

A hand holding a magnifying glass over a network of medical icons. The icons include a doctor, a clipboard, test tubes, a first aid kit, pills, a heart with an ECG, a virus, a syringe, a person with a cross, a flask, a no smoking sign, a telephone with a cross, a ambulance, and a stethoscope. The background is a blue gradient with a network of white dots and lines.

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

Influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas 2

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO
(ORGANIZADOR)

Atena
Editora

Ano 2021



CIÊNCIAS DA SAÚDE: Influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas 2

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO
(ORGANIZADOR)

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

istock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

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. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^a Dr^a Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^a Dr^a Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof^a Dr^a Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^a Dr^a 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
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof^a Dr^a Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalo de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
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 Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Profª Ma. Adriana Regina Vettorazzi Schmitt – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alessandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andrezza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Carlos Augusto Zilli – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará

Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Edson Ribeiro de Brito de Almeida Junior – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atílio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Prof. Me. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho – Universidade Federal do Cariri
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramirez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Prof^a Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Prof^a Dr^a Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^a Ma. Lilian de Souza – Faculdade de Tecnologia de Itu
Prof^a Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^a Dr^a Lúvia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof^a Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Prof^a Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Me. Luiz Renato da Silva Rocha – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Prof. Me. Marcos Roberto Gregolin – Agência de Desenvolvimento Regional do Extremo Oeste do Paraná
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Dr. Pedro Henrique Abreu Moura – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Rafael Cunha Ferro – Universidade Anhembi Morumbi
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Dr. Sullivan Pereira Dantas – Prefeitura Municipal de Fortaleza
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Universidade Estadual do Ceará
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremonesi
Correção: Flávia Roberta Barão
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 Ciências da saúde: influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas 2 / Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-253-8

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.538210807>

1. Saúde. I. Castro, Luis Henrique Almeida (Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A respeito da influência das dinâmicas sociais, políticas, institucionais e ideológicas no campo da saúde, o texto “Diretrizes para a política de saúde de um governo popular e democrático” publicado em 1987 nos Cadernos de Saúde Pública pelo autor Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior, explicita que: “(...) quanto maior e mais enraizada for a consciência da população de que saúde é bem-estar e que o bem-estar é decorrência da satisfação de necessidades básicas do indivíduo e de proteção do ambiente, estando, inseparavelmente, interligada à educação, à habitação, aos transportes, ao vestuário, à higiene do ambiente, à política salarial e a outras necessidades individuais e sociais, tanto mais a sanidade e o sistema de saúde serão objeto de reivindicações e de propostas políticas concretizáveis”.

Por sua vez, a presente obra planejada em três volumes pela Atena Editora, contempla 68 textos entre artigos técnicos e científicos elaborados por pesquisadores de Instituições de Ensino públicas e privadas de todo o Brasil. Indo ao encontro da indissociabilidade entre os contextos aqui abordados, a organização deste e-book foi implementada de modo a possibilitar que todos os volumes abordassem todas as temáticas de seu título: “Ciências da Saúde: Influências Sociais, Políticas, Institucionais e Ideológicas”.

Espera-se que o conteúdo aqui disponibilizado possa subsidiar o desenvolvimento de novos estudos contribuindo para o interesse da ciência nacional acerca das políticas públicas e de seus respectivos impactos na área da saúde. Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro


SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A IMPORTÂNCIA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL

Michelle Gonçalves do Santos

Selene Gonçalves dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5382108071>

CAPÍTULO 2..... 8


ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL E SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY-WEBER: COINCIDÊNCIA? - RELATO DE CASO

Caroline Graça de Paiva

Alanna Ferreira Alves

Caroline Rehem Eça Gomes

Aline Garcia Islabão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5382108072>


CAPÍTULO 3..... 12

AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA EM PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

Michelle Moreira Abujamra Fillis

João Marcos Brandet

Heloisa Galdino Gumieiro Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5382108073>

CAPÍTULO 4..... 22

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA EM MULHERES: REVISÃO INTEGRATIVA

Beranice Araújo de Sousa

Maria de Jesus Santos Rocha

Rosane da Silva Santana

Paula Cruz Fernandes de Sousa

Andreia Bispo de Araújo

João Hericlys Veras Pinheiro

Danshielly Karolliny Mata dos Santos


Maria Oneide dos Santos

Elinaira Santos da Silva de Sousa

Odeir Pereira da Silva

Francisca Maria da Silva França Cutrim

Thamyres Santos Ferreira de Melo


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5382108074>

CAPÍTULO 5..... 33

CARÁTER DO ATENDIMENTO DE PACIENTES INTERNADOS POR OSTEOARTRITE NOS ÚLTIMOS 9 ANOS EM SERGIPE

Luíza Brito Nogueira


Bárbara Loeser Faro
Danilo Brito Nogueira
Isabela Santos Gois
João Victor de Andrade Carvalho
Juliana Pereira de Lucena Menezes
Larissa Sá dos Santos
Meyling Belchior de Sá Menezes
Nicole Santiago Leite
Tatiana Martins Araújo Ribeiro
Viviane Garcia Moreno de Oliveira
Denison Santos Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5382108075>

CAPÍTULO 6..... 37

EFEITO AGUDO DO EXERCÍCIO INTERVALADO DE ALTA INTENSIDADE SOBRE A PRESSÃO ARTERIAL AMBULATORIAL DE ADOLESCENTES OBESOS


Waynne Ferreira de Faria
Marcela Elânea Alves Corrêa
Renan Camargo Corrêa
Jadson Marcio da Silva
Géssika Castilho dos Santos
Rui Gonçalves Marques Elias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5382108076>

CAPÍTULO 7..... 51

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E VIVÊNCIA DOS FAMILIARES E ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1


Marinês Finco
Judite Hennemann Bertoncini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5382108077>

CAPÍTULO 8..... 65

MIELITE TRANSVERSA ASSOCIADA AO ETANERCEPT? RELATO DE CASO


Lilian David de Azevedo Valadares
Gabriela Vianna de Andrade Lima
Raissa Bezerra Dias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5382108078>

CAPÍTULO 9..... 70

O QUE CONSTITUI VOLDEMORT?: IMPACTOS DA AUSÊNCIA DE AFETO

Thais Cristina Rades
Paula Natsumi Okama

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5382108079>


CAPÍTULO 10..... 82

ÓBITOS INFANTIS POR DIARREIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2010-2018

Alícia Sandrelly Ramos da Cruz

Emília Carolle Azevedo de Oliveira

Gabriela da Silveira Gaspar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.53821080710>


CAPÍTULO 11 94

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E GESTORES DE SAÚDE SOBRE A ESTRATÉGIA E-SUS ATENÇÃO BÁSICA E SUA RELAÇÃO COM A VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Katweurya Santana Campos

Raquel Simões Monteiro Alves

Emanuel Diego dos Santos Penha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.53821080711>

CAPÍTULO 12..... 107

RELAÇÃO BILATERAL ENTRE EXCESSO DE PESO E TRANSTORNOS MENTAIS

Marize Melo dos Santos


Fernando Ferraz do Nascimento

Sarah de Melo Rocha Cabral

Ellaine Santana de Oliveira

Renato Mendes dos Santos

Layonne de Sousa Carvalho


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.53821080712>

CAPÍTULO 13..... 118

SAÚDE MENTAL NA PRÁTICA

Yana Camila Brasil Marques

Edinasio Paulo do Nascimento


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.53821080713>

CAPÍTULO 14..... 127

SEGURIDADE SOCIAL NA PERSPECTIVA DO DIREITO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Vinicius de Oliveira

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.53821080714>


CAPÍTULO 15..... 136





SÍNDROME DE SJOGREN PÓS CHIKUNGUNYA: RELATO DE CASO


Letícia Queiroga de Figueiredo

Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo

João César Queiroga de Figueiredo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.53821080715>

CAPÍTULO 16.....	141
SISTEMA QUANTITATIVO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA - VERSÃO 2 SQUALUS 2	
Eduardo Bancovsky Larissa Lie Nagase Wagner Iared	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.53821080716	
CAPÍTULO 17.....	162
SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: ANÁLISE DA OPINIÃO DOS SUPERVISORES ACERCA DO PROCESSO DE ORIENTAÇÃO	
João Filipe Fernandes Lindo Simões Antônio Fernando da Silva Garrido	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.53821080717	
CAPÍTULO 18.....	180
TERMINALIDADE EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: PROMOÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	
Raquel de Oliveira Laudiosa da Motta Samhira Vieira Franco de Souza	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.53821080718	
CAPÍTULO 19.....	191
TRANSTORNO ESQUIZOFRÊNICO E QUALIDADE DE VIDA	
Ully Nayane Epifânio Carneiro João de Deus de Araújo Filho Huanna Raíssa de Medeiros Fernandes Hugo Wesley de Araújo Dulcian Medeiros de Azevedo	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.53821080719	
CAPÍTULO 20.....	203
VALOR DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM INTERNAÇÃO POR DOENÇAS SISTÊMICAS DO TECIDO CONJUNTIVO SEGUNDO MUNICÍPIOS SERGIPANOS	
Bárbara Loeser Faro Danilo Brito Nogueira Denison Santos Silva Isabela Santos Gois João Victor de Andrade Carvalho Juliana Pereira de Lucena Menezes Larissa Sá dos Santos Luíza Brito Nogueira Meyling Belchior de Sá Menezes Nicole Santiago Leite Tatiana Martins Araújo Ribeiro Viviane Garcia Moreno de Oliveira	

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.53821080720>

CAPÍTULO 21.....207

VIOLÊNCIA FÍSICA NO TRABALHO EM SAÚDE: VIVÊNCIA DE TRABALHADORES DE DIFERENTES CENÁRIOS ASSISTENCIAIS


Lucas da Silva Matias

Joanilse Maria Vanin

Grasiele de Fátima Busnello

Kaciane Boff Bauermann

Letícia de Lima Trindade

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.53821080721>

SOBRE O ORGANIZADOR.....221

ÍNDICE REMISSIVO.....222

CAPÍTULO 1

A IMPORTÂNCIA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 18/05/2021

Michelle Gonçalves do Santos

Universidade Federal do Maranhão
São Luís- Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/6276237653995343>

Selene Gonçalves dos Santos

Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão
São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/8138849041395380>

RESUMO: O Plano Municipal de Saúde é a base para a execução, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de saúde no âmbito municipal, pois contempla todas as áreas de atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. Neste trabalho, teve-se por objetivo destacar a importância do Plano Municipal de Saúde para a execução, acompanhamento e avaliação da gestão da saúde na esfera municipal. Para tanto, foi utilizado de uma metodologia incluindo pesquisa bibliográfica e documental. Constatou que os estudos definem que a análise da situação de saúde envolve primordialmente o conhecimento detalhado das condições de vida proporcionadas pelos diversos municípios em cada região de saúde e das tendências de curto, médio e longo prazo. Concluímos que a construção do plano municipal de saúde deve envolver os profissionais de saúde, as equipes de saúde e os conselheiros municipais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão; Plano de saúde; Sistema Único de Saúde.

THE IMPORTANCE OF THE MUNICIPAL HEALTH PLAN AS A PLANNING INSTRUMENT IN MUNICIPAL PUBLIC HEALTH MANAGEMENT

ABSTRACT: The Municipal Health Plan is the basis for the execution, monitoring and evaluation of the management of the health system at the municipal level, as it covers all areas of health care, in order to guarantee the completeness of this care. In this work, the objective was to highlight the importance of the Municipal Health Plan for the implementation, monitoring and evaluation of health management at the municipal level. For that, it was used a methodology including bibliographic and documentary research. He found that the studies define that the analysis of the health situation involves primarily the detailed knowledge of the living conditions provided by the different municipalities in each health region and of the short, medium and long term trends. We conclude that the construction of the municipal health plan must involve health professionals, health teams and municipal health counselors.

KEYWORDS: Management; Health plan; Health Unic System.

1 | INTRODUÇÃO

Na gestão do SUS, é de fundamental importância o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, é necessário elaborar instrumentos que

contribuam para esse processo de planejamento, a Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, estabeleceu as diretrizes para o processo de planejamento no Sistema Único de Saúde – SUS. Sendo assim, o planejamento em saúde visa nortear os gestores na tomada de decisões que permitam uma máxima efetividade, eficiência e eficácia da gestão.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, definiram que o processo de planejamento em saúde será ascendente e integrado, ou seja, partindo do nível local ao nível federal, com diretrizes estabelecidas pelos Conselhos de Saúde.

O planejamento no Sistema Único de Saúde é uma função gestora que além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho. (BRASÍLIA, 2016)

O caráter integrado das atividades de planejamento no SUS valoriza a autonomia dos entes federados, uma vez que todo o processo deve ser conduzido de maneira ascendente, desde os municípios até a União. O desafio dos gestores municipais e estaduais é cumprir com a agenda deste macroprocesso e executá-la de forma integrada aos demais entes federados que compõe a região de saúde. (BRASÍLIA, 2016)

O Plano de Saúde é definido no Artigo 3º da Portaria GM/MS nº 2135, de 25 de setembro de 2013 como instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

Partindo desse conceito, pode-se dizer que o Plano Municipal de Saúde é a base para a execução, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de saúde no âmbito municipal, pois contempla todas as áreas de atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. Por se tratar de um assunto de grande relevância, decidiu-se por estudá-lo no sentido de verificar a importância do Plano Municipal de Saúde como instrumento de planejamento na gestão da saúde pública municipal.

Para tanto, será utilizado de uma metodologia incluindo pesquisa bibliográfica e documental, que possibilitem a fundamentação teórica sobre o assunto em pauta. Assim, esta pesquisa visa mostrar como o Plano Municipal de Saúde, orienta os gestores quanto a tomada de decisões para a melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde no âmbito municipal.

O projeto objetiva levantar a importância do Plano Municipal de Saúde como instrumento de planejamento na gestão da saúde pública municipal. O Plano Municipal

de Saúde é um importante instrumento de planejamento, contribuindo para a melhoria da qualidade da gestão da saúde pública municipal, sendo um documento que norteia os gestores na tomada de decisões, uma vez que ele contempla a análise da situação de saúde do município.

2 | METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma metodologia delineada por um estudo de natureza bibliográfica, sendo esta subsidiada por livros, periódicos, artigos pertinentes ao assunto focado e pesquisa de campo. Pode ser classificada como exploratória de abordagem qualitativa, tendo em vista que se trata de uma pesquisa que envolve levantamento bibliográfico na qual destacou-se aspectos teóricos sobre o processo de planejamento em saúde e a importância do plano municipal de saúde para a gestão da saúde no âmbito municipal.

Para Gil (2007) o principal objetivo da pesquisa exploratória é proporcionar uma visão geral do objeto de estudo, tendo como finalidade desenvolver, modificar e esclarecer conceitos e ideias.

Muitas vezes o pesquisador não dispõe de conhecimento suficiente para formular adequadamente um problema ou elaborar de forma mais precisa uma hipótese. Nesse caso, é necessário desencadear um processo de investigação que identifique a natureza do fenômeno e aponte as características essenciais das variáveis que se quer estudar.

A abordagem temática abrangeu concepções conceituais, revisão de literatura na qual destacou-se aspectos teóricos sobre plano municipal de saúde e sua importância como instrumento de planejamento.

Por se tratar de um tema que envolve vários aspectos que podem ser enfocados, delimitou-se o estudo dentro da região de saúde de Itapecuru-Mirim.

Assim, essa pesquisa quanto aos procedimentos é classificada como pesquisa bibliográfica e documental com a utilização de livros, artigos, legislações e demais materiais publicados.

3 | PLANEJAMENTO

Conforme Teixeira (2010) planejamento é um termo largamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública quanto na esfera privada. Por planejamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas.

O planejamento tem como objetivo viabilizar o alcance de propostas e metas estabelecidas e implementadas para garantir a qualificação da gestão. Segundo VilasBôas (2004) pode-se afirmar que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar

um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade.

O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana. Ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação.

De acordo com Mintzberg (2004) o planejamento precisa ser formalizado a fim de que se possa obter resultados vinculados para que as decisões estejam incorporadas umas às outras.

Nesse sentido Mintzberg (2004, não paginado) diz que “*Consiste em formalização de procedimento para obtenção de resultado articulado, de forma que as decisões possam estar interligadas umas às outras*”.

A ausência de planejamento, compromete a execução de atividades que serão executadas de forma inerte, fragmentando e desordenando o sistema de saúde. Matus (1993) cita que negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ela qual for.

Rodrigues Gil, Luiz e Rodrigues Gil (2016) em seu estudo estabelece que entre as vertentes e métodos de planejamento, dois autores são centrais no contexto do SUS. Um deles é Mario Testa, que centrou sua contribuição na análise da categoria *poder*, e o outro é Carlos Matus, que desenvolveu um método voltado para *situações de poder compartilhado*, ao qual denominou Planejamento Estratégico Situacional (PES).

O método criado por Matus tem sido amplamente utilizado na área da saúde, pois facilita a construção de consensos sobre os problemas a serem enfrentados. Matus (1993, p 20) define problema como algo considerado fora dos padrões de normalidade para um ator social.

Matus (1993) em sua obra voltada para o planejamento estratégico situacional (PES) desenvolveu três variáveis que contribuem para o complexo ato de governar. Sendo assim divididas: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema, quais sejam:

- Projeto de governo - se refere aos objetivos, ações e proposições expressas nos planos de governo;
- Capacidade de governo - se refere a capacidade técnica, manejo de métodos, habilidades e acúmulo de experiências para a execução do projeto de governo;
- Governabilidade do sistema - se refere as variáveis que o ator controla e as que ele não consegue controlar durante a sua gestão. Sendo assim, ela depende da influência que o ator tem sobre outros atores, ou seja, quanto mais poder ele acumula, mais influência política ele terá, e maior será a sua governabilidade sobre o projeto de governo;

3.1 Análise situacional

Segundo Matus (1993) no planejamento estratégico situacional, a situação refere-se a um conjunto de problemas ou de necessidades tais como são compreendidos a partir da perspectiva de atores ou sujeitos interessados em intervir sobre um determinado recorte da realidade.

Sendo assim, as informações sobre a situação de saúde de um dado município, permitem ao gestor e sua equipe de gestão realizar uma análise situacional desse município, fundamentais para a definição de objetivos, diretrizes e metas do plano municipal de saúde.

3.2 Planejamento e plano municipal de saúde

Rodrigues Gil, Luiz e Rodrigues Gil (2016) em seu estudo afirma que é comum os gestores em conjunto com as suas equipes de gestão elaborarem os planos de saúde por meio de processos mecânicos, com o intuito de apenas atender o que exige a legislação do SUS. Esse não foi o pensamento idealizado pelos grandes estudiosos da área de saúde pública e militantes que lutaram pela criação do SUS. O Plano de Saúde foi criado para ser um instrumento de enfrentamento de problemas relacionados a área da saúde.

Segundo Brasília (2016) o plano de saúde consolida compromissos de saúde numa determinada esfera de governo, devendo refletir a análise situacional, as necessidades de saúde da população e as especificidades de cada território.

A construção do plano municipal de saúde deve envolver os profissionais de saúde, as equipes de saúde e os conselheiros municipais de saúde, descrever a realidade da situação de saúde da população de cada município, evidenciar a capacidade instalada dos serviços de saúde, os recursos humanos disponíveis para realizar as ações de saúde, atender as propostas solicitadas nas conferências de saúde e ainda especificar sobre o orçamento da saúde.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de planejamento no SUS tem como eixo de partida o reconhecimento das dinâmicas presentes no território que influenciam a saúde e as necessidades de saúde da população dos municípios que integram uma região de saúde. Partindo desse pressuposto, as análises das necessidades de saúde devem contemplar o mais amplo conceito de saúde, caracterizado pelo bem-estar físico, afetivo, social e econômico.

O estudo revelou que a análise da situação de saúde envolve primordialmente o conhecimento adequado e detalhado das condições de vida proporcionadas pelos diversos municípios em cada região de saúde e das tendências de curto, médio e longo prazo.

As necessidades de saúde irão orientar o processo de construção dos planos municipais de saúde e permitir a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores, essenciais para a ampliação da qualidade de vida da população e a compreensão das

realidades locais por parte do gestor municipal.

Pensando nisso, enquanto profissional de saúde, busca-se conhecer mais a respeito do processo de planejamento no SUS, assim como ampliar os conhecimentos sobre o assunto ora em estudo, e ainda avaliar a importância do Plano Municipal de Saúde para a tomada de decisões da gestão municipal.

Conclui-se que o projeto pode contribuir para o entendimento do processo de planejamento e permitir a elaboração de planos municipais de saúde que de fato contemplem as necessidades locais de cada município, desta forma considera-se o estudo de suma importância vindo a contribuir na qualidade do planejamento e do plano municipal de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de jun. de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Série E. Legislação de Saúde**. Brasília, p. 3-15, jun. 2011.

BRASIL. Lei Complementar nº 141,13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 30 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferência para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 11, 16 jan. 2012. Seção I. p.1.

BRASÍLIA. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS**. 2016. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 187, 26 set. 2013^a. Seção I. p.60.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de. Necessidades em Saúde: uma abordagem operacional para o nível dos serviços de saúde. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília, ano 3, n. 9, p. 44-53, out./dez. 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Método e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993. t. 1.

MINTZBERG, Henry. **Asenção e queda do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

RODRIGUES GIL, Célia Regina; LUIZ, Isaías Cantóia; RODRIGUES GIL, Maria Cristina. **Gestão Pública em Saúde: A Importância do Planejamento na Gestão do SUS**. 1^a. ed. São Luís: EDUFMA, 2016. 39 p.

