalho objetiva descrever a utilização da TCI como tecnologia de cuidado por parte da enfermeira em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) situado no município de Salvador-BA.

## 2 | METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Esse tipo de estudo possibilita a descrição das características do objeto de pesquisa e permite uma aproximação do pesquisador com o tema abordado, possibilitando a determinação ou a elaboração de hipóteses sobre a ocorrência do problema escolhido (GIL, 2008).

O campo de estudo se constituiu a partir do grupo de TCI que faz parte do leque de atividades terapêuticas ofertadas no próprio serviço de referência e conta como objetivos: promover saúde mental dos usuários e prevenir agravos à saúde psíquica partir da criação de um espaço de fala e partilha das dificuldades cotidianas vivenciadas; proporcionar o resgate da identidade o reforço da autoestima individual e coletiva dos participantes; fortalecer o protagonismo dos usuários, ampliando sua percepção acerca dos seus problemas e possibilidades de resoluções a partir das suas próprias competências; auxiliar a construção de redes solidárias e fortalecimento do vínculo entre os participantes.

Os encontros foram realizados com periodicidade semanal durante o ano de 2017-2018, com pacientes encaminhados pelos técnicos de referência do serviço após respectiva avaliação dos Projetos Terapêuticos Singulares de cada usuário. As rodas de TCI contaram com uma frequência média de 15 à 20 participantes de ambos os sexos, com idade entre 19 e 63 anos, que no momento encontrava-se em acompanhamento no CAPS.

A terapia comunitária é sistematizada em 5 etapas, estas que foram implementadas pela enfermeira conforme a seguinte descrição, (BARRETO, 2008):  
**1. Acolhimento:** ambientação do grupo, proporcionando clima de acolhimento por meio de diversos recursos (música, práticas corporais, dinâmicas relacionais) de

preferência em círculo. Nesse momento o terapeuta comunitário apresenta uma síntese do que é a Terapia Comunitária e discorre sobre as regras ou condições para o funcionamento do grupo; **2. Escolha do tema:** abre-se para os participantes apresentarem, de forma sucinta, os problemas ou situações que estão gerando preocupação. Após a exposição dos problemas, o grupo se manifesta votando o tema que será abordado na roda; **3. Contextualização:** etapa em que o participante que teve seu problema eleito é solicitado a fornecer mais informações sobre o assunto, com a participação do grupo para melhor compreensão sobre a questão; **4. Elaboração do mote e problematização:** o mote é a pergunta-chave levantada pelo terapeuta comunitário que vai permitir a reflexão do grupo, possibilitando a partilha dos demais integrantes, caso tenham vivenciado situação semelhante à apresentada, e a revisão dos seus processos de enfrentamento. É um momento de transformação do problema a partir da dimensão individual para a dimensão grupal, de forma que tanto o grupo quanto a pessoa que expôs conseguem alcançar uma compreensão diferenciada sobre seus problemas; **5. Encerramento:** realizada por meio de rituais de agregamento e conotações positivas para o grupo. No Encerramento é proporcionado um ambiente de interiorização, de clima afetivo para que os participantes sintam-se apoiados uns pelos outros. É também neste momento que o terapeuta solicita que os participantes falem sobre os aspectos que mais os tocaram na roda e como estão saindo ao final dela.

Os encontros foram descritos nas fichas de registro e avaliação da TCI. Para cada encontro era feito um registro constando todos os aspectos trazidos naquela roda. Assim foi possível identificar os principais problemas vivenciados pelos usuários e as estratégias de enfrentamento por eles utilizadas, bem como registro das conotações positivas baseadas na experiência adquirida por cada participante durante o encontro, possibilitando a análise das contribuições da prática para os usuários.

Tendo em vista que trata-se de um grupo aberto cujo único critério de inclusão é o desejo do usuário em participar, sua composição é caracterizada por uma heterogeneidade grande quanto aos aspectos de cognição, juízo crítico da realidade, organização do pensamento e discurso. Considerando que o material de trabalho principal são as narrativas dos sujeitos, algumas estratégias facilitadoras para a mediação dos encontros foram utilizadas: **Reiteração:** é a intervenção geralmente breve de realizar uma releitura do que foi dito ou definir uma frase ou palavra central expressa em sua fala; pode-se também reproduzir as últimas palavras de modo a facilitar o seguimento da comunicação. Assim, a reiteração parece ter a função de sustentação da fala do paciente ou grupo; **Investigação:** tem como objetivo obter informações adicionais ou estimular o usuário a desenvolver melhor algum aspecto pouco esclarecido no seu relato. Essa intervenção pode ser útil tanto para a função

de ampliar o foco da discussão nas fases de contextualização e problematização, sendo comumente utilizada nas rodas, como pode ser feita no sentido de esclarecer alguma fala que não pode ser compreendida pela terapeuta ou participantes; **Elucidação:** é a atribuição de significado ou sentido à comunicação da pessoa ou grupo - no sentido de organizar o discurso para os usuários que no momento de sua fala apresentarem fuga de ideias ou discurso desorganizado, ou visando pontuar algum aspecto que não foi percebido pelos presentes; **Enquadre:** Intervenção relativa às regras de funcionamento. As regras e os objetivos devem estar claros e precisam ser explanados para cada participante antes de sua entrada no grupo e no decorrer das sessões (GUANAES; JAPUR, 2001).

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As problemáticas trazidas para as rodas de TC refletem o cotidiano dos usuários do CAPS. Foram evidenciados como problemas principais os conflitos familiares, o desemprego/dificuldades financeiras, o abandono e a discriminação, além de problemas mentais e psíquicos. Os participantes relatam em muitos encontros o sentimento de desamparo no que concerne ao ambiente familiar. Sabe-se que a família (a partir do seu conceito ampliado, como descrito por Carvalho, 2015) é o grupo social em que acontecem as relações mais próximas e, em consequência disso, por vezes, apresenta-se como geradora de conflitos. Se por um lado percebe-se a família como ator importante e potente para acolhimento e manejo do cuidado aos usuários, presente na fala deles enquanto um dos recursos de enfrentamento dos problemas frequentemente utilizados, por outro lado, nota-se a ambivalência deste recurso ao ser apontado como disparador de situações de estresse constantes, eventos de crise e sentimento de abandono e discriminação.

Diante do contexto de reformulação das políticas de assistência em saúde mental, com redirecionamento do modelo asilar para um modelo assistencial de base territorial, a unidade familiar assume um importante papel no cuidado e ressocialização das pessoas com transtorno mental. A presença do sofrimento mental no ambiente familiar provoca mudanças nas rotinas da família. O impacto do diagnóstico, a necessidade de adaptação à nova realidade, a relação de dependência e as repercussões da cronicidade em alguns quadro clínicos podem produzir sobrecarga, conflitos e sentimentos de incredulidade. Dessa forma, torna-se essencial a inserção das famílias nos projetos terapêuticos de serviços de saúde mental com base comunitária, visando o suporte a estas para enfrentar as dificuldades no relacionamento com a loucura e os desafios enquanto cuidadores (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008; PEREIRA, 2003).

Outro elemento referido com frequência pelos usuários do grupo como

dificuldades enfrentadas em seu cotidiano foi o desemprego e as dificuldades financeiras. Os obstáculos relacionadas a garantia de direitos sociais a partir das áreas da Previdência Social, por meio do auxílio-doença e do Benefício de Prestação Continuada (BPC), revelam uma série de dificuldade de acesso e concessão encontradas por eles, o que fragiliza e aprofunda ainda mais a situação.

A lei n. 8080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990), considera que os aspectos determinantes e condicionantes dos níveis de saúde de uma população estão relacionados às condições e modos de vida, como a alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho e renda, educação, transporte, lazer e o acesso a bens e serviços essenciais.

A forma como a pessoa entende a importância do trabalho para a própria vida pode muitas vezes interferir na estruturação do seu próprio projeto de vida após a constatação de um transtorno mental (FRAZÃO; ARCOVERDE, 2009). Os sentidos do trabalho atribuídos às pessoas em sofrimento psíquico relatados em literatura possuem dimensões tanto objetivas como subjetivas, a citar: (1) Conquista de independência e autonomia econômica, aquisição de itens de subsistência e bens de consumo, a acesso às atividades de lazer; (2) lugar social e identidade, inclusive quanto à posição de classe social, dignidade da condição humana, auto-estima e independência moral diante da família. (3) sociabilidade, importante para a noção de rede em saúde mental e suas possibilidades de interação nos diversos ambientes de convívio (RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010).

As rodas de TCI ofertam aos usuários um espaço privilegiado de trocas acerca das estratégias de enfrentamento para as situações de precariedade de vida comumente vivenciadas por eles, sendo de grande valor seus relatos de superação e dos caminhos percorridos para o alcance de melhores condições de vida, estes servindo de amparo, motivação e encorajamento àqueles que ainda estão em processo investigar as soluções possíveis para este problema. Importante ressaltar que, apesar de não possuir a natureza de um grupo de debates abertos, por vezes os próprios participantes trazem reflexões acerca de sua condição social e as origens e implicações do contexto sociopolítico sobre suas situações de miséria e dificuldades financeiras.

Outra experiência bastante recorrente e comum na vida dos usuários do grupo foi o estigma, que por sua vez, se constitui em uma das grandes barreiras para as pessoas que vivenciam a condição de um sofrimento mental. São frequentes os relatos de discriminação por amigos e familiares, colegas de trabalho e comunidade por parte dessas pessoas.

O estigma social e o autoestigma são dois grandes obstáculos à integração social e à vida plena em sociedade. O autoestigma diz respeito à internalização dessas visões equivocadas e discriminatórias, gerando comprometimentos na

autoestima, sentimentos de incapacidade e inferioridade e uma autonomia reduzida para enfrentar as adversidades cotidianas no território. Esse processo interfere na forma como o indivíduo se enxerga e traça suas metas e projetos de vida (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015).

Além disso, o estigma oriundo das representações sociais acerca da loucura, tem sido elemento como elemento gerador de um repertório variado de violências infringidas ao sujeito que com transtorno mental, a citar: **violência interpessoal**, ocorrida nas relações de desigualdade e autoritarismo por parte de familiares, amigos, comunidade (constrangimentos, humilhações, negligências, abusos físicos); **violência institucional**, que diz respeito às discriminações no próprio setor saúde, nos diversos dispositivos de cuidado na rede, com destaque ao hospital psiquiátrico (negligências, maus tratos, falhas de regulação na rede de serviços motivadas por estigma, práticas abusivas, anti-terapêuticas e antissociais); **violência simbólica**, aquela em que a pessoa é considerada “um cidadão de segunda categoria”, incapaz perante os demais, impactando em suas possibilidades enquanto sujeito autônomo (como submissão a medidas tutelares e disciplinadoras, ao controle da sexualidade, a uma vigilância estrita, à participação civil e outros) (NUNES; TORRENTÉ, 2009).

A TCI se constitui para estes usuários enquanto espaço de ajuda mútua pois muitos são os usuários que vivenciam situações de preconceito a partir das representações de periculosidade, invalidez e irracionalidade do ser ‘louco’ no Brasil. Costuma ser um tema recorrente nas rodas que mobiliza os afetos internos dos usuários e trazem questionamentos diversos acerca do seu lugar social. As pessoas descobrem seu valor social agregado ao valor de suas competências adquiridas nas próprias experiências, assim como no exercício e reconhecimento do poder social que experimentam e reconhecem em seu cotidiano e no de seus pares.

O resgate da autoestima, frequentemente trabalhado ao longo das rodas, surge enquanto recurso terapêutico de proteção contra os efeitos alienantes da estigmatização, bem como de melhora nos padrões de vinculações interpessoais. Muitos relatam como estratégias comumente utilizadas para lidar com estas situações o fortalecimento espiritual, o afastamento de ambientes, eventos e pessoas disparadores de situações de preconceito, a busca por uma rede efetiva e afetiva de suporte e a possibilidade de falar para promover alívio do sofrimento através da tentativa de desfazer-se dos sentimentos negativos associados (raiva, mágoa, vingança).

No que se refere aos problemas psíquicos comumente apresentados pelos participantes, estão inclusos a insônia, o desconhecimento quanto à doença que lhe foi diagnosticada e os efeitos colaterais dos psicofármacos, em especial os antipsicóticos, a citar: sedação excessiva, tremores nas extremidades, alterações

no tônus muscular, ganho de peso, disfunção sexual, acatisia, dentre outros.

A grande maioria lança mão, como estratégia de cuidado, a solicitação por ajuda profissional para resolução destes problemas. Muitas vezes, os usuários solicitavam suporte e esclarecimentos a respeito destas temáticas ao longo das rodas, sendo necessário reforçar que, especificamente nos grupos de TCI não caberia à enfermeira, no papel de terapeuta comunitária, realizar orientações específicas quanto ao tratamento medicamentoso dos presentes. No contexto da prática de TCI, a proposta é de que a coletivização dos relatos possa promover maior autonomia dos sujeitos no que concerne a compreensão sobre como conviver e lidar com as adversidades provenientes dos problemas mentais, para além das orientações e condutas profissionais estabelecidas durante o acompanhamento. Um usuário pode, por exemplo, relatar sobre suas recaídas ao interromper a medicação, ou sobre seu processo de conscientização das limitações e potencialidades convivendo com o transtorno, partindo de suas experiências pessoais. Dessa forma os demais ampliam sua reflexão acerca dos seus próprios processos relacionados ao tratamento, identificando gradualmente seus recursos individuais. Esta proposta favorece o protagonismo dos sujeitos na relação de cuidado estabelecida com os profissionais do serviço, em consonância com a lógica de cuidado no modelo de atenção psicossocial.

Usuários que apresentam quadros psicóticos com sintomas positivos agudos podem não se beneficiar de algumas intervenções grupais, sendo permitida, contudo, a sua participação, até o momento que sustentarem estar presentes, uma vez que, na TCI, é importante a acolhida de todos, nas suas diferentes formas de manifestação. Neste caso, o terapeuta poderá acompanhar o usuário de forma mais próxima, com suporte e continência, enquanto for possível mantê-lo na roda. Esse aspecto de manejo do grupo consiste em um desafio para a mediação, uma vez que, com frequência se faz necessário trabalhar a continência de todo o grupo que mobiliza-se diante dessa presença. Por isso, a terapeuta deve monitorar o ambiente do grupo e modular a expressão dos afetos para controlar o nível de ansiedade. Criar um clima de compreensão, respeito e empatia, favorece a coesão, por outro lado, não é incomum que usuários com melhor grau de autonomia e acabem funcionando voluntariamente como auxiliares daqueles com menor grau de funcionamento.

#### **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As rodas de TCI mostraram-se um espaço potente de compartilhamento das experiências de conflitos intrafamiliares, com reconhecimento de si a partir do outro, através dos relatos em comum encontrados, acolhendo suas semelhanças e

trazendo a oportunidade de redução da carga emocional desses usuários. Tudo isso amplia sua compreensão acerca dos problemas e favorece mudanças de postura dentro do próprio sistema familiar, com possibilidade de reinvenção desse espaço de afetos e a possibilidades.

Dentre as estratégias de enfrentamento, foram identificados o apoio familiar, a crença religiosa/espiritual e a ajuda profissional e ações de cidadania, além da busca de redes solidárias.

A TCI mostrou-se, através de relatos dos participantes nos rituais de agregamento, um instrumento potente de promoção de bem-estar, estreitamento dos vínculos e resignificação das vivências de sofrimento, possibilitando um novo modo de pensar e agir frente às dificuldades. As histórias de vida contadas são acolhidas pelo grupo, que consegue externar as suas angústias, minimizando sentimentos negativos que interferem diretamente no processo de recuperação e reabilitação psicossocial dos mesmos. A experiência mostrou boa adesão dos usuários às práticas, e resultados positivos, principalmente no que concerne ao reforço da autoestima individual e coletiva, favorecendo o fortalecimento dos laços sociais e das ações de protagonismo dos sujeitos.

## REFERÊNCIAS

BORBA, LO; SCHWARTZ, E; KANTORSKI, LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 849, de 27 de março 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, PNPIC, SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. CASA CIVIL. **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. Brasília, 1990.

CARVALHO, L. **(Re)inventando o cuidar: o itinerário terapêutico da família na prática do cuidado ao sujeito com sofrimento mental**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

CARVALHO, MAP et al. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2028-2038, 2013.

CAVALCANTI, F et al. Política nacional de práticas integrativas e complementares no sus: histórico,

avanços, desafios e perspectivas. In: BARRETO, AF. (org.). **Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação**. Recife: UFPE, 2014.

FERREIRA-FILHA, MO; CARVALHO, MAP. A Terapia Comunitária em um Centro de Atenção Psicossocial: (des)atando pontos relevantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 232-239, 2010.

FRAZÃO, IS; ARCOVERDE, ACB. Reinserção social pelo trabalho no campo da saúde mental: com a palavra, o usuário. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 290-297, 2009.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUANAES, C; JAPUR, M. Grupo de Apoio com Pacientes Psiquiátricos Ambulatoriais em Contexto Institucional: Análise do Manejo Terapêutico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 191-199, 2001.

NUNES, M; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl.1, p. 101-108, 2009.

PEREIRA, M. A. O. Representation of mental illness by the patient's family, **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.7, n.12, p.71-82, 2003.

ROCHA, FL; HARA, C; PAPROCKI, J. Doença mental e estigma. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 590-596, 2015.

RODRIGUES, RC; MARINHO, TPC; AMORIM, P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, P. 1615-1625, 2010.

SILVA, PMC. **Terapia Comunitária como estratégia de intervenção para o empoderamento de usuários de CAPS em processo de alta**. 2016. 276 f. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

URSS. **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE**. Alma-Ata, 1978

## PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE HOSPITALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

*Data de aceite: 27/11/2019*

**Maria Ancelma de Lima e Silva**

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

**Amanda Vilma de Oliveira Lacerda**

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

**Ana Carolina Oliveira de Freitas**

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

**Maiara Bezerra Dantas**

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

**Karina Ellen Alves de Albuquerque**

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

**Francisco Ayslan Ferreira Torres**

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

**Milena Silva Ferreira**

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

**Bruna Letícia Olimpio dos Santos**

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

**Sara Éllen Rodrigues de Lima**

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

**Adriana de Moraes Bezerra**

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

**Natana de Moraes Ramos**

Universidade Regional do Cariri, Iguatu- Ceará

**Naanda Kaanna Matos de Souza**

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - Ceará

**RESUMO:** Os cuidados paliativos são definidos como medidas que aumentam a qualidade

de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam uma doença terminal por meio da prevenção e alívio do sofrimento. O objetivo desta pesquisa é revisar na literatura o perfil de pacientes internados em unidades hospitalares de cuidados paliativos. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Para seu desenvolvimento adotou-se as seguintes etapas: identificação da questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e; apresentação da revisão. Em seus resultados, predominaram estudos realizados nos Estados Unidos, que trazem como principais receptores de cuidados paliativos indivíduos diagnosticados com neoplasias, do sexo masculino e idade avançada com prognóstico inferior ou igual a três meses. Contudo, pode-se observar que a assistência paliativa é prestada a pacientes que possuem um grande desequilíbrio biológico e que possuem um prognóstico negativo, estendendo seu sofrimento aos familiares, devendo ofertar ao cliente uma assistência holística que abranja todas as necessidades. Conclui-se que a implantação de uma assistência paliativa é de extrema relevância para indivíduos em condição de sofrimento, independentemente

de seu diagnóstico clínico, porém para que tal prática seja ofertada nas instituições hospitalares faz-se necessário que disponham de profissionais preparados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado paliativo; Promoção em Saúde; Hospital.

## PATIENT PROFILE IN THE HOSPITAL UNIT OF PALLIATIVE CARE: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

**ABSTRACT:** Palliative care is defined as measures that increase the quality of life of patients and their families facing a terminal illness, through the prevention and relief of suffering. The objective of this research is to review the literature the profile of patients admitted to hospitals for palliative care. This study deals with an integrative literature review. Where to build it was adopted the following steps for the construction of this review: identification of the research question; establishment of inclusion and exclusion criteria; categorization of studies; assessment of included studies; interpretation of the results and; presentation of the review. Where its results were prevalent studies in the United States, and bring as main recipients of palliative care individuals diagnosed with cancer, male and elderly with lower prognosis than or equal to three months. However, it may be noted that palliative care is provided to patients who have a large biological imbalance and have a negative prognosis, extending their suffering to family members that care must offer the customer a holistic assistance covering all the needs of the individual. It was concluded that the implementation of palliative care is extremely important for individuals suffering condition, regardless of their clinical diagnosis, but that the practice is offered in hospitals it is necessary that the institutions have prepared professionals.

**KEYWORDS:** Palliative care; Health Promotion; Hospital.

### 1 | INTRODUÇÃO

Denomina-se Cuidados Paliativos a abordagem ou tratamento voltado para melhorar a qualidade de vida de pacientes acometidos por doenças que ponham em risco a continuidade da vida, como também de seus familiares. Há, nesses cuidados, a avaliação e controle impecável não apenas da dor, mas de todos os aspectos da vida do indivíduo nas diferentes esferas: social, emocional e espiritual (FERRO, 2013; OMS, 2002).

Os cuidados paliativos são ofertados a partir de princípios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que são baseados nas especialidades clínicas e intervenções terapêuticas que possam ser ofertadas ao paciente terminal (MATSUMOTO, 2012).

A OMS e a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (AMCP), afirmaram que mais de 20 milhões de pessoas precisam desse tipo de tratamento todos os anos, no

entanto, apenas 10% dos que precisam dos cuidados paliativos no mundo recebem o tratamento. Estes cuidados são voltados para uma filosofia que os leva a afirmar a vida e encarar a morte, no dia a dia da assistência. Não tratam de adiamento ou de prolongação da morte, mas do alívio da dor ou quaisquer outros sintomas, por meio de suporte ao paciente e sua família. Por esta razão, esses cuidados são vistos como uma questão fundamental de saúde pública (PAULA et al, 2013).

Ainda se tem pouca disseminação a respeito dessas práticas, como também são poucos os estudos que abordam esta temática de modo geral, sendo a maioria das pesquisas voltadas para os cuidados oncológicos. Esses avanços garantem à população uma assistência planejada e completa no bem estar biopsicoespiritual e no controle dos sintomas de sofrimento garantindo ao paciente uma morte digna (SCHRAMM, 2012).

Nesse sentido, questiona-se: Qual o perfil de saúde dos pacientes internados em uma unidade hospitalar de cuidados paliativos? Apresentando como finalidade a revisão na literatura mundial das informações acerca do perfil de pacientes internados em cuidados paliativos.

Com base nas informações supracitadas, justifica-se o interesse no desenvolvimento de estudos na temática de cuidados paliativos, principalmente porque a região centro-sul do estado do Ceará não dispõe de unidades voltadas para o cuidado paliativo, limitando assim o campo de estudo, tornando a disseminação científica desta temática reduzida.

É extremamente relevante a identificação do perfil de clientes que se encontram em cuidados paliativos, pois permite conhecer informações relevantes em relação ao direcionamento da assistência diante da visão do cuidar, aproximando do mundo popular, agregando, no campo da saúde, propostas que permitam retomar o indivíduo uma condição de dignidade perante o processo de morte, adicionando ao cliente e a família uma situação de consciência sobre sua condição de vida. Este estudo permitirá ainda a realização de uma comparação entre o perfil de pacientes em cuidados paliativos a nível mundial e local, permitindo identificar os pontos que necessitam ser fortalecidos e incluídos na região que não dispõe de um campo voltado para prestação de uma assistência paliativa.

## 2 | OBJETIVOS

O presente estudo objetiva revisar na literatura o perfil de pacientes internados em unidades hospitalares de cuidados paliativos

### 3 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas, permitindo fazer reflexões sobre a realização de futuros estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

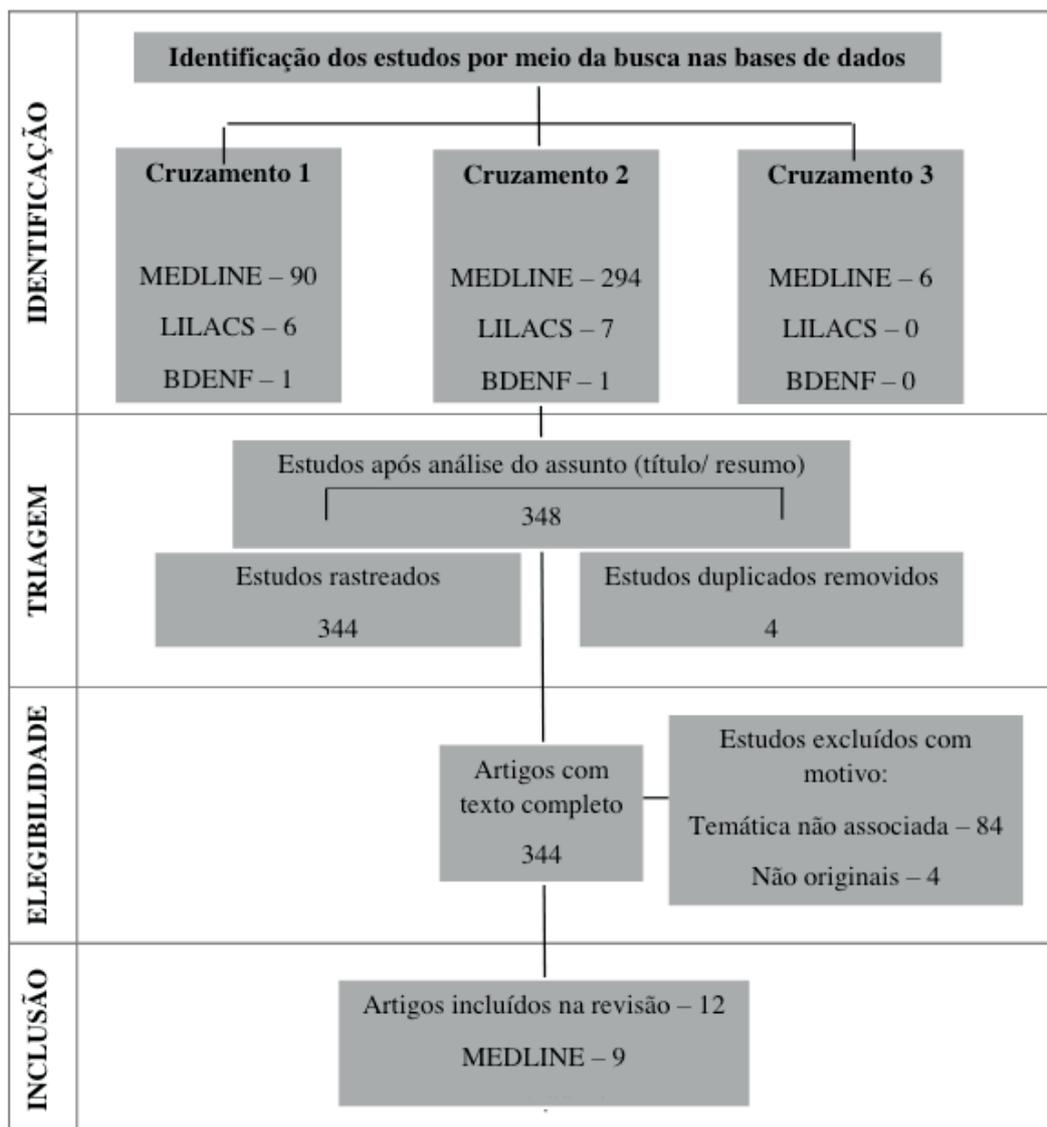
Como indicado por Mendes, Silveira e Galvão (2008), adotou-se as seguintes etapas para a construção desta revisão: 1) identificação da questão norteadora; 2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados e; 6) apresentação da revisão.

A questão norteadora da presente revisão foi: “Qual o perfil de saúde de pacientes internados em uma unidade hospitalar de cuidados paliativos?” Para a formulação de tal pergunta, utilizou-se a estratégia População, Variável de interesse e Outcomes ou Desfecho (PVO) para busca dos artigos.

A pesquisa ocorreu nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados em Enfermagem (BDENF) e Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS), nos meses de março a maio de 2016, utilizando o método de busca avançada e a categoria título, resumo e assunto. Aplicou-se para a busca descritores controlados de assunto do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual de Saúde – BVS.

Foram feitos três cruzamentos em cada base de dados com operadores booleanos para associação dos descritores como estratégia de busca: 1) *palliative care AND health profile*; 2) *palliative care AND inpatients*; 3) *palliative care AND inpatients AND health profile*. Após os cruzamentos, foram aplicados os filtros texto completo disponível; entre os anos 2006 e 2016; nas línguas inglês, espanhol e português e somente artigos.

Utilizou-se o instrumento *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA) (MOHER et al., 2009) para demonstrar o processo de busca e seleção dos estudos conforme as figuras a seguir:



Após o processo de filtragem obteve-se de cada cruzamento nas respectivas bases de dados: MEDLINE 90, 294, seis; LILACS seis, sete, zero; BDENF um, um, zero e IBICS um, dois, zero; perfazendo 408 referências. Procedeu-se a leitura prévia dos estudos para a identificação de associação com a temática através das informações contidas no título e resumo, sendo selecionados para leitura na íntegra 348 estudos, dos quais quatro foram removidos por duplicidade nas bases de dados, totalizando 344 referências.

Os 344 artigos selecionados foram analisados segundo o critério de inclusão: 1) versar sobre a temática pacientes internados em cuidados paliativos hospitalares. Adotou-se como critérios de exclusão: 1) ser estruturado no formato de editoriais, comentários, comunicações breves, artigos de reflexão e de revisão de literatura, documentários, ensaios, resumos de teses, resenhas e relatos de experiência, 2) não estar disponível gratuitamente e 3) não responder à questão norteadora proposta.

Após leitura na íntegra, quatro artigos não originais, 244 não estavam disponíveis gratuitamente e 84 que não responderam à pergunta de pesquisa foram

excluídos, sendo a amostra final composta por 12 estudos, dos quais nove são da MEDLINE e três da LILACS, não ficando nenhum artigo das outras bases de dados.

Na compilação dos dados, adotou-se o software Excel 2016. As variáveis numéricas foram absoluta e percentual de incidência na população em estudo avaliados.

## 4 | RESULTADOS

Foram avaliados 12 artigos que foram caracterizados de acordo com o título e ano da publicação, a base de dados e o periódico, local de desenvolvimento da pesquisa, os objetivos e desenho do estudo, assim como quem são os participantes e resultados encontrados nas pesquisas utilizadas. Essas características encontram-se concisas nos quadros 1 e 2, na página a seguir.

Observou-se que os estudos caracterizados, pertencem às bases de dados MEDLINE e LILACS, a maioria dos estudos foram desenvolvidos nos EUA (46,6%), Alemanha (16,6%), Brasil (16,6%), Bélgica (8,3%), Grã-Bretanha (8,3%) e Chile (3,6%). Estes estudos foram publicados em periódicos que abordam a área de Cuidados Paliativos, seguidos por os que tratam os cuidados oncológicos e os da área de medicina. Essa pesquisas trazem como característica comum seus objetivos que em síntese buscam traçar o perfil de pacientes em cuidados paliativos, e por meio dos resultados conseguiram explicar quem são estes pacientes.

Na análise dos estudos, quanto a idade dos participantes, compreendeu o estabelecimento de cuidados paliativos para pessoas com idade média de 62 anos à 63 anos. A idade máxima documentada foi 97 anos e a mínima 12 anos, sendo uma variável bastante abrangente, porém esses dados confrontam quanto aos de indicação de cuidados paliativos que prevalece entre 60 e 76 anos (PARIS; MORRISON, 2014; FARIA et al., 2015; MEFFERT et al., 2016).

No que diz respeito ao sexo, a prevalência relativa foi do sexo masculino quanto as de indicações de cuidados paliativos, aparecendo em 75,5% avaliados (PARIS; MORRISON, 2014; FARIA et al., 2015; MEFFERT et al., 2016).

Quanto ao número de pacientes que tiveram indicações de cuidados paliativos, apareceram em 72,73% dos estudos avaliados pacientes diagnosticados com neoplasias, em seguida são citados nos artigos analisados aqueles que apresentam doenças do sistema neurológico totalizando 63,63% seguidos pelas doenças cardiológicas que aparecem em 45,45% das pesquisas utilizadas, como sendo uma problemática indicativa de cuidados paliativos (ERLENWEIN et al., 2014; PARIS; MORRISON, 2014; FARIA et al., 2015; MEFFERT et al., 2016).

Outra causa significativa são as doenças renais citadas em 36,36% das

pesquisas utilizadas, as doenças hepáticas também são abordadas em 36,36% dos artigos, sendo que 27,27% das pesquisas em análise doenças respiratórias, como fator indicativo para CP (FARIA et al., 2015; MEFFERT et al., 2016).

Diante do exposto vale ainda ressaltar que 18,18% desses estudos relatam que os clientes que requerem cuidados paliativos são aqueles que encontram-se com estado geral comprometido, apresentando complicações em dois ou mais sistemas (LIMA; NUCCI, 2011; FARIA et al., 2015).

Os CP são indicados para o controle de sintomas para o qual não existe mais um tratamento resolutivo, destes o principal sintoma é a dor presente em 36,36% dos estudos utilizados em seguida foi visto a presença de deambulação prejudicada ou ausente em 18,18% das pesquisas, perda de peso progressiva em 18,18% artigos estudados, outra manifestação clínica presente em 18,18% das pesquisas em análise é a dificuldade de concentração, assim como fadiga relatada em 18,18% dos estudos (LIMA; NUCCI, 2011; BEKELMAN et al., 2011; ERLLENWEIN et al., 2014; FARIA et al., 2015).

A dispneia também é uma manifestação citada em 18,18% dos casos, ainda pode-se considerar como sintomas encontrados em pacientes em CP, desorganização dos pensamentos em 9,09% dos estudos, alteração de consciência presente em 9,09% das pesquisas, os estudos avaliados apresentaram ainda como sintomas boca seca e constipação também em 9,09% dos artigos (e autocuidado limitado em 9,09% dos artigos, a dificuldade da fala encontrada em 9,09% dos estudos analisados, além da perda de memória, problemas psicológicos, mau humor e ansiedade que são manifestações clínicas citadas em 9,09% das pesquisas utilizadas. Diante desses dados sugere a necessidade de planos de tratamento individualizado que levem em conta cada estágio da doença e suas complicações (BURTON et al., 2010; LIMA; NUCCI, 2011; BEKELMAN et al., 2011; FARIA et al., 2015).

Quanto ao prognóstico a predominância das doenças relacionados a prestação de cuidados paliativos a maioria dos estudos (DESMEDT et al., 2011) trazem que foi entre 3 e 6 meses, estando entre os parâmetros já esperados. Quando se trata de pacientes oncológicos o prognóstico é inferior a um ano.

## 5 | DISCUSSÃO

Os cuidados paliativos encontram-se mais presentes em países desenvolvidos, pois são geralmente implantados em grandes centros hospitalares. Um dos motivos para a oferta desses cuidados em países desenvolvidos é o fato do crescente número de doenças crônicas não transmissíveis, assim como do envelhecimento populacional. (SILVA; HORTALE, 2006).

A prática paliativa surgiu na Inglaterra na década de 60, tendo como precursora *Cicely Saunders*, sendo expandida para Canadá, Estados Unidos e mais recentemente por toda a Europa, com o objetivo de chamar à atenção do sofrimento dos enfermos terminais para a falta de respostas dos serviços de saúde e para a especificidade de cuidados que teriam de ser concedidos a esta população (FIGUEREDO, 2011).

Os dados referentes à faixa etária para pacientes em cuidados paliativos foram semelhantes na maioria dos estudos avaliados, em que a idade prevalente foi acima de 60 anos, devido ao processo de transição demográfica e epidemiológica que o mundo está vivenciando e pela prevalência de doenças crônicas na população idosa (BRONDANI et al., 2014). O sexo masculino foi citado como público principal, informação que se opõe aos dados que apontam a expectativa de vida, visto que a prevalência de doenças crônicas nos idosos atinge 69,3% em homens e 80,2% em mulheres (SOUZA; DIAS, 2015).

Nas análises, observou-se que as principais doenças indicativas de cuidados paliativos são as oncológicas e as neurológicas. As doenças oncológicas configuram-se na atualidade como uma das principais causas de morte e hospitalização, causando nos indivíduos distúrbios em diversos sistemas corpóreos, debilidade física e emocional, fazendo com que esses pacientes necessitem de cuidados que amenizem seu sofrimento (VERAS, 2013).

É visto ainda que a condição neoplásica não afeta apenas o paciente, mas é uma condição que remete à família fatores estressante. Isso impõe ainda mais a necessidade paliativa, direcionando-a principalmente a pacientes oncológicos, característica esta que explica o porquê dos estudos serem voltados para pacientes neoplásicos (AVANCI et al., 2009).

Estudos analisados trazem que as principais indicações para esses cuidados são para doenças cardiológica, neurológica, respiratória; demencial, hepática, neoplásica e renal (BEKELMAN et al., 2011; DESMEDT et al., 2011; LIMA; NUCCI, 2011; FARIA et al., 2015; MEFFERT et al., 2016). Pacientes com essas doenças possuem necessidades de cuidado diferentes pois, muitas vezes, têm comprometimento cognitivo, resultando em sintomas de desconforto relacionados com sua condição, com duração e intensidade muito variáveis.

Os cuidados paliativos geralmente são destinados à enfermos que cumulativamente não têm expectativa de tratamento curativo, que têm rápida progressão da doença, que encontra-se em aflição intensa, e que são dotados de problemas e de necessidades dificilmente resolutivas (DIAS, 2012).