TEIXEIRA, Carmen Fontes (Org.). **Planejamento em Saúde**: Conceitos, Métodos e Experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

VILASBÓAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, EPJV, PROFORMAR, 2004. 68p.

CAPÍTULO 2

ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL E SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY-WEBER: COINCIDÊNCIA? - RELATO DE CASO

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 18/04/2021

Caroline Graça de Paiva

Reumatologista pediatra da Instituição de ensino: Hospital da Criança de Brasília José de Alencar
Brasília, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6550546704239060>

Alanna Ferreira Alves

Reumatologista pediatra da Instituição de ensino: Hospital da Criança de Brasília José de Alencar
Brasília, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9708930255249221>

Caroline Rehem Eça Gomes

Reumatologista pediatra
Brasília, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3197303307870489>

Aline Garcia Islabão

Reumatologista pediatra da Instituição de ensino: Hospital da Criança de Brasília José de Alencar
Brasília, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7640450819337568>

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber (SKTW) é uma angiodisplasia congênita, com apresentação clínica variável, caracterizada pela tríade: veias varicosas, malformação venosa/malformação capilar vascular e hipertrofia óssea ou de partes moles¹. Afeta principalmente veias de grande

calibre. Na maioria dos casos, o tratamento é conservador, e a cirurgia é restrita a certos casos, já que está associada a hemorragias com alta mortalidade^{1,2}.**RELATO DE CASO:** Menino diagnosticado com Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) oligoarticular persistente aos dois anos de idade, com fator anti-nuclear (FAN) e fator reumatóide (FR) negativos. Bom controle clínico e laboratorial com metotrexato (doença de curso monocíclico). Apresentava assimetria de membros inferiores desde os quatro anos de idade. Desde então, evoluiu com dor, varizes, circulação colateral e algumas manchas violáceas tipo vinho do porto na perna esquerda, principalmente em fossa poplíteia e panturrilhas, bem como placas hipercrômicas em joelho, tornozelo e perna esquerda (figura 1 e 2). Ecodoppler mostrou insuficiência de veia perfurante de perna esquerda e veias varicosas em todo membro inferior esquerdo. Foi diagnosticado com SKTW aos dez anos de idade e indicado tratamento conservador com meias de compressão elástica. Apresentou aumento progressivo do diâmetro das veias varicosas e da perna esquerda, associado à dor e parestesia. Cirurgia vascular foi indicada, mas apenas após os 16 anos. **CONCLUSÃO:** O paciente foi diagnosticado com AIJ aos dois anos de idade, e com SKTW aos dez anos. Não há relatos na literatura associando AIJ e SKTW. Entretanto, um pequeno número de pacientes com SKTW pode desenvolver artrite severa, especialmente quando a malformação venosa afeta região articular, sem caráter inflamatório¹. Nesses casos, o tratamento cirúrgico é indicado, com sinovectomia e excisão da massa venosa.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Klippel-

Trenaunay-Weber, Artrite Idiopática Juvenil.

REFERÊNCIAS

1. Cohen, MM. **Klippel Trenaunay syndrome**. Am J Med Genet. 2000;93:171-5.
2. Natarajan Arun. **Coronary anomalies in Klippel-Trenaunay-Weber syndrome: multidetector computed tomography and cardiac magnetic resonance study of a rare association**. European Heart Journal - Cardiovascular Imaging. 2013;14:88.

FIGURAS



Figura 1: Assimetria de pernas, alteração da coloração, dilatação varicosa em perna esquerda.



Figura 2: Aumento do tamanho da perna esquerda comparada à direita. Dilatação de vasos.

JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS AND KLIPPEL-TRENAUNAY-WEBER SYNDROME: COINCIDENCE? – CASE REPORT

ABSTRACT: INTRODUCTION: Klippel-Trenaunay-Weber Syndrome (SKTW) is a congenital angiodysplasia, with variable clinical presentation, characterized by the triad: varicose veins, venous malformation / vascular capillary malformation and bone or soft tissue hypertrophy¹. It mainly affects veins of large caliber. In most cases, treatment is conservative, and surgery is restricted to certain cases, since it is associated with hemorrhages with high mortality^{1,2}. CASE REPORT: Boy diagnosed with persistent oligoarticular Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA) at two years of age, with negative anti-nuclear factor (ANA) and rheumatoid factor (RF). Good clinical and laboratory control with methotrexate (monocyclic disease). He had asymmetry of lower limbs since he was four years old. Since then, it has evolved with pain, varicose veins, collateral circulation and some port-like violet spots on the left leg, mainly in the popliteal fossa and calves, as well as hyperchromic plaques in the knee, ankle and left leg (figures 1 and 2). Doppler echocardiography showed insufficiency of the left leg perforating vein and varicose veins in the entire left lower limb. He was diagnosed with SKTW at the age of ten and indicated conservative treatment with elastic compression stockings. He had a progressive increase in the diameter of the varicose veins and the left leg, associated with pain and paresthesia.

Vascular surgery was indicated, but only after the age of 16. **CONCLUSION:** The patient was diagnosed with JIA at the age of two, and with SKTW at the age of ten. There are no reports in the literature associating JIA and SKTW. However, a small number of patients with SKTW can develop severe arthritis, especially when the venous malformation affects the articular region, without an inflammatory character¹. In these cases, surgical treatment is indicated, with synovectomy and excision of the venous mass.

KEYWORDS: Klippel-Trenaunay-Weber Syndrome, Juvenile Idiopathic Arthritis.

REFERENCES

1. Cohen, MM. **Klippel Trenaunay syndrome**. Am J Med Genet. 2000;93:171-5.
2. Natarajan Arun. **Coronary anomalies in Klippel-Trenaunay-Weber syndrome: multidetector computed tomography and cardiac magnetic resonance study of a rare association**. European Heart Journal - Cardiovascular Imaging. 2013;14:88.

AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA EM PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 31/03/2021

Michelle Moreira Abujamra Fillis

Centro Universitário Filadélfia (UniFil)
Londrina – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9919385917123090>

João Marcos Brandet

Centro Universitário Filadélfia (UniFil)
Londrina – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/2848451754334334>

Heloisa Galdino Gumieiro Ribeiro

Centro Universitário Filadélfia (UniFil)
Londrina – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/4147401140917919>

RESUMO: Objetivo: Avaliar a capacidade funcional de exercício e força muscular respiratória em pessoas com Esclerose Múltipla (EM). **Métodos:** Estudo transversal. Foram incluídas pessoas com diagnóstico de EM. A avaliação foi composta pela aplicação da Escala Expandida do Estado de Incapacidade (EDSS) para investigar o estadiamento da doença, Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6min) para avaliar a capacidade submáxima ao exercício e Manovacuometria para verificar a força muscular respiratória (FMR). Os dados foram analisados através do programa SPSS 20. Foi utilizado o teste de normalidade multivariada de Shapiro-Wilk. Para verificar a correlação entre os dados, utilizou-se teste de Spearman. Nível de significância $p < 0,05$. **Resultados:** Foram

avaliados 13 pacientes com de EM. Referente a capacidade funcional foi encontrado que pessoas com EM tem desempenho reduzido no TC6min do que o esperado para pessoas saudáveis com a mesma idade. Em relação a FMR foi verificado que existe comprometimento significativo no desempenho de PEmáx. Entre TC6min e PEmáx houve correlação moderada positiva igual a 0,64, valor de $p=0,016$. **Conclusão:** A gravidade da doença impõe às pessoas com EM um pior condicionamento físico, que afeta diretamente a musculatura respiratória e capacidade funcional de exercício. Foi visto que pessoas com baixa força muscular respiratória possuem baixa capacidade exercício, sendo estes fatores correlacionados de forma moderada. Desta forma, se faz importante o treinamento de musculatura global, incluindo a respiratória.

PALAVRAS-CHAVE: Esclerose Múltipla; Capacidade ao Exercício; Força Muscular Respiratória.

EVALUATION OF RESPIRATORY MUSCLE STRENGTH IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

ABSTRACT: Objective: Evaluate the functional exercise capacity and respiratory muscle strength in people with MS. **Methods:** Cross-sectional study. People with a diagnosis of MS were included. The evaluation was made by applying the Expanded Disability Status Scale (EDSS) to investigate the disease staging, 6-Minute Walk Test (6MWT) to assess submaximal exercise capacity and Manovacuometry to check the respiratory muscle strength. Data were based on SPSS 20 software. The Shapiro-Wilk multivariate

normality test was used. To check the difference between the data, we used the Spearman test. Significance level $p < 0.05$. **Results:** We evaluated 13 patients with MS. Regarding functional capacity, it was found that MS carriers had reduced performance at 6MWT than expected for healthy people of the same age. With respect to respiratory muscle strength (RMS) verified that there was significant impairment in performance MEP. Among 6MWT and MEP had a strong positive correlation coefficient of 0.64, $p = 0.016$. **Conclusion:** The severity of the disease imposes on people with MS a worse physical condition, which directly affects the respiratory muscles and functional exercise capacity. It has been seen that people with low respiratory muscle strength have low exercise capacity, and these factors correlated moderately. Thus, if the global muscle training is important, including respiratory.

KEYWORDS: Multiple sclerosis; Ability to Exercise; Respiratory Muscle Strength.

1 | INTRODUÇÃO

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença do sistema nervoso central (SNC) de caráter autoimune, desmielinizante, inflamatória e crônica, de etiologia idiopática. Atinge com maior frequência a população com idade entre 20 e 40 anos (ABEM, 2021). A progressão da doença ocorre de forma inesperada, complexa e divergente, onde seus sintomas se apresentam de diferentes maneiras, sendo esta heterogeneidade gerada devido a desmielinização que pode ocorrer em áreas distintas do SNC (FROTA et al, 2016). A manifestação dos sintomas se dá por meio das alterações neurológicas nos sistemas motor, sensitivo, cerebelar, de tronco cerebral, esfinteriano, visual e mental (LUKOSCHEK et al, 2015). As limitações na marcha são prevalentes em pessoas com EM e cerca de 75% apresentam algum grau de dificuldade para deambular, o que implica em uma redução da independência funcional (GIJBELS et al, 2010). A desmielinização progressiva do SNC, tanto dos neurônios sensitivos quanto motores, limitam de forma direta ou indiretamente a aptidão física. Segundo Heine et al., os prejuízos resultantes das limitações de atividade de vida diária podem, posteriormente, resultar em um descondicional físico. A EM gera danos às vias motoras, ou seja, ocorre diminuição da força muscular global o que inclui também a força muscular respiratória, levando à complicações importantes no progredir da doença (GOSSELINK et al, 2000). A desmielinização e lesão axonal podem gerar comprometimentos respiratórios consideráveis quando relacionados a extensão e localização da lesão no SNC (TAVEIRA et al, 2011).

A progressão da EM leva à redução da capacidade física e da resistência cardiorrespiratória, com consequente redução da capacidade vital (CV) e da força muscular respiratória (FMR), produzindo também elevação da frequência cardíaca em repouso e ao exercício, fadiga, ansiedade e depressão, onde a redução do controle voluntário da respiração varia com o grau de envolvimento da doença. Podem apresentar também pneumonia aspirativa devido à tosse ineficaz e fraqueza muscular, que gera redução dos volumes pulmonares e insuficiência respiratória (CORRÊA e PAIVA, 2012). Além disto, a aptidão cardiorrespiratória dos portadores de EM é deficiente sendo um fator de risco

importante para a morbimortalidade. A limitação física é causada principalmente pela redução do consumo máximo de oxigênio (VO_2) e da força muscular (KERLING et al, 2015). Estudos comprovam que cerca de 75% do público com EM possui comprometimentos relacionados ao funcionamento físico levando a limitações na realização das atividades de vida diária (HEESEN et al, 2008). A diversidade de sintomas motores e não motores na EM mostra a necessidade de atualização nos estudos que abordem a funcionalidade e capacidades da população acometida pela doença. Como a fadiga, o comprometimento da capacidade funcional de exercício e o baixo desempenho nas provas de função muscular respiratória são características frequentemente encontradas em indivíduos com EM, entretanto, a literatura não está clara quanto a relação entre essas duas variáveis. Portanto, o objetivo deste estudo foi investigar a correlação entre a capacidade funcional de exercício e força muscular respiratória em pessoas com EM.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, que foi realizado de julho a novembro de 2016 no Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL) em parceria com a Associação Londrinense de Portadores de Esclerose Múltipla (ALPEM) e Universidade Estadual de Londrina (UEL) na cidade de Londrina, Paraná. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UNIFIL, com o parecer de 042436/2016. Todos os envolvidos aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A amostragem foi do tipo intencional, foram incluídos no estudo pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com diagnóstico de Esclerose Múltipla. O critério de exclusão foi a impossibilidade física ou psicológica dos indivíduos para a realização e/ou compreensão dos testes, ou a rejeição dos mesmos em participar do estudo. A apresentação do projeto aos pacientes foi realizada durante as reuniões da ALPEM, por meio de palestras de orientação e sensibilização sobre as variáveis que seriam avaliadas. As avaliações foram previamente agendadas através de contato telefônico e realizadas na clínica de Fisioterapia da UNIFIL.

Os instrumentos para a coleta de dados foram elaborados com base na literatura e previamente testados em estudo piloto, listados abaixo:

Escala Expandida do Estado de Incapacidade (EDSS): É um método utilizado para realizar o estadiamento da doença, quantificando as incapacidades ocorridas durante a progressão da EM ao longo do tempo, estas são quantificadas através de oito sistemas funcionais (SF): funções piramidais, cerebelares, do tronco cerebral, sensitivas, viscerais, intestinais, visuais, mentais e outras funções (KURTZKE, 1983). O escore da escala varia de 0 a 10, onde 0 indica um indivíduo neurologicamente saudável e 10 um indivíduo que foi a óbito devido a EM.

Teste de caminhada de 6 minutos (TC6min): Trata-se de um teste de curta duração que avalia a capacidade funcional de exercício. TC6min é um teste auto-ritmado de boa reprodutibilidade que requer um mínimo de equipamentos para sua realização. Por ser um teste submáximo, tem uma ótima correlação com a capacidade funcional e as atividades de vida diária. O teste deve ser realizado em uma pista de 30 metros, demarcada por dois cones em cada extremidade. Durante este teste é anotado a distância que o indivíduo consegue caminhar tão rapidamente sem correr em uma superfície plana, firme e coberta, por um período de 6 minutos, sendo permitido parar ou descansar durante o teste caso haja necessidade, porém, o cronômetro continua acionado (AMERICAN THORACIC SOCIETY, 2002). Os instrumentos necessários para aplicação do teste são: cronômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, oxímetro, prancheta, ficha de avaliação do teste e dois cones. Dois testes foram realizados com um intervalo mínimo de 30 minutos entre eles e a maior distância caminhada foi utilizada para as análises. Todos os pacientes foram monitorados em relação à dispneia e fadiga (por meio da escala de Borg modificada), pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC) e saturação periférica de oxigênio (SpO₂) antes e depois do teste. Durante todo o teste, a distância em metros foi anotada pelo avaliador, e os pacientes receberam estímulos padronizados para incentivo (HOLLAND et al, 2014). Os resultados obtidos foram comparados com os valores de referências para um indivíduo saudável, uma vez que ainda não existem valores de referências para portadores de EM.

Manovacuometria: teste que utiliza-se do manovacuômetro para medida da Pressão Inspiratória máxima (PImáx) pode ser realizada a partir da Capacidade Residual Funcional (CRF) e a Pressão Expiratória máxima (PEmáx) é, convencionalmente medida a partir da Capacidade Pulmonar Total (CPT). O valor da PImáx representa a pressão desenvolvida pelos músculos respiratórios mais a pressão de recolhimento elástico da parede torácica e do tecido pulmonar. Estas medidas são realizadas na posição sentada utilizando um clipe nasal e um bucal padrão com um orifício. O paciente inspira e expira com o máximo de força contra um circuito ocluído conectado ao manovacuômetro. Os maiores valores de pressão obtidos durante 1 segundo representam os valores de PImáx e PEmáx a serem considerados. Em qualquer um dos métodos são feitas no mínimo 3 repetições, considerando-se o maior valor obtido (PARREIRA et al, 2007). Para calcular o predito foi utilizada a Fórmula de Nedder et.al (1999).

Os pacientes foram categorizados de acordo com o estadiamento da EDSS em dois grupos, sendo o grupo 1 de escore baixo (0 a 3,0) e o grupo 2 de escore intermediário e alto (3,5 a 6), de acordo com o estudo de GRAY (GRAY et al, 2009).

3 | ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados através do programa SPSS, versão IBM20. A análise

descritiva foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas, foi utilizado o teste de normalidade multivariada de Shapiro-Wilk para descrever as medidas de tendência central e de dispersão, utilizando médias e desvio-padrão para dados normais e medianas, mínimo e máximo para dados não normais. A comparação das médias foi feita por meio do Test t de student entre os dois grupos para dados paramétricos e teste de Mann-Whitney para os grupos não paramétricos. Para verificar a correlação entre os dados, utilizou-se teste de Spearman. Foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

4 | RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 13 indivíduos, com diagnóstico de Esclerose Múltipla, provenientes da ALPEM, destes 10 eram do tipo Remitente Recorrente (EMRR) e 3 não conheciam o tipo de EM.

Variável	N ou valor
Sujeitos	13
Gênero (homens/mulheres)	5/8
Idade (anos)	38 ± 12,94
Tempo de diagnóstico (anos)	8,15 ± 5,78
Medicação (Não usa/imunomodulador/monoclonais)	2/10/1
Fisioterapia (Faz/Não faz)	4/9
EDSS (média + DP)	3,26(±1,25)

Tabela 1. Características da amostra.

A Tabela 2 traz os valores da melhor distância percorrida pelo Grupo 1 e Grupo 2 no TC6min, o predito e o valor do predito alcançado pelos participantes da pesquisa em média e desvio padrão.

Estadiamento (EDSS)	N	Melhor TC6min	Predito	Predito alcança do do TC6min (%)	P
Leve	6	542 ± 59,12	629,80±68,87	86,05	0,02
Interm/Grave	7	401,42 ± 64,43	585,64±70,30	68,54	
Total	13	466,30 ± 94,08	606,02±70,52	76,9	

Tabela 2. Valores referentes ao TC6min em média e desvio padrão, teste T.

Fonte: autores P: valor de $P < 0,05$; N: Número da amostra), TC6: teste de caminhada 6 minutos. Interm: intermediário.

A seguir, é possível ver na tabela 3 os resultados da avaliação da musculatura respiratória com relação aos achados nos grupos.

Estadiamento (EDSS)	N	Mediana Plmáx (1°Q; 3°Q)	Predito Plmáx (1°Q; 2°Q)	Mediana PEmáx (1°Q; 2°Q)	Predito PEmáx (1°Q; 2°Q)	P
Leve	6	62 (52; 87)	94,50 (87; 01,25)	90 (58; 97)	96 (86,75;103,25)	0,42 8
Interm/Grave	7	56 (40; 64)	91(86;	48 (44; 80))	
Total	13	60 (44; 72)	130) 94(87; 113)	64 (44; 90)	91 (86; 139) 95 (87,119)	0,08 5

Tabela 3. Valores referentes a manovacuometria em mediana e 1° e 3° quartis; teste de Mann-Whitney.

Fonte: autores P: valor de P <0,05; N: Número da amostra), TC6: teste de caminhada 6 minutos. Interm: intermediário.

Para realizar a correlação entre as variáveis de capacidade funcional de exercício e força muscular respiratória foi utilizado o Teste de Correlação Spearman. Não houve correlação entre TC6min e melhor Plmáx ($p = 0,065$). Já entre TC6min e PEmáx foi evidenciada correlação moderada positiva igual a 0,64 com valor de $p = 0,016$.

5 | DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam que a população com EM teve um pior desempenho no TC6min do que pessoas saudáveis. Sendo que, portadores de EM que possuem EDSS ≤ 3 (score baixo) percorreram uma distância maior do que os que possuem EDSS $\geq 3,5$ (score intermediário e alto), porém, ambos percorrendo distância abaixo do esperado para a população sem a doença comprovam que quando ocorre um baixo desempenho no TC6min há influência no aumento da imobilidade e também da mortalidade, não apenas em pessoas com EM mas também em outras populações (WETZEL et al, 2011).

Rampello et al (2007) aponta que a distância percorrida no TC6min está relacionada com o grau de comprometimento da EM, ou seja, quanto mais elevado é o EDSS naqueles que apresentam disfunções moderadas e graves, menor é a distância percorrida. Tal resultado também foi encontrado no presente estudo, sendo um indicativo para comparação o predito para a população saudável, as pessoas com EM obtiveram resultados menores no TC6min.

Considerando as variáveis apresentadas pelo TC6min, Molt et al (2012) realizaram um estudo no qual o objetivo foi avaliar quais eram as alterações apresentadas pelo VO_2 durante o TC6min nos indivíduos com EM considerando o estadiamento da doença. Os

resultados do estudo apontaram que indivíduos com EDSS baixo percorreram um percurso maior do que os que apresentavam EDSS moderada, que percorreram uma distância maior do que a população com EDSS alta, com incapacidades mais severas.

Goldman, Marrie e Cohen (2008) realizaram um estudo onde o foco era a comparação da capacidade funcional e fadiga em pessoas saudáveis e com EM, onde buscaram correlacionar essas variáveis para verificar as características do desempenho no TC6min e, de forma subjetiva, mensurar a presença de fadiga nessas populações. Os resultados apontados neste estudo mostram que a população saudável obteve melhor desempenho no teste de caminhada quando comparados a população com EM. As distâncias se alteraram de acordo com os escores na EDSS, seguindo o que foi encontrado neste estudo, escores mais baixos percorreram maiores distancias que os pacientes com escores mais altos.

O estudo de Smeltzer e Lavietes (1999) mostra que a primeira musculatura afetada pela EM é a respiratória, ou seja, afetam diretamente a função respiratória devido a fraqueza muscular. Há queda das pressões respiratórias quando relacionadas com a fadiga, mostrando que, quanto maior a fadiga apresentada, menores pressões respiratórias serão encontradas (TRENTIN et al, 2011). A parestesia dos músculos expiratórios frequentemente é notada, sendo os abdominais primariamente acometidos, seguidos da musculatura intercostal e, por fim, o diafragma (SMELTZER et al, 1996). No presente estudo, os resultados da avaliação da FMR mostraram maior comprometimento da PEmáx. Trentin, Castellano e Schuster (2011) realizaram um estudo com objetivo de mensurar a FMR em pacientes com EM devido a presença das complicações respiratórias presentes nesta população que colaboram para o aumento da morbidade e mortalidade. Ainda neste estudo foi realizado uma comparação da FMR no início e no fim do dia correlacionando também com a fadiga. O estudo mostrou diferença entre as pressões mensuradas em períodos diferentes do dia, o que sugere novos estudos realizando essa mesma comparação. É importante então levar em consideração o aspecto fadiga durante as avaliações e comprometimento das atividades de vida diária, que podem ser afetadas na rotina.

Este estudo evidenciou maior comprometimento da musculatura expiratória. O maior acometimento dos músculos expiratórios pode ser justificado pelo padrão ascendente que ocorre na EM, ou seja, tem início nos membros inferiores e logo acima musculatura abdominal (músculos expiratórios) para mais tarde atingir a musculatura inspiratória, ou seja, músculos intercostais e diafragma (SMELTZER et al, 1992). Gosselink, Kovacs e Decramer (2000) trouxeram em seu estudo o treinamento da musculatura respiratória, porém a PEmáx não apresentou mudança significativa o que sugere que o fato da musculatura expiratória ser um dos primeiros grupo muscular afetado na EM influencia no descondicionamento físico global e da musculatura respiratória que faz com que haja relação estreita com a fadiga nos pacientes. No estudo de Chiara et al. (2006) também foi realizado o treinamento da musculatura respiratória, apresentando melhora na PEmáx, porém o grupo treinado não

apresentou alterações na aceleração do volume da tosse comparado ao grupo controle. O estudo de Braga e Oliveira (2012) evidencia que a prática de exercícios físicos de forma regular gera benefícios para portadores de EM, promovendo melhora no condicionamento físico, diminuindo o sedentarismo e aumentando a capacidade funcional, o que promove maior independência e melhor qualidade de vida.

Ao analisar os dados da correlação entre o TC6min e FMR, foi possível identificar uma moderada correlação. Isso pode indicar que existe associação entre força muscular respiratória e capacidade de exercício. Tal achado pode ser explicado pela interação que a musculatura respiratória tem em relação ao controle de tronco, e conseqüentemente, equilíbrio (ALBUQUERQUE et al, 2013). Acredita-se que o controle postural, que auxilia na marcha e postura tem interação direta da musculatura abdominal, sendo este um grupo muscular importante para o movimento expiratório (SMELTZER et al, 1996). O que corrobora com os achados na pesquisa em questão. Desta forma, sugere-se que a musculatura respiratória, principalmente a do componente expiratório pode ter influência na capacidade de manutenção do ortostatismo, e conseqüentemente da marcha.

O atual estudo apresentou limitação por não realizar correlação com outras variáveis como fadiga e equilíbrio, demonstrando a necessidade da realização de novas pesquisas para maior eficácia no tratamento da doença.

6 | CONCLUSÃO

Conclui-se que as pessoas com EM apresentam capacidade de exercício reduzida e que, quanto mais alto o estadiamento da doença maior o comprometimento da capacidade funcional do exercício. Em relação a FMR, pode-se observar o maior comprometimento da musculatura expiratória. A análise da correlação entre TC6min e FMR mostrou-se moderada, indicando que a fraqueza de musculatura abdominal pode influenciar na capacidade de exercício. Os achados neste estudo colaboram para o melhor direcionamento clínico do tratamento da EM, onde notou-se a necessidade do treinamento com foco no condicionamento físico, resistência e também na musculatura respiratória expiratória, afim de prevenir futuras complicações provenientes da progressão da doença e também promover a melhora da qualidade de vida dos portadores de EM.

REFERÊNCIAS

ABEM. **O que é Esclerose Múltipla?** Disponível em: <http://abem.org.br/esclerose/o-que-e-esclerose-multipla/>. Acesso em: 29 mar. 2021.

ALBUQUERQUE, I.M.D.; EMMANOUILIDIS, A.; ORTOLAN, T.; CARDOSO, D.M.; GASS, R.; JOST, R.T.; PAIVA, D.N. Capacidade funcional submáxima e força muscular respiratória entre idosas praticantes de hidroginástica e dança: um estudo comparativo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 327-336, 2013.

AMERICAN THORACIC SOCIETY, et al. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. **Am J Respir Crit Care Med**, New York, v. 166, n. 1, p. 111-117, 2002.

BRAGA, D.M.; OLIVEIRA, E.M.L.DE. Combinações de Técnicas de Reabilitação No Paciente Com Esclerose Múltipla (EM). **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 483-484, dez. 2012.

CHIARA, T.; MARTIN, A.D.; DAVENPORT, P.W.; BOLSER, D.C. Expiratory muscle strength training in persons with multiple sclerosis having mild to moderate disability: effect on maximal expiratory pressure, pulmonary function, and maximal voluntary cough. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, Amsterdam, v. 87, n. 4, p. 468-473, abr. 2006.

CORRÊA, B.; PAIVA, D.N. Efeito da variação postural sobre a função pulmonar em portadores de esclerose múltipla. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 13, n. 4, p. 11-19, out/dez. 2012.

FROTA, E.R.C.; MENDES, M.F.; VASCONCELOS, C.C.F. **Recomendações no tratamento da esclerose múltipla e neuromielite óptica**. 2. ed. São Paulo: Editora e Eventos Omnifarma, 2016. 236 p.

GIJBELS, D. et al. Predicting habitual walking performance in multiple sclerosis: relevance of capacity and self-report measures. **Multiple Sclerosis Journal**, Thousand Oaks, v. 16, n. 5, p. 618-626, mar. 2010.

GOLDMAN, M.D.; MARRIE, R.A.; COHEN, J.A. Evaluation of the six-minute walk in multiple sclerosis subjects and healthy controls. **Multiple Sclerosis Journal**, Thousand Oaks, v. 14, n. 3, p. 383-390, abr. 2008.

GOSELINK, R.; KOVACS, L.; KETELAER, P.; CARTON, H.; DECRAMER, M. Respiratory muscle weakness and respiratory muscle training in severely disabled multiple sclerosis patients. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, Amsterdam, v. 81, n. 6, p. 747-751, jun. 2000.

GRAY, O.M.; MCDONNELL, G.V.; HAWKINS, S.A. Tried and tested: the psychometric properties of the multiple sclerosis impact scale (MSIS-29) in a population-based study. **Multiple Sclerosis Journal**, Thousand Oaks, v. 15, n. 1, p. 75-80, jan. 2009.

HEESEN, C.; BÖHM, J.; REICH, C.; KASPER, J.; GOEBEL, M.; GOLD, S.M. Patient perception of bodily functions in multiple sclerosis: gait and visual function are the most valuable. **Multiple Sclerosis Journal**, Thousand Oaks, v. 14, n. 7, p. 988-991, jun. 2008.

HEINE, M.; VAN DEN AKKER, L.E.; VERSCHUREN, O.; VISSER-MEILY, A.; KWAKKEL, G.; TREFAMS-ACE Study Group. Reliability and responsiveness of cardiopulmonary exercise testing in fatigued persons with multiple sclerosis and low to mild disability. **PLoS one**, San Francisco, v. 10, n. 3, e0122260, mar. 2015.

HOLLAND, A.E. et al. An official European Respiratory Society/American Thoracic Society technical standard: field walking tests in chronic respiratory disease. **European Respiratory Journal**, Sheffield, v. 44, n. 6, p. 1428-1446, nov. 2014.

KERLING, A.; KEWELOH, K.; TEGTBUR, U.; KÜCK, M.; GRAMS, L.; HORSTMANN, H.; WINDHAGEN, A. Effects of a short physical exercise intervention on patients with multiple sclerosis (MS). **International journal of molecular sciences**, Basel, v. 16, n. 7, p. 15761-15775, jul. 2015.

KURTZKE, J.F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). **Neurology**, Minneapolis, v. 33, n. 11, p. 1444-1452, nov. 1983.

LUKOSCHEK, C.; STERR, A.; CLAROS-SALINAS, D.; GÜTLER, R.; DETTMERS, C. Fatigue in multiple sclerosis compared to stroke. **Frontiers in neurology**, Lausanne, v. 6, n. 116, mai. 2015.

MOTL, R.W. et al. Evidence for the different physiological significance of the 6-and 2-minute walk tests in multiple sclerosis. **BMC neurology**, London, v. 12, n.1, p. 1-7, mar. 2012.

NEDER, J.A.; ANDREONI, S.; LERARIO, M.C.; NERY, L.E. Reference values for lung function tests: II. Maximal respiratory pressures and voluntary ventilation. **Brazilian journal of medical and biological research**, Ribeirão Preto, v. 32, n. 6, p. 719-727, jun. 1999.

PARREIRA, V.F.; FRANÇA, D.C.; ZAMPA, C.C.; FONSECA, M.M.; TOMICH, G.M.; BRITTO, R.R. Pressões respiratórias máximas: valores encontrados e preditos em indivíduos saudáveis. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, v. 11, n. 5, p. 361-368, set./out. 2007.

RAMPELLO, A.; FRANCESCHINI, M.; PIEPOLI, M.; ANTENUCCI, R.; LENTI, G.; OLIVIERI, D.; CHETTA, A. Effect of aerobic training on walking capacity and maximal exercise tolerance in patients with multiple sclerosis: a randomized crossover controlled study. **Physical therapy**, Oxford, v. 87, n. 5, p. 545-555, mai. 2007.

SMELTZER, S.C.; LAVIETES, M.H. Reliability of maximal respiratory pressures in multiple sclerosis. **Chest**, Amsterdam, v. 115, n. 6, p. 1546-1552, jun. 1999.

SMELTZER, S.C.; LAVIETES, M.H.; COOK, S.D. Expiratory training in multiple sclerosis. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, Amsterdam, v. 77, n. 9, p. 909-912, set. 1996.

SMELTZER, S.C.; SKURNICK, J.H.; TROIANO, R.; COOK, S.D.; DURAN, W.; LAVIETES, M.H. Respiratory function in multiple sclerosis: utility of clinical assessment of respiratory muscle function. **Chest**, Amsterdam, v. 101, n. 2, p. 479-484, fev. 1992.

TAVEIRA, F.M.; TEIXEIRA, A.L.; DOMINGUES, R.B. Complicações respiratórias na esclerose Múltipla. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 16-24, out/dez. 2011.

TRENTIN, P.; CASTELLANO, L.C.; SCHUSTER, R.C. Análise da força muscular respiratória em pacientes com esclerose múltipla. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 333-338, 2011.

WETZEL, J.L.; FRY, D.K.; PFALZER, L.A. Six-minute walk test for persons with mild or moderate disability from multiple sclerosis: performance and explanatory factors. **Physiotherapy Canada**, Toronto, v. 63, n. 2, p. 166-180, Spring 2011.

CAPÍTULO 4

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA EM MULHERES: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 11/06/2021

Berance Araújo de Sousa

Centro Universitário Maurício de Nassau –
UNINASSAU, Brasil
<http://orcid.org/0000-0002-3768-7307>

Maria de Jesus Santos Rocha

Centro Universitário Maurício de Nassau –
UNINASSAU, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5584-0547>

Rosane da Silva Santana

Universidade Federal do Ceará – UFC, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0601-8223>

Paula Cruz Fernandes de Sousa

Faculdade Estácio de Teresina, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2637481600859038>

Andreia Bispo de Araújo

Centro Universitário Maurício Nassau –
UNINASSAU, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6135011649115007>

João Hericly Veras Pinheiro

Centro Universitário Santo Agostinho –
UNIFSA, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0115-5069>

Danshielly Karolliny Mata dos Santos

Faculdade Aliança, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-5008-4650>

Maria Oneide dos Santos

Centro Universitário Maurício Nassau -
UNINASSAU, Brasil
<https://Orcid:0000-0003-3053-6626>

Elinaira Santos da Silva de Sousa

Associação de Ensino Superior do Piauí –
AESPI, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5016-6979>

Odeir Pereira da Silva

Faculdade Maurício de Nassau, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8821732137982515>

Francisca Maria da Silva França Cutrim

Faculdade Maurício de Nassau, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3167493106543611>

Thamyres Santos Ferreira de Melo

Faculdade Maurício de Nassau, Brasil
<https://Orcid:0000-0002-3192-1852>

RESUMO: Introdução: A incidência do câncer de mama está associada em maior valor em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, estima-se 57.960 novos casos de câncer de mama por ano com probabilidade de 56,2 casos a cada 100 mil mulheres. O câncer de mama é uma condição multifatorial, relacionada a fatores genéticos, hormonais, histórico familiar, idade, hábitos de vida, raça, infecções e exposição a agentes carcinogênicos externos. **Objetivo:** Conhecer as características sociodemográficas e os fatores de risco para o câncer de mama em mulheres na literatura. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura. A pesquisa foi realizada durante os meses de julho a outubro de 2019 utilizando as bases de dados LILACS, MEDLINE, biblioteca digital SciELO. Para a busca dos artigos, utilizou-se os descritores: câncer de mama, saúde da mulher,

fatores de risco. Definiram-se como critérios de inclusão estudos publicados nos anos de janeiro de 2008 a dezembro de 2018 e de exclusão, monografias, dissertações e relatos de casos. A amostra foi composta por 15 artigos. Para a avaliação dos estudos, utilizou-se a Análise Textual Qualitativa, a qual se desenvolve mediante um processo de fragmentação do material lido. **Resultados:** Os resultados mostraram que o câncer de mama acomete mais as mulheres pardas, faixas etárias entre 35 a 49 anos, médio nível de escolaridade, e a maioria casadas. Os principais riscos de exposição nas mulheres com câncer de mama foram idade avançada, várias gestações, obesidade, menarca prematura, com menos de 11 anos, menopausa atrasada com mais de 55 anos. **Conclusão:** Assim, percebe-se a necessidade de medidas efetivas na detecção precoce do câncer na redução das taxas de mortalidade, na reabilitação e nos cuidados paliativos da neoplasia.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Mama; Diagnóstico; Fatores de risco; Neoplasias de mama; Rastreamento.

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS FOR WOMEN'S BREAST CANCER: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: The incidence of breast cancer is associated with greater value in developed and developing countries. In Brazil, it is estimated 57,960 new cases of breast cancer per year with a probability of 56.2 cases per 100,000 women. Breast cancer is a multifactorial condition, related to genetic and hormonal factors, family history, age, lifestyle, race, infections and exposure to external carcinogens. **Objective:** To know the sociodemographic characteristics and risk factors for breast cancer in women in the literature. **Methodology:** This is an integrative literature review. The survey was conducted from July to October 2019 using the LILACS, MEDLINE, SciELO digital library databases. To search for articles, the following descriptors were used: breast cancer, women's health, risk factors. The inclusion criteria were studies published from January 2008 to December 2018 and the exclusion criteria, monographs, dissertations and case reports. The sample consisted of 15 articles. For the evaluation of the studies, the Qualitative Textual Analysis was used, which is developed through a process of fragmentation of the material read. **Results:** The results showed that breast cancer affects more brown women, aged between 35 and 49 years old, with medium level of education, and most are married. The main exposure risks in women with breast cancer were old age, multiple pregnancies, obesity, premature menarche, under 11 years, delayed menopause over 55 years. **Conclusion:** Thus, there is a need for effective measures in the early detection of cancer in reducing mortality rates, rehabilitation and palliative care for cancer.

KEYWORDS: Breast Cancer; Diagnosis; Risk factors; Breast neoplasms; Tracking.

1 | INTRODUÇÃO

A incidência do câncer de mama está associada em maior valor em países desenvolvidos e em desenvolvimento (NASCIMENTO FILHO et. al., 2018). No Brasil, estima-se 57.960 novos casos de câncer de mama por ano com probabilidade de 56,2 casos a cada 100 mil mulheres. O câncer de mama é uma condição multifatorial, relacionada a

fatores genéticos, hormonais, histórico familiar, idade, hábitos de vida, raça, infecções e exposição a agentes carcinogênicos externos (TOLENTINO, 2016).

O câncer de mama é uma das formas de câncer com maior prognóstico positivo, quando identificado precocemente e tratado de forma adequada em período hábil. Vale ressaltar que o câncer de mama tem uma taxa de mortalidade alta no Brasil, com cerca de 10 mil só em 2013 (OLIVEIRA; CORREIA; FERREIRA, 2017).

O número de mortes em decorrência do câncer vem apresentando um aumento expressivo a cada ano, e estimativas sugerem que esse fenômeno tende a se expandir, principalmente, em países de baixa e média renda (FELIX, 2018). Esse é o tipo de câncer que mais acomete mulheres em todo o mundo e, por consequência, é a maior causa de morte entre mulheres que sofrem com tumores malignos (ARAÚJO, 2018).

Há um grupo de condições de natureza intrínseca ou extrínseca que podem estar associadas ao desenvolvimento do câncer de mama. Idade, gênero, etnia e herança genética estão entre os elementos intrínsecos, e o uso de álcool e tabaco, sedentarismo, poluição ambiental, exposição a agentes nocivos e poder econômico são exemplos de causas extrínsecas. O câncer de mama vem agredindo mulheres jovens com uma curva progressiva a partir dos 35 anos, e ocorrência superior a partir dos 50 anos, de acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (SILVA; MOREIRA, 2018).

A cada ano, cerca de 30% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama. Observa-se que a quantidade de casos novos cresce cada vez mais e que a projeção desta patologia é ainda maior nos países em desenvolvimento. Os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 25 anos, anticoncepcionais orais, menopausa e terapia de reposição hormonal) estão bem colocados em relação ao desenvolvimento do câncer de mama (SILVA, 2018).

As taxas de incidência crescem gradativamente até os 50 anos e, depois, esse crescimento ocorre de forma mais leve. Além desses, os fatores genéticos também estão relacionados ao maior risco de desenvolvimento de câncer de mama, e algumas pesquisas recentes evidenciam que a exposição à radiação ionizante, mesmo baixa, cresce o risco, especialmente durante a puberdade (NASCIMENTO FILHO et. al., 2018).

O câncer de mama acomete mulheres jovens, a partir dos 25 anos de idade, com a maior parte dos casos restringindo-se entre os 45 e 50 anos. Pode estar associado com o tipo de dieta nutricional, desempenho hormonal e reprodutivo e condições genéticas. É um tipo de câncer possível de ser identificado previamente, em que a própria paciente consegue descobrir sozinha (REIS et. al., 2018).

Assim, com os dados levantados, será possível projetar medidas preventivas e protetivas principalmente na Atenção Básica de Saúde, que é a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, para implementar ações de prevenção e promoção da saúde da população, diagnosticar e tratar o câncer precocemente, evitando danos maiores.

Em decorrência do acometido do câncer em mulheres de diferentes idades e dos fatores de exposição e genéticos que levam ao desenvolvimento da doença, o estudo teve como objetivo conhecer as características sociodemográficas e os fatores de risco modificáveis para o câncer de mama das mulheres na literatura.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) que segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), constituiu-se na busca de dados em fontes secundárias, porém, adotando o mesmo rigor e clareza de um estudo primário. Para tanto, foram adotadas as etapas: identificação do tema e formulação da questão de pesquisa, elaboração dos critérios de inclusão e exclusão de artigos, construção de instrumento para coleta de dados relevantes dos artigos encontrados, avaliação e análise dos artigos selecionados na pesquisa, interpretação e discussão dos resultados obtidos e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A questão que norteou esta pesquisa foi: Qual a produção científica sobre as características sociodemográficas e os fatores de risco modificáveis para o câncer de mama das mulheres?

A pesquisa foi realizada durante os meses de julho a outubro de 2019 utilizando as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e National Library of Medicine National Institutes of Health PubMed, que engloba o MEDLINE e a biblioteca digital SciELO. Para a busca dos artigos, utilizou-se os descritores: câncer de mama, saúde da mulher, fatores de risco. Definiram-se como critérios de inclusão estudos publicados, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018 e de exclusão, monografias, dissertações e relatos de casos.

Foram identificados 980 artigos pelos descritores, sendo excluídos 935 por não se relacionarem ao tema proposto. Apenas 45 fizeram parte da seleção e destes 33 não atenderam ao objetivo do estudo. A revisão integrativa foi composta por 12 artigos.

Realizou-se a leitura de todos os artigos na íntegra; a seguir, foi elaborado um quadro contendo número para identificação do artigo, título do artigo, autores, periódico de publicação, ano de publicação, tipo de pesquisa e base de dados e/ou biblioteca eletrônica na qual estava disponível. Para a avaliação dos estudos utilizou-se a Análise Textual Qualitativa, a qual se desenvolve mediante um processo de fragmentação do material lido (MORAES, 2016).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi constituído por uma amostra variada composta de 12 artigos. Os dados foram organizados em um quadro e discutidos em três categorias analíticas: Características sociodemográficas das mulheres com câncer de mama; Os fatores de risco modificáveis

para o câncer de mama das mulheres; e rastreamento do câncer de mama e a importância dos cuidados de enfermagem.