Contudo, observou-se que, apesar da grande representação das neoplasias para cuidados paliativos, a cada dia estes cuidados estão sendo utilizados em outros distúrbios sistêmicos, como cardiopatias, problemas respiratórios, renais e

hepáticos, com o objetivo de amenizar o sofrimento humano.

Neste contexto os cuidados paliativos não devem ser associados apenas a pacientes em fase terminal e agônica, mas serem realizados em todo e qualquer caso em que os tratamentos sejam falhos e que haja sofrimento psíquico, devendo existir uma permanente ligação entre as intervenções curativas e paliativas, com acessibilidade permanente a estes dois tipos de intervenções desde o início do processo da doença (SOUZA, 2014), além do que esses cuidados têm, em seus principais objetivos, a busca ativa de medidas que suavizem os sintomas angustiantes como, por exemplo, a dor (BURLÁ; LIGIA, 2014).

Os estudos trazem cinco sintomas ao qual ocorrem com mais frequência, em cerca de 50% dos pacientes em cuidados paliativos, que são eles: fadiga, dor, falta de energia, fraqueza e anorexia (CURROW, 2010).

Diante dos pressupostos faz sentido a grande relevância do desenvolvimento de um plano de tratamento individualizado, sintoma orientado que deve beneficiar com a inclusão e adaptação dos familiares e dos cuidadores no curso da doença, para que estejam proporcionando, de maneira integral, o conforto e o bem estar ao paciente, que muitas vezes encontra-se com diversos sintomas angustiantes. E para isto faz-se necessário uma boa comunicação entre todos os envolvidos, na busca de compreender o paciente em sua condição limitada, porém com uma visão ampla (FERREIRA, 2013b).

Portanto, os cuidados paliativos são oferecidos no estágio inicial do curso de uma doença progressiva, avançada e incurável e não somente no fim da vida e eles devem ser aplicados ao paciente num *continuum*, par e passo com outros tratamentos pertinentes ao seu caso, a partir do diagnóstico de uma doença incurável e progressiva (BURLÁ; LIGIA, 2014).

A recomendação é de que, quando a morte é iminente, terapias curativas devem ser evitadas durante o momento de assistência a este paciente, passando-se a ter como meta os cuidados paliativos que se concentram em reduzir as causas de angústia, sofrimento e alívio da dor (WORMLAND, 2008).

Na assistência durante a prestação dos cuidados paliativos o conhecimento técnico sobressai a competência humanitária no exercício da humildade e da humanização para perceber o limite da vida. Sendo que as medidas não visam o prolongamento artificial da vida, mas sim proporcionam o conforto e condições dignas de vida até o momento da morte (BURLÁ; LIGIA, 2014).

Contudo, pode-se observar que a assistência paliativa é prestada a pacientes que possuem um grande desequilíbrio biológico e que possuem um prognóstico negativo, estendendo seu sofrimento aos familiares, esse cuidado deve ofertar ao cliente uma assistência holística que abranja todas as necessidades do indivíduo. Porém, foi visto que estratégia é mais característica de países desenvolvidos,

devido a gama de recursos e infraestrutura que estes possuem, além da preparação dos profissionais da saúde, deixando explícita a necessidade de atualizações para implantação desse cuidado.

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos surgem nesse cenário de doenças que apresentam prognósticos negativos e causam aflição não apenas no paciente, mas também à família, a fim de amenizar o sofrimento, levando dignidade até o momento da morte.

No entanto, observou-se que apesar da disseminação do cuidado paliativo, este ainda é uma prática de países desenvolvidos que possuem uma assistência à saúde que aborda não só as necessidades do paciente, mas também a família até o período de luto.

Esta prática pode ser vista como um reflexo da preparação que os profissionais recebem a respeito dos métodos paliativos, explicando também a gama de estudos realizados nesses países, que além de influenciar a implantação desse cuidado, mantém os profissionais atualizados, explicitando um amplo contraste com a realidade brasileira, que ainda oferta uma assistência paliativa restrita e número de estudos abordando a temática limitado, tornando os profissionais despreparados para esse cuidado.

Diante disso, observa-se no âmbito nacional a necessidade de maior investimento em unidades de cuidados paliativos e na capacitação dos profissionais para desempenharem esse cuidado.

Apesar do alcance do objetivo da pesquisa, observou-se nos estudos uma limitação na temática abordada, visto que alguns estudos utilizados traziam características indicativas de cuidados paliativos de maneira fragmentada ou incompleta.

Destarte, conclui-se que a implantação de uma assistência paliativa é de extrema relevância para os indivíduos em condição de sofrimento, independentemente do diagnóstico clínico, porém se faz necessário que as instituições disponham de uma equipe multiprofissional capacitados para identificar necessidades paliativas dos pacientes e a assistência seja ofertada de forma integral.

## REFERÊNCIAS

AVANCI, B.S. et al. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 4, p. 708-16, 2009.

BEKELMAN, D.B; NOWELS, C.T; RETRUM, J.H; ALLEN, L.A; SHAKAR, S; HUTT, E; HEYBORNE, T; MAIN, D.S; KUTNER, J.S. Giving Voice to Patients' and Family Caregivers' Needs in Chronic Heart Failure: Implications for Palliative Care Programs. **Journal of Palliative Medicine**. v.14, n.12

BRONDANI, C.M. et al. Caracterização de pacientes dependentes de tecnologias de um serviço de internação domiciliar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, p. 689-699, 2014.

BURLÁ C; LIGIA PY. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.6, p.1-3, 2014.

CHRISTOPHER R. BURTON, SHEILA PAYNE, JULIA ADDINGTON-HALL, AMANDA JONES. The palliative care needs of acute stroke patients: a prospective study of hospital admissions. **Age and Ageing**. v. 39, n.5, p. 554–559, 2010.

CURROW, D.C et al. Planning phase III multi-site clinical trials in palliative care: the role of consecutive cohort audits to identify potential participant populations. **Support Care Cancer**. v.18, p.1571–1579, 2010.

DE FARIA, J. A. M. et al. Perfil dos pacientes com indicação de cuidados paliativos internados no Hospital Júlia Kubistchek–FHEMIG. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 1, p. 25-29, 2015.

DESMEDT, M.S; KETHULLE, Y. L DE LA; DEVEUGELE, M.L; KEIRSE, E.A; PAULUS, D.J; MENTEN, J.J; SIMOENS, S.R; BERGHE, P.J.V; BEGUIN, C.M. Palliative inpatients in general hospitals: a one day observational study in Belgium. **BMC Palliative Care**. v. 10, n.2, 2011.

DIAS, A.S.S. **Referenciação para unidades de internamento de cuidados paliativos portuguesas: quando?, quem? e porquê?**, 2012, 127f. Mestrado (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Portugal, 2012.

ERLENWEIN, J. et al. Characteristics of a palliative care consultation service with a focus on pain in a German university hospital. **BMC palliative care**, v. 13, n. 1, p. 45, 2014.

FERREIRA, S.M.D. Cuidados Paliativos: o necessário para o idoso com acidente vascular encefálico. **Revista Kairós Gerontologia**, 2013b.

FERRO, L. P. B. Perfil de pacientes em cuidados paliativos atendidos em empresa de internação domiciliar em Salvador-Bahia. **Pôster**. S.O.S.Vida - Inovando em Saúde - Salvador-Ba, 2013.

FIGUEREDO, V.K. Cuidados paliativos: evolución y desarrollo en cuba. **Enfermería Global**, v. 10, n. 21, p. 0-0, 2011.

LIMA, N.M.F.V; NUCCI, A. Clinical attention and assistance profile of patients with amyotrophic lateral sclerosis. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** v,69 n.2ª, p. 170-175. Apr, São Paulo. 2011.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, v. 2, p. 23-24, 2012.

MEFFERT, C. et al. Identification of hospital patients in need of palliative care—a predictive score. **BMC palliative care**, v. 15, n. 1, p. 21, 2016.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** vol.17, n.4, pp.758-764, 2008.

MOHER, D. et al. **PRISMA Group**: Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. **BMJ**. v.339, p.2535, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados Paliativos da OMS**: gerenciamento de sintomas e cuidados em fim de vida, 2002. <http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/genericpalliativecare08Wok>

PARIS, J; MORRISON, R. S. Evaluating the effects of inpatient palliative care consultations on subsequent hospice use and place of death in patients with advanced GI cancers. **Journal of oncology practice**, v. 10, n. 3, p. 174-177, 2014.

PAULA, C.C. et al. Cuidado paliativo em Oncologia: estudo de revisão da literatura. **Rev enferm UFPE**, Recife, v.7, n.1, p.246-61, jan., 2013.

SCHRAMM, F.R. Finitude e bioética do fim da vida. **Rev Bras Cancerol**, v. 58, n. 1, p. 73-8, 2012.

SILVA, R.C. F.; HORTALE, V.A.I. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cadernos de saúde pública**, v. 22, n. 10, p. 2055-2066, 2006.

SOUZA, F.; DIAS, A.M. Condição multidimensional de saúde dos idosos inscritos na estratégia saúde da família. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 4, p. 73-77, 2015.

SOUZA, I.C.P. et al. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 164-180, 2014.

VERAS, R.P. et al. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 16, n. 2, p. 385-392, 2013.

WORMLAND, B. et. **Therapiezieländerung und Palliativmedizin beim schweren Schlaganfall Neurolo**

## NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS E QUALIDADE DE VIDA EM HOMENS EM CIRURGIA ONCOLÓGICA

Data de aceite: 27/11/2019

### Ana Angélica de Souza Freitas

Hospital de Câncer I – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva INCA. Rio de Janeiro. RJ. Brasil. E-mail: souzaaafreitas@yahoo.com.br

Doutoranda. DEMC- EEAN-UFRJ. Brasil.

### Maria José Coelho

Profa. Dra. DEMC- EEAN-UFRJ. Brasil  
Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil.  
E-mail: zezecoelho@yahoo.com.br

**RESUMO:** **Objetivo:** Identificar as necessidades básicas afetadas em homens em cirurgia oncológica e a influência na qualidade de vida. Adotou-se a Teoria das necessidades humanas básicas de Horta. **Método:** Exploratório, descritivo, qualitativo. Ambulatório de Enfermagem, instituição pública no Rio de Janeiro. Participantes 25 homens em tratamento cirúrgico. Aprovação CEP nº52647116430015274. Coleta de dados março - maio de 2016, entrevista semiestruturada. Submetidos os dados pela técnica de análise de conteúdo, seguindo sistematização em temas e categorias. **Resultados:** Conforme o nível de hierarquia da Teoria de Horta com as

necessidades psicobiológicas; psicossociais e psicoespirituais emergiram três categorias, as necessidades básicas afetadas no sono e repouso, lazer e filosofia de vida, evidenciou-se que as necessidades humanas afetadas teve influência na qualidade de vida. **Considerações Finais:** Identificação das necessidades básicas afetadas compõe uma rede de conhecimentos e habilidades na prática de Enfermagem no planejamento do cuidado que exige resolução efetiva para reverta desequilíbrio em equilíbrio. **PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do Homem, Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde, Qualidade de Vida.

**PALABRAS CLAVES:** Salud del Hombre, Necesidades y Demandas de Servicios de Salud, Calidad de Vida

**KEYWORDS:** Men's Health, Health Services Needs and Demand, Quality of Life

### INTRODUÇÃO

A cirurgia, como um dos tratamentos para o câncer de cabeça e pescoço, constitui-se numa modalidade terapêutica com remoção do câncer e das margens adjacentes de

tecido normal e atenção as alterações estruturais, funcionais e estéticas, pois, o tratamento cirúrgico pode ser utilizada com intenção curativa e paliativa<sup>(1)</sup>.

O homem com neoplasia de boca apresenta-se com características distintas, pois o tratamento cirúrgico acarreta alterações de aspectos funcionais e estéticos, pois, a região da face constitui o sítio anatômico de funções básicas como a fala; a deglutição e a respiração, que são de importância vital para o paciente<sup>(2)</sup>. Nesse sentido, a construção do saber na Enfermagem torna-se necessária, para que as necessidades humanas básicas psicobiológicas; psicossociais e espirituais sejam atendidas.

No mundo em 2030, a estimativa global será de 21,4 milhões de novos casos de câncer e 13,2 milhões de morte em consequência do crescimento e do envelhecimento da população mundial<sup>(3)</sup>. No Brasil a estimativa para o ano de 2017 aponta a ocorrência de 596 mil novos casos de câncer e haverá 11.140 novos casos em homens e 4.350 novos casos em mulheres com câncer de boca<sup>(4)</sup>. Neste enfoque, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem objetivo de cuidado com as características direcionadas ao homem qualificar o cuidado a saúde. A política traz contribuições sobre para a assistência e consolidação no cuidado a população masculina brasileira<sup>(5)</sup>.

As necessidades podem ser compreendidas com o conhecimento da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, Horta determina e deixa evidentes as prioridades de cuidado ao paciente, para organização do cuidado contribuindo para o cuidado individualizado<sup>(6)</sup>.

A contribuição dessa pesquisa está na busca de conhecimento técnico científico e na compreensão das necessidades humanas básicas afetadas no que concerne à assistência; ao ensino; a pesquisa e a saúde do homem, com uma nova proposta de cuidar, para planejar um cuidado, estruturado que atenda as necessidades de saúde da população masculina.

Assim, objeto de estudo, homens em tratamento cirúrgico oncológico e as necessidades básicas afetadas.

Com intuito de levantar a influencia das necessidades básicas afetadas do tratamento cirúrgico oncológico na qualidade de vida dos homens com câncer de boca, propomos esse estudo que tem como objetivo identificar as necessidades básicas afetadas em homens depois do tratamento cirúrgico oncológico e sua influência na qualidade de vida.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA - NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS, EM HORTA**

Necessidade significa característica daquilo que é necessário, admitindo as seguintes acepções necessidade física; determinação de um encadeamento causal

relação em que uma mesma causa determina sempre um mesmo efeito, trata-se da necessidade tal qual existe no mundo físico, material<sup>(7)</sup>.

Necessidades Humanas Básicas são estados de tensões conscientes e inconscientes resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos e vitais. Estas necessidades tem características de serem: vitais; latentes; flexíveis; cíclicas; dinâmicas; inter-relacionadas; hierarquizada; tem peculiaridades individuais; são universais, podem ser verbalizadas ou não; conscientes; diferenciando-se apenas pela maneira de manifestar-se e de satisfazê-la<sup>(6)</sup>.

Na prática de cuidar em Enfermagem, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta, teve como um dos pressupostos a Teoria da Motivação Humana, no desenvolvimento da Teoria, Horta optou por criar uma nova classificação para as necessidades humanas, preferindo a denominação de João Mohana, nomeando-as em três níveis: psicobiológicas; psicossocial e psicoespiritual, nessa classificação existem trinta e seis necessidades que se manifestam no ser humano através de sinais e sintomas, que foram denominados como problemas de enfermagem.

Os problemas de enfermagem são as condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo; família e comunidade, e que exigem da enfermagem resolução efetiva.

Vários fatores podem interferir na manifestação e atendimento das necessidades, como gênero; cultura; escolaridade; ciclo saúde doença cuidado; fatores socioeconômicos e ambientais e nos estados de equilíbrio dinâmico não se manifestam, podendo surgir quando estão em estado latente de acordo com o desequilíbrio instalado.

Dessa forma, o conceito de necessidades humanas torna-se fundamental para o planejamento de cuidados e, em Horta, assume características da classificação hierárquica apresentada com três níveis:

- **Necessidades psicobiológicas:** aquelas relacionadas com o corpo físico do indivíduo, tais como oxigenação; alimentação; eliminação; sono, repouso e higiene dentre outras.
- **Necessidades psicoespirituais:** são aquelas que derivam dos valores e crenças dos indivíduos, tais como: opção por uma maneira de encarar a doença e o tratamento; apoio espiritual dos que compartilham suas crenças e espaço para expressar suas crenças,
- **Necessidades psicossociais:** aquelas relacionadas com convivência com os outros seres humanos, como em família; nas instituições sociais e políticas; desde ter direito a privacidade; ao lazer; ao trabalho; a participação em grupos de vivência e partidos políticos.

Nesse contexto, a pesquisa relaciona-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas com a Enfermagem e o cuidado a saúde do homem, buscando compreende-

la, pois, o ser humano apresenta-se em constante equilíbrio e desequilíbrio no cuidado à saúde.

## MÉTODO

Estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. O cenário foi no ambulatório de Enfermagem de cirurgia de cabeça e pescoço do Hospital de Câncer I do Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva, Ministério da Saúde, Município do Rio de Janeiro, Brasil. Presta assistência oncológica em todas as modalidades de tratamento clínico e cirúrgico as pessoas com câncer no país. Os participantes foram 25 homens adultos em tratamento cirúrgico. Os homens que não atenderam aos critérios de inclusão, como estarem em tratamento cirúrgico exclusivo, não participou da pesquisa.

Todos os requisitos éticos propostos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde Brasil, foram respeitados<sup>(8)</sup>. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva, sob o nº 52647116430015274 em fevereiro de 2016.

Iniciou a coleta de dados, os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, resguardando sua autonomia e anonimato, foram identificados por códigos, como H1, H2,. O período foi de março a maio de 2016 nos turnos da manhã e tarde para cobrir todos os horários de atendimento no ambulatório de Enfermagem, e como instrumento de coleta de dados foi utilizado roteiro de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Os dados coletados foram analisados, pela técnica de análise de conteúdo<sup>(9)</sup>, seguindo-se a sistematização em temas e categorias temáticas.

## RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram analisados e apresentados no Quadro 01, conforme o nível de hierarquia das Necessidades Humanas Básicas, em Horta como as necessidades psicobiológicas; psicossociais e psicoespirituais que emergiram na construção de três categorias temáticas: necessidades básicas afetadas no sono e repouso, no lazer e necessidades básicas psicoespirituais não afetadas na filosofia de vida.

Necessidades humanas básicas	Necessidades básicas afetadas	Influência na qualidade de vida
<b><i>Psicobiológicas</i></b>	<b><i>Psicobiológicas</i></b>	
Sono e repouso	Desequilíbrio no padrão do sono, com insônia e cansaço.	Mudança na fisiologia do sono
<b><i>Psicossociais</i></b>	<b><i>Psicossociais</i></b>	
Lazer	Desequilíbrio nas atividades de lazer, com isolamento social e falta de motivação para sair de casa.	Repercussão no meio social e recreativo.
<b><i>Psicoespirituais</i></b>	<b><i>Psicoespirituais</i></b>	
Filosofia de vida	Desequilíbrio/equilíbrio da saúde espiritual, com estratégias de enfrentamento com valores de crenças e fé.	A dimensão espiritual permaneceu em harmonia em relação à qualidade de vida.