Título	Autor/Ano	Periódico	Metodologia	Base de Dados
Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais	Soares et. al., 2012	Rev. Brasileira Epidemiologia	Estudo transversal e descritivo.	Scielo
Perfil epidemiológico das pacientes portadoras de câncer de mama atendidas em um ambulatório de mastologia da região do Vale do Itajaí	Borges et. al., 2013	Rev. Oncol. Clínica	Estudo transversal e descritivo.	Scielo
Perfil clínico-epidemiológico de mulheres com neoplasia de mama atendidas no hospital regional de referência no município de Araguaína-TO no período de 2000 a 2015	Sousa; Figueredo, Fernandes, 2016	Rev. Observatório UFT	Pesquisa quantitativa documental.	LILACS
Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama atendidas em uma unidade de saúde em São Francisco do Conde, BA	Reis et. al., 2016	Rev. Ciec. Med. Biologia	Estudo exploratório do tipo descritivo e quantitativo	MEDLINE/ PubMed
Perfil clínico, sociodemográfico e epidemiológico da mulher com câncer de mama	Magalhães et. al., 2017	Rev. fundam. Cuidado	Estudo transversal e descritivo.	LILACS
Câncer de mama em mulheres jovens: estudo epidemiológico no nordeste brasileiro	Souza et. al., 2017	Rev. Sanara.	Estudo transversal e descritivo.	LILACS
Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama atendidas na clínica escola de fisioterapia da Unisul – Palhoça/ SC	Krüge; Mariotti; Dias, 2017	Rev. Reuni. Unisul. Epidemiologia	Estudo transversal e descritivo.	Scielo
Perfil das mulheres diagnosticadas com câncer de mama no município de Maringá-PR	Brochonski et. al., 2017	Rev. Saúde e Pesquisa	Estudo exploratório do tipo descritivo e quantitativo	Scielo
Perfil epidemiológico, clínico, anátomo patológico e imunohistoquímico das pacientes com câncer de mama em Cuiabá (MT)	Farina et. al., 2017	Rev. Bras Mastologia.	Estudo transversal e descritivo.	LILACS
Perfil das mulheres com câncer de mama	Azevedo et. al., 2017	Rev. Enfermagem UFPE on line	Estudo transversal e descritivo.	Scielo
Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama submetidas à quimioterapia neoadjuvante em um hospital de São Luis-MA	Correa, 2018	Rev. de Patologia do Tocantins	Estudo retrospectivo, de corte transversal	LILACS

Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia	Silva et. al., 2018	Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil	Estudo retrospectivo, de corte transversal	SciELO
---	---------------------	----------------------------------	--	--------

Quadro 1: Descrição dos estudos incluídos na revisão bibliográfica, segundo autor, título, base de dados e ano de publicação e periódico.

Fonte: Dados da Pesquisa.

De acordo com os dados expostos no quadro 1, verificou-se predomínio de publicações na SciELO, com 6 (50%), Lilacs, com 5 (42%) e MEDLINE/PubMed, com 1 (8%), sendo que cada artigo foi publicado em uma revista diferente.

No que se refere ao ano de publicação, evidenciou-se que a maior quantidade de publicações concentrou-se no ano de 2017, com 6 (50%) amostras, seguido por 2 (17%) em 2016 e 2018 e 1 (8%) em 2012 e 2013 cada.

Durante a análise das características metodológicas dos estudos, foi possível verificar diferentes abordagens e métodos, havendo no entanto predomínio de estudo transversal e descritivo com representatividade de 75% da amostra.

Categoria 1: Características sociodemográficas das mulheres com câncer de mama

No estudo de Soares et al. (2012), dos 288 prontuários de mulheres alocadas na pesquisa, a análise univariada evidenciou a idade entre 28 a 85 anos ($M = 60,8$ anos $DP \pm 12,11$, sendo a faixa etária preponderante de 48 a 65 anos (56,1%) seguida do grupo com 68 ou mais anos (45,9%). Esses achados corroboram com os de Borges et al. (2013), evidenciando a idade como fator de risco para o câncer de mama, com índices crescentes a partir de 49 anos de idade.

Relacionado ao estado conjugal, no estudo de Souza et al. (2017), evidenciou-se que 40% eram casadas ou viviam com um parceiro. Desta forma, como mostrado no estudo de Krüger, Mariotti e Dias (2017), o estado conjugal não é reconhecido como um fator de risco para o desenvolvimento da doença, porém o fato de ter um companheiro está relacionado a um melhor amparo social, otimismo e qualidade de vida entre as mulheres.

Quanto à ocupação, no estudo de Farina et al. (2017), verificou-se que 30% das mulheres exerciam suas atividades fora de casa. A renda média familiar foi de R\$ 1.600,00 ($DP \pm 1.046,00$), com 25% das mulheres ganhando até um salário mínimo. Com relação ao grau de instrução, a média de anos em sala de aula foi de 3,11 anos ($DP \pm 1,02$), e cerca de 38,4% das participantes do estudo não terminaram o ensino básico. Nesse sentido, Azevedo et al. (2017) explicam que a baixa renda familiar está relacionada ao baixo nível de instrução como fatores de risco para diferentes processos saúde-doença, inclusive as neoplasias.

Em relação ao histórico familiar de CA de mama, no estudo de Brochonski et al.

(2017), evidenciou-se que a maioria das mulheres (55%) relatou que nunca houve casos de câncer de mama na família, sendo ela a primeira. Um resultado que difere do que normalmente está sendo difundido na literatura, como a de Farina et al. (2017) e Magalhães et al. (2017), cujos estudos afirmam que os fatores genéticos e hereditários são vistos como condições de risco que podem levar futuramente ao desenvolvimento de câncer de mama.

Na descrição da raça/cor, no estudo de Reis et al. (2016), observou-se que os segmentos inferiores das participantes são de mulheres brancas, mostrando que somente 13,7% destes índices divergem dos resultados indicados na pesquisa de Farina et al. (2017), realizada com 271 mulheres em uma cidade do Brasil, onde foram entrevistadas a respeito da busca por cautela do câncer de mama via execução de mamografias e exames de mama, uma vez que nos achados foram evidenciados que as mulheres de cor branca realizavam exame mamográfico com mais periodicidade, atributo que ecoa um paradigma alto de prevenção contra a neoplasia de mama entre as autodeclaradas brancas, o que é positivo pois as mulheres brancas têm disposição para potencializar câncer de mama.

Categoria 2: Fatores de risco modificáveis para o câncer de mama das mulheres

Porto, Teixeira e Siva (2013) colocam que, embora não tenha uma causa isolada para o surgimento do câncer de mama, há métodos para o controle a partir da prevenção de fatores de riscos como idade, história reprodutiva, fatores endócrinos, comportamentais, ambientais, genéticos e hereditários. A detecção precoce do câncer promove redução nas taxas de mortalidade, reabilitação e cuidados paliativos da neoplasia.

No estudo de Brochonski et al. (2017) foi observado que alguns riscos para aparecimento do câncer de mama estão associados à idade avançada de 40 a 60 anos, mulheres que geraram vários filhos, contexto familiar de familiares de primeiro grau que apresentam ou apresentaram câncer, forma de vida estar associada com obesidade, menarca prematura, com menos de 11 anos, menopausa atrasada com mais de 55 anos.

Para Silva et al. (2018), dentre as condições de risco modificáveis para a neoplasia de mama são apresentadas o tabagismo, o etilismo e a adiposidade. Na amostra do estudo de Farina et al., (2017), o tabagismo ativo (atual ou prévio) esteve manifesto em 39,1% das mulheres, o alcoolismo em 30% e a obesidade em 30,9%.

Segundo Reis et al. (2018), são diversos os motivos que podem causar neoplasia no organismo, podendo ser por meio de fatores externos e internos, e por estar ou não interrelacionados. Para Reis et al. (2018), a causa da neoplasia mamária é idiopática. No estudo de Sousa; Figueredo e Fernandes (2016), revelou-se que 90% a 95% de casos do avanço da neoplasia da mama são por fatores esporádicos, ou seja, não-familiar, que decorram de mutações somáticas durante o decorrer dos anos de vida, como por exemplo, a exposição ao fumo e ao álcool, em que apenas 5% a 10% dos casos estão ligados a fatores hereditários devido à herança de uma mutação germinativa quando ainda nascido,

umentando assim, a suscetibilidade para o surgimento do câncer de mama.

Segundo Souza et al. (2017), os fatores que predisõem o desenvolvimento da neoplasia são mulheres que nunca amamentaram, o histórico familiar, principalmente em primeiro grau, em mãe ou irmã (abaixo de 40 anos de idade), primeiro fluxo menstrual precoce (abaixo de 12 anos), mulheres que tiveram o primeiro filho antes dos 20 anos de idade, mulheres que tiveram seu primeiro filho após os 35 anos, múltiparas; menopausa tardia após 55 anos, mulheres com menopausa precoce antes dos 45 anos.

Sobre este aspecto, a literatura tem evidenciado que o câncer de mama está fortemente relacionado com os parâmetros antropométricos (peso, altura, IMC e circunferência da cintura) assim como ao estilo de vida (SILVA et al., 2018). Muitos trabalhos nas últimas décadas estabeleceram que o excesso de tecido adiposo contribui substancialmente para desencadear uma sinalização metabólica no corpo inteiro, modificando o comportamento alimentar e o gasto total de energia, assim como também exerce função na hematopoiese e linfopoiese (AZEVEDO et al., 2017).

Categoria 3: Rastreamento do câncer de mama e a importância dos cuidados de enfermagem

Silva et al. (2018), ao descreverem as ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama, demonstraram que os exames mais indicados para detecção precoce em mulheres a partir dos 35 anos de idade com risco de desenvolverem câncer de mama é o exame clínico da mama e a mamografia anual. Citam que os enfermeiros devem realizar ações de rastreamento da doença de modo a garantir a redução no número de casos novos. Em concordância, o estudo de Correa (2018) apresentou que em 75% dos casos os exames mais recomendados para o diagnóstico precoce de mulheres com câncer de mama a partir de 35 anos seriam o exame clínico da mama e a mamografia. É elencado como grupo de risco as mulheres que apresentam alguma alteração anormal pelo menos em um dos exames.

O bom prognóstico resulta da prematuridade do diagnóstico associado ao tratamento adequado, entretanto há elevadas taxas de mortalidade, devido a doença ainda ser descoberta em estágios avançados, evidenciado pelas limitações dos serviços de saúde nas regiões subdesenvolvidas com pouca orientação às mulheres com maior fator de risco (PORTO, 2013).

Soares et al. (2012) explicam que o enfermeiro no ambiente de suas atividades atua como facilitador, objetivando produção, desenvolvimento e comunicação de técnicas para o diagnóstico antecipado da doença, ainda na análise clínica da mulher. Mais adiante disso, a proposta e realização de procedimentos de rastreamento recomendadas devem ser realizados com profissionais capacitados e habilitados não só na execução do rastreamento como também no desenvolvimento de pesquisa científica.

Para Borges et al. (2013), o enfermeiro tem o papel essencial de informar as mulheres

quanto à importância das consultas ginecológicas, da dimensão de se realizar os exames de identificação antecipado, por exemplo, mamografia e o autoexame, considerando a intensidade, e tornando-se necessárias as tecnologias pedagógicas, que consistem em apresentar e qualificar as mulheres à realização do autoexame de mama antecipado sobressaltando sempre seu valor.

Observam-se como prerrogativas do enfermeiro na avaliação do câncer de mama executar consulta de enfermagem, o Exame Clínico da Mama (ECM) de acordo com a faixa etária e situação clínica; analisar e considerar vestígios e sinais associados à neoplasia; exigir e analisar exames de acordo com as regras locais; conduzir e observar nos serviços de referência para diagnóstico e/ou tratamento; produzir e atuar nas ações de educação permanente (SOARES et. al., 2012).

Diante disso, é relevante a participação do profissional de saúde principalmente de enfermagem, para explicar sobre as vantagens, os ganhos e as possibilidades de acompanhamento do câncer de mama, com objetivo de ajudar e conduzir as mulheres na decisão das excelentes atividades de saúde, formando a independência para que estejam envolvidas no autocuidado de saúde (CORREA, 2018).

O rastreamento da população de risco padrão nas mulheres entre 50 a 69 anos deve ser feito por meio da mamografia realizada a cada 2 anos. Após a confirmação do diagnóstico e a forma de tratamento a ser seguido, pode surgir por parte da paciente sentimentos de desânimo relacionados ao tratamento e seus efeitos colaterais como a queda de cabelo, mudanças corporais como a própria retirada da mama, refletindo diretamente na perda da sua autoestima e feminilidade (BROCHONSK, 2017).

Cumprido ao enfermeiro comunicar, de maneira clara, os cuidados que a própria paciente pode ter com ela mesma, a fim de cuidar da atividade corporal, desenvolver a sua autoestima e reduzir possíveis problemas, como o linfedema. Deste modo, os enfermeiros necessitam estar preparados para observar preliminarmente os sinais e sintomas desta neoplasia de forma antecipada, uma vez que é um câncer observado de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente (CORREA, 2018).

As ações de enfermagem na integralidade revelam que o cuidado prestado às pacientes com câncer de mama deve estar dirigido para a promoção da qualidade de vida em todos os sentidos, sobretudo na presença do linfedema, pois mulheres acometidas têm mais desajustes psicossociais do que aquelas que não apresentam essa complicação (SOARES et. al., 2012).

4 | CONCLUSÃO

Por meio da presente revisão, percebeu-se que o câncer de mama acomete mais as mulheres pardas, com faixa etária variando de 35 a 49 anos, nível médio de escolaridade, casadas. Os principais riscos de exposição nas mulheres com câncer de mama foram

idade avançada, várias gestações, obesidade, menarca prematura, com menos de 11 anos e menopausa atrasada com mais de 55 anos. Constatou-se o quanto é importante o rastreamento do câncer de mama nos serviços de Atenção Básica, com ações de prevenção, promoção às mulheres.

Estudos como este são importantes por evidenciar o perfil da mulher com câncer de mama e os fatores associados para que medidas sejam implementadas na Atenção Básica pelos profissionais de saúde na detecção precoce do câncer, na redução das taxas de mortalidade, na reabilitação e nos cuidados paliativos da neoplasia.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, L. H. Câncer de pulmão no Brasil. **J Bras Pneumol.** v.44, n.1, p.55-64, 2018.

AZEVEDO, D. B. et al. Perfil das mulheres com câncer de mama. **Rev. enferm UFPE on line.** v.11, n.6, 2017.

BORGES, G. S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de câncer de mama atendidos em um ambulatório de mastologia da região do Vale do Itajaí. **Rev. Oncol. Clínica,** v. 13, n.3, 2013.

BROCHONSKI, J. W. et al. Perfil das mulheres diagnosticadas com câncer de mama no município de Maringá-PR. **Rev. Saúde e Pesquisa.** v.10, n. 1, 2017.

CORREA, F. H. R. Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama submetidas a quimioterapia neoadjuvante em um hospital de São Luis-MA. **Rev. de Patologia do Tocantins.** v.. 5, n. 2, 2018.

FARINA, A. et al. Perfil epidemiológico, clínico, anátomo patológico e imunohistoquímico das pacientes com câncer de mama em Cuiabá (MT). **Rev. Bras Mastologia.** v..10 n.5, 2017.

FELIX, G. do E. S. **Susceptibilidade ao câncer de mama: análise de painel multigene em mulheres afrodescendentes da Bahia, Brasil.** 2018. 94 f. Tese (Doutorado em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa) - Instituto Gonçalo Moniz. Fundação Oswaldo Cruz. Salvador, 2018.

KRÜGE, E; MARIOTTI, E; DIAS, M. Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama atendidas na clínica escola de fisioterapia da Unisul – Palhoça/SC. **Rev. Reuni.** v.. 10, n.1, 2017.

MAGALHÃES, G. et al. Perfil clínico, sociodemográfico e epidemiológico da mulher com câncer de mama. **Rev. fundam. Care.** v.9, n.2, 2017.

MENDES, K. D.; SILVEIRA, R. C; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MORAES, R. **Análise Textual Discursiva.** 2. ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2016.

NASCIMENTO FILHO, A. C. S. et al. Mecanismos moleculares da metformina como agente terapêutico no tratamento do câncer de mama. **Rev. Mult. Psic.** v.12, n. 40, p.1, 2018.

OLIVEIRA, M. M; CORREIA, A. B; FERREIRA, L. C. Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama em mulheres no brasil: revisão integrativa. **Revista Científica FacMais** v.11, n.4, p.1-22, 2017.

PORTO, M. A. T; TEIXEIRA,LA; SILVA, RCF. Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro- 59(3): 331-339,2013.

REIS, F. P. et al. Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama atendidas em uma unidade de saúde em São Francisco do Conde, Ba. **Rev. Ciec. Med. Bio.** v.15 n.2, 2016.

REIS, R. P. et al. Assistência de Enfermagem às mulheres com câncer de mama: um enfoque nos cuidados físicos e psicológicos. **Revista Hórus**, v.13, n.1, p.43-58, 2018.

SILVA, L. G.; MOREIRA, M. C. Grau de complexidade dos cuidados de enfermagem: readmissões hospitalares de pessoas com câncer de mama. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 39, p. 1-9, 2018.

SILVA, R. C. et al. Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 18, n.4, 2018.

SILVA, I. M. C. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres portadoras de câncer de mama.** Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente). 2018. 77 f. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2018.

SOARES, P. B. et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Rev. Bras Epidemiol.** v.15, n.3, 2012

SOUSA, M; FIGUEREDO, S; FERNANDES. R. Perfil clínico-epidemiológico de mulheres com neoplasia de mama atendidas no hospital regional de referência no município de Araguaína-TO no período de 2000 a 2015. **Rev. Inert, UFT.** v..2 n.2, 2016.

SOUZA, N. H et al. Câncer de mama em mulheres jovens: estudo epidemiológico no nordeste brasileiro. **Rev. Sanara.** v. 16, n.2, 2017.

TOLENTINO, G. P. **Avaliação da composição corporal, qualidade de vida e toxicidade do tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama.** 2016. 120 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília. Brasília, 2016.

CAPÍTULO 5

CARÁTER DO ATENDIMENTO DE PACIENTES INTERNADOS POR OSTEOARTRITE NOS ÚLTIMOS 9 ANOS EM SERGIPE

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 05/04/2021

Luíza Brito Nogueira

Universidade Tiradentes
Aracaju-Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/4779219097499876>

Bárbara Loeser Faro

Aracaju - Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/2186616883131514>

Danilo Brito Nogueira

Universidade Tiradentes
Aracaju - Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/2668431513237362>

Isabela Santos Gois

Universidade Tiradentes
Aracaju - Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/9468284289424389>

João Victor de Andrade Carvalho

Universidade Tiradentes
Aracaju - Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/1935373431746477>

Juliana Pereira de Lucena Menezes

Universidade Tiradentes
Aracaju-SE

<http://lattes.cnpq.br/7546409551498711>

Larissa Sá dos Santos

Universidade Tiradentes
Aracaju- SE

<http://lattes.cnpq.br/0856147609403823>

Meyling Belchior de Sá Menezes

Universidade Tiradentes
Aracaju - Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/7161572340222989>

Nicole Santiago Leite

Universidade Tiradentes
Aracaju-SE

<http://lattes.cnpq.br/8215803404895311>

Tatiana Martins Araújo Ribeiro

Universidade Tiradentes
Aracaju - Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/0583429048294284>

Viviane Garcia Moreno de Oliveira

Universidade Tiradentes
Aracaju-SE

<http://lattes.cnpq.br/4412900129755241>

Denison Santos Silva

Universidade Tiradentes
Aracaju-SE

<http://lattes.cnpq.br/4938052514549676>

RESUMO: A osteoartrite é a forma mais comum de doença articular e afeta principalmente quadris, joelhos, mãos e pés, levando a grande incapacidade e perda de qualidade de vida, sobretudo na população idosa. O presente estudo pretende analisar a relação caráter do atendimento-internação em pacientes com osteoartrite no estado de Sergipe e suas variações ao longo dos anos. Para isso, foi utilizado um estudo exploratório documental com dados secundários obtidos pelo DataSUS com o Sistema de Informações Hospitalares (SIH)

sobre a influência do atendimento eletivo ou urgente nos pacientes internados por osteoartrite em Sergipe no intervalo de outubro de 2008 a outubro de 2017. Os resultados apontaram que a maioria dos pacientes internados com osteoartrite, nos anos de estudo, foi atendida de forma eletiva, mesmo que em dois anos sequenciais tenha ocorrido um predomínio do caráter urgente de atendimento nos pacientes internados. Nos anos de 2008 a 2017 houve um aumento de alarmantes na internação por artrose e, apesar da maioria desses ter sido atendida de forma eletiva, o caráter urgente de atendimento cresceu. Dessa forma, constatou-se que a relação caráter do atendimento-internação em pacientes com osteoartrite no estado de Sergipe é pouco uniforme ao longo dos anos.

PALAVRAS-CHAVE: Osteoartrite, internação, atendimento de urgência, Sergipe.

CHARACTERISTICS OF CARE GIVEN TO HOSPITALIZED PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS IN THE LAST 9 YEARS IN SERGIPE

ABSTRACT: Osteoarthritis is the most common form of joint disease and affects mainly hips, knees, hands and feet, leading to great disability and loss of quality of life, especially in the elderly population. The present study aims to analyze the relationship between the character of care and hospitalization in patients with osteoarthritis in the state of Sergipe and its variations over the years. For this, an exploratory documentary study was used with secondary data obtained by DataSUS with the Hospital Information System (SIH) on the influence of elective or urgent care on patients hospitalized for osteoarthritis in Sergipe in the interval from October 2008 to October 2017. The results pointed out that the majority of patients hospitalized with osteoarthritis, in the years of study, were seen electively, even though in two sequential years there was a predominance of the urgent nature of care in hospitalized patients. In the years from 2008 to 2017 there was an alarming increase in hospitalizations for osteoarthritis, and although most of these were seen electively, the urgent nature of care grew. Thus, it was found that the relationship between the character of care and hospitalization in patients with osteoarthritis in the state of Sergipe is not very uniform over the years.

KEYWORDS: Osteoarthritis, hospitalization, emergency care, Sergipe.

INTRODUÇÃO

A osteoartrite, ou doença articular degenerativa, é uma afecção dolorosa das articulações causada pelo desequilíbrio entre a formação e destruição de estruturas da cartilagem (Coimbra *et al.*, 2004). Ela já se classifica como a doença reumática mais prevalente entre indivíduos com mais de 65 anos de idade e, por tratar-se de uma doença crônica, multifatorial leva a uma incapacidade funcional progressiva. A artrose pode ser classificada, também, como idiopática ou associada a condições secundárias conhecidas. Clinicamente, pode se manifestar de forma assintomática ou sintomática, uni ou bilateralmente, cuja queixa principal é a dor (ISLAM, MdJahidul *et al.*, 2013). À investigação radiológica, observam-se, usualmente, lesões erosivas focais, destruição da estrutura cartilaginosa, esclerose subcondral, formações císticas e processos osteofitários às margens da articulação (Senthelal S, Li J, Goyal A, *et al.*, 2021). Somados aos achados clínicos e imaginológicos, os custos médicos da doença são consideravelmente importantes,

uma vez que se relacionam à sua alta prevalência, à diminuição das habilidades do paciente em suas atividades rotineiras ou laborais, bem como aos prejuízos no autocuidado e na funcionalidade do indivíduo (ISLAM, MdJahidul *et al.*, 2013). O manejo pode variar entre terapias farmacológicas ou não farmacológicas, como uso de analgésicos, agentes intra-articulares, medicamentos tópicos, exercício físico, fisioterapia e intervenções cirúrgicas (Superio-Cabuslay E, *et al.*, 1996). Os pacientes com artrose apresentam diferentes demandas de atendimento – eletivo ou urgente Assim, como o tratamento da afecção varia de farmacológico a cirúrgico, o perfil de internação parece estar diretamente relacionado a tais demandas.

OBJETIVOS

Julgar a relação caráter do atendimento - internação em pacientes com artrose no estado de Sergipe e suas variações ao longo dos anos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório documental com dados secundários obtidos pelo DataSUS com o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) sobre a influência do atendimento eletivo ou urgente nos pacientes internados por artrose em Sergipe no intervalo de outubro de 2008 a outubro de 2017.

RESULTADOS

Nos últimos anos, uma maioria de aproximadamente 67,6% dos pacientes internados com artrose foi atendida de forma eletiva. Essa predominância se manteve majoritariamente em cada ano, cujo menor valor ainda predominante foi em 2010 com 71,2% para os eletivos e o maior, em 2008, chegou a atingir 100%. Entretanto, nos anos de 2013 e 2014, não só houve uma variação brusca dessa média, como predominou o caráter urgente de atendimento nos pacientes internados. Respectivamente, os valores atingiram apenas 36,6% e 44,6% para o caráter de atendimento eletivo. No geral, de 2008 a 2017, houve um aumento de alarmantes 99,4% da internação por artrose e, apesar da maioria desses ter sido atendida de forma eletiva, o caráter urgente de atendimento cresceu 12,7%.

CONCLUSÃO

Infere-se que a relação caráter do atendimento - internação em pacientes com artrose no estado de Sergipe não só é existente, como também é pouco uniforme ao longo dos anos. O motivo ainda é desconhecido, mas a relação pode ser predominante de internados atendidos eletivamente por consequência das diversas formas de tratamento

para artrose, que incluem a fisioterapia, o não farmacológico, o farmacológico e o cirúrgico, e os seus diferentes níveis de evolução.

REFERÊNCIAS

Coimbra, IB, Pastor, EH, Greve, JMD, Puccinelli, MLC, Fuller, R, Cavalcanti, FS, Maciel, FMB, & Honda, E. (2004). **Osteoartrite (artrose): tratamento**. Revista Brasileira de Reumatologia, 44(6), 450-453.

ISLAM, MdJahidul et al. **Updated management of osteoarthritis: a review**. Journal of Science Foundation, v. 11, n. 2, p. 49-55, 2013.

Senthelal S, Li J, Goyal A, et al. **Arthritis**. [Updated 2020 Aug 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518992/>

Superio-Cabuslay E, Ward MM, Lorig KR. **Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a metaanalytic comparison with nonsteroidal antiinflammatory drug treatment**. Arthritis Care Res 9:292-301, 1996.

EFEITO AGUDO DO EXERCÍCIO INTERVALADO DE ALTA INTENSIDADE SOBRE A PRESSÃO ARTERIAL AMBULATORIAL DE ADOLESCENTES OBESOS

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 15/04/2021

Wayne Ferreira de Faria

Universidade Estadual do Norte do Paraná,
Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/5015504173344000>

Marcela Elânea Alves Corrêa

Universidade Estadual do Norte do Paraná,
Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/7835054903462530>

Renan Camargo Corrêa

Universidade Estadual do Norte do Paraná,
Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/8721190308763355>

Jadson Marcio da Silva

Universidade Estadual do Norte do Paraná,
Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/5840838231212115>

Géssika Castilho dos Santos

Universidade Estadual do Norte do Paraná,
Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/8267240903797006>

Rui Gonçalves Marques Elias

Universidade Estadual do Norte do Paraná,
Centro de Ciências da Saúde
Jacarezinho – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/2879582936542572>

RESUMO: O objetivo deste estudo foi analisar o comportamento da pressão arterial ambulatorial de adolescentes obesos após uma sessão de exercício intervalado de alta intensidade (HIIT) na esteira ergométrica. Trata-se de uma pesquisa com delineamento *cross-over* randomizado, a amostra foi formada por nove adolescentes do sexo masculino com idade entre 15 e 18 anos. Os voluntários realizaram dois protocolos experimentais com intervalo mínimo de 48 horas: controle e HIIT. O protocolo HIIT foi constituído de cinco séries a 85 a 95% do VO_{2pico} por um minuto, intercalados por três minutos de recuperação a 40 a 50% do VO_{2pico} . Antes e após os protocolos, a frequência cardíaca, pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica e pressão arterial média foram obtidas na posição sentada. A medida ambulatorial da pressão arterial foi realizada nos dois protocolos por meio de um monitor automático da marca SpaceLabs 90207, programado para realizar medidas a cada 20 minutos no período de vigília das 12:00 às 22:00 horas. Os efeitos dos protocolos experimentais nas respostas hemodinâmicas foram testados através da análise de variância para medidas repetidas, considerando-se os fatores (controle e HIIT) e tempo (pré-sessão e pós-sessão). Os resultados apontaram diferença significativa entre as médias da PAS nos protocolos controle e HIIT somente na primeira hora após o final do exercício ($133,66 \pm 7,56$ vs $125,88 \pm 7,20$ mmHg, respectivamente), indicando hipotensão pós-exercício induzida pelo HIIT em relação ao protocolo controle. Diante do exposto, o protocolo HIIT empregado promoveu efeito hipotensor de baixa magnitude e curta duração sobre a PAS.

PALAVRAS-CHAVE: Exercício. Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial. Saúde do Adolescente.

ACUTE EFFECT OF HIGH INTENSITY INTERVAL EXERCISE ON AMBULATORY BLOOD PRESSURE IN OBESE ADOLESCENTS

ABSTRACT: The objective of the present study was to analyze the behavior of ambulatory blood pressure of obese adolescents after a session of high intensity interval exercise (HIIT) on treadmill. This was a randomized cross-over study, the sample consisted of nine male adolescents between the ages of 15 and 18 years. The volunteers performed two experimental protocols: HIIT and control. The HIIT protocol consisted of five series at 85 to 95% of VO_{2peak} for one minute, interspersed by three minutes of recovery at 40 to 50% of VO_{2peak} . Before and after the protocols, heart rate, systolic blood pressure (SBP), diastolic blood pressure and mean arterial pressure were obtained in the seated position. Ambulatory *blood pressure* measurement was performed on both protocols through an automatic display of the mark SpaceLabs 90207, programmed to perform measurements every 20 minutes during wakefulness from 12:00 to 22:00. The effects of the experimental protocols on hemodynamic responses were tested through analysis of variance for repeated measures, considering the factors (control and HIIT) and time (pre-session and post-session). The results showed a significant difference between the means of SBP in the control and HIIT protocols only in the first hour after the end of the exercise (133.66 ± 7.56 vs 125.88 ± 7.20 mmHg, respectively), indicating post-exercise hypotension induced by HIIT in relation to the control protocol. In view of the above, the HIIT protocol employed promoted a low magnitude and short duration hypotensive effect on SBP.

KEYWORDS: Exercise. Ambulatory Blood Pressure Monitoring. Adolescent Health.

1 | INTRODUÇÃO

É reconhecido que a prevalência de sobrepeso e obesidade tem aumentado em um ritmo preocupante, tornando-se um dos mais sérios desafios do século 21 (NG *et al.*, 2014). Evidências indicam que o aumento da distribuição de gordura corporal está fortemente associado a maior incidência de fatores de risco cardiometabólicos, incluindo a resistência à insulina, hipertensão e dislipidemia (PARADIS *et al.*, 2004).

Estudos epidemiológicos em crianças e adolescentes obesos relatam uma prevalência de hipertensão arterial que varia entre 47% a 62% (MAGGIO *et al.*, 2008; STABOULI *et al.*, 2005). LVM and LVM index (LVMI) e uma associação positiva forte entre índice de massa corporal (IMC) e pressão arterial (PA) (PARADIS *et al.*, 2004). A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) tem sido cada vez mais utilizada na avaliação do risco das complicações associadas aos níveis sustentados de PA elevada em jovens obesos (FLYNN *et al.*, 2014). No entanto, são escassos os estudos com intervenção não farmacológica que utilizaram a MAPA como parâmetro de controle e eficácia, especialmente aqueles envolvendo exercício físico.

O exercício físico tem sido recomendado para indivíduos com hipertensão arterial, especialmente o exercício contínuo de caráter predominantemente aeróbio, devido aos seus benefícios para a saúde cardiovascular (PESCATELLO *et al.*, 2004). Em crianças e adolescentes, evidências indicam que o exercício aeróbio promove efeitos hipotensores a longo prazo (MAGGIO *et al.*, 2011) e também de forma aguda após uma sessão (KAVEY; KVESELIS; GAUM, 1997), o que é denominado “hipotensão pós-exercício”. Nesse contexto, resultados sugerem que os efeitos hipotensores após as sessões de exercício aeróbio têm a capacidade de prever o efeito hipotensor crônico (LIU *et al.*, 2012).

A hipotensão pós-exercício e os seus possíveis mecanismos estão relatados na literatura (PESCATELLO *et al.*, 2004), entretanto, as investigações que analisaram a manipulação dos componentes da prescrição do exercício como intensidade, duração e métodos de treinamento aeróbio na magnitude e duração da resposta hipotensora encontraram resultados contraditórios (CARVALHO *et al.*, 2015; LACOMBE *et al.*, 2011). Sendo assim, ainda é necessário o melhor esclarecimento dos efeitos do exercício intervalado de alta intensidade nas respostas hemodinâmicas pós-exercício em adolescentes obesos. O entendimento dessa temática tem grande relevância clínica, uma vez que a magnitude e duração da hipotensão pós-exercício induz a melhor modulação da PA a longo prazo (LIU *et al.*, 2012).

Nesta perspectiva, é de suma relevância desenvolver estratégias que maximizem os benefícios do exercício físico e otimizem o tempo de sua execução a fim de prevenir, tratar e controlar a hipertensão arterial em indivíduos jovens. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o comportamento da PA em adolescentes obesos após uma sessão de exercício intervalado de alta intensidade.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com delineamento *cross-over* aleatorizado. A amostra foi composta por adolescentes do sexo masculino que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ter idade entre 15 e 18 anos; não apresentar doença cardiovascular reconhecida; apresentar estado nutricional de obesidade (percentil $\geq 97^{\circ}$); não apresentar diabetes e hipertensão; apresentar histórico de insuficientemente ativo há pelo menos três meses; não estar em uso de medicamentos e não apresentar condições limitantes para a prática de exercícios físicos (labirintite, disfunções osteoarticulares, entre outras). Foram adotados como critérios de exclusão não apresentar cronotipo intermediário; apresentar algum tipo de distúrbio do sono; relatar estágio de maturação sexual $< G4$ e não atender às recomendações pré-participação nos testes físicos e nas sessões experimentais.

Os participantes foram devidamente esclarecidos a respeito de todos os procedimentos, dos potenciais riscos e benefícios da investigação. Com a permissão por escrito dos responsáveis, os adolescentes que concordaram em participar assinaram

o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram orientados a não alterarem as atividades físicas leves de rotina e dieta durante o período em que estiveram participando da pesquisa. O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa em seres humanos da Universidade Estadual de Londrina atendendo a resolução CNS 196/96 e as Declarações de Helsinque.

A coleta de dados foi realizada em um Laboratório de Biodinâmica do Movimento Humano. Inicialmente, todos os voluntários interessados em participar do estudo realizaram uma triagem para garantir a sua elegibilidade a partir dos critérios de inclusão estabelecidos. Em outro momento, os participantes foram submetidos ao teste de esforço cardiorrespiratório em esteira. Após intervalo mínimo de dois e máximo sete dias, os voluntários realizaram duas sessões experimentais em ordem aleatória simples: controle e HIIT.

Vinte e cinco voluntários se apresentaram para participar do estudo. Na triagem inicial, 10 não aceitaram ou não puderam ser incluídos por não atingirem os critérios estabelecidos. Sendo assim, 15 voluntários e seus responsáveis assinaram o termo de consentimento e iniciaram os procedimentos preliminares. Destes, seis adolescentes abandonaram o estudo por motivos pessoais. Desta forma, nove voluntários completaram os protocolos experimentais e formaram a amostra deste estudo.

Para avaliar o cronotipo dos sujeitos foi utilizado o questionário *Morningness–Eveningness Questionnaire* (MEQ) (HORNE; OSTBERG, 1976), para determinar se o voluntário é matutino, vespertino ou intermediário. Para a análise da qualidade do sono foi utilizado o *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI, índice de qualidade de sono de Pittsburg). Os voluntários que apresentaram índices superiores a 10 pontos, o que indica presença de distúrbio do sono, não foram incluídos, pelo fato da má qualidade do sono ter uma possível interferência nas funções cardiovasculares (BUYSSE *et al.*, 1989).

O nível de atividade física habitual foi analisado a partir das respostas ao questionário internacional de atividade física (IPAQ-8, versão curta). Foram incluídos no estudo aqueles que não atingiram a recomendação de atividade física para crianças e adolescentes proposta pela *World Health Organization* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010) e não engajaram-se em atividades orientadas nos últimos três meses.

Para análise da maturação biológica foi utilizado o processo de auto avaliação dos caracteres sexuais (genitais)(MARSHALL; TANNER, 1970). Foram incluídos no estudo os voluntários que relataram estágio de maturação sexual G4 ou G5.

A avaliação da massa corporal foi realizada por meio de uma balança digital, com precisão de 100 gramas e a estatura através de um estadiômetro portátil, com precisão de 0,1 centímetros. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado através da divisão da massa corporal em quilogramas pela estatura em metros elevada ao quadrado. O perímetro de cintura e quadril foram aferidos por uma fita antropométrica inextensível (Sanny®). Foram incluídos no estudo os voluntários que apresentaram IMC com obesidade

(percentil $\geq 97^{\circ}$) de acordo com os critérios para idade e sexo da *World Health Organization* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). As dobras cutâneas tricripital, subescapular e perna medial foram avaliadas pelo adipômetro de marca Lange. Para estimativa da gordura relativa foi utilizada a equação proposta por Slaughter et al. (1988) para crianças e adolescentes do sexo masculino de sete a 18 anos.

Para estimativa dos valores de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) em repouso foi utilizado um monitor automático oscilométrico da marca SpaceLabs, 90207 no braço não dominante com dimensões apropriadas para a circunferência do braço (FLYNN et al., 2014). Em seguida, foram realizadas três aferições na posição sentada com intervalo de dois minutos entre as mesmas. A pressão arterial média (PAM) foi obtida pela soma da PAD com 1/3 da pressão de pulso (PAS-PAD). O duplo produto (DP) foi calculado por meio da equação frequência cardíaca (FC) multiplicada pelo valor da PAS.

Os voluntários foram submetidos ao teste cardiorrespiratório em ambiente laboratorial com temperatura controlada (20 a 22°C), para medida do consumo pico de oxigênio ($VO_{2\text{pico}}$) e determinação do limiar ventilatório. O protocolo utilizado foi o Balke modificado de acordo com as recomendações da *American Heart Association* (PARIDON et al., 2006). A análise cardiorrespiratória realizou mensurações das variáveis respiratórias e metabólicas através das trocas gasosas com um sistema metabólico computadorizado a cada 10 segundos. O aparelho utilizado foi o analisador de gases metabólicos VO2000 e a esteira ergométrica INBRAMED Super ATL. Para a monitoração da FC foi utilizado um monitor cardíaco da marca Polar FT1. A percepção subjetiva de esforço (CR-20)(BORG, 1982) foi monitorada nos últimos 15 segundos de cada estágio. O teste foi interrompido quando pelo um dos seguintes critérios foram observados: fadiga voluntária ou incapacidade para manter a velocidade empregada, $R > 1,1$, percepção subjetiva de esforço (CR-20) acima de 18 e frequência cardíaca máxima ($FC_{\text{máx}}$) estimada pelo cálculo ($208 - 0,7 \times \text{idade}$).

Ao chegar ao laboratório, o voluntário permaneceu em repouso por 10 minutos para a estabilização da PA. Em seguida, foram realizadas as medidas hemodinâmicas iniciais (PAS, PAD, PAM e FC). Em seguida, os adolescentes realizaram o protocolo controle ou intervalado de forma randomizada. Após o término da sessão, os voluntários permaneceram em repouso para a realização das medidas hemodinâmicas finais, as quais foram iniciadas após um período de 10 minutos a fim de minimizar a influencia do estresse cardiovascular induzido pelo exercício (CIOLAC, 2012). Considerando que a desidratação pode ser uma variável interveniente os adolescentes receberam uma garrafa de água mineral de 500 ml. Já o esvaziamento da bexiga ocorreu a critérios dos voluntários durante os protocolos.

O protocolo HIT empregado neste estudo foi adotado considerando-se a tolerância dos adolescentes ao exercício de alta intensidade e as evidências de investigações que reportaram efeitos significativos do HIT sobre os parâmetros de saúde em populações obesas (COSTIGAN et al., 2015; WESTON; WISLØFF; COOMBES, 2013; WISLØFF;

COOMBES; ROGNMO, 2015). Sendo assim, o protocolo de exercício intervalado foi constituído de três minutos de aquecimento, com velocidade de 4,0 km/h. Em seguida, os voluntários foram submetidos a cinco séries de 1:3, ou seja, execução de um minuto na fase ativa (acima do limiar ventilatório, 85 a 95% do VO_{2pico}) seguidos por três minutos na fase de recuperação ativa (40 a 50% do VO_{2pico}). Ao término das cinco séries, os adolescentes realizaram a volta à calma por três minutos, com velocidade reduzida gradativamente até parar completamente, totalizando aproximadamente 30 minutos de sessão. A FC foi monitorada constantemente por um frequencímetro (modelo Polar FT1).

Quanto ao protocolo controle, o avaliado recebeu as mesmas instruções do protocolo HIIT, porém o mesmo ficou em repouso na posição sentada por 30 minutos e foi orientado a não realizar atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa durante o dia de monitoramento.

A análise da monitorização ambulatorial da pressão arterial MAPA foi baseada no posicionamento da *American Heart Association* (FLYNN *et al.*, 2014). Desse modo, após o término (10 minutos) do protocolo experimental, a medida ambulatorial da PA foi realizada no braço não dominante do adolescente por meio de um monitor automático oscilométrico da marca SpaceLabs, modelo 90207 programado para realizar medidas a cada 20 minutos no período de vigília das 12:00 às 22:00 horas, tendo em vista que seis horas de mensuração estão associadas com os resultados obtidos de 24 horas na população pediátrica (KING-SCHULTZ; WEAVER; CRAMER, 2012). Os voluntários foram orientados a não falar, dormir ou executar atividades físicas quando o aparelho esteve acionado registrando as medidas. Além disso, em cada protocolo os avaliados receberam um diário, para o registro de situações de estresse, horários das refeições e horários em trânsito e meios de locomoção.

O teste de Shapiro Wilk foi empregado para verificar a normalidade dos dados. As características gerais dos sujeitos estão apresentadas em média e desvios-padrão para as variáveis numéricas, e distribuição de frequências para as variáveis categóricas. Os efeitos dos protocolos experimentais nas respostas hemodinâmicas (PAS, PAD, PAM e FC) dos adolescentes foram testados através da análise de variância para medidas repetidas, considerando-se os fatores (controle e HIIT) e tempo (pré-sessão e pós-sessão). Quando o teste de esfericidade de Mauchly foi violado, a correção de Greenhouse–Geisser foi assumida. Quando o teste F identificou efeito e/ou interação o *post hoc* de Bonferroni foi aplicado para localizar as diferenças entre as médias. Para complementar as análises o tamanho do efeito (η^2) foi apresentado. Os dados obtidos foram analisados utilizando-se o pacote estatístico SPSS versão 20.0, sendo adotado um nível de significância de $p < 0,05$.