Quadro 1 – Apresentação das Necessidades Humanas Básicas em Horta e das necessidades básicas afetadas em homens em cirurgia oncológica. Hospital do Câncer I. Rio de Janeiro, 2016. Brasil.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

### **Categoria 1 – Necessidades básicas afetadas no sono e repouso**

Nessa categoria, caracterizou-se com a mudança na fisiologia do sono que compreende a relação com as necessidades psicobiológicas, evidenciou-se que os aspectos que mudaram o mecanismo regulador do sono foram: interrupção no meio da noite com intervalos de cochilos, insônia devido dor no ombro, ressecamento da cavidade oral, ansiedade e acordar muito cedo:

*[...] Não durmo bem à noite, cochilo e acordo várias vezes à noite de quatro à cinco vezes [...]H10*

*[...] A minha qualidade de vida mudou foi na parte do sono, tomo medicação diazepam para dormir, acordo cedo, mas mesmo à noite tem dias que não consigo dormir, aí preciso tomar remédio, comecei a tomar remédio para dormir depois que fiquei doente [...]13*

*[...] Tenho sono prejudicado devido à dor no ombro [...]H14*

*[...] Não tenho dormido, estou com problema sério de hora em hora tenho acordado com a boca seca corro para pegar água, a médica que me atendeu na cirurgia,*

*falou que tenho sinusite, durmo de boca aberta aí resseca [...] H16*

*[...] Quando venho para a consulta no hospital, a noite dar uma ansiedade que não consigo dormir, falei com a médica da ansiedade e não conseguir dormir, ía passar um remédio para dormir, perguntei se iria ficar dependente do remédio, falou para segurar, mas um pouco, acho que por isso, que meu corpo fica cansado e com pouca energia [...] H18*

Nos pacientes que realizaram procedimento cirúrgico oncológico por câncer de boca, todo o mecanismo regulador do sono foi alterado interferindo na qualidade de vida.

## **Categoria 2 - Necessidades básicas afetadas nas atividades de lazer**

No homem, o procedimento cirúrgico na boca na região da mandíbula gerou um desequilíbrio afetando a necessidades básicas psicossociais de lazer, manifestada pelo medo; restrições nas atividades de lazer; isolamento social pela aparência e falta de motivação:

*[...] Gostava de ir à praia, devido a aparência fico com vergonha, parei de ir, são coisas que dar para evitar [...]H9*

*[...] Fico com medo de fazer qualquer atividade. Fazia natação por causa da asma, a prótese na boca não veda direito, fico com medo de nadar e me engasgar, ando muito, vou a pé até o shopping Tijuca e volto, nadava duas vezes por semana uma hora e meia por dia, não nado mas [...] H13*

*[...] Existem momentos que não consigo manter o ritmo antigo, porque me dar falta de ar, se andar muito rápido fico um pouco cansado com falta de ar [...]H17*

*[...] Não vou a lugar nenhum, porque ainda não encontrei motivação para sair de casa, tenho alguns parentes que me chamam para ir à casa deles na piscina, mas não tenho vontade de ir, amigos que me chamam para jogar futebol parei de jogar[...]H18*

*[...] Não tenho uma vida normal, com algumas restrições, na atividade de lazer o esporte mudou, depois da cirurgia faço pezinho com um, dois quilos em casa liberado pela fisioterapeuta, gostava de mergulhar no mar, não posso mais, se mergulhar, como o mar bate muito a água vai bater na traqueostomia indo direto para o pulmão, somente posso nadar na piscina, deu certo, no mar não. [...] H19.*

Identificou-se que o tratamento cirúrgico influenciou na qualidade de vida dos homens em relação as necessidades básicas afetadas nas atividades de lazer, essas alterações repercutiu na vida do paciente no aspectos social mental e emocional, considerando que a recuperação completa de saúde de indivíduo não se resume somente nos aspectos biológicos mas também nos aspectos psicossociais e espirituais.

## **Categoria 3 – Necessidades básicas afetadas na filosófica de vida**

Essa categoria relaciona-se com as necessidade psicoespirituais de filosofia de vida que compreendeu com crenças espirituais a presença da fé, gratidão e

renascimento. No homem, o desequilíbrio da saúde espiritual foi caracterizado pelo enfrentamento para lidar com o diagnóstico de neoplasia de boca e o tratamento cirúrgico proposto, manifestaram uma filosofia de vida de valores simples com esperança e otimismo:

[...] Depois da cirurgia, foi um renascimento para mim, agradeço á Deus por isso e pela minha saúde [...] H04

[...] *O importante que estou vivo, comecei a sair no portão e depois na rua [...]* H10

[...] Se não morrer agora, vou morrer mais tarde, a questão é que vou lutar para viver, se não dê, um dia vou ter que morrer [...] H12

[...] *Não tenho o que reclamar, graças a Deus, está dando para levar à vida [...]* H13

[...] *Depois que fiz a cirurgia, nunca mais sentir dor. Deus é muito bom para mim [...]* H14

[...] *Estou tranquilo de bem com a vida, se a gente reclamar a coisa fica pior. Creio, se a agente reclamar da vida, vai procurar mais problemas [...]* H15

[...] *Tudo que acontece com nós e para nosso crescimento espiritual e pessoal. Serviu como uma ancora, pedia à Deus para me tirar do jogo de bicho desse meio. [...]* H17

Os homens buscaram uma dimensão de bem estar espiritual como forma de enfrentamento na recuperação no processo saúde doença cuidado com uma condição marcada por uma formação da vida o renascimento, paz, uma sensação de interligação com Deus a gratidão. Na hierarquia das necessidades humanas, o bem estar espiritual parece conotar a satisfação das necessidades além do nível da auto realização de ter conseguido o tratamento cirúrgico e a recuperação da saúde.

## DISCUSSÃO

O sono está estruturado em ciclos NREM-REM, que ocorrem por quatro ou cinco vezes no decorrer da noite, a fase dois que dura de 10 a 20 minutos, durante o ciclo inicial é considerado o verdadeiro sono fisiológico<sup>(10)</sup>. Significado de padrão do sono perturbado caracteriza-se pelo distúrbio com tempo limitado na quantidade ou qualidade do sono com suspensão natural, periódica da consciência, com dificuldades para adormecer, fatores psicológicos como pensamentos ruminantes pré-sono, ambientais interrupção para suprir necessidades básicas como beber água<sup>(11)</sup>.

Evidenciou-se nessa pesquisa que o tratamento cirúrgico oncológico influenciou o padrão do sono e repouso do homem interferindo na qualidade de vida.

Frente aos resultados, os cuidados de enfermagem para aquisição do hábito de sono saudável, a fim de proporcionar qualidade de vida aos homens em tratamento cirúrgico incluem: manter um horário regular para dormir e acordar; deitar somente quando estiver sonolento; levantar da cama quando não conseguir adormecer entre 15 e 20 minutos e ir para outro cômodo, permanecendo em atividade não estimulante até sentir sonolência, dormir apenas o necessário, realizar exercícios físicos regulares que estimulem o sono fazer um lanche leve antes de deitar, evitar comer alimentos considerados pesado, reduzir o nível de ruído e de luz, evitar cochilar durante o dia<sup>(12)</sup>.

O termo lazer caracteriza-se como um momento na qual o indivíduo satisfaz suas necessidades e anseios relacionados ao prazer de forma espontânea, não é necessariamente uma atividade, mas pode ser uma circunstância ou atitude que se refere a um campo específico da experiência humana, incluindo liberdade de escolha; criatividade; satisfação; diversão e aumento do prazer e da felicidade<sup>(13)</sup>. Atividades de lazer deficiente é o interesse diminuído nas atividades recreativas<sup>(11)</sup>.

Estudo evidenciou que os sentimentos positivos pode representar uma fuga da realidade, dos sentimentos negativos relacionados ao processo saúde doença cuidados, pois, a capacidade de alegrar-se, vivendo com prazer, além de liberar endorfinas que são relaxantes musculares, ativa o sistema imunológico<sup>(13)</sup>.

Para que o cuidado de enfermagem atenda à integralidade na saúde do homem, além da competência técnica e científica, faz-se necessário lidar com a subjetividade, a qual varia entre os indivíduos, mesmo entre aqueles que experiência a mesma enfermidade. O desequilíbrio das necessidades psicossociais nas atividades de recreação interferiu na qualidade de vida dos homens, visto que evitavam sair de casa devido a aparência, medo de voltar a natação dentre outras circunstâncias.

Dessa forma, as necessidades básicas afetadas de recreação devem ser atendidas requerendo um conhecimento além da questão de doença e corpo físico, mas programar um cuidado que obtenha um resultado efetivo como, incentiva-lo a identificar e verbalizar os pontos fortes pessoais com a intenção de retornar as atividades de recreação/lazer assim que possível.

O procedimento cirúrgico foi como marco de um recomeço na vida dos homens que buscaram forças nas energias Divinas, como estratégias de enfrentamento e superação com a cabeça erguida no tratamento cirúrgico oncológico. Estudo de Freitas<sup>(14)</sup> teve resultados similares de homens com traqueostomia por câncer de laringe, revelou que não se entregaram lutaram para viver. O agradecimento à Deus pela vida, conforto por não sentir mas dor; proporcionou um bem estar espiritual.

Espiritualidade é um marco para a nova era, especialmente a partir do momento em que as crenças religiosas e espirituais, têm demonstrado ser de forte impacto como estratégia no enfrentamento das diversas situações de desequilíbrio orgânico

e suporte na recuperação da saúde<sup>(15)</sup>. Nesse contexto, abre-se espaço para pensar o papel da espiritualidade na enfermagem.

Em 1988, Organização Mundial de Saúde (OMS), incluiu a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, remetendo as questões como significadas e sentido da vida, e não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa<sup>(15)</sup>.

Espiritualidade caracteriza-se em uma dimensão de cuidado, pois, deve-se reconhecer que os homens expressaram as necessidades espirituais de forma sutil e, por vezes, a neoplasia da boca e o tratamento cirúrgico configuram-se num contexto vivencial desencadeador de sofrimento humano, pois, a resposta ao processo de saúde-doença-cuidado deve ter um foco de atenção às necessidades de cuidado básico a dimensão psicoespiritual do homem.

De acordo com Martins<sup>(16)</sup> conclui que os cuidados nas dimensões espirituais aos pacientes em sofrimento emocional incluem: encaminhar para o líder espiritual; rezar/orar; respeitar as crenças pessoais; fomentar a fé; estar presente; aumentar a esperança; proporcionar música; ouvir com atenção; falar e apoiar; respeitar a dignidade e privacidade da pessoa como ser humano; incentivar a procura de significados; leitura; contato com familiares, amigos e natureza; toque terapêutico; meditação; imaginação guiada; humor e risos.

Por outro lado, os homens agradeceram aos familiares pela ajuda no cuidado com a vida e na recuperação da saúde, no processo de transição saúde-doença-cuidado numa relação de preocupação do familiar doente, um fator importante.

Os homens participantes dessa pesquisa adotaram a dimensão espiritual como forma de gratidão todos que os ajudaram de forma direta ou indiretamente na recuperação e no cuidado a saúde, pois as crenças e valores espirituais se modificam em resposta a doença e ao tratamento cirúrgico oncológico.

Logo, a Enfermagem sustentada inegavelmente em princípios éticos, exige que reconheça as suas competências em responder às necessidades de cuidado na dimensão espiritual, tal como Caldeira<sup>(17)</sup> exemplifica ao refletir acerca do rezar/orar enquanto cuidado, pois, o reconhecimento da equipe de enfermagem de si próprio é fundamental na atenção à dimensão espiritual do paciente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados compõem uma rede de conhecimentos técnicos científicos e habilidades para desenvolver o cuidado, que exige resolução efetiva, pois, identificação das necessidades básicas afetadas do homem, contribui na prática de Enfermagem no planejamento dos cuidados para reverte desequilíbrio em equilíbrio

A identificação das necessidades humanas básicas afetadas a saúde do

homem com neoplasia de boca em tratamento cirúrgico constitui-se na aplicação dos conhecimentos científicos combinando com criatividade, sensibilidade e reinventando os cuidados na prática de cuidado na Enfermagem numa contribuição para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem implantada no Brasil pelo Ministério da Saúde em 2008.

Esta pesquisa apresenta as limitações de uma pesquisa qualitativa, contextualizada no tempo de investigação e uma instituição, mas podem contribuir para direcionar na prática de cuidar, bem como os dados possibilitam reflexões a respeito da necessidade de cuidado específicos que afetam a saúde do homem com câncer de boca, e trazem implicações para a prática de Enfermagem; pesquisa; ensino; área da saúde; sociedade masculina e geral.

Com base nos achados da pesquisa, recomenda-se a continuação de pesquisas, a fim de ampliar os conhecimentos técnicos e científicos na área da Enfermagem e na saúde, com os elementos envolvidos no processo de cuidado à saúde do homem, tanto nas instituições de saúde quanto nas Unidades Básicas de Saúde, que visem não somente as necessidades psicobiológicas, mas também as necessidades psicossociais e as necessidades psicoespirituais.

## REFERÊNCIAS

1. Vendramini RCR, Silva EA, Ferreira KASL, Possari JF, Baia WRM. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3):827-32.
2. Volkweis MR, Bloes MC, Zanin R, Zamboni R. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer bucal em um CEO. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac Camaragibe. 2014; 14 (2) :63-70.
3. **American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2017. Atlanta: American Cancer Society; 2017**
4. Ministério da Saúde (Br) Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2017: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2016.
5. Ministério da Saúde (Br) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2008
6. Horta, WA. Processo de enfermagem. EPU: São Paulo; 1979.
7. Japiassú H, Marcondes D. Dicionário básico de filosofia. Editora: Jorge Zahar; 1996
8. Conselho Nacional de Saúde - CNS. Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012 - Regulamenta a Resolução N° 196/96 acerca das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [citado 2017 maio 17]. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

10. Barichello E, Sawada NO, Sonobe HM, Zago MMF. Qualidade do sono em pacientes submetidos à cirurgia oncológica. Rev Latino-am Enfermagem 2009; 17 (4) www.eerp.usp.br/rlae
11. North American Nursing Diagnosis Association. Nursing Diagnoses: definitions & classification, 2009-2011. Oxford: Wiley-Blackwell; 2008.
12. Hindi F, Dew MA, Albert SM, Lotrich FE, Reynolds CF. Preventing depression in later life: state of the art and science circa . Psychiatric Clinics of North American 2011; 34 (1): 67-78.
13. Dantas FRA, Ferreira LDO, Silva KAW, Alves JA. A contribuição do lazer no processo de hospitalização: um estudo de caso sobre os benefícios do projeto risoterapia. Licere 2014; 17 (2) 53-85
- 14 Freitas AAS. Os cuidados cotidianos aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.
15. World Health Organization – WHO. Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) 1998. Geneva. WHO; 1998.
16. Martins C. O enfermeiro e o alívio do sofrimento: uma revisão de literatura. Pensar Enfermagem. 2010; 11(1) 34-41.
17. Caldeira S, Branco Z C, Vieira M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. Revista de Enfermagem Referência. 2011; III (5) : 145-152

## O USO DE TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA EM UM PACIENTE COM LESÕES POR PRESSÃO: UM ESTUDO DE CASO

*Data de aceite: 27/11/2019*

**Ana Paula de Magalhães Barbosa**

Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ

**Claudia Labriola de Medeiros Martins**

Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ

**Maria Lúcia Ferreira dos Santos Fernandes  
Filha**

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ

**Rachel Cardoso da Silva**

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ

**Rosemary Bacellar Ferreira de Lima**

Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ

**RESUMO:** A terapia por pressão negativa é uma tecnologia assistencial não invasiva inovadora no tratamento de lesões, que viabiliza a cicatrização em casos de lesões cavitárias com excessiva produção de exsudato; em estagnação evolutiva; com elevado risco para sepse e em caso de risco de óbito em paciente viável. O objetivo deste estudo é avaliar os benefícios da terapia por pressão negativa no tratamento de LPP, através do acompanhamento de um paciente específico. Trata-se de um estudo de caso, do tipo descritivo, qualitativo, realizado por profissionais de enfermagem, no ano de 2017. Ao longo do acompanhamento pela equipe multiprofissional, após a instalação da

terapia por pressão negativa, notou-se um custo benefício satisfatório já que possibilitou menos exposição das lesões, menor manipulação externa, redução do tempo dispensado a cada troca dos curativos, proporcionou conforto ao paciente, e minimizou o quantitativo de material consumido, além de ter tido representação significativa no restabelecimento da saúde e antecipação da alta hospitalar. Revela-se, portanto, uma estratégia relevante para o tratamento de determinados tipos de lesão, limitando os danos e complicações ao paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome de Guillain-Barré; Lesão por pressão; Enfermagem

### THE USE OF NEGATIVE PRESSURE THERAPY IN A PATIENT WITH PRESSURE PORTIONS: A CASE STUDY

**ABSTRACT:** Negative pressure therapy is an innovative noninvasive assistive technology in the treatment of lesions, which enables healing in cases of cavitory lesions with excessive exudate production; in evolutionary stagnation; at high risk for sepsis and in case of risk of death in a viable patient. The aim of this study is to evaluate the benefits of negative pressure therapy in treating LPP by monitoring a specific patient. This is a descriptive and qualitative

case study conducted by nursing professionals in 2017. During the follow-up by the multidisciplinary team, after the installation of negative pressure therapy, a satisfactory cost benefit was noted. since it allowed less exposure of the lesions, less external manipulation, reduced time spent with each dressing change, provided comfort to the patient, minimized the amount of material consumed, and had a significant representation in the restoration of health and anticipation of hospital discharge. Therefore, it is revealed a relevant strategy for the treatment of certain types of injury, limiting the damage and complications to the patient.

**KEYWORDS:** Guillain-Barré Syndrome; Pressure injury; Nursing

## 1 | INTRODUÇÃO

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda, de etiopatogenia desconhecida, caracterizada por paresia ou paralisia flácida que pode afetar mais de um membro, caracterizando-se por degeneração axonal aguda não-inflamatória. Tem por cenário clássico a recuperação de uma típica e aparentemente infecção viral, seguindo para os sintomas iniciais que, em geral, consistem em parestesias, com sensações de formigamento” e “agulhadas”, mais evidentes nos membros inferiores, podendo porem acometer qualquer parte do corpo, além de dores profundas na região lombar e membros inferiores e dores musculares. As sensações dolorosas costumam melhorar em algumas semanas, sendo piores no início do quadro (ADANS; VICTOR, 1989).

Os sintomas progridem normalmente durante um período de poucos dias e são geralmente piores em duas semanas do início dos sintomas, apresentando-se de forma aguda e em caráter progressivo, necessitando assim, de tratamento médico de emergência, admissão hospitalar e longos períodos de reabilitação. Em alguns casos em que a SGB se instala de maneira grave, a paralisia se espalha para os nervos respiratórios, necessitando de cuidados especiais, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devido a insuficiência respiratória apresentada, consequente da fraqueza muscular (MADDEN; HUGHER, 1989).

A hospitalização demanda uma assistência interdisciplinar visando atender todos os aspectos biopsicossociais. A abordagem de assistencial deve, neste caso, abarcar a família e o contexto no qual o paciente encontra - se inserido e, conseqüentemente, transcender o modelo biomédico de assistência (BARROS; GONDIM, 2014).

Neste estudo observa-se uma ampla variedade de ambientes e situações clínicas em que se faz necessário considerar as necessidades humanas que acompanham o processo de tomada de decisão acerca do cuidado e a avaliação posterior dos resultados que se obtêm com a intervenção profissional.

O presente estudo tem por objetivo avaliar os benefícios da terapia por pressão negativa no tratamento de lesões por pressão, apontando a relevância do trabalho da enfermagem na melhoria das condições de saúde.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, do tipo descritivo, qualitativo. O estudo de caso é uma antiga metodologia aplicada ao ensino de enfermagem, que reproduz a atenção da profissão em organizar o seu trabalho, baseando este planejamento na investigação da história do paciente. A relevância prática e educacional desta abordagem caracteriza-se na oportunidade de aprofundar o conhecimento diante de uma situação de vida real e ainda, possibilitar uma maior correlação da teoria com a prática, o que favorece a compreensão e aplicação prática do ensino teórico, com um aperfeiçoamento da fisiopatologia e das ações (GALDEANO; ROSSI, 2003).

O presente estudo retrata a experiência dos profissionais de enfermagem de um hospital, durante o acompanhamento e avaliação de um paciente tetraplégico devido a Síndrome de Guillain Barré, associada à infecção por Zika vírus, apresentando múltiplas lesões por pressão. O paciente foi internado inicialmente na emergência e, posteriormente, na Clínica Médica do mesmo hospital, onde tratou complicações como osteomielite em lesão por pressão em região sacra, além de outras infecções.

## 3 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

Paciente com tetraplegia resultante de Síndrome de Guillain Barré, associada à infecção por Zika vírus, foi internado inicialmente na emergência do Hospital e, posteriormente na Clínica Médica, passando também pelo Centro de Terapia Intensiva (CTI) do mesmo hospital. Tratou complicações como osteomielite, lesões por pressão e outras infecções, totalizando um período de 10 meses de internação hospitalar. A longa permanência no hospital propiciou o desenvolvimento de Lesões por Pressão, que foram acompanhadas pela comissão de curativos durante todo o período de internação.

As lesões em região sacra e trocantérica direita e esquerda apresentavam tecido necrótico visível, sinais de infecção e exsudado purulento, com profundidade ignorada, em função de crosta, apresentando flutuação à palpação.

A equipe da comissão de curativos optou pelo uso de espuma de Alginato de Cálcio com prata intracavitária possibilitando assim, o manejo do fluido, porém, suas trocas precisavam ocorrer diariamente, devido ao exsudato abundante e coleção de líquidos apresentada. Observou-se, então, a formação de túneis de

aproximadamente 6 cm, além de descolamentos em toda a extensão da borda.

Foi neste estágio que se optou pela mudança na conduta e instalação da terapia por pressão negativa (VAC), através de uma máquina que possibilitou a sucção intermitente e simultânea das duas lesões localizadas na região do trocanter direito e esquerdo e diminui a manipulação na lesão. Foram realizadas três trocas do curativo, totalizando um período de quatro semanas de tratamento.

#### **4 | RESULTADOS**

O uso dessa tecnologia assistencial evidenciou um custo benefício satisfatório mediante ao tratamento, com menos exposição das lesões, menor manipulação externa, redução do tempo de enfermagem a cada troca dos curativos e do desconforto do paciente, além de redução no quantitativo de material consumido em cada lesão.

Ao longo das avaliações e acompanhamento pela equipe multiprofissional, após a instalação da terapia por pressão negativa, os resultados laboratoriais foram animadores, com redução considerável da proteína C reativa, um marcador de infecção.

#### **5 | CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

A implementação da tecnologia da terapia por pressão negativa permitiu aos profissionais acompanharem a rotina do procedimento de troca, o manejo do equipamento, e compreensão da importância de valorizar o leito, as bordas e regiões peri-lesionais no contexto do uso da ferramenta em questão. Uma vez que pode permanecer por até 7 dias sem troca, essa modalidade de tratamento confere maior conforto e bem-estar ao paciente.

Considerando de extrema importância o olhar integrado das ações de assistência, promovendo qualidade, parceria entre os sujeitos e produção da saúde, esta modalidade de tratamento revelou-se uma estratégia relevante de redução das lesões por pressão, estabelecidas pela meta 6 do Plano Nacional de Segurança do Paciente, além de ter representação significativa no restabelecimento da saúde e promover a antecipação da alta hospitalar, limitando os danos e complicações ao paciente e ainda, possibilitando a segurança assistencial e a excelência do serviço oferecido à comunidade.

#### **6 | CONCLUSÃO**

A instalação da terapia por pressão negativa como recurso tecnológico

assistencial, viabiliza a cicatrização em casos de lesões cavitárias com excessiva produção de exsudato; em processo de estagnação evolutiva; com elevado risco para sepse e complicadores advindos da mesma e, principalmente, em caso de risco de óbito em paciente viável.

Além disso, verificou-se que a cada troca do curativo, realizada semanalmente, houve evolução considerável e acelerada, com a melhora do quadro clínico e dos exames laboratoriais, possibilitando assim a alta hospitalar em um menor período de tempo.

Mediante ao exposto, considera-se que o enfermeiro exerce papel de grande relevância na assistência ao paciente que apresenta lesões ou com risco de desenvolvê-las, pois este profissional especializado, avalia, planeja e coordena os cuidados com as lesões, bem como acompanha sua evolução, supervisiona, orienta e executa os curativos.

Cabe ressaltar que além do acompanhamento e avaliação minuciosa do paciente e seu estado clínico, a equipe de enfermagem encontra-se em posição estratégica para a abordagem dos familiares, cabendo a equipe oferecer apoio aos membros da família, desenvolvendo diversas estratégias, de escuta ativa e percepção de mensagens verbais e não-verbais; apoio direto e fornecimento de informações sobre a doença, o tratamento, o prognóstico e os cuidados para a alta, estimulando assim a participação dos familiares no tratamento, acompanhamento e recuperação do paciente.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, R.; VICTOR, M. **Principles of Neurology**. 4a. ed. McGraw-Hill, EUA, 1989.

BARROS, L F F; GONDIM, D S M. Integralidade na assistência à saúde: desafios e impasses. **Revista científica da FMC**. v. 9, n. 2, 2014

CESAR, A, M, R, V; Coelho. Método do estudo de caso (case studies) ou método do caso (teaching cases)? Uma análise dos dois métodos no ensino e pesquisa em Administração. **Revista Eletrônica Mackenzie de Casos**. São Paulo, v. 1, n.1, p. 1, 2005.

GALDEANO, L, E; ROSSI, L. A.; ZAGO, M. A. F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n.3, p. 371-375, maio-junho 200

MADDEN, R. D.; HUGHER, R. A. Guillain-Barré Syndrome: Recent advances. **Hosp Med**, v. 59; n.1, p. 55-60, 1998.

VENTURA, M, M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, set. /out. 2007.

## TERAPIA COM LASER DE BAIXA INTENSIDADE NA CICATRIZAÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTE ORIUNDO DA UTI

Data de aceite: 27/11/2019

### Margarete Carréra Bittencourt

Universidade do Estado do Pará (UEPA) e Centro  
Universitário do Estado do Pará (CESUPA) – PA

### Rosana do Nascimento Rodrigues

Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA)  
– PA

### Vanessa Diellen Pinto Ferreira

Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA)  
– PA

### Anny Nayara Barros Garcia

Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana – PA

### Flavia Renata Neves Costa

Universidade do Estado do Pará (UEPA) - PA

**RESUMO:** O presente estudo baseia-se nas atribuições da terapia com laser de baixa intensidade como uma opção efetiva no tratamento de Lesões Por Pressão (LPP), com o propósito de reepitelização do tecido lesado em menor tempo possível. A partir de toda a problemática em torno dos pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Objetivos foi avaliar a aplicabilidade da LTBI como fator acelerador no processo de cicatrização de LPPs em estágio I e II de um paciente em UTI. É um estudo de intervenção terapêutica com abordagem qualitativa, caracterizado como ensaio clínico

envolvendo um paciente apresentando lesões por pressão de grau I e grau II, nas regiões do calcâneo direito e sacral. O instrumento utilizado foi *Therapy Xt* - DMC®, que tem a função de emitir a luz do laser vermelha ou infravermelha de baixa potência (100 mW). O protocolo foi de pontuação e varredura usando uma dose entre 2 e 4 J/cm<sup>2</sup> associado a um disparo de varredura, onde o aplicador é posicionado 1cm do leito da ferida sendo movimentado sobre a área total da lesão durante a irradiação. Os resultados foram satisfatórios visto que houve uma melhora importante no processo de cicatrização das LPPs, mostrando ser uma terapia efetiva como fator acelerador na cicatrização.

**PALAVRAS-CHAVE:** Lesão por pressão, Unidade de Terapia Intensiva, Software, Laser, Cicatrização.

### LOW-THERAPY LASER THERAPY IN PRESSURE INJURY HEALING IN ICU PATIENT

**ABSTRACT:** The present study is based on the attributions of low intensity laser therapy as an effective option in the treatment of Pressure Injuries (PLL), with the purpose of re-epithelialization of injured tissue in the shortest possible time. From all the issues surrounding

intensive care unit (ICU) patients. Objectives was to evaluate the applicability of LTBI as an accelerating factor in the healing process of stage I and II LPPs of an ICU patient. This is a qualitative therapeutic intervention study, characterized as a clinical trial involving a patient with grade I and grade II pressure injuries in the right and sacral calcaneal regions. The instrument used was Therapy Xt - DMC®, which has the function of emitting low power red or infrared laser light (100 mW). The protocol was scoring and scanning using a dose between 2 and 4 J / cm<sup>2</sup> associated with a scan firing, where the applicator is positioned 1cm from the wound bed and moved over the total lesion area during irradiation. The results were satisfactory since there was a significant improvement in the healing process of the LPPs, showing to be an effective therapy as an accelerating factor in healing.

**KEYWORDS:** Pressure injury, Intensive Care Unit, Software, Laser, Healing

## 1 | INTRODUÇÃO

Lesões Por Pressão (LPP) são definidas como toda lesão tegumentar ocasionada por uma pressão não aliviada podendo resultar em necrose tecidual. Os autores Moraes, *et al.* (2016) destacam que as regiões acometidas com maior frequência são as proeminências ósseas, que além de ocasionar dano na pele podem provocar uma série de complicações secundárias como infecções, potencializando o agravo do estado clínico. A pesquisa de Medeiros; Lopes; Jorge (2009) vem mostrando que o número de casos de LPPs mundialmente permanecem elevadas, o que vem ao encontro do que está sendo discutido nas literaturas, que enfatizam a necessidade de novos estudos sobre o tema, visando aperfeiçoar medidas preventivas e terapêuticas.

A enfermagem é reconhecida como a profissão que atua nos cuidados complexos e decisões imediatas em todos os setores de cuidados da assistência em saúde, principalmente quando atuando nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

No que concerne o cuidado dos pacientes com comprometimento tegumentar, o enfermeiro é o profissional da área da saúde que possui um papel fundamental no tratamento das feridas, uma vez que este profissional tem maior contato com o paciente, acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo, bem como detém maior domínio desta técnica em virtude de possuir componentes curriculares voltados para essa prática e da equipe de enfermagem desenvolvê-la como uma de suas atribuições.

Atualmente, são inúmeras as opções de curativos existentes no mercado. Os autores Franco e Gonçalves (2009) ressaltam que os recursos financeiros do paciente e/ou da unidade de saúde à necessidade de continuidade da utilização do curativo, avaliação da ferida, e a avaliação de benefícios e custos, são alguns

dos aspectos a serem considerados no momento da escolha do tipo de curativo, que devem ser adequados à natureza, à localização e ao tamanho da ferida para facilitar o processo de cicatrização.

A utilização do laser de baixa intensidade no tratado de feridas cutâneas contribui para a otimização do processo de cicatrização com sua ação foto estimulante. Coadunam-se com essas reflexões os autores Andrade; Clak; Ferreira (2014), quando destacam que a laserterapia de baixa intensidade, aplicada sobre feridas cutâneas, é capaz de promover como principais efeitos fisiológicos: resposta anti-inflamatória; neo-angiogênese; proliferação epitelial e de fibroblastos; síntese e disposição de colágeno e contração da ferida.

O presente estudo baseia-se nas atribuições da terapia com laser como uma opção efetiva no tratamento de LPPs, com o propósito de reepitelização do tecido lesado em menor tempo possível.

## 2 | OBJETIVOS

### 2.1 Geral

Avaliar a aplicabilidade da Laserterapia de Baixa Intensidade (LTBI) como fator acelerador no processo de cicatrização de LPPs em estágio I e II de um paciente advindo de internação em UTI.

### 2.2 Específicos

- Realizar LTBI nas lesões;
- Descrever o processo de reparo tecidual em LPPs de paciente crítico tratado com terapêutica convencional de curativo acrescida de LTBI.

## 3 | BASES CONCEITUAIS

### 3.1 Lesão celular de pele

Todas as formas de lesão tissulares iniciam-se com alterações moleculares nas células, que se encontra em estado de equilíbrio homeostático, capaz de lidar com as demandas fisiológicas. Estímulos patogênicos e estresse podem levar a célula a situações de adaptação, que resultam em alterações estruturais, mas com preservação da viabilidade celular. “Se esses estímulos forem mais agressivos, ao ponto de ultrapassarem a capacidade de adaptação, o que resultara em uma sequência de eventos que irão culminar a lesão celular” (SILVA, *et al.*, 2011. p. 63).

Biologicamente sabe-se que a neo-angiogênese é o desenvolvimento de novos

vasos sanguíneos, ou seja, a formação de uma nova vascularização, este processo é necessário para proporcionar um ambiente ideal para a cicatrização da ferida. Neste contexto, salientamos os estudos de Tazima; Vicente; Moriya (2008, p. 259), onde destacam que “em todas as feridas, o suprimento sanguíneo dos fibroblastos responsáveis pela síntese de colágeno que provem de um intenso crescimento de novos vasos, caracterizando a cicatrização por segunda intenção e o tecido de granulação”. Os novos vasos formam-se a partir dos brotos endoteliais sólidos, que migram no sentido da periferia para o centro da ferida, sobre a malha de fibrina depositada no leito da ferida.

### 3.2 Lesões por pressão e classificações

O Protocolo de Enfermagem de Prevenção e Tratamento de Úlceras Por Pressão do Instituto Estadual de Hematologia do Rio de Janeiro (2010) classifica-as em estágios respectivamente: Estágio I, II, III e IV.

No Estágio I, a pele permanece intacta, apresentando hiperemia de uma área localizada. A hiperemia não regride após alívio da pressão, há edema discreto. Neste estágio de LPP, observa-se a cicatrização espontânea se forem realizadas as ações preventivas, tais como mudança de decúbito, posicionamento do paciente etc.

No estágio II, há perda da integridade da epiderme, com comprometimento da derme. Lesão superficial com leito vermelho pálido, sem esfacelo (tecido desvitalizado). Pode ainda apresentar-se como bolha intacta (exsudato seroso), ou aberta rompida.

Estágio III já apresenta comprometimento até o tecido subcutâneo, que fica visível, sem exposição óssea, tendão ou músculo. Pode haver esfacelo, incluindo descolamento da pele e tuneilização (formação de túneis relacionados com a profundidade).

Quando a lesão chega ao estágio IV, há comprometimento com perda total de tecido, com exposição de músculo ou tendão. Pode haver esfacelo ou escara (tecido morto de cor preta com textura seca semelhante a couro). Este tipo de ferida frequentemente inclui descolamentos e tuneilização. Pode afetar músculos e estruturas de suporte como fáscia, tendão ou cápsula articular, levando ao aparecimento de uma osteomielite.

### 3.3 A utilização do laser no tratamento de lesões de pele

Conforme os estudos de Torres e Brito (2007), o termo laser é um acrônimo para *Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation*, que significa amplificação da luz por emissão estimulada da radiação. Embora tenha sido Albert

Einstein quem concebeu os princípios da geração deste tipo de luz, somente em 1960 foi produzido o primeiro emissor de laser. A Laserterapia de baixa intensidade entrou no arsenal da medicina moderna como um componente eficiente para auxiliar no tratamento de um grande número de enfermidades.

Felippe (2016) ressalta que nas décadas seguintes, a laserterapia foi avaliada no tratamento de vários tipos de feridas e lesões por pressão, com resultados positivos, principalmente nos casos mais crônicos e intratáveis. O objetivo nesse tipo de tratamento é acelerar o processo de margilização, aumentar o fluxo de sangue na área da ferida, assim como estimular a angiogênese. Segundo Kitchen (2003), alguns autores padronizam que a densidade de energia ou irradiação a ser depositada no local a ser tratado deve situar-se entre 1 a 6 J/cm<sup>2</sup>. Estes preconizam os seguintes parâmetros de tratamento: ação antiinflamatória - 1 a 3 J/cm<sup>2</sup>; ação circulatória - 1 a 3 J/cm<sup>2</sup>; ação antiálgica - 2 a 4 J/cm<sup>2</sup>; ação regenerativa - 3 a 6 J/cm<sup>2</sup>.

Afirma Bagnato (2005) que o princípio básico de funcionamento do laser está nas leis fundamentais da interação da radiação luminosa com a matéria. Assim, o fator que determina em que tipo de matéria e com qual objetivo o laser é utilizado, e a sua intensidade. Segundo Baptista, (2013) destacam que o Laser de Baixa Intensidade (LBI) ou terapêutico, compreende uma potência de até 1Watt (W) ou 0,001 miliWatts (mW), sendo uma radiação (óptica), compõe parte do espectro eletromagnético utilizando uma faixa entre 600nm a 1000nm (nanômetros), ou seja, luz visível (vermelho) e invisível (parte do infravermelho próximo e ultravioleta) (Anexo B).

A Resolução COFEN 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. O Conselho Regional de Enfermagem (COFEN), no que tange suas atribuições, libera o uso de LTBI por enfermeiros, desde que esses sejam devidamente capacitados e especializados para o uso do mesmo.

Considerando-se o exposto, conclui-se que a realização do procedimento com LTBI poderá ser executada pelo enfermeiro, no contexto de uma abordagem multiprofissional, desde que capacitado em cursos específicos, reconhecidos e em instituições regulamentadas.

## **4 | METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de intervenção terapêutica com abordagem qualitativa,

caracterizado como ensaio clínico do tipo estudo de caso, envolvendo um paciente de 68 anos advindo de internação em UTI, apresentando lesões por pressão de grau I e grau II, respectivamente nas regiões do calcâneo direito e sacral acometendo as duas nádegas.