3 | RESULTADOS

As características gerais dos voluntários estão descritas na tabela 1. De acordo com os critérios da *American Heart Association* (FLYNN *et al.*, 2014) 33,33% apresentaram

valores de PA alterada. Em relação a prática de atividade física habitual de intensidade moderada a vigorosa, observa-se que os voluntários acumularam, em média 100 minutos por semana.

Logo após o término da sessão, os voluntários foram questionados a respeito de sua percepção de esforço (CR-20), nos quais 77% relataram esforço cansativo e 23% apontaram esforço muito cansativo.

O gráfico 1 demonstra o comportamento da PAS ao longo das 10 horas nos protocolos controle e HIIT. Foi observado uma interação significativa do tempo x sessão ($F = 2,660$; $p = 0,005$; $\eta^2 = 0,143$). O *post hoc* apontou diferença significativa entre as médias nos protocolos controle e HIIT somente entre às 12:00 e 13:00 horas, indicando hipotensão pós-exercício induzida pelo HIIT em relação ao protocolo controle.

Variáveis	Média ± DP
Idade (anos)	16,08 ± 0,91
Estatura (m)	1,72 ± 0,41
Massa corporal (kg)	93,61 ± 8,91
IMC (kg/m ²)	31,35 ± 3,16
Percentil de IMC	98,33 ± 1,01
Circunferência da cintura (cm)	96,00 ± 6,83
Circunferência do quadril (cm)	110,11 ± 4,34
Relação cintura quadril	0,87 ± 0,45
Gordura relativa (%)	38,40 ± 4,40
Atividade física moderada à vigorosa (min/sem)	108,89 ± 62,13
VO _{2pico} (ml/kg/min)	38,10 ± 7,22
Cronotipo	44,67 ± 11,34
Índice de qualidade do sono	6,78 ± 1,64
Etnia (% , brancos)	66,66
Maturação sexual (IV/V)	4/5

Tabela 1. Características gerais dos voluntários (n = 9).

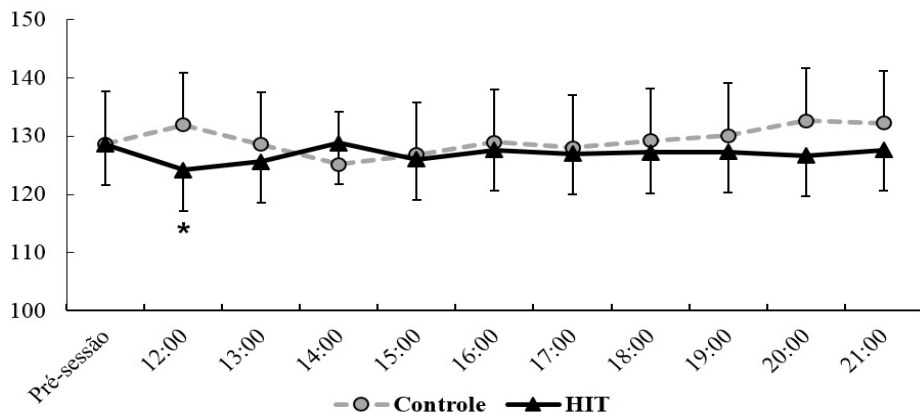


Gráfico 1. Comportamento da pressão arterial sistólica (PAS) ao longo das 10 horas nos protocolos controle (linha pontilhada com círculo) e HIIT (linha cheia com triângulo). Os dados estão expressos em média e desvios-padrão. * $p < 0,05$ em comparação ao protocolo controle.

Os comportamentos da PAD e PAM ao longo das 10 horas nos protocolos controle e HIIT estão apresentados nos gráficos 2 e 3, respectivamente. Não foi encontrado efeito e/ou interação entre os protocolos nestas medidas hemodinâmicas.

Em relação ao comportamento da FC ao longo das 10 horas nos protocolos controle e HIIT (gráfico 4), observou-se um efeito significativo do tempo ($F = 10,339$; $p > 0,001$; $\eta^2 = 0,393$) e uma interação significativa do tempo x sessão ($F = 3,646$; $p = 0,007$; $\eta^2 = 0,186$). Assim, a FC entre às 12:00 e 13:00 horas no protocolo HIIT foi significativamente superior a pré-sessão e ao protocolo controle no mesmo período.

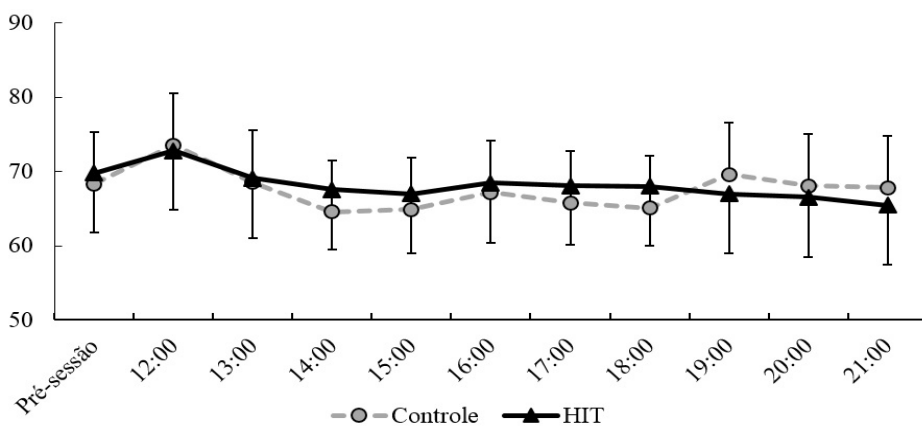


Gráfico 2. Comportamento da pressão arterial diastólica (PAD) ao longo das 10 horas nos protocolos controle (linha pontilhada com círculo) e HIIT (linha cheia com triângulo). Os dados estão expressos em média e desvios-padrão.

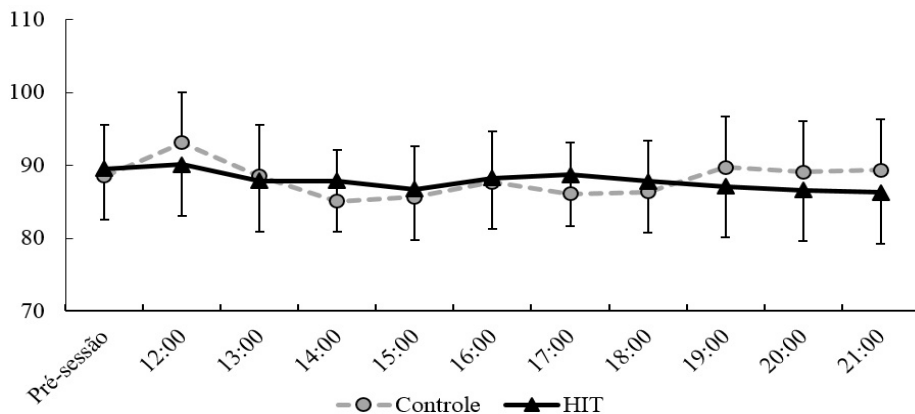


Gráfico 3. Comportamento da pressão arterial média (PAM) ao longo das 10 horas nos protocolos controle (linha pontilhada com círculo) e HIIT (linha cheia com triângulo). Os dados estão expressos em média e desvios-padrão.

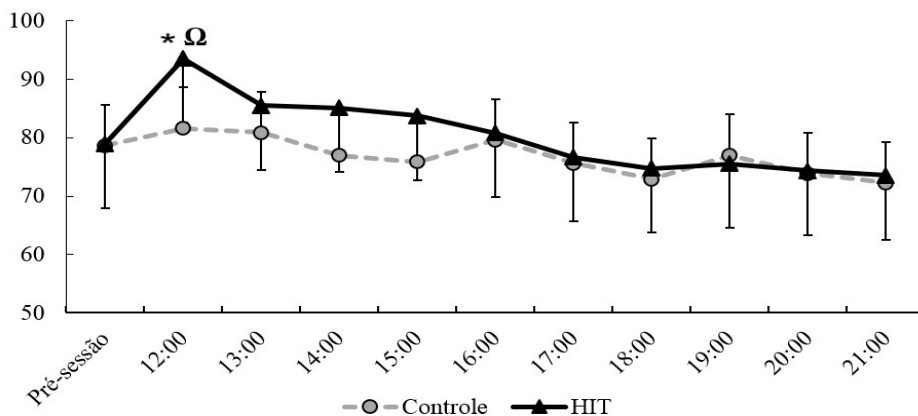


Gráfico 4. Comportamento da frequência cardíaca (FC) ao longo das 10 horas nos protocolos controle (linha pontilhada com círculo) e HIIT (linha cheia com triângulo). Os dados estão expressos em média e desvios-padrão. * $p < 0,05$ em comparação a pré-sessão. * $p < 0,05$ em comparação ao protocolo controle.

4 | DISCUSSÃO

Tem sido demonstrado que o exercício físico é uma abordagem não farmacológica eficiente, visto que este é indispensável na prevenção, tratamento e controle de diversas morbididades (PESCATELLO *et al.*, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). No entanto, o tipo e a dose de exercício necessária para induzir benefícios à saúde ainda é uma questão controversa. A análise da PAS durante as 10 horas de acompanhamento demonstrou que o HIIT promoveu uma redução significativa em relação ao protocolo controle nos primeiros 60 minutos pós-exercício, caracterizando um efeito hipotensor após a sessão.

O efeito hipotensor do exercício aeróbico está bem estabelecido na literatura

(PESCATELLO *et al.*, 2004). Ele já foi observado em adultos normotensos, pré-hipertensos e hipertensos, com maiores reduções encontradas naqueles com hipertensão (PESCATELLO *et al.*, 2004). Quanto a intensidade do exercício, Eicher *et al.* (2010) avaliaram os efeitos agudos das intensidades leve (40% VO_{2pico}), moderada (60% VO_{2pico}) e vigorosa (100% VO_{2pico}) sobre PAS e PAD em homens com excesso de peso e PA alterada. A PAS reduziu $2,8 \pm 1,6$ mmHg após a intensidade leve, $5,4 \pm 1,4$ mmHg após moderada e $11,7 \pm 1,5$ mmHg após exercício aeróbio vigoroso. Da mesma forma, a PAD diminuiu $1,5 \pm 1,2$ mmHg, $2,0 \pm 1,0$ mmHg e $4,9 \pm 1,3$ mmHg após os protocolos de intensidade leve, moderada e vigorosa, respectivamente. Estes autores concluíram que a intensidade do exercício pode ser um determinante importante no efeito hipotensor, de tal modo que o aumento dos níveis de esforço parece reduzir os valores de PA em um padrão de dose-resposta em indivíduos capazes de tolerar níveis mais intensos de exercício.

No que diz respeito às respostas hemodinâmicas pós-exercício em adolescentes obesos, os resultados apresentados neste estudo demonstraram que a PAS reduziu significativamente no protocolo HIIT em relação ao protocolo controle somente na primeira hora após o final do exercício (12h00 as 13h00 horas), sendo observado que neste período de monitoramento no protocolo controle a PAS aumentou em média 3 mmHg e, após o HIIT, ela reduziu em média 4 mmHg. Esses resultados estão próximos da magnitude de efeito observada após HIIT em normotensos, nos quais observaram uma redução entre 3 e 8 mmHg (ANGADI *et al.*, 2010; JONES *et al.*, 2009; MIYASHITA; BURNS; STENSEL, 2011). Tendo em vista que as evidências disponíveis na literatura sugerem que a hipotensão pós-exercício é maior em indivíduos hipertensos comparado a normotensos (PESCATELLO *et al.*, 2004) nesta investigação, a hipotensão pós-exercício foi de baixa magnitude e curta duração.

Alguns aspectos metodológicos na prescrição do exercício podem ter contribuído para as semelhanças dos achados deste estudo com os resultados observados na literatura a respeito da magnitude e duração do efeito hipotensor induzido pelo HIIT em adultos jovens normotensos. Por exemplo, o volume de exercício e a intensidade média ($\sim 70\% VO_{2pico}$) foram similares, tendo em vista que Jones *et al.* (2009) e Angadi *et al.* (2010) prescreveram três séries de 10 minutos e Miyashita *et al.* (2011) prescreveram 10 estímulos de três minutos, enquanto, a presente investigação prescreveu um volume de 27 minutos de exercício. Além disso, nos estudos mencionados, optou-se por utilizar o VO_{2pico} para a prescrição do HIIT em detrimento da FC, por ser mais confiável e indicado por entidades científicas, uma vez que a FC é potencialmente influenciável por diferentes fatores, como temperatura do ambiente, umidade relativa do ar, nível de hidratação, sono, uso de bebidas que alteram a atividade do sistema nervoso simpático, horário da realização do exercício e nível de estresse psicológico (PESCATELLO *et al.*, 2004).

A PAD e PAM ao longo das 10 horas de acompanhamento nos protocolos controle e HIIT não apresentaram mudanças significativas. Após o protocolo HIIT a FC permaneceu

aumentada em relação a pré-sessão e ao protocolo controle das 12:00 até as 15:00 horas. O aumento da FC ambulatorial tem sido reportado após a realização de exercícios aeróbios e pode ser atribuído ao aumento da modulação simpática e a diminuição da atividade vagal do coração (BRITO; QUEIROZ; FORJAZ, 2014).

Uma sessão de exercício físico de alta intensidade induz um estresse cardiovascular considerável durante a sua realização e, conseqüentemente, promove um desequilíbrio homeostático no organismo de crianças e adolescentes (KAVEY; KVESELIS; GAUM, 1997). Considerando a hipotensão pós-exercício de baixa magnitude e curta duração e o aumento concomitante da FC, postula-se que neste estudo os mecanismos fisiológicos de controle da PA atuaram a fim minimizar o estresse pressórico gerado durante o protocolo HIIT e alcançar o equilíbrio homeostático. Dentre os principais mecanismos envolvidos nesse ajuste menciona-se a diminuição da resistência vascular periférica mediada por agentes vasodilatadores produzidos durante a sessão, tais como óxido nítrico, histaminas e prostaglandinas (PESCATELLO *et al.*, 2004).

Vale frisar que os mecanismos hipotensivos do exercício são multifatoriais e podem ser diferentes entre os indivíduos (BRITO; QUEIROZ; FORJAZ, 2014). Esta diversidade pode explicar os resultados contraditórios nesta área de estudo ao longo das últimas décadas. Ademais, apesar de ser uma resposta aguda, a literatura aponta que os efeitos crônicos provenientes do treinamento físico podem ser resultados do acúmulo das respostas fisiológicas agudas de cada sessão (LIU *et al.*, 2012).

É oportuno ressaltar que esta investigação apresenta algumas limitações que merecem ser mencionadas como o número amostral reduzido para múltiplas comparações e falta de controle dos hábitos dietéticos, estresse e atividade física que poderiam alterar os valores de PA. Entretanto, para minimizar esse viés, os voluntários receberam orientações para manter rotinas semelhantes de atividade física, alimentação e horário de sono nas 24 horas anteriores a intervenção e durante o período de monitoramento (FLYNN *et al.*, 2014). Além disso, o desenho experimental deste estudo incluiu uma sessão controle (sem exercício) com vistas a permitir a avaliação do efeito do exercício, ou seja, o efeito corrigido pelo que aconteceria com os níveis pressóricos ao longo do dia caso o exercício não fosse realizado.

A comunidade científica estimula a elaboração de programas de intervenção efetivos para promover a adesão e manutenção de um estilo de vida fisicamente ativo, afim de proporcionar melhores perspectivas em termos de qualidade de vida (PESCATELLO *et al.*, 2004). A presente investigação adotou o HIIT tendo em vista que este promove resultados com maior efeito em alguns indicadores de desempenho e saúde em relação ao treinamento contínuo, porém com menor volume de exercício e duração da sessão (CARVALHO *et al.*, 2015). Esses resultados são de grande relevância, uma vez que geralmente a “falta de tempo” é a barreira mais relatada para a adesão e manutenção da prática regular de exercícios físicos entre adolescentes (DIAS; LOCH; RONQUE, 2015).

Estudos adicionais devem ser conduzidos com o emprego do método de treinamento físico HIIT em diferentes populações, com amostras mais abrangentes e com parâmetros de controle mais precisos das variáveis intervenientes com o intuito de analisar o comportamento da PA subsequente às variações da manipulação dos componentes da prescrição do exercício, bem como avaliar as aplicações da prática de exercício físico na prevenção e tratamento da hipertensão arterial em indivíduos jovens.

Os resultados da presente investigação apontam que, em adolescentes com excesso de peso, o protocolo HIIT empregado induziu uma redução significativa da PAS em relação ao protocolo controle nos primeiros 60 minutos pós-exercício, caracterizando um efeito hipotensor de baixa magnitude e curta duração.

REFERÊNCIAS

ANGADI, S S *et al.* Effect of fractionized vs continuous, single-session exercise on blood pressure. **Journal of human hypertension** v. 24, n. 4, p. 300–2 , 2010.

BORG, GAV. Psychophysical bases of perceived exertion. **Medicine and Science in Sports and Exercise** v. 14, n. 5, p. 377–381 , 1982.

BRITO, L. C.; QUEIROZ, A. C C; FORJAZ, C. L M. Influence of population and exercise protocol characteristics on hemodynamic determinants of post-aerobic exercise hypotension. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research** v. 47, n. 8, p. 626–636 , 2014.

BUYSSE, D J *et al.* The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research** v. 28, n. 2, p. 193–213 , 1989.

CARVALHO, R S T *et al.* Magnitude e duração da resposta hipotensora em hipertensos: exercício contínuo e intervalado. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** v. 104, n. 3, p. 234–241 , 2015.

CIOLAC, E G. High-intensity interval training and hypertension: maximizing the benefits of exercise? **American journal of cardiovascular disease** v. 2, n. 2, p. 102–10 , 2012.

COSTIGAN, S. A *et al.* High-intensity interval training for improving health-related fitness in adolescents: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine** v. 49, n. 19, p. 1253–1259 , 2015.

DIAS, Douglas Fernando; LOCH, Mathias Roberto; RONQUE, Enio Ricardo Vaz. Perceived barriers to leisure-time physical activity and associated factors in adolescents. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 20, n. 11, p. 3339–3350 , 2015.

EICHER, J D *et al.* The additive blood pressure lowering effects of exercise intensity on post-exercise hypotension. **American Heart Journal** v. 160, n. 3, p. 513–520 , 2010.

FLYNN, J T *et al.* Update: ambulatory blood pressure monitoring in children and adolescents: a scientific statement from the American Heart Association. **Hypertension** v. 63, n. 5, p. 1116–35 , 2014.

HORNE, J. A.; OSTBERG, O. A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. **International Journal of Chronobiology** v. 4, n. 2, p. 97–110 , 1976.

JONES, H *et al.* Post-exercise blood pressure reduction is greater following intermittent than continuous exercise and is influenced less by diurnal variation. **Chronobiology International** v. 26, n. 2, p. 293–306 , 2009.

KAVEY, R E W; KVESELIS, D A; GAUM, W E. Exaggerated blood pressure response to exercise in children with increased low-density lipoprotein cholesterol. **American Heart Journal** v. 133, n. 2, p. 162–168 , 1997.

KING-SCHULTZ, L; WEAVER, A L; CRAMER, C H. Correlation of blood pressure readings from 6-hour intervals with the daytime period of 24-hour ambulatory blood pressure monitoring in pediatric patients. **Journal of clinical hypertension** v. 14, n. 6, p. 396–400 , 2012.

LACOMBE, S P *et al.* Interval and continuous exercise elicit equivalent postexercise hypotension in prehypertensive men, despite differences in regulation. **Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism** v. 36, n. 6, p. 881–891 , 2011.

LIU, Sam *et al.* Blood pressure responses to acute and chronic exercise are related in prehypertension. **Medicine and Science in Sports and Exercise** v. 44, n. 9, p. 1644–1652 , 2012.

MAGGIO, A B R *et al.* Associations among obesity, blood pressure, and left ventricular mass. **The Journal of Pediatrics** v. 152, n. 4, p. 489–493 , 2008.

MAGGIO, A B R *et al.* Long-term follow-up of cardiovascular risk factors after exercise training in obese children. **International Journal of Pediatric Obesity** v. 6, n. 2, p. e603–e610 , 2011.

MARSHALL, W. A; TANNER, J. M. Variations in the pattern of pubertal changes in boys. **Archives of Disease in Childhood** v. 45, n. 239, p. 13–23 , 1970.

MIYASHITA, M; BURNS, S F; STENSEL, D J. Accumulating short bouts of running reduces resting blood pressure in young normotensive/pre-hypertensive men. **Journal of Sports Sciences** v. 29, n. 14, p. 1473–1482 , 2011.

NG, Marie *et al.* Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980 – 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet** v. 384, n. 9945, p. 766–781 , 2014.

PARADIS, G. *et al.* Blood pressure and adiposity in children and adolescents. **Circulation** v. 110, n. 13, p. 1832–1838 , 2004.

PARIDON, S M *et al.* Clinical stress testing in the pediatric age group: A statement from the American Heart Association council on cardiovascular disease in the young, committee on atherosclerosis, hypertension, and obesity in youth. **Circulation** v. 113, n. 15, p. 1905–1920 , 2006.

PESCATELLO, L S. *et al.* Exercise and Hypertension. **Medicine and Science in Sports and Exercise** v. 36, n. 3, p. 533–553 , 2004.

SLAUGHTER, MM *et al.* Skinfold equations for estimation of body fatness in children and youth. **Human Biology** v. 60, n. 5, p. 709–723 , 1988.

STABOULI, S *et al.* Adolescent obesity is associated with high ambulatory blood pressure and increased carotid intimal-medial thickness. **The Journal of Pediatrics** v. 147, n. 5, p. 651–6 , 2005.

WESTON, K S; WISLØFF, U; COOMBES, J S. High-intensity interval training in patients with lifestyle-induced cardiometabolic disease: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine** v. 48, n. 16, p. 1227–1234 , 2013.

WISLØFF, U; COOMBES, J S; ROGNMO, O. CrossTalk proposal: High intensity interval training does have a role in risk reduction or treatment of disease. **The Journal of Physiology** v. 593, n. 24, p. 5215–5217 , 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health.** 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Child Growth Standards: Length/Height-for-Age, Weight-for-Age, Weightfor-Length, Weight-for-Height and Body Mass Index-forAge: Methods and Development.** Geneva: 2006.

CAPÍTULO 7

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E VIVÊNCIA DOS FAMILIARES E ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1

Data de aceite: 01/07/2021

Marinês Finco

<http://lattes.cnpq.br/8239603179958293>

Judite Hennemann Bertoncini

<http://lattes.cnpq.br/2800569365579713>

RESUMO: Objetivo: conhecer a vivência dos familiares e de adolescentes com diabetes tipo 1 em relação à doença e ao itinerário terapêutico que utilizam a rede pública. **Método:** Pesquisa de natureza qualitativa, exploratória, tipo estudo de caso com amostragem de variação máxima. Os sujeitos foram dez adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 e dez familiares que participavam diretamente dos cuidados ao adolescente de Santa Catarina - Brasil. Optou-se pela triangulação metodológica, realizando entrevista aberta em profundidade com adolescentes e familiares com observação de campo. Os dados foram tratados por análise de conteúdo temática e a hermenêutica dialética. A análise resultou na construção de três categorias: os sentimentos da descoberta da doença; o conviver com diabetes mellitus tipo 1 e; a rede de atenção à saúde no acompanhamento da pessoa com DM1. **Resultados:** A descoberta da doença vem acompanhada de apreensão e requer mudanças na rotina de toda a família. O maior desafio refere-se à adequação dos hábitos alimentares. A aceitação da doença é dificultada pela condição da adolescência e a convivência com o diabetes é permeada de dúvidas quanto ao futuro. Na rede de atenção à saúde, as escolhas terapêuticas

utilizadas pelas famílias e adolescentes estão centradas na atenção especializada. **Conclusão:** A constituição do itinerário terapêutico dos adolescentes e familiares é marcada pelo uso de variados recursos que extrapolam as fronteiras dos serviços de saúde, que devem preparar-se para apoiar as famílias que vivem com esta condição.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente, diabetes mellitus, doença crônica, saúde pública.

ITINERARY AND THERAPEUTIC EXPERIENCE OF FAMILIES AND TEENAGERS WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS

ABSTRACT: Objective: to know the experience of families and adolescents with type 1 diabetes about the disease and the therapeutic itinerary using the public network. **Method:** qualitative research, exploratory case study type with maximum variation sampling. The subjects were ten adolescents with type 1 diabetes mellitus and ten family members who participated directly care to adolescents of Santa Catarina - Brazil. We opted for the methodological triangulation, performing open in-depth interviews with adolescents and their families with field observation. The data were analyzed by content analysis and dialectical hermeneutics. The analysis resulted in the construction of three categories: the feelings of the discovery of the disease; the living with diabetes mellitus type 1; health care network in monitoring the person with DM1. **Results:** The discovery of the disease is accompanied by apprehension and requires changes in routine whole family. The biggest challenge relates to

the adequacy of eating habits. Acceptance of the disease is complicated by the teenage condition and living with diabetes is riddled with doubts about the future. Health care network, the therapeutic choices used by families and teenagers are focused on specialized care.

Conclusion: The Constitution of the therapeutic itinerary of adolescents and family is marked by the use of various resources that go beyond the boundaries of health services, which should be prepared to support families living with this condition.

KEYWORDS: Teenager, diabetes mellitus, chronic disease, public health.

INTRODUÇÃO

As condições crônicas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e fatores fisiológicos (Mendes, 2012). O diabetes faz parte das doenças crônicas, não tem cura, mas é passível de controle dos níveis glicêmicos com vistas a evitar complicações e viver com qualidade. Isto requer mudanças no estilo de vida, especialmente adoção de uma alimentação saudável e da prática de atividade física associados ao tratamento medicamentoso (Brasil, 2011).

O Diabete Mellitus tipo 1-DM1 é a segunda doença crônica mais frequente da infância, é responsável por 90% dos casos de diabetes na infância, no entanto, apenas 50% dos casos são diagnosticados antes dos 15 anos (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015).

Para que se possa empreender as práticas da integralidade e resolutividade na atenção em saúde, é necessário compreender as experiências do adoecimento e busca de cuidados em saúde por usuários e suas famílias, possibilitando assim, dar-lhes respostas (Bellato et al, 2011).

A adolescência é o período de transição entre a infância e vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual, social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive Eisenstein, (2005).

Conhecer o Itinerário Terapêutico-IT permite analisar as redes de sustentação e de apoio que são construídas pelo usuário e família na experiência de adoecimento e busca pelo cuidado, evidenciando que novas redes vão se constituindo nos deslocamentos dessas pessoas (Bellato, 2011).

Por outro lado, as redes de atenção à saúde – RAS devem configurar-se em desenhos institucionais nos diversos pontos da atenção à saúde e dos sistemas de apoio de forma equilibrada com critério de acesso aos serviços (Mendes, 2011).

Constata-se na prática profissional desenvolvida na rede pública da região do Médio Vale do Itajaí, de Santa Catarina - Brasil o aumento dos casos de adolescentes com DM1. Por se tratar de uma fase de muitas transformações, ao descobrir o diagnóstico, inicia-se nova fase de adaptação e busca por atendimento pelos serviços disponíveis na rede pública.

A região do Médio Vale do Itajaí-MVI possui extensa rede de Atenção Básica (AB) constituída por Unidades Básicas de Saúde-UBS e unidades de Estratégia Saúde da Família -ESF, as quais são responsáveis por acompanhar e ordenar o cuidado da população que vive em seus territórios, em qualquer ponto das RASs.

Percebe-se pouca participação da atenção básica no atendimento destes adolescentes, sendo que a atenção secundária os assume e não compartilha o projeto terapêutico com a equipe da atenção básica. Os serviços se superpõem, muitas vezes caracterizando-se como disputa dos esforços para o cuidado e a não realização da atenção em rede. O adolescente com diabetes se vincula ao médico especialista e a família parece encontrar mais segurança frente à instabilidade no transcorrer da doença. Assim, o contato dessa família com a ESF, em relação ao acompanhamento do DM1, pode limitar-se à entrega de insumos que necessita.

Os pressupostos do estudo são conhecer a vivência e o itinerário terapêutico dos familiares e adolescentes pode provocar a reflexão dos profissionais da atenção primária no sentido de melhorar o acompanhamento longitudinal, ampliando estratégias de cuidado, bem como a coordenação do cuidado, papel atribuído a atenção básica.

Diante das dificuldades enfrentadas pelos adolescentes e seus familiares ao descobrirem o DM1 e das diversas possibilidades de cuidado familiar e profissional, este estudo teve por objetivo conhecer a vivência dos familiares e de adolescentes com diabetes tipo 1 em relação à doença e ao itinerário terapêutico que utilizam a rede pública.

MÉTODOS

Este artigo é parte da pesquisa da dissertação de mestrado em saúde coletiva, de natureza qualitativa, exploratória.

A pesquisa foi realizada na Policlínica de Especialidade-PU e no Núcleo de Apoio ao Diabético-NAD da Secretaria Municipal de Saúde-SEMUS de uma região do estado de Santa Catarina - Brasil e na Policlínica Universitária-PU da Universidade Regional de Blumenau - FURB. Estes, totalizam 100% dos serviços que atendem exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde-SUS e constituem-se a referência da atenção secundária para região do Médio Vale do Itajaí, com 78 crianças e adolescentes cadastrados.

Participaram da pesquisa 10 adolescentes com DM1 e dez familiares envolvidos diretamente nos cuidados ao adolescente da região. Os critérios de inclusão foram: ser adolescente portador de DM1; idade de 12 a 17 anos; ser atendido por um dos serviços de referência da região; ter diagnóstico de DM1 estabelecido há pelo menos 1 ano; aceitar participar da pesquisa.

Os adolescentes e familiares foram convidados pela pesquisadora na sala de espera enquanto aguardavam a consulta médica agendada e através de contato telefônico, a partir da listagem dos adolescentes cadastrados nos serviços, devido baixa assiduidade

na consulta médica. As entrevistas foram realizadas nos serviços (6) e no domicílio (4) por escolha dos participantes.

Foram excluídos todos os adolescentes que não eram portadores de DM1; que tinham menos de 12 ou mais de 18 anos; que não eram atendidos por um dos serviços de referência da região; que tinham o diagnóstico estabelecido há menos de 1 ano; que não aceitaram participar do estudo; que não tinham tempo e disponibilidade para participar da pesquisa.

A partir da sétima entrevista ocorreu a saturação dos dados, o que se confirmou até a décima entrevista, optando-se pela finalização da amostra.

Foi realizada uma entrevista aberta em profundidade com cada familiar e adolescente com observação de campo, vinculadas a consulta médica ou no domicílio, de 6 de agosto a 16 de setembro de 2015 pela pesquisadora responsável. A entrevista continha dados de identificação, cidade de origem, tempo de diagnóstico, parentesco do entrevistado e serviço de referência utilizado.

Todas as entrevistas foram gravadas na íntegra, com a pergunta norteadora: Conte como você tem vivenciado o diabetes após descobrir que você/seu filho(a) tem a doença? Como tem sido o caminho seguido, desde a descoberta da doença até o tratamento? O que você sentiu quando descobriu que tem essa doença ou seu filho tem essa doença?-

As observações de campo como postura, expressões de alegria, tristeza ou de angústia, foram anotadas na ficha de observação, logo após cada entrevista. A transcrição das entrevistas foi feita pela pesquisadora no dia da coleta e no dia seguinte com a finalidade de manter a fidedignidade e abrangência das falas.

Para o tratamento dos dados procedeu-se a análise de conteúdo⁷. Cada entrevistado foi identificado pela letra E e um número sequencial até E10. O adolescente foi identificado pela letra A1 sucessivamente até A10. Definiu-se na ordem sequencial E8, E8ô e E8ó, para o pai, avô e avó respectivamente. Após sucessivas leituras das entrevistas, realizamos a organização do material atendendo os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo utilizados a partir da perspectiva qualitativa, seguindo os seguintes passos: categorização, inferência, descrição e interpretação. Não ocorrendo necessariamente de forma sequencial⁸.

As categorias que emergiram do estudo foram: sentimento da descoberta da doença; conviver com diabetes mellitus tipo 1 e; a rede de atenção à saúde no acompanhamento da pessoa com DM1.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da FURB com parecer N° 1.124.736. A coleta dos dados iniciou após esclarecimento dos objetivos da pesquisa, garantia do anonimato, permitindo esclarecimento de dúvidas e após o aceite com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o adulto e para menores de 18 anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os adolescentes participantes do estudo foram em sua maioria do sexo feminino, 7 e do sexo masculino 3, tinham entre 12 e 15 anos de idade, 8 deles residiam em Blumenau, 1 em Pomerode e 1 em Benedito novo. O tempo de diagnóstico variou entre 2 a 13 anos, sendo que 6 deles acompanhavam na PU-FURB, 3 no NAD e 1 na PU-SEMUS. Os familiares participantes do estudo foram 4 mães, 3 pais, 1 madrasta, 1 irmão e houve uma entrevista coletiva pai, avó e avô.

Os resultados e análise da pesquisa seguem apresentados em três categorias: sentimento da descoberta da doença; conviver com diabetes mellitus tipo 1 e; a rede de atenção à saúde no acompanhamento da pessoa com DM1.

Sentimento da descoberta da doença

Nesta categoria descrevemos os sentimentos na ocasião da descoberta da doença vivenciada pelo adolescente e seus familiares.

A descoberta da doença, para a maioria dos entrevistados ocorreu de forma inesperada, como surpresa ou susto e, para muitos, significou uma nova demanda por cuidado fazendo com que o familiar tenha que abdicar de tempo para si, provocando até alteração na rotina de trabalho, como referido a seguir: “Na verdade a descoberta do diagnóstico foi uma surpresa [...], inesperada.” (A3). “Bem ruim! A gente vive só em função deles a gente não vive mais para nós, só em função dele[...]. Para nós fica difícil.” (E9). “Eu tive que mudar meu horário de trabalho e tudo [...] Eu tive que mudar toda rotina do serviço, tudo. [...] Eu trabalhava de manhã no primeiro turno, agora eu trabalho a noite.” (E9).

Esta renúncia de si pode suspender atividades dos pais que envolvem o trabalho, escola, lazer e as relações com a família mantendo-os, a maior parte do tempo, na expectativa quanto às necessidades de saúde impostas pela doença crônica dos adolescentes, situação encontrada também nas famílias que tem filhos com anemia falciforme (Silva et al, 2013).

O mesmo estudo destaca que a forma como está organizado o trabalho é fundamental para permitir adequações a fim de cuidar dos filhos. A mudança não vem somente no horário de trabalho, mas nos ajustes financeiros que a família tem que reestruturar.

A suspeita do diagnóstico foi identificada pelos familiares e adolescentes de diversas formas, principalmente pelos sinais e sintomas divulgados pelos serviços de saúde e pela mídia, como o cheiro de acidose, a perda de peso, sede excessiva, aumento da urina, cansaço e sudorese, presente nos depoimentos: “Eu estava há uns 15 dias me sentindo muito casada e com dor nas pernas e minha mãe sentiu cheiro de acidose.” (A1). “A minha mulher percebeu que ele estava indo muito no banheiro, tomando muita água, daí ela ficou meio desconfiada e mandou fazer um exame, o exame já acusou.” (E9).

A partir da identificação dos sinais e sintomas já sugestivos de diabetes para a maior parte dos sujeitos, a família recorre aos serviços de saúde em busca de tratamento. Em relação ao diagnóstico, a maioria foi confirmado na atenção básica, outros em consultórios

privados, convênio de saúde ou no hospital: “No posto de saúde [...]. Assim que eu falei da sede ele (o médico) pegou o glicosímetro, ele fez o teste e deu quinhentos e pouco.” (A3). “Eu levei no pediatra que acompanhava ela desde neném. Ele desconfiou, e mandou fazer os exames e ela já estava assim, praticamente ia entrar em coma de tão alta que estava.” (E5).

Pôde-se perceber a emoção, apreensão e medo quando falavam sobre o momento transcorrido entre a suspeita e a confirmação do diagnóstico, parecendo que tinham lhes tirado o chão. Ao confirmar o diagnóstico de diabetes, a família sofre um grande impacto e iniciam muitas preocupações (Leal et al, 2012).

A informação adquirida através dos cartazes expostos na unidade de saúde auxiliou uma das mães na suspeita do diagnóstico: “Eu sempre vou no postinho, lá eu sempre leio os cartazes [...] eu comentei com todo mundo aqui em casa que eu achava que ele estava com diabetes porque eu via lá no postinho aqueles cartazes falando dos sintomas.” (E7).

A informação visual disponibilizada pela equipe auxiliou essa mãe na suspeita da doença que se confirmou. Identificamos a potencialidade da educação em saúde como uma ferramenta bastante utilizada pelos profissionais na sala de espera, visto que os usuários enquanto aguardam atendimento, podem realizar a leitura do material exposto nos murais. O conhecimento sobre si mesmo e do processo saúde-doença contribui para a mudança e adoção de novos hábitos (Taddeo et al, 2012).

Para uma das mães a suspeita inicial era de que sua filha estava tentando emagrecer por estar na fase de adolescência e não aceitar seu peso: “Ela começou a emagrecer, perdeu mais de 20 quilos, e começou a secar [...]. Ela tinha muita sede e muito sono, daí eu pensei até que ela estava tendo aquele negócio de emagrecer sabe, daquelas meninas assim que são gordinhas e querem emagrecer [...]” (E6).

A mãe relacionou a perda de peso da filha com valores estéticos, morais, culturais e o controle do corpo exigidos pela sociedade contemporânea, o que pode ter atrasado o diagnóstico. O culto da boa forma imposto socialmente vem associado à saúde em oposição à obesidade estigmatizada como mórbida (Canesqui, 2015). Além de que os adolescentes são muitas vezes considerados um grupo de risco nutricional em razão de hábitos alimentares inadequados (Campos et al, 2014).

O sentimento, a ansiedade e o saber de um participante que levou sua neta na unidade básica de saúde, explicitando sua suspeita de diabetes, foi desconsiderado pelo médico, protelando o diagnóstico e fazendo a família buscar outro serviço que acolheu e investigou a queixa, confirmando DM1.

Estudos apontam que experiências de adoecimentos são deslegitimadas pela medicina quando não comprovadas por diagnósticos médicos (Canesqui, 2015). Neste caso, nem a queixa foi valorizada e investigada a fim de explicar e significar os sinais e sintomas percebidos pelo avô. A família que procurou a unidade básica de saúde, porta preferencial do SUS, teve que bater na porta do serviço de referência para ser escutada.

Evidencia-se uma ruptura na trajetória institucional percorrida pela família provocada inicialmente, pelo médico que não acolheu e, posteriormente a solução de continuidade na RAS se concretiza à medida que a atenção secundária não se comunica com a equipe da atenção primária a qual a família é adstrita.

As práticas que os profissionais de saúde desempenham desde a descoberta da doença, na vivência diária e nas fases futuras são fundamentais para as famílias e adolescentes, pois estes estarão sempre presente, seja na atenção básica, secundária ou terciária.

As famílias buscam os serviços de saúde que melhor acolham e atendam as suas necessidades. Porém, a decisão de permanecer em um serviço para o tratamento do diabetes parece estar relacionada ao vínculo da família com o médico.

“Ela era médica de diabetes pelo plano [...] Ele (o filho) não gostava muito dela” (E9). “[...] Só teve aquele probleminha lá [Furb], a gente até gostava dela, quando a gente veio para cá, aqui (NAD) é mais específico, achamos melhor ficar aqui.” (E1).

O conviver com diabetes mellitus tipo 1

Após os sentimentos causados pelo impacto da descoberta da doença, o adolescente e suas famílias necessitaram realizar ajustes familiares para a nova realidade que foi o conviver com o diabetes mellitus tipo 1.

A aceitação da doença diabetes é um grande desafio para pais e adolescentes, mas encarar a nova realidade e se adaptar às muitas mudanças são inevitáveis, como mostram as falas: “Sim, eu fiquei internada porque eu estava no último da diabetes, estava com 600. Dai a psicóloga vinha falar comigo, um monte de gente vinha falar comigo. Para me explicar o que era o diabetes, [...], mesmo assim eu não entendia. Eu fiquei uns tempos lá para entrar na minha cabeça o que era o diabetes, mas até hoje não entrou, sabe.” (A2). “Ela não entendeu ainda [...] Por isso que para ela tanto faz, tanto fez. É coisa mesmo dela, ela que tem que se conscientizar.” (E6).

A aceitação da doença necessita de tempo e suporte de profissionais de saúde, familiares, amigos e da escola. É fundamental a pessoa e seus familiares receberem informações de seu estado de saúde de forma clara e no momento certo (Leal et al, 2012).

Para o adolescente entender e aceitar que o diabetes estará presente em toda sua vida é algo difícil, mesmo quando o diagnóstico ocorre na infância. Quando chega a fase da adolescência inicia o momento da negação. Neste período de muitas transformações há necessidade de suporte multiprofissional e da atenção em rede.

Juntamente com os questionamentos da doença, vem a necessidade de realizar o controle da glicemia, fazendo testes e aplicando a insulina, gerando sofrimento nos pais e filhos: “Pensa, todo dia tem que arrumar insulina, agora ele aplica sozinho, antes eu aplicava. Também não foi fácil para mim, eu não sou enfermeira, eu nunca lidei com agulha. Pensa a situação dele de manhã e de noite. Todo mundo fala, ah podia ser pior, cada um

é cada um.” (E7).

Percebe-se o desespero dessa mãe frente à rotina diária de seu filho e muitas vezes os próprios profissionais direcionam mais as orientações à mesma, quando poderiam envolver todas as pessoas da família e o adolescente.

Os médicos concebem a família, mais precisamente a mãe, o protagonismo da dor de seu filho e sobre essa concepção a mitificação da mãe, vista como heroína e de tal forma que a criança se torna “invisível”, subestimando a concepção de mulher frente à grandeza da “missão” que cabe o papel de mãe (Martins et al, 2012).

Muitos participantes associaram o surgimento do diabetes a fatos estressantes vivenciados pelos filhos. “A doença dele surgiu depois que a mãe dele faleceu. E porque causa disso, o emocional da perda [...]. Ela teve câncer de mama, fez o tratamento e depois de cinco anos voltou com mais força e faleceu.” (E3). “Ela adquiriu com um susto quando minha irmã que morava no mesmo prédio, morreu. E ela não se conformava, depois de dois meses a gente descobriu que ela estava com diabetes.” (E6).

A interação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais na etiologia diabetes do tipo 1 é um tema de constantes pesquisas (Brunner, Suddarth, 2012).

Ficou claro a percepção dos familiares que o diabetes pode ser desencadeado por evento traumático.