#### **4.2 Local da pesquisa**

O presente estudo foi iniciado na Fundação Hospital de Clinicas Gaspar Viana (FHCGV) no período de 15 de março a 08 de abril de 2017. Foram realizadas 2 sessões LTBI no âmbito hospitalar, posteriormente o paciente recebeu alta e continuamos com as sessões no âmbito domiciliar.

#### **4.3 Participante da pesquisa**

Participou do presente estudo um paciente de 68 anos, advindo da UTI do FHCGV, apresentando LPPs de estágio I e II sem sinais de infecção na lesão.

#### **4.4 Critérios de inclusão**

Paciente hospitalizado advindo da UTI, apresentando LPPs de estágio I e II, independentemente do tamanho, localização e quantidade de lesões.

#### **4.5 Critérios de exclusão**

Nesta perspectiva os estudos dos autores Moshkovska e Mayberry (2005) e Bjordal (2005) ressaltam que os critérios de exclusão para o uso do laser se estabelece pela apresentação clínica dos seguintes itens: Fotossensibilidade ou hipersensibilidade ocasionada pela radiação do laser, podendo gerar um processo alérgico e conseqüentemente desenvolver um meio de contato para colonização microrganismos; glândula tireoide, pois pode ocorrer alteração hormonal; abdômen gravídico, pois o contato transplacentário pode ocorrer alterações e má formação fetais; LPPs infectadas, pois a LTBI com sua ação fotoestimulante também estimula a proliferação de bactérias quando colonizadas; lesões de origem maligna, visto que o uso do laser estimula a capacidade de ativação de energia intracelular, estimulando a multiplicação das células; lesões próximas de orifícios naturais pelo risco de obstrução, queimaduras e infecção, visto que é um meio onde a microbiota que participa da homeostasia local é constituída por bactérias residentes; LPPs localizadas em torno de material de síntese expostos (placas e parafusos metálicos) pelos riscos de queimaduras.

#### **4.6 Coleta de dados**

Os respectivos procedimentos foram realizados: leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), termo de autorização de uso de

imagens, para documentação e exposição de fotografias na pesquisa e explicações relacionadas aos critérios de inclusão e exclusão do estudo, bem como os riscos e benefícios do uso da LTBI no tratamento de LPP; exame clínico da LPP para avaliação, abordado características das lesões, como o tamanho, tipo de tecido, região peri-ulceral, edema, dor e rubor; limpeza da lesão com jatos de soro fisiológico a 0,9%, seguida do processo de secagem utilizando gaze estéril, posteriormente a utilização do laser.

A metodologia da radiação escolhida foi a pontuada, onde a caneta é posicionada perpendicularmente a 1 cm da borda peri-ulceral. Foram realizadas 15 sessões de LTBI em dias alternados no período de 30 dias; foi utilizado Ácidos Graxos Essenciais (AGE) como cobertura tópica, promovendo a hidratação do leito da lesão; houve a realização da oclusão da lesão, utilizando gazes esterilizadas e micropore e/ou esparadrapo. O protocolo eleito para uso foi do autor Kitchen (2003), que associa a técnica de pontuação com a varredura e determina o tratamento da seguinte forma: a irradiação começa a 1 cm das bordas da ferida, fazendo aplicações pontuais, deixando entre 1 cm e 2 cm entre pontos, usando uma dose entre 2 e 4 J/cm<sup>2</sup> associado a um disparo de não contato (varredura), onde o aplicador é posicionado 1cm do leito da ferida sendo movimentado sobre a área total da lesão durante a irradiação.

Elegemos este protocolo através de vários estudos realizados na área da física e bioquímica do laser, o objetivo desse método é acelerar o processo de marginação, aumentar o fluxo de sangue na área da ferida, estimular a angiogênese aumentando o potencial de cicatrização celular pela energia da radiação.

#### 4.7 Instrumento da pesquisa

O instrumento utilizado para o presente estudo é o equipamento *Therapy Xt*, que tem a função de emitir a luz do laser vermelha ou infravermelha de baixa potência (100 mW) para aplicação de laserterapia, estimulando a síntese de colágeno e cicatrização de tecidos moles (epiderme, derme e hipoderme). Com ação analgésica e anti-inflamatória, aumenta a vascularização local, auxiliando a formação do tecido de granulação.



Figura 2: Equipamento *Therapy XT*.

Fonte: Manual do equipamento.

Destacam-se algumas funções que estão relacionadas na escolha do tipo de onda e a potência do *Joule* utilizada na aplicação local do tecido. O estudo do autor Colls (1986), realizado em Barcelona no Centro de Documentação do Laser, refere a relação entre comprimento da onda e potencial de ação celular, enfatizando que a metodologia utilizada na faixa do infravermelho estimula efeitos fotofísicos e fotoelétricos sobre as membranas celulares

Com base nos estudos das autoras Meirelhes, *et al* (2014), os lasers que apresentam potência de até 1watt quando utilizados no comprimento na faixa do vermelho como demonstra a figura 4, incluem em seu mecanismo de ação a indução de reações fotoquímicas intermediadas pela ativação direta da síntese de enzimas, seus alvos primários são as mitocôndrias e os lisossomos.

COR	COMPRIMENTO DA ONDA
Vermelho	625 – 740 nm
Laranja	590 – 625 nm
Amarelo	565 – 590 nm
Verde	500 – 565 nm
Ciano	485 – 500 nm
Azul	440 – 495 nm
violeta	380 – 440 nm

Figura 4: Comprimento da onda e cor do laser

Fonte: Google Imagens 2017.

A luz emitida por meio do laser se constitui de ondas que apresentam um comprimento específico, o autor Péroca (1999), em uma publicação intitulada *Noções Sobre a Física do Laser*, destaca que o comprimento da onda corresponde à distância entre dois máximos e dois mínimos, onde a mesma é medida na direção em que a onda está se movimentando. A frequência é dada pela equação  $F = C/L$ , onde F é a frequência, C é a velocidade e L é o comprimento de onda. Ressalta-se que a frequência é a quantidade de ondas que passam por um determinado ponto durante o tempo de um segundo.

*Joule* é a unidade Sistema Internacional (SI) para a energia e Watt é a unidade SI de potência. Estas unidades referem-se a grandezas diferentes e a relação entre estas grandezas é medida por cálculo matemático que pode ser realizado a partir de duas fórmulas. Conforme imagem B.

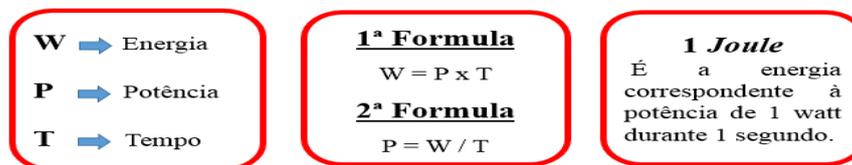


Imagem B: Esquema da relação entre *Watt* e *Joule*

Fonte: Arquivo Rosana Rodrigues.

Foi realizada a aplicação de 2 *Joules* com a potência de 100 mW no tempo de 20 segundos por pontuação, ou seja, cada pontuação na região peri-ulceral corresponde a essas três constantes:  $J = 2$ ,  $P = 100$  mW e  $T = 20$  segundos. Além do método de varredura com as mesmas constantes, porém com distribuição de energia diferente.

#### 4.8 Análises dos dados

A técnica eleita para ser utilizada no presente estudo foi um tipo de análise digital por meio de um aplicativo intitulado *Mobile Wound Analyser (MOWA)*. Trata-se de uma solução de *software* móvel para a gestão de LPP, sendo um aplicativo para *smartphones* e *tablets*, que utiliza classificação de cores para avaliar tipo de tecido; as dimensões das lesões são feitas na forma de medição por planimetria anatômica (altura, comprimento, profundidade e tipo de tecido) com fotografia digital.

Para a verificação dos padrões de cicatrização das lesões, o acompanhamento foi quinzenal, com a avaliação dos tipos de tecidos existentes no leito da ferida, sendo usado a escala de classificação do Sistema *Red, Yellow, Black (RYB)*, onde os tecidos de granulação (vermelho), esfacelo (amarelo) e necrose (preto) foram identificados como mostra a Figura 5.



Figura 5: Classificação do Sistema *Red, Yellow, Black*

Fonte: feridas *topsy one*

#### 4.9 Aspectos éticos e legais da pesquisa

O presente estudo seguiu todas as orientações contidas na resolução 466/12 o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). A pesquisa foi submetida ao

#### 4.10 Riscos e benefícios

Os riscos de contaminação e infecção podem eventualmente existir, pois, a caneta que irradia o laser não é descartável e o paciente apresenta uma LPP no calcâneo direito infectada e não realizamos LTBI nesta lesão. Este risco foi minimizado tendo em vista que todas as recomendações de assepsia e antisepsia foram obedecidas no manuseio do equipamento, e a ordem de troca dos curativos foi obedecida, proporcionando um tratamento terapêutico com segurança e proteção.

### 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 5.1 Lesão por pressão do calcâneo

Nesta lesão, foram utilizadas 3 sessões de LTBI em dias alternados. Foi realizada a limpeza com jatos de soro fisiológico 0,9% com auxílio de agulha de calibre 40x12 conectada ao soro, secagem realizada com gaze estéril, em seguida LTBI com 4 aplicações pontuais associadas a varredura. A cobertura de uso tópico eleita foi a de AGE, posteriormente o curativo foi ocluído com gazes e micropore, como demonstrado nas imagens C, D e E.



Imagem C: 1ª sessão de LTBI

Fonte: *Mowa*

De acordo com a classificação do *Mowa*, na 1ª sessão a LPP apresentou as seguintes características: exsudato ausente; infecção não; hemorragia não; profunda não; necrose 0.0 %; fribrina 65.9%; granulação 34.1 %; área 63.5 cm<sup>2</sup> (largura: 10.0 cm – altura: 9.4 cm).



Imagem D: 2ª sessão de LTBI

Fonte: *Mowa*

Na segunda sessão, a LLP evolui sem exsudato, infecção, hemorragia, profundidade e necrose. Apresentou os percentuais de: fribrina: 51.4%; Granulação: 48.6 %; Área: 8.1 cm<sup>2</sup> (largura: 4.2 cm – altura: 2.8 cm). Evoluindo positivamente com perda do percentual de tecido fibrinoso de 14.5%; aumento do tecido de granulação de 14.5 %; e diminuição da área total de 55.4 cm<sup>2</sup>, sendo 5.8 cm<sup>2</sup> de largura para 6.6 cm<sup>2</sup> de altura.



Imagem E: 3ª sessão de LTBI

Fonte: *Mowa*

Na 3ª sessão, a LPP evolui satisfatoriamente obtendo percentual zerado pelo aplicativo, visto que o mesmo não realiza a leitura de tecido epitelial. Exsudato: ausente; infecção: não; hemorragia: não; profunda: não; necrose: 0.0 %; fribrina: 0.0 %; granulação: 0.0 %; área: 0.0 cm<sup>2</sup> (largura: 0.0 cm – altura: 0.0 cm).

## 5.2 Lesão por pressão no sacrococcígea

Nesta lesão, foram utilizadas 15 sessões de LTBI em dias alternados. Foi realizada a limpeza com jatos de soro fisiológico 0,9% com auxílio de agulha de

calibre 40x12 conectada ao soro, realização de desbridamento mecânico com lâmina de bisturi nº 20 quando necessário e secagem com gaze estéril, em seguida LTBI com 12 aplicações pontuais associadas a varredura. A cobertura de uso tópico eleita foi a de AGE, posteriormente o curativo foi ocluído com gazes e micropore, como demonstrado nas imagens F, G e H.



Imagem F: 1ª sessão de LTBI na região sacrococcígea

Fonte: *Mowa*

De acordo com a classificação do *Mowa*, na 1ª sessão a LPP apresentou as seguintes características: Exsudato: ausente; infecção: não; hemorragia: não; profunda: não; necrose: 8.3 %; fibrina: 30.4 %; granulação: 61 %; área: 15.6 cm<sup>2</sup> (largura: 4.5 cm – altura: 55 cm).



Imagem G: 5ª sessão de LTBI na região sacrococcígea

Fonte: *Mowa*

Na 5ª sessão, a LLP evoluiu sem exsudato; infecção: não; hemorragia; profundidade; apresentando o percentual de necrose: 11.1 %; fibrina: 88.8 %; granulação: 0,5 %; área: 7.4 cm<sup>2</sup> (largura: 3.8 cm – altura: 3.6 cm). Evoluindo positivamente com diminuição da área total de 8.2 cm<sup>2</sup>, sendo 0,7 cm<sup>2</sup> de largura para 51.4 cm<sup>2</sup> de altura.



Imagem H: 15ª sessão de LTBI na região sacrococcígea

Fonte: Mowa

Na 15ª sessão, a LLP evoluiu sem exsudato; infecção; hemorragia; profundidade; apresentando percentual de necrose de 8.6 %; fribrina: 8.8 %; granulação: 3.4 %; área: 0,6 cm<sup>2</sup> (largura: 0,8 cm – altura: 1.2 cm). Evoluindo satisfatoriamente tendo cicatrização total de uma nádegada, apresentando diminuição da área total de 15 cm<sup>2</sup>, sendo 3.8 cm<sup>2</sup> de largura para 53.8 cm<sup>2</sup> de altura.

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, concluiu-se que houve uma melhora significativa no processo de cicatrização das LPPs tratadas com aplicação de LTBI adjuvante, mostrando ser uma terapia efetiva, como fator acelerador na cicatrização das LPPs de um paciente advindo de internação em UTI. Demonstrada pelo resultado da cicatrização das feridas nas regiões do calcâneo e sacrococcygea, evoluindo com reepitelização total da LPP do calcâneo em 3 sessões de LTBI, na região sacrococcygea a LPP evoluiu positivamente apresentando diminuição da área total em relação a 1ª sessão de 15 cm<sup>2</sup>, sendo 3.7 cm de largura para 53,8 cm de altura.

Assim, aventa-se a possibilidade da utilização da LTBI em protocolos de tratamento de LPP, pois, esta intervenção acelerou a proliferação tecidual e aumentou a vascularização local, com a formação de tecido de granulação mais organizado, favorecendo uma rápida cicatrização da lesão. Também se conclui que os acontecimentos tecnológicos dos últimos tempos, a exemplo os tratamentos com laser, ocupam lugar de destaque, neste sentido, o uso do laser como fator acelerador no processo de cicatrização torna-se importante, especialmente pela relevância do aprimoramento científico e desenvolvimento tecnológico na área da saúde.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, F.S.S.D.; CLARK, R.M.O.; FERREIRA, M.L. Efeitos da Laserterapia de Baixa Potencia na Cicatrização de Feridas Cutâneas. *Rev. Col. Bras.* 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/>

rcbc/v41n2/pt\_0100-6991-rcbc-41-02-00129.pdf>, Acesso em: 16, Mar, de 2016.

ANDRADE, A.G de; LIMA, C.F de; ALBUQUERQUE, A.K.B de. Efeitos do laser terapêutico no processo de cicatrização das queimaduras: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Queimaduras**. 2010. Disponível em: <<http://www.sbqueimaduras.com.br/revista/marco-2010/05efeitosdolaser.pdf>> Acesso em: 05, Jun de 2017.

**BAGNATO, V.S. O magnífico laser.** Instituto de Física São Carlos. São Paulo. 2005.

BAPTISTA, I.M.C. **Análise do efeito do laser de baixa potência na prevenção de Deiscência Incisional em cirurgia cardíaca.** 2003. 127 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Biomédica) - Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, 2013.

BJORDAL, J. M; LOPES, M.R.A, JOENSEN, J; COUPPE, C; LJUNGGREN, A.E; STERGIOULAS, A. **A systematic review with procedural assessments and meta-analysis of low-level laser therapy in lateral elbow tendinopathy (tennis elbow).** BMC Musculoskelet Disord. 2008.

CAMPOS, A.C.L; BORGES-BRANCO, A; GROTH, A.K. **Cicatrização de Feridas.** ABCD Arq Bras Cir Dig. Artigo de revisão 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abcd/v20n1/10.pdf>>. Acesso em: 01 Set. 2016.

COFEN – Parecer COREN-SP 009 /2014 – CT **Ementa: Utilização do Laser de Baixa Intensidade (LBI) pelo enfermeiro.** Disponível file:///C:/Users/14220208/Downloads/coren%20LTBI%20por%20enfermeiros.pdf> Acesso em: 05, Dez de 2016.

COFEN – Parecer COREN/GO N° 026/CTAP/2016 **ASSUNTO: UTILIZAÇÃO DE LASER NO TRATAMENTO DE FERIDAS POR PROFISSIONAL ENFERMEIRO.** Disponível em: <file:///C:/Users/14220208/Downloads/Parecer-n%C2%BA026.2016-Utiliza%C3%A7%C3%A3o-laser-no-tratamento-de-feridas-pro-profissional-Enfermeiro.pdf> Acesso em: 05, Dez de 2016.

COLLS, J. **La terapia laser, hoy.** Centro Documentación Laser, Barcelona, p. 30-70, 1986.

CUNHA, D.Q da. **Desenvolvimento de um aplicativo para laserterapia em ferida.** 2016. Disponível em: < <http://www.univas.edu.br/mpcas/docs/dissertacoes/27.pdf> > Acesso em: 03, de Jun 2017

FELIPPE, L.A.; PINEIRO, A.R. **Utilização do Laser de Baixa Potencia na Cicatrização de Feridas.** 2009. Disponível em: <[http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed\\_anteriores/vol3\\_num2/arquivos/artigo6.pdf](http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol3_num2/arquivos/artigo6.pdf)> Acesso em: 16, Mar, de 2016.

FRANCO, D.; GONÇALVES, L.F. Feridas Cutâneas: a escolha do curativo adequado. **Rev. Col. Bras. Cir.** 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n3/a13v35n3.pdf>> Acesso em: 17, Mar de 2016.

KITCHEN, S. **Laserterapia de baixa intensidade Eletroterapia: prática baseada em evidências.** 11. Ed. São Paulo. Manole, p. 171-179. 2003.

LUPI, O; REZENDE, L; ZANGRANDO, M; SESSIM, M; SILVEIRA, C.B; SEPULCRI, M.S.A; MEDEIROS, A.B.F. Úlcera por pressão em idosos hospitalizados: Análise da prevalência e fatores de risco. 2006. Fortaleza Disponível em: < [http://srvweb.uece.br/cmaccis/dmdocuments/adriana\\_bessa\\_fernandes\\_medeiro.pdf](http://srvweb.uece.br/cmaccis/dmdocuments/adriana_bessa_fernandes_medeiro.pdf) > Acesso em: 07, de Jun 2017.

MEIRELES, G. C.C; da SILVA, C. A; MARQUES, A. M. C; PINHEIRO, A. L. B. A Efetividade da Fototerapia Laser no Reparo Tecidual em Portadores de Desordem Funcional Sistêmica. **C&D-Revista Eletronica da Fainor**, Vitoria da Conquista, v.7, n.2, p.71-84, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/viewFile/321/194>>. Acesso em: 06, de Jun 2017.

ORAES, J.T.; BORGES, E.L.; LISBOA, C.R.; CORDEIRO, D.C.O.; ROSA, E.G.; ROCHA, N.A. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do national Pressure ulcer advisory panel. **Rev. de Enf do Centro Oeste Mineiro** .v.6i2, p. 2293. maio/ ago. 2016.

MOSHKOVSKA, T.; MAYBERRY, J. **It is time to test low level laser therapy in Great Britain**. Postgrad Med J. 2005

OLIVEIRA, C.A.G. da S. **Associação da laserterapia com papaína na cicatrização de úlceras diabéticas em membros inferiores**. 2007. Disponível em < <http://biblioteca.univap.br/dados/000002/00000241.pdf> > Acesso em: 04 de Jun 2017

PEROCA, J. D. **Noções Sobre a Física do Laser**. Disponível em: < <http://143.107.153.201/restauradora/laser/fisica.html> >. Acesso em: 06, de Jun 2017.

SILVA, L.A.; LOPES, T.F.; FELIPPE, L. A.; PINEIRO, A.R. **Utilização do Laser de Baixa Potencia na Cicatrização de Feridas**. 2009. Disponível em: < [http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed\\_anteriores/vol3\\_num2/arquivos/artigo6.pdf](http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol3_num2/arquivos/artigo6.pdf) > Acesso em: 16, Mar, de 2016.

SILVA, P.D.; BARBOSA, M.H.; ARAÚJO, D.F.; OLIVEIRA, L.P.; MELO, A.F. Úlcera por Pressão: Avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Eletr Enferm.** [Internet]. 2011.

SILVA, R.C.L.; FIGEREDO, N.M.A.; MEIRELES, I.B.; COSTA, M.M.; SILVA, C.R.L. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Caetano do Sul. SP: Yendis Editora, 2011.

Torres BEC, Brito MAP. **Os efeitos do laser de baixa potência nos diferentes tipos de tecidos: um levantamento bibliográfico** [online]; 1997. [citado 2007 Jul 26]. Disponível em: URL: <http://www.fai.com.br/fisio/resumos2/03.doc>

TAZIMA, M.F.G.S.; VICENTE, Y.A.M.V.A.; MORIYA, T. **Biologia da Ferida e Cicatrização**

## RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE LABORAL E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM PÉ DIABÉTICO

Data de aceite: 27/11/2019

### Aloma Renata Ricardino

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
– UFMS, Instituto Integrado de Saúde – INISA,  
Campo Grande MS.

### Maria Gorette dos Reis

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
– UFMS, Instituto Integrado de Saúde – INISA,  
Campo Grande MS.

### Marisa Dias Rolan Loureiro

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
– UFMS, Instituto Integrado de Saúde – INISA,  
Campo Grande MS.

**RESUMO:** Problemas circulatórios, e neuropatias decorrentes do Diabetes Melito podem ocasionar lesões nos membros inferiores denominadas Pé Diabético (PD), sendo uma das principais causas de amputação. O uso de medicações diárias, controle glicêmico, dificuldades motoras, lesões periféricas, interfere na qualidade de vida dessas pessoas. Objetivo: analisar o Índice de Qualidade de Vida de pessoas com PD que apresentavam feridas, com ou sem amputação, utilizando o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers - Versão Feridas. Método: estudo seccional, analítico, quantitativo. A amostra foi composta

por 64 pessoas para as quais foram aplicados dois formulários sendo um para coleta de dados sociodemográficos e outro para a mensuração do IQV. A pesquisa aprovada pelo CEP (Parecer nº 1.250.005/2015) e realizada em janeiro de 2016. Houve predominância de pessoas com PD do sexo masculino (68,8%), O Domínio Família, quando comparado à atividade laboral, foi estatisticamente significativo ( $p = 0,035$ ). Evidenciando que, as pessoas que trabalham estão melhores no IQV em relação as que não trabalham, e neste grupo o IQV total está dentro da faixa considerada como boa. As seis dimensões da QV são: física, emocional, social, profissional, intelectual e espiritual, tornando-se perceptível que a atividade laboral é um fator determinante para um melhor IQV. Verifica-se, portanto, que um dos problemas relacionados ao DM são as complicações incapacitantes, já que estas podem comprometer a produtividade, a QV e a sobrevida, provocando impactos psicossociais na vida das pessoas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estilo de vida. Ferimentos e Lesões. Amputação. Diabetes Melito. Enfermagem.

RELATIONSHIP BETWEEN LABOR ACTIVITY AND QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH

**ABSTRACT:** Circulatory problems and neuropathies due to diabetes mellitus can cause lower limb injuries called Diabetic Foot (PD), being one of the main causes of amputation. The use of daily medications, glycemic control, motor difficulties, peripheral injuries interfere with the quality of life of these people. Objective: To analyze the Quality of Life Index of people with PD who presented wounds, with or without amputation, using the Ferrans & Powers Quality of Life Index - Wounds Version. Method: cross-sectional, analytical, quantitative study. The sample consisted of 64 people for whom two forms were applied, one for collecting sociodemographic data and the other for measuring IQV. The survey approved by CEP (Opinion No. 1,250,005 / 2015) and conducted in January 2016. There was a predominance of people with male PD (68.8%). The Family Domain, when compared to work activity, was statistically significant. ( $p = 0.035$ ). Evidencing that, the people who work are better in IQV than those who do not work, and in this group the total IQV is within the considered good range. The six dimensions of QOL are: physical, emotional, social, professional, intellectual and spiritual, making it apparent that work activity is a determining factor for better IQV. Therefore, one of the problems related to DM is disabling complications, as they can compromise productivity, QOL and survival, causing psychosocial impacts on people's lives.

**KEYWORDS:** Lifestyle; Injuries and Injuries; Amputation; Diabetes Mellitus; Nursing.

### 1 | INTRODUÇÃO

A Qualidade de Vida (QV) apesar de ser considerada algo subjetivo hoje é um dos resultados esperados tanto no campo das práticas assistenciais, quanto das políticas públicas, nos setores de promoção da saúde e prevenção de doenças (LEITE, 2013).

Ogata (2009) ressalta que o conceito de QV sugerido pela OMS, envolve não só a multidimensionalidade (física, emocional, social, ocupacional, intelectual, espiritual e ambiental), mas igualmente a subjetividade. Este conceito depende da percepção de cada sujeito e se forma através da experiência de vida de cada um. Deste modo, uma boa QV seria o resultado da junção positiva de fatores como: estado psicológico, expectativas, crenças, valores, relações sociais e meio ambiente.

Para Carol Estwing Ferrans e Marjorie Powers que elaboraram o instrumento subjetivo genérico Ferrans and Powers Quality Life Index (QLI), a QV é definida como “sensação de bem-estar que deriva de satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela” (FERRANS; POWERS, 1992, p. 30). Este é o conceito adotado para nortear o presente estudo.

A relevância dos estudos sobre QV emergiu no cenário da pesquisa direcionada aos serviços de saúde e à prática clínica como um conceito importante para o

processo de tomada de decisão e determinação do benefício terapêutico (ALMEIDA et al., 2013).

Tais resultados são esperados também, na assistência às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que atualmente representa uma das principais causas de óbitos no mundo, gerando um elevado número de mortes prematuras, com perda de QV com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza. No Brasil, são consideradas um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2015).

O Diabetes Mellito (DM) é definido como um conjunto de doenças metabólicas, que eleva os níveis de glicemia plasmática decorrente da ausência, deficiência e/ou resistência à ação da insulina, que é um hormônio produzido pelas células  $\beta$  das ilhotas de Langerhans, sendo um dos mais importantes por coordenar a utilização de combustíveis pelos tecidos, como o metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídios. Quando a pessoa se alimenta, há um aumento na secreção de insulina, induzindo o movimento da glicose do sangue para o músculo, fígado e células adiposas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL, 2011).

Se não tratado o DM pode causar outros problemas de saúde tais como: nefropatia, cardiopatias, cetoacidose diabética, neuropatia periférica, dentre outros. Além disso, Pessoas com DM necessitam de medicações diárias e mudanças em seus hábitos de vida (alimentação, prática de atividades físicas, evitar o tabagismo). Além disso, precisam realizar o controle glicêmico e em alguns casos administrar insulina diariamente, o que acaba de alguma forma interferindo em sua QV negativamente (BRASIL, 2011).

A classificação do DM é baseada em sua etiologia. Segundo a OMS e a American Diabetes Association (ADA) (2011), as quatro classes clínicas do DM são: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), DM gestacional e outros tipos específicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostrou que no Brasil 7,7 % dos adultos com idade  $\geq 18$  anos, referiram ter diagnóstico médico de DM. Os dados apontam ainda que em Campo Grande/MS 6,9% das pessoas do sexo masculino e 8,4% do feminino referiram ter diagnóstico médico de DM (Índice de Confiança - IC de 95%), sendo que em ambos os sexos o diagnóstico da doença tornou-se mais comum com o avanço da idade, principalmente após os 45 anos (BRASIL, 2015).

O DM impacta socioeconomicamente nas pessoas com esta doença, pois além de onerosa, muitas vezes resulta em internações, incapacitações físicas e sociais, repercute na autoestima, autoimagem e em seu papel perante a família e a

sociedade. Quando há limitações físicas, como ocorre em pessoas que desenvolvem o Pé Diabético (PD), pode potencializar a ocorrência de depressão e isolamento social (ALMEIDA et al., 2013).

O Pé Diabético (PD) é um conjunto de alterações que ocorrem nos pés das pessoas com DM decorrente de neuropatia, e/ou alterações micro e macrovasculares, aumentando a susceptibilidade de ocorrer infecção provocada por fatores biomecânicos que levam a deformidades. Esta complicação crônica do DM é considerada grave, pois pode provocar problemas sociais e limitações funcionais, pode levar a amputação do membro afetado, e interfere na QV das pessoas (BRAGA et al., 2015).

Cerca de 50% de todas as amputações não traumáticas dos membros inferiores (MMII) são realizadas em diabéticos e 85% são precedidas de uma ferida no pé. Sendo que a prevalência destas é de 4 a 10% nessa população (GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

Cerca de 3% da população dos Estados Unidos da América tem DM, anualmente 1 a 4% desses desenvolvem feridas nos pés e, 15% pelo menos uma vez durante a vida. Mais da metade dessas pessoas, já foram submetidos à amputação de MMII. Estima-se ainda que entre 30 e 50% dos amputados vão necessitar de amputações adicionais dentro dos próximos três anos, e 50% irão falecer dentro de cinco anos após a amputação de nível maior (SANTOS *et al.*, 2015).

Existem vários fatores predisponentes e precipitantes para o PD, dentre os quais podemos citar: duração da doença; hiperglicemia mantida, histórico de tabagismo, uso de calçados inadequados, ingestão de álcool, sobrepeso/obesidade, neuropatia periférica sensorial com falta de sensibilidade ao teste com monofilamento de 10g de *Semmes-Weinstein*, aumento do limiar da sensibilidade vibratória maior ou igual a 25 volts, pressão nos pés aumentada, calosidades, artelhos em forma de martelo e deformidade de Charcot, doença vascular periférica, deformidade no pé decorrente de amputação prévia, histórico de feridas no pé, amputação progressiva e deficiência visual (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2014).

As feridas podem ser neuropáticas, isquêmicas ou neuroisquêmicas. Para distinguir se a ferida é neuropática ou isquêmica, é preciso reconhecer os fatores que as diferenciam, tais como: aspecto, localização, dor, deformidade, temperatura da pele do pé, coloração do pé, unhas, pulsos, pele e calosidades (ROSA; FERRAZ; BORGES, 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que toda pessoa com DM realize o exame dos pés anualmente a fim de identificar fatores de risco para feridas e amputação. Esse acompanhamento deve incluir uma ordenada rotina de avaliação de sensibilidade protetora e da integridade dos pés, a fim de evitar agravos (BRASIL, 2013).

As feridas em MMII provocam alterações psicológicas como tristeza, depressão, irritabilidade, preocupação com a aparência e isolamento social, interferindo na QV (MELO *et al.*, 2015). Em muitos casos, pessoas com PD são submetidas a amputação, a qual traz sérios riscos de infecção e é um fator comprovadamente predisponente ao surgimento de outras feridas nos MMII e de outras amputações. Ter um membro amputado é um acontecimento traumático para a pessoa, pois, significa mudanças expressivas na imagem corporal, interferência nas funções motoras, integridade mental e interação psicossocial (TORREZ-VALENZUELA *et al.*, 2015). Além disso, a taxa de mortalidade após amputação em MMII é muito alta, podendo chegar aos 22% após 30 dias, 44% após um ano e 77% depois de cinco anos (ROLIM *et al.*, 2015).

É um procedimento temido pelas pessoas tanto pela perda de um membro, quanto pela conseqüente incapacidade, no entanto, deve-se considerar o início de uma nova etapa, onde a perda do membro alivia o sofrimento e afasta o risco de morte (REIS; CASA JÚNIOR; CAMPOS, 2012).

Visto que a amputação reflete em alterações que impossibilitam o desempenho físico esperado para a parte do corpo retirada, é necessário que os profissionais de saúde, principalmente a enfermagem esteja empenhada na recuperação e cuidado de saúde dessa população, reconhecendo seus anseios e fragilidades (VARGAS *et al.*, 2014).

Desse modo, pode-se observar que o diagnóstico do DM e seu respectivo tratamento altera o cotidiano da pessoa, que pode ser ainda mais prejudicado quando ocorrem feridas e/ou amputações em MMII. A motivação para a realização deste estudo se deu pela observação das dificuldades enfrentadas pelas pessoas com DM que fazem tratamento de PD, pois além dos problemas já citados, alguns necessitam se deslocar regularmente para a realização de curativos em unidades de saúde e/ou centro de referência, e no caso de amputação, os obstáculos são ainda maiores.

Esse tipo de investigação proporciona conhecimento sobre o tema em distintas realidades sociais e ambientais, permitindo a comparação da QV de diferentes pessoas inseridas numa realidade comum. Além disso, o município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul (MS) carece de estudos que avaliem o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de pessoas com PD.

Pesquisas assim, podem servir de base para a criação de políticas de promoção à saúde, sendo fundamentais para nortear a assistência à saúde. Deste modo, este estudo teve o propósito de analisar IQV pessoas com PD, de pessoas com PD que apresentem feridas, com ou sem amputação em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas em MS. Seus resultados poderão contribuir para melhor compreensão de fatores que influenciam na QV. E trata-se

de um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Qualidade de vida em pessoas com Pé Diabético”

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo seccional, analítico, com abordagem quantitativa. Os grupos pesquisados foram divididos entre: Grupo caso, formado por pessoas com uma doença ou condição específica). Neste estudo, pessoas com PD que apresentaram ferida e com amputação e, Grupo Controle, que embora pertença ao mesmo grupo de onde foi extraído o grupo caso, é formado por indivíduos que não apresentaram a condição específica. Neste estudo, pessoas com PD com ferida e sem amputação.

A coleta de dados foi feita no Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares Periféricas do Centro de Especialidades Médicas (CEM) da Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS.

A população foi constituída por 77 pessoas atendidas no referido serviço, com diagnóstico de PD. A amostragem por conveniência foi de 64 pessoas. Não foram incluídos indígenas, privados de liberdade, gestantes, institucionalizados e que apresentavam doença excludente (transmissível ou outra comorbidade crônica em terapia substitutiva) no período da coleta.

Para a coleta de dados foram utilizados um Formulário de dados sociodemográficos e clínicos (o qual passou por teste piloto com uma amostra de 10 pessoas que foram incluídas na amostra final), e um formulário específico: o Índice de Qualidade de Vida Ferrans & Powers – Versão Feridas (IQVFP-VF).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculado a UFMS sob Parecer nº 1.250.005/2015.

Os dados coletados foram dispostos em um banco de dados do Programa *Microsoft Office Excel* versão 2007 e analisados nos Softwares *Epi Info* versão 7 e *Minitab* versão 14. A análise estatística foi feita por meio do Teste de diferenças de médias (Teste t-student). Em todos os testes foi aplicado o critério de 95% de confiabilidade. Foram considerados significativos valores de  $p < 0,05$ . Para fins de discussão dos resultados relacionados à IQV, neste estudo, foram adotados os parâmetros descritos por Yamada (2005), com a seguinte categorização: 24I-30 (Muito Bom); 18I- 24 (Bom); 12I-18 (Regular); 6I- 12 (Ruim) e 0I- 6 (Muito Ruim).

### 3 | RESULTADOS

#### Resultados Sociodemográficos e clínicos

Variáveis	n	%	Média/DP
Sexo			
Masculino	44	68,8	
Feminino	20	31,3	
Faixa etária			
30-49	08	12,5	
50-59	20	31,3	60,5 (± 9,69)
60 ou mais	36	56,2	
Dependentes			
1-4	52	81,3	
5 ou mais	12	18,7	2,98 (± 1,71)
Prática religiosa			
Praticante	50	78,1	
Não praticante	14	21,9	
Situação conjugal			
Com companheiro	34	53,1	
Sem companheiro	30	46,9	
Atividade laboral			
Não	54	84,4	
Sim	10	15,6	
Anos de estudo			
Nenhum	01	1,6	
Até 5	28	43,7	
De 6 a 8	17	26,6	6,8 (± 3,7)
De 9 a 12	14	21,9	
13 ou mais	04	6,2	
Renda per capita (em salários mínimos*)			
≤ 1	53	82,8	
1,1 a 2	09	14	
> 2	03	3,2	

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS - Brasil – 2016 (n=64)

\*Vigente em janeiro de 2016 (R\$ 880,00)

Houve predominância de pessoas do sexo masculino (68,8%) na amostra. A idade média foi de 60,5 anos (DP ± 9,69). Verifica-se, que, 56,2% são idosos, 81,3% com dependentes, 78,1% praticante de alguma religião, 53,1% possui companheiro, e 84% dos entrevistados não realizava atividade laboral.

<b>Atividade laboral/ Domínio</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>p</b>
Saúde e Funcionamento			
Não	54	19,70 ( $\pm 4,43$ )	0,589
Sim	10	20,52 ( $\pm 4,29$ )	
Família			
Não	54	26,04 ( $\pm 5,78$ )	0,035
Sim	10	28,38 ( $\pm 2,29$ )	
Socioeconômico			
Não	54	24,83 ( $\pm 3,88$ )	0,086
Sim	10	26,74 ( $\pm 2,85$ )	
Psicológico/Espiritual			
Não	54	26,09 ( $\pm 4,60$ )	0,202
Sim	10	27,36 ( $\pm 2,37$ )	
Qualidade de vida total			
Não	54	22,33 ( $\pm 3,39$ )	0,340
Sim	10	23,54 ( $\pm 2,78$ )	

Tabela 2 - Atividade laboral em relação aos Domínios do Índice de Qualidade de Vida *Ferrans & Powers* – Versão Feridas das pessoas com Pé Diabético em um Serviço de Referência em Tratamento de Lesões Vasculares e Periféricas, Campo Grande, MS – Brasil - 2016 (n=64)

O Domínio Família, quando comparado à atividade laboral, foi estatisticamente significativo ( $p = 0,035$ ). Evidenciando que, as pessoas que trabalham estão melhores no IQV em relação as que não trabalham, e neste grupo o IQV total está dentro da faixa considerada como boa.

#### 4 | DISCUSSÃO

Infere-se que o DM acomete mais os idosos, o que provavelmente está associado ao processo de senescência fisiológica, conseqüente das alterações fisiometabólicas do corpo, desencadeada por fatores como má alimentação e sedentarismo (MEDEIROS et al., 2016).

Verifica-se que, a média de anos estudados 6,8 anos ( $DP \pm 3,7$ ) corresponde ao ensino fundamental incompleto. O baixo nível de escolaridade pode ser um fator limitante ao acesso às informações, devido à compreensão insuficiente da escrita e fala, ocasionando a desvalorização das ações de prevenção, retardando a busca por assistência profissional, o que contribui para o surgimento de agravos e encarecimento dos gastos pessoais (PEREIRA et al., 2014), visto que 86% (55 pessoas), durante as entrevistas, referiram ter recebido orientações quanto aos cuidados com os pés.

Nota-se também que a baixa escolaridade condiz ainda com a renda per capita média de R\$ 852,00 ( $DP \pm R\$ 863,00$ ), inferior a um salário mínimo vigente no ano da pesquisa (R\$ 880,00). A baixa renda adicionada ao nível de escolaridade mostrada

nestes resultados pode ser um fator que compromete o estado de saúde e o IQV, e segundo Araújo et al. (2016), dificulta a adesão ao tratamento medicamentoso, dieta e seguimento das orientações para a saúde.

No que se refere à situação conjugal, um estudo realizado com 436 pessoas cadastradas no Programa Hiperdia no município de Santa Maria (RS) entre 2011 e 2012, mostrou que a 59% tinham companheiro (PEREIRA et al., 2014), o que se aproxima aos resultados deste estudo (53,1%).

A incidência de DM aumentou nas mulheres a partir da década de 90, seguindo as mudanças nos hábitos de vida, como aumento do uso de drogas lícitas e ilícitas, sedentarismo e obesidade, sendo que estas possuem 2,2 vezes mais chances de serem diagnosticadas com a doença (MEDEIROS et al., 2016).

Além disso, os homens procuram os serviços primários de saúde com menor frequência, fazendo com que adentrem ao sistema de saúde pela atenção hospitalar de média e alta complexidade, o que os tornam mais vulneráveis às enfermidades graves e crônicas (FIGUEREDO, 2015).

Em 2009 foi lançado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), cujo principal objetivo foi promover as ações de saúde que cooperassem de maneira considerável para a assimilação da realidade masculina nos contextos socioculturais e político-econômicos, de modo a possibilitar o aumento da expectativa de vida e a diminuição dos índices de morbimortalidade por causas evitáveis nessa população (SOUZA et al. 2015).

Sendo assim, tendo a integralidade como um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e considerando que o DM duplica o risco para doença cardiovascular em pessoas do sexo masculino (Panarotto et al.; 2008), seu diagnóstico, acompanhamento e ações de saúde são medidas necessárias que podem ser realizadas aproveitando a oportunidade da entrada dos homens na Atenção Básica, não se restringindo ao Hiperdia.

Para Luengo e Mendonça (2014) as seis dimensões da QV são: física, emocional, social, profissional, intelectual e espiritual, tornando-se perceptível que a atividade laboral é um fator determinante para um melhor IQV, associado, dentre outras coisas, ao grau de satisfação do indivíduo com sua vida familiar.

O desemprego, exclusão social e violência são reconhecidos como colaboradores para um IQV deficiente, tendo em vista que baixa renda e escolaridade estão ligadas a não adesão ao tratamento (LUENGO; MENDONÇA, 2014).

Segundo Sampaio (2012), para a psicologia é preciso inserir a atividade laboral na teoria da satisfação, e assim superar concepções clínicas outrora baseadas nas relações familiares e pessoais, e nesse sentido operacionalizar as concepções de Maslow sobre o homem.

Para Regis e Porto (2011), referindo-se à Teoria das Necessidades Humanas

Básicas de Maslow, o homem é motivado pelo desejo de satisfazer muitas necessidades comuns que impulsionam sua conduta no intento de realizá-las, de acordo com níveis hierárquicos, como a seguir: necessidades básicas ou fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades de amor e/ou sociais, necessidades de estima e, necessidades de autorrealização. Além das necessidades supracitadas, acrescenta-se a ânsia pela compreensão do sentido das coisas, tais como: querer saber, compreender, sistematizar, organizar, analisar e procurar relações e sentidos, ajudar aos outros e auto realizar-se.

Assim pode-se verificar que o trabalho está relacionado direta ou indiretamente em praticamente todos os níveis e a autorrealização é o nível mais alto almejado pelo homem.

Para Stuhler e Camargo (2012) um dos problemas relacionados ao DM está associado com as complicações incapacitantes, já que estas podem comprometer a produtividade, a QV e a sobrevida, provocando impactos psicossociais na vida das pessoas.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atividade laboral dá a pessoa a sensação de dignidade, e independência. Assim, pode-se inferir que fatores como desemprego, associado a exclusão podem ser potencializadores de um IQV deficiente, até mesmo pelo fato de que a baixa renda está ligada a falta de adesão ao tratamento. Verifica-se, portanto, que um dos problemas relacionados ao DM são as complicações incapacitantes, já que estas podem comprometer a produtividade, a QV e a sobrevida, provocando impactos psicossociais na vida das pessoas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. A.; SILVEIRA, M. M.; SANTO, P. F. E.; PEREIRA, R. C.; SALOMÉ, G. M. Assessment of the quality of life of patients with diabetes mellitus and foot ulcers. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 28, n. 1, p. 142-146, jan./mar. 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v. 34, suppl. 1, p. s11-s61, jan. 2011.

ARAÚJO, M. C. F.; ALVES, M. S.; PADRE, P. M. M.; ANDRADE, D. M.; SILVA, A. C. M.; BARRETO, L. P.; SILVA, A. B. P.; SÁ, A. P. S. Profile of Non-Adherence to Treatment of Patients with Diabetes and Hypertension in a Family Health Unit. **Ensaio e Ciências: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 20, n. 1, p. 43-48, 2016.

BRAGA, D. C.; BORTOLINI, S. M.; ROZETTI, I. G.; ZARPELLON, K. NASCIMENTO, J. C.; NERIS, J. E. Evaluation of neuropathy and vascular complications in patients with diabetes mellitus in a rural town of Santa Catarina. **Revista AMRIGS**, v. 59, n. 2, p. 78-83, apr./june. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel-Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Estratégias para o cuidado de pessoas com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FERRANS, C. E.; POWERS, M. J. Psychometric assessment of the quality of life index. **Research in Nursing & Health**, v. 15, n. 1, p. 29-38, feb. 1992.

FIGUEREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2015.

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Consenso Internacional sobre Pé Diabético**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

LEITE, P. N. B. Qualidade de vida e promoção da saúde. **Id On Line Revista de Psicologia**, v. 7, n. 20, p. 33-56, jul. 2013.

LUENGO, C. M. L.; MENDONÇA, A. R. A. Spirituality and quality of life in diabetic patients. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 380-387, may/aug. 2014.

MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, T. **Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2014.

MEDEIROS, M. V. S.; PAIXÃO, I. P.; AGRA, G.; SOUSA, A. T. O.; GOUVEIA, B. L. A.; COSTA, M. M. L. Socio-demographic, clinical and therapeutic profile of patients with risk of diabetic foot. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 10, n. 6, p. 2018-2028, june, 2016.

MELO, B. V.; TOJAL, P. G. M. D.; LEAL, F. J.; COUTO, R. C. Quality of life in chronic venous patients who or do not wear compressive stockings. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 14, n. 1, p. 62-67, jan./mar. 2015.

OGATA, A. **Guia prático de qualidade de vida: como planejar e gerenciar o melhor programa para sua empresa**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009

PANAROTTO, D.; SCHUMACHER M. V.; TELES, A. R.; LOVAT, C. Pathogenesis of cardiovascular disease in diabetes. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 65, supl. 2, p. 18-22, sep. 2008.

PEREIRA, C.; MARINHO, M.; CASSOLA, T.; SEERIG, A. P.; MUSSOI, T. D.; BLUMKE, A. C. Perfil epidemiológico de hipertensos e diabéticos em uma Estratégia Saúde da Família de Santa Maria/RS. **Disciplinarum Scientia**, v. 15, n. 2, p. 195-203, 2014.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. Basic human needs of nursing professional: situations of (dis) satisfaction at work. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 332-338, apr. 2011.

REIS, G.; CASA JÚNIOR, A. J.; CAMPOS, R. S. Epidemiological profile of upper and lower limb amputees assisted in a reference center. **Revista Eletrônica Saúde e Ciência**, v. 2, n. 2, p. 52-62, 2012.

ROLIM, D.; SAMPAIO, S.; GONÇALVES-DIAS, P.; ALMEIDA, P.; ALMEIDA-LOPES, J.; TEIXEIRA, J. F. Mortality after amputation. **Angiologia e Cirurgia Vascular**, v. 11, n. 3, p. 166-170, sep. 2015.

ROSA, E. G.; FERRAZ, A. F.; BORGES, E. L. Tratamento e prevenção de úlceras de pé diabético. In: BORGES, E. L. **Feridas: úlceras de membros inferiores**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SAMPAIO, J. R. Quality of working life: actual perspectives and challenges. **Revista Psicologia, Organizações e Trabalho**, v. 12, n. 1, p. 121-136, jan./apr. 2012.

SANTOS, A. L.; CECÍLIO, H. P. M.; TESTON, E. F.; ARRUDA, G. O.; PETERNELLA, F. G. N.; MARCON, S. S. Microvascular complications in type 2 diabetes and associated factors: a telephone survey of self-reported morbidity. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 761-770, mar. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL. Terapia nutricional no Diabetes Mellitus. 2011. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/9\\_volume/terapia\\_nutricional\\_no\\_diabetes\\_mellitus.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/9_volume/terapia_nutricional_no_diabetes_mellitus.pdf). Acesso em: 12 abr. 2017.

SOUZA, A. P.; SILVA, P. E. S.; DIAS, R. S.; AZEVEDO, P. R.; SILVA, L. D. C. Evaluation of the policy of integral attention the men's health. **Revista Enfermagem UFPI**, v. 4, n. 3, p. 65-70, july/sept. 2015.

STUHLER, G. D.; CAMARGO, B. V. Social representations of the diabetes of people who live with this chronic condition. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 3, p. 67-81, 2012.

VARGAS, M. A. O.; FERRAZO, S.; SCHOELLER, S. D.; DRAGO, L. C.; RAMOS, F. R. S. The healthcare network to the amputee. *Acta Paulista Enfermagem*, v. 27, n. 6, p. 526-532, nov./dec. 2014.

YAMADA, B. F. A.; SANTOS, V. L. C. G. Quality of Life of Individuals with Chronic Venous Ulcers. **Wounds: A Compendium of Clinical Research and Practice**, v. 17, p. 178-189, 2005.

## **SOBRE A ORGANIZADORA**

**ISABELLE CORDEIRO DE NOJOSA SOMBRA** - Enfermeira pelas Faculdades Nordeste - FANOR (Bolsista pelo PROUNI). Doutoranda em Obstetrícia (DINTER UFC/UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica - (4 Saberes). Especialista em Saúde Pública - UECE. Atua como consultora materno-infantil. Enfermeira Obstetra na clínica Colo. Atuou como docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza. Atuou como professora do Grupo de Pesquisa em Avaliação da Saúde da Mulher - GPASM/ESTÁCIO. Atuou como docente do Curso Técnico em Cuidado de Idosos - PRONATEC/Unichristus. Atuou como supervisora pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Atuou como enfermeira assistencial no Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (HFT). Atuou na preceptoria de estágio das Faculdades Nordeste - FANOR. Atuou como pesquisadora de campo da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina - no Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Atuou no Projeto de Práticas Interdisciplinares no Contexto de Promoção da Saúde sendo integrante do grupo de pesquisa "Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança e do Adolescente" - FANOR;. Atuou como Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos Quantitativos da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde coletiva.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acidente de trânsito 177, 207, 208

Acidentes de Trânsito e mortalidade 198

Acidentes de transporte terrestre 198, 199, 206, 208

Ações integradas da saúde 151

Acolhimento 5, 6, 7, 8, 10, 15, 57, 93, 144, 147, 217, 221, 225, 227

Alérgenos 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51

Ambiente 42, 43, 45, 47, 48, 64, 92, 131, 145, 146, 210, 211, 215, 216, 217, 218, 219, 224, 226, 227, 230, 264, 277

Amputação 276, 279, 280, 281

Atenção básica 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 50, 56, 62, 68, 73, 75, 76, 89, 122, 142, 151, 153, 154, 156, 157, 159, 161, 166, 173, 175, 212, 215, 224, 284

Atenção primária à saúde 2, 75, 160, 161, 162, 165, 169, 172

Autocuidado 54, 55, 59, 60, 82, 90, 95, 99, 239

### B

Bioética 19, 25, 244, 286

### C

Câncer 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 67, 95, 99, 137, 152, 245, 246, 248, 249, 250, 252, 254, 255

Cicatrização 256, 260, 261, 263, 264, 267, 269, 273, 274, 275

Comunidade ribeirinha 210, 219

Controle de qualidade 101

Cuidado paliativo 234, 235, 242, 244

### D

Dependência química 185, 191, 195

Determinantes sociais da saúde 16, 126, 127, 128, 132, 135

Diabetes melito 276, 278

Dispositivo de proteção da cabeça 177

Doenças das Vias Respiratórias 43

Doenças do sistema circulatório 126

Doenças raras 54, 61

Dor 9, 34, 36, 37, 39, 47, 60, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 136, 142, 234, 235, 239, 241, 249, 251, 252, 267, 279

## E

Educação permanente 5, 8, 10, 145, 147, 160

Efeitos colaterais 20, 30, 31, 32, 33, 36, 38, 39, 40, 156, 229

Endoscópios gastrointestinais 101

Enfermeiros 4, 73, 75, 91, 111, 142, 146, 147, 149, 156, 159, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 265

Epidemiologia 2, 89, 125, 134, 184, 207, 208

Estilo de vida 84, 85, 89, 117, 210, 211, 212, 215, 276

Estratégia de saúde da família 5, 14, 70, 74, 78, 85, 87, 90, 116, 125, 163, 165, 173, 174, 175

## F

Fatores de risco 46, 47, 62, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 127, 134, 142, 178, 193, 196, 197, 208, 274, 275, 278, 279, 286

Ferimentos 98, 276

## G

Gestão em saúde 91, 174

## H

Hiperdia 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 116, 117, 125, 284

Hospital 20, 23, 30, 31, 33, 35, 36, 41, 43, 44, 64, 75, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 103, 110, 111, 116, 125, 143, 144, 146, 161, 178, 180, 187, 208, 229, 234, 243, 245, 248, 249, 250, 256, 257, 258, 261, 266, 270, 275, 288

Humanização 6, 7, 10, 73, 144, 148, 149, 171, 241

## I

Incidência 2, 38, 40, 41, 64, 68, 70, 71, 74, 79, 80, 84, 95, 112, 113, 119, 120, 122, 153, 154, 178, 207, 238, 254, 284

Insuficiência renal crônica 112, 113, 114, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 125

Intensidade 46, 64, 66, 71, 72, 118, 199, 240, 261, 263, 265, 274

## L

Laser 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 270, 273, 274, 275

Lesão autoprovocada 136, 137, 138, 139, 140, 141

Lesão por pressão 256, 258, 261, 270, 271, 275

Lesões 65, 67, 86, 87, 88, 121, 137, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 186, 198, 199, 203, 256, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 269, 276, 280, 281, 282, 283

Leucemia 30, 31, 32, 33, 35, 36, 38, 40, 41

## M

Médicos 23, 64, 72, 73, 99, 159, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175  
Meio ambiente 47, 210, 211, 215, 216, 218, 219, 277  
Morbidade 83, 130, 134, 135, 177  
Mortalidade 31, 80, 83, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 141, 143, 153, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 280  
Motocicleta 176, 177, 178, 180, 181, 182, 183, 203

## P

Pacientes internados 91, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 116, 117, 125, 150, 233, 235, 236, 237, 275  
Perfil de saúde 91, 235, 236  
Política 6, 7, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 22, 28, 61, 129, 133, 164, 173, 196, 212, 214, 215, 218, 219, 222, 223, 231, 246, 254, 284  
Prática profissional 163, 225  
Prevalência 42, 43, 47, 48, 49, 50, 68, 70, 71, 75, 78, 79, 82, 83, 85, 86, 89, 90, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 143, 182, 183, 186, 194, 195, 197, 198, 214, 215, 238, 240, 274, 279  
Processo de trabalho 10, 93, 144, 149, 151, 160  
Promoção em saúde 234

## Q

Qualidade de vida 14, 24, 30, 31, 32, 33, 34, 41, 43, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 63, 79, 83, 85, 87, 90, 134, 188, 210, 212, 214, 233, 234, 245, 246, 249, 250, 251, 252, 276, 277, 280, 281, 283, 286  
Quimioterapia 26, 30, 31, 32, 33, 36, 38, 39, 40, 41

## R

Reforma psiquiátrica 196, 221, 224, 225, 232  
Ribeirinhos 210, 211, 214, 215, 216, 217, 218, 219

## S

Saúde ambiental 210  
Saúde do homem 100, 129, 133, 245, 246, 247, 252, 253, 254, 284  
Saúde mental 142, 143, 185, 186, 187, 188, 196, 197, 221, 223, 224, 225, 227, 228, 232  
Saúde pública 1, 2, 4, 7, 11, 13, 16, 23, 28, 37, 43, 45, 48, 52, 62, 74, 75, 78, 79, 86, 112, 113, 134, 135, 142, 143, 151, 161, 174, 178, 183, 184, 186, 196, 197, 198, 199, 200, 202, 207, 208, 210, 231, 232, 235, 243, 244, 278, 288  
Serviços comunitários de saúde mental 185  
Síndrome de guillain-barré 256, 257  
Sistema de registro 151, 153  
Software 68, 103, 127, 151, 155, 238, 261, 262, 269  
Suicídio 136, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 191, 195, 196

## T

Tentativa de suicídio 136, 191

Terapia comunitária 221, 223, 224, 225, 226, 231, 232

Terapias complementares 27, 221

Trifosfato de adenosina 101

Tuberculose 1, 2, 3, 4, 151, 152, 154, 160, 161, 162

Tuberculose na atenção básica 151, 161

## U

Unidade de terapia intensiva 144, 145, 146, 147, 148, 150, 257, 261

## V

Vulnerabilidade em saúde 18