Os adolescentes encontram dificuldades para modificar sua rotina diária em função da doença e muitas vezes demonstram isso na forma de rebeldia: “Tá rebelde. [...] Ele tá, como diz, de saco cheio. Difícil de lidar. [...] Porque ele não era assim, de uns tempos pra cá ele não quer ir nas consultas, não quer fazer o teste, ele as vezes fica revoltado, ele come um doce escondido.” (E7). “É que ele não presta muita atenção também. E ele é digamos assim, a gente dá as instruções pra ele mas ele é adolescente, não segue. Ele acha que tá tudo errado.” (E9).

Os depoimentos comprovaram que a fase de adolescência acaba por dificultar ainda mais aceitação da doença e os cuidados necessários para que se mantenha estável, por outro lado, o adolescente desejava ser igual a seus colegas, mas os cuidados que a doença impõe dificultam isso.

As restrições e limitações foram percebidas por pais e filhos como se fosse algo de punição, ordens a serem seguidas, porém em sua vida atual é um dever que não tem significado em sua experiência de adoecimento, mas se não seguir, poderá ter complicações futuramente (Corre et al, 2012).

A convivência com o diabetes foi permeada de dúvidas e receio quanto ao futuro sobre a disponibilidade e possibilidade de acessar novas tecnologias para o tratamento e cura da doença, como referido: “Às vezes eu tenho dúvida, o pâncreas dela não funciona, até onde não funciona? Onde que vai para conseguir um transplante de pâncreas? Isso é normal? Isso é fácil de conseguir? [...] Se um dia acontecer dela casar ela pode engravidar normal? [...] Ela vai precisar de uma cesárea?” (E10). “E ele queria uma caneta para aplicar,

seria mais fácil [...]. Ela disse que entrava com processo, não sei o que lá.” (E7).

Constatamos que mesmo após anos da descoberta da doença, as famílias ainda têm muitas dúvidas, o que nos leva a questionar como têm sido realizados os atendimentos desses familiares. Tem se possibilitado momentos durante o atendimento dos profissionais de saúde para esclarecimento de dúvidas? Mais uma vez ressaltamos a importância de trabalho em rede de atenção e de equipe multiprofissional.

O desafio com alimentação foi relatada por todos os entrevistados sendo a que mais interfere na vivência da família, necessitando de adequações na dieta, muitas vezes vista como um sacrifício: “A alimentação de todo mundo mudou junto comigo”. (A1). “Ai, controlar os doces. [...] eu gosto de doces, mas daí tem que controlar porque ela não pode, a gente tem que tentar manejar.” (E5).

As falas citadas corroboram com o estudo de Correa et al (2012) que enfatiza a reestruturação do cardápio alimentar utilizado antes da doença dos filhos e a adoção de novos hábitos, passando por uma educação de todo o grupo familiar.

As mudanças alimentares envolvendo toda família são fundamentais para o controle glicêmico dos adolescentes, tornando essa mudança para o adolescente menos dificultosa quando percebe que há o envolvimento da família neste processo.

Os familiares próximos como tios e avós compartilharam alguns cuidados em relação à alimentação quando recebem o adolescente em sua casa, como citado: “Até quando a gente vai visitar a casa de alguém eles geralmente já preparam alguma coisa para ele comer.” (E3). “[...] ai um irmão meu convida, alguém convida, ai já sabe que ele tem diabetes ai já compra uma água com gás que ele gosta, um suco natural.” (E7).

Estes relatos reforçam a necessidade do envolvimento de todos os familiares de convívio direto ou indireto, que colaboram no cuidado do adolescente com DM1. Os profissionais de saúde têm papel essencial na troca de informações para auxiliar nesta demanda.

A participação da escola no controle alimentar dos adolescentes foi visto como fator positivo por vários entrevistados: “Tem o lanche separado dela, na escola. A gente levou um papel lá, comunicou, daí eles já tem esses cuidados.” (E8).

“É que alimentação dele seria boa para os outros também. Melhor que aquelas porcaria de açúcar [...]” (E7).

Destacamos aqui a preocupação e entendimento da E7, ao citar que a alimentação saudável para seu filho deveria ser igual para todos os alunos da escola. Acreditamos que essa mudança na preparação da alimentação escolar poderia promover uma vida mais saudável para todos os estudantes independente de existir ou não uma doença que demande este cuidado.

Ressalta-se que a educação em diabetes deve estar centrada na equipe multidisciplinar, no sistema familiar, no usuário e nos equipamentos sociais como escolas, com vistas a promover a aderência aos aspectos do tratamento além do medicamento

(Correa et al, 2012).

No entanto, para alguns sujeitos desse estudo, a convivência social com os amigos ou pessoas próximas nas questões alimentares foram vista como fator dificultador: “[...] o mais difícil é sair com os amigos, os amigos estão lá, tomam refrigerantes e ele para se controlar é difícil.” (E9). “Em casa ela até se controla, mas ela sai muito, daí na casa dos outros come um doce, em casa não tem doce [...] vai no posto de combustível eles dão pirulito e não pode.[...]” (E4).

A falta de conhecimento ou preocupação das pessoas e amigos próximos acabou causando grande transtorno para os adolescentes e seus pais, desregulando o controle alimentar e podendo causar efeitos sérios nos níveis glicêmicos.

A maior dificuldade relatada pelos pais estão relacionados com alimentação, por outro lado crianças e adolescentes com diabetes se sentem diferentes dos colegas devido as restrições alimentares (Correa et al, 2012).

O comer está relacionado à socialização em adultos também, estudos (Canesqui, 2015) mostram que a adesão de hipertensos a dietas restritivas de sal e gordura é baixa porque contrariam os hábitos nos quais foram socializados.

Outro aspecto relatado pelos participantes da pesquisa, que dificulta a adoção de uma alimentação saudável foi o custo dos alimentos especiais para seus filhos: “Tudo que é alimentação para diabético é mais caro. [...] absurdamente. Como que você vai tratar um doente se as coisas são mais caras que o normal? [...] se eles (o governo) pudessem baixar a parte de alimentação ajudava todo mundo.” (E9). “Mas tá bem difícil, tipo alimentação diet que é difícil, não tem condições, aí vai comer o que a gente come. [...] Não tem condições da gente comprar separado.” (E4).

O alto custo para adquirir alimentos adequados aos portadores de DM1 acaba comprometendo o controle glicêmico dos adolescentes, pois sabemos que alimentação é um dos principais itens para se obter esse controle.

O custo dos alimentos novos e específicos para a patologia, a restrição alimentar aos filhos, justificam a dificuldade dos pais em relação à alimentação (Correa et al, 2012).

Sobre qual dieta seria a adequada para o adolescente com diabetes, percebemos duas concepções distintas. Primeiro, a alimentação saudável orientada para qualquer indivíduo pode ser consumida também pela pessoa com diabetes. Segundo, a alimentação para a pessoa com diabetes deve ser especial e majoritariamente constituída por produtos light e diet, sendo inclusive recomendada por muitos profissionais.

Um estudo mostrou que o conhecimento dos profissionais da Atenção Básica sobre a relação entre alimentação e diabetes ainda é permeado por confusões, notadamente no que se refere às diferenças entre produtos diet e light e a necessidade de recomendar o seu consumo para as pessoas com diabetes¹⁷.

Não obstante essas diferentes percepções, tanto os produtos diet e light quanto aqueles que devem compor uma alimentação considerada saudável, têm um custo

financeiro elevado, dificultando a sua aquisição.

Salientamos a necessidade de políticas públicas para estimular a comercialização de alimentos saudáveis, não somente aos portadores de diabetes, mas acessível às pessoas no cuidado da saúde, prevenindo assim o surgimento de doenças.

A rede de atenção à saúde no acompanhamento da pessoa com DM1

Nesta categoria são explorados os pontos da rede de atenção à saúde, atenção primária, secundária e terciária, no acompanhamento da pessoa com DM1, sempre em busca de melhor resolutividade.

Todos os entrevistados revelaram que diante da doença utilizam para tratamento e acompanhamento de seus filhos a atenção secundária, mantendo baixo vínculo com atenção básica, utilizando esta, em sua maioria, somente para acessar os insumos ofertados pelo SUS: “No posto de saúde a gente pega as insulinas.” (E9) “Pega as fitas do aparelho.” (A9). “Difícil, às vezes vai [no posto de saúde]. Mas se levar certinho aqui o que ele manda fazer, já pega os exames, os remédios, as receitas, faz praticamente tudo aqui.” (E1).

Outros autores⁹, também constataram o fato da família possuir laços extremamente fracos com a unidade da ESF do bairro em que reside.

A ausência de trabalho em rede foi identificada tanto nos serviços do SUS quanto da rede privada, tornando-se um grande desafio ainda a ser enfrentado, contraindicando as recomendações do Ministério da Saúde que diz que a RAS deve atuar de forma articulada nos diversos níveis de atenção, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde¹⁸.

A atenção prestada deve ser ordenada pelas unidades básicas de saúde, e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária em rede, atuando equilibradamente sobre os determinantes sociais da saúde (Mendes, 2012). Para tanto, é imprescindível haver comunicação entre as equipes dos diferentes pontos da rede de atenção ao adolescente com diabetes.

Percebemos que as relações construídas de forma estreita se deram através da relação médico com usuário e família, isto é, o usuário estava vinculado ao médico e não ao serviço, mesmo nos casos em que é cadastrado em uma unidade de saúde da família: “Por telefone. Ele (o médico) é muito querido, muito atencioso. Passou e-mail e tudo. Se alguma dúvida que eu tenho, se eu não consigo falar com ele na hora, ele me liga de volta ou por e-mail.” (E5).

No entanto, alguns sujeitos tiveram a assistência negada na AB ou ainda, baixa resolutividade na atenção especializada, caracterizando conflitos na relação com os serviços: “Eu cheguei várias vezes bater na porta do postinho, ela estava entrando em coma e eles não atendiam ela.” (E4). “Eu fiquei consultando com ele (o médico), ele não conseguia normalizar minha glicose, ai resolveram encaminhar para ela [FURB].” (A2).

A dificuldade com os serviços de saúde faz com que os familiares e usuários circulem na rede de atenção em busca daquele que melhor dê conta de suas necessidades e tratamento de seus filhos.

Os autores¹⁹ comentam que vários fatores interferem no acesso aos serviços de saúde, como fluxo adequado, resolutividade e qualidade.

Se, por um lado, é desejável que todo encontro entre cada profissional de saúde e usuário seja um espaço de manifestação de suas subjetividades e corresponsabilização na construção do projeto terapêutico, por outro lado, esta vinculação restrita ao médico limita muito as possibilidades de sucesso da terapia que, em diabetes, não pode prescindir da atuação interprofissional. Parece-nos que, mesmo nos serviços nos quais o adolescente é atendido por outros profissionais, ainda predomina o modelo biomédico de atenção.

Em seu estudo Correa et al destaca que o bom relacionamento entre os profissionais de saúde com a pessoa com a doença e seus familiares é fundamental na orientação do cuidado (Correa et al, 2012).

Vários adolescentes relataram terem em algum momento de sua trajetória recebido atendimento de outros profissionais da saúde como nutricionistas, psicólogas e dentistas, e a possibilidade de marcar a consulta com os vários profissionais no mesmo período foi facilitador. “Lá (PU/Furb) tem o médico [...], tem a nutricionista, a psicóloga, então a gente já faz tudo numa vez só”. (E8).

Esse relato corrobora que a compreensão e empatia da equipe multiprofissional que atende a família facilitará a adesão do adolescente com diabetes ao tratamento e sua integração na sociedade em que vive (Leal et al, 2012)

A oferta de grupos educativos foi um mecanismo citado como uma ferramenta de apoio, orientação e esclarecimento de dúvidas: “Ajudou bastante, a gente aprendeu muita coisa que não sabia, de alimentação, agora é claro, a gente pesquisa bastante na internet.” (E7). “[...] às vezes vem (no grupo educativo) nutricionista, psicóloga, o enfermeiro, ele conversa, sempre conversando sobre diabetes.” (A9).

Muitos profissionais vêm descobrindo a grande potencialidade da relação dialogada profunda com os usuários e grupos comunitários locais para a reorganização das práticas de assistência e promoção da saúde (Taddeo et al, 2012).

Acredita-se que o envolvimento das pessoas no grupo pode estar influenciando positivamente na forma de compreender a informação ao possibilitar a troca de experiência entre os participantes.

CONCLUSÃO

Os resultados dessa pesquisa possibilitaram conhecer a vivência dos familiares e de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 em relação à doença e ao itinerário terapêutico que utilizam a rede pública de saúde.

Os discursos revelaram com a descoberta da doença sentimentos como medo, ansiedade, sofrimento e incerteza quanto ao futuro, mas o maior desafio para adolescentes e familiares conviverem com o diabetes é adotar mudanças na alimentação.

A constituição do itinerário terapêutico dos adolescentes com diabetes e seus familiares é engendrada pela utilização de diversos recursos até encontrarem o que melhor se adapte e que os auxilie no tratamento e cuidado de seus filhos. Essa busca perpassou por consultórios privados, planos de saúde e serviços do Sistema Único de Saúde, caracterizando uma rede de diversificados caminhos e orientações.

As escolhas terapêuticas utilizadas pelas famílias e adolescentes estavam centradas na atenção secundária, com forte vínculo com o médico e, pontualmente, utilizam o suporte de outros profissionais como enfermeiro, nutricionista e psicólogo. A escuta dos sentimentos e saberes do usuário como “outro”, diverso e legítimo deve ser incorporada às práticas dos profissionais como imperativo ético e técnico.

É premente a necessidade de implantação de uma política pública de atenção ao adolescente com DM1 em rede, na qual a atenção básica seja ordenadora da linha de cuidado, com protagonismo das equipes, trabalho interprofissional colaborativo e desenvolvimento de práticas que contribuam para a integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

Bardin, L. **Análise de conteúdo**. 3ª. Lisboa: Edições 70, 2014.

Bellato R, Araújo de LFS, Castro P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. *In*: Pinheiro R, Silva Júnior

AG, Mattos RA. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; 2011. p. 167-87.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**.

Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília. 2011. [acesso em 2014 Mar 21]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

Brunner, LS, Suddarth DS. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012, v. 2.

Campos LF, Almeida JZ, Campos FF, Campos LA. Prática alimentar e de atividade física em adolescentes obesos de escolas públicas e privadas. **Rev. Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 2014; 27(1): 92-100, jan./mar.

Canesqui, AM (org.). **Adoecimentos e sofrimentos de longa duração**. 2. ed. – São Paulo: Hucitec, 2015.

Corrêa A, Franco S, Demário RL, Santos EF. Diabetes mellitus tipo 1: vivência dos pais em relação à alimentação de seu filho. **Brazilian Journal of Food&Nutrition/Alimentos e Nutrição**. 2012; 23(4):632-637.

Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Rev Adolescência e Saúde**. 2005 [acesso em 2014 Set 7]; 2 (2):6-7.

Leal DT, Fialho FA, Andrade F, Dias IMAV, Nascimento L, Arruda WC. A vivência dos familiares de crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1. **Rev Eletrônica de Enfermagem** [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2014 Fev 10]; 14 (1): 189-96. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a22.pdf>.

Martins AJ, Cardoso MHCA, Llerena Júnior JC, Moreira MCN. A concepção de família e religiosidade presente nos discursos produzidos por profissionais médicos acerca de crianças com doenças genéticas. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**. 2012; 17(2):545-553.

Mendes EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Mendes EV. **As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos**. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-americana da saúde; 2ª ed. 2011.

Minayo MCS. **Pesquisa social. Teoria, método de criatividade**. 26ª ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

Molmelstet KC, Fanton S, Silva CRLD, Bertoncini JH, Vargas DM, Campanella LCA. Conhecimento nutricional da equipe multiprofissional que atende usuários com diabetes mellitus em uma unidade básica de saúde de Blumenau-SC. **Rev APS**. 2016; 19(1): 31-8.

Silva AH, Bellato R, Araújo L. Cotidiano da família que experiência a condição crônica por anemia falciforme. **Revi Eletrônica de Enfermagem** [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2015 Fev0]; 15(2): 437-46. Disponível em: <http://revistas.jatai.ufg.br/index.php/fen/article/view/17687>.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2014-2015**. SBD [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 2015 Fev 12]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/diretrizes-e-posicionamentos>.

Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Rev Cienc Saúde Colet**. 2012; 17(11):2923-30.

MIELITE TRANSVERSA ASSOCIADA AO ETANERCEPT? RELATO DE CASO

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 06/04/2021

Lilian David de Azevedo Valadares

Médica especialista em Reumatologia
Recife – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/8083718176520312>

<http://orcid.org/0000-0002-7157-076X>

Gabriela Vianna de Andrade Lima

Médica residente de cardiologia do Pronto
Socorro Cardiológico de Pernambuco
(PROCAPE)
Recife – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/1040253069792248>

Raissa Bezerra Dias

Médica residente de geriatria do Hospital das
Clínicas de Pernambuco
Recife – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/6883786628935982>

RESUMO: Etanercepte é um imunobiológico, da classe dos inibidores do fator de necrose tumoral alfa, utilizado no tratamento da Espondilite Anquilosante (EA), como medicamento de primeira linha de tratamento. Embora eficaz na remissão da doença, pouco se conhece sobre sua segurança a longo prazo. Relatamos o caso de um paciente de 48 anos, masculino, com diagnóstico de Espondilite Anquilosante, em uso de Etanercepte há 04 anos, que apresentou de forma súbita um comprometimento motor, sensitivo e autonômico. Durante investigação, foram evidenciados achados sugestivos de

Mielite Transversa. Após exclusão de causas infecciosas e compressivas da medula espinhal, o imunobiológico foi suspenso e realizado pulsoterapia com Metilprednisolona (1000mg/dia) por três dias, seguido de corticoterapia oral, com resolução parcial do quadro clínico.

PALAVRAS-CHAVE: Etanercepte, Mielite transversa, Espondilite Anquilosante.

ETANERCEPT ASSOCIATED TO TRANSVERSE MYELITIS? CASE REPORT

ABSTRACT: Etanercept is an immunobiological agent, of the inhibitor of the alpha tumor necrosis factor class, used in the treatment of Ankylosing Spondylitis (AS) as a first line treatment drug. Despite its efficacy in clinical remission of the disease, there's a lack of long-term safety data. Here we report a case of a 48-year-old man diagnosed with AS, treated with Etanercept for four years, who developed an acute motor, sensory and autonomic dysfunction. During the investigation, clinical findings suggested transverse myelitis. After excluding infectious and extrinsic compression of the spinal cord, the immunobiological agent was discontinued and treatment with methylprednisolone (1000mg/day) for three days was established, with partial resolution of his clinical state.

KEYWORDS: Etanercept, Transverse Myelitis, Ankylosing Spondylitis.

1 | INTRODUÇÃO

Etanercepte é um imunobiológico da

classe dos inibidores do fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), utilizado no tratamento da Espondilite Anquilosante (EA) como medicamento de primeira linha de tratamento.¹⁰ Está demonstrada que sua resposta terapêutica se associa a uma rápida, profunda e sustentada melhora no desempenho funcional e nos indicadores de atividade de doença.^{7,10} Embora eficaz na remissão da doença, pouco se conhece sobre sua segurança a longo prazo.

Mielite transversa é um distúrbio inflamatório raro, que acomete a medula espinhal, resultando em comprometimento motor, sensitivo e autonômico, de início agudo ou subagudo. Decorre de uma interrupção das vias neuroanatômicas em um plano transversal da medula espinhal, responsável pelo achado de nível sensitivo, característico da síndrome.⁶ Dentre as causas mais relatadas, encontram-se processos autoimunes, infecciosos, vacinação e, em menor grau, doenças desmielinizantes.⁶ No entanto, tem sido descrito relatos recentes de desmielinização como efeito adverso dos inibidores do fator de necrose tumoral alfa.⁹

Apresentamos o caso de um homem de 48 anos, que desenvolveu um processo desmielinização em medula espinhal cervical, enquanto em tratamento com Etanercepte para Espondilite Anquilosante.

2 | CASO CLÍNICO

J.F.P., paciente do sexo masculino, 48 anos, com diagnóstico de Espondilite Anquilosante em 2012, sendo iniciado tratamento com inibidor de TNF- α , Etanercepte, após dois anos do diagnóstico. Paciente perdeu seguimento clínico nos 4 anos subsequentes, apresentando-se à consulta com comprometimento motor avançado, apesar do uso da medicação regular. Paciente hipertenso, ex-tabagista, com passado de tétano aos 16 anos e tratamento prévio de tuberculose em 2012. Optado por internamento para investigação.

Paciente relatou que, há cerca de 18 meses do internamento atual, apresentou fraqueza em membros inferiores, evoluindo rapidamente para paraplegia, associada à dor em quadril. Ao exame neurológico, observou-se força grau 0 e hipertonias de membros inferiores, configurando paraplegia espástica, associada à disestesia com nível sensitivo até L2-L3. Presença de clônus inesgotável e reflexos tendinosos profundos aumentados em membros inferiores, com sinal de Babinski negativo. Notou-se ainda cifose cervical, com dificuldade ao realizar movimentos de lateralização do pescoço. Demais achados do exame físico, sem anormalidades.

Solicitados exames de rastreio infeccioso, com RX de tórax, rotina laboratorial e sorologias para hepatites e sífilis, além de ressonância de crânio e coluna vertebral com contraste. Paciente possuía teste cutâneo tuberculínico recente negativo.

Não foram observadas alterações nos exames laboratoriais, como distúrbios hidroeletrólíticos, função renal, hepática ou tireoideana e sorologias negativas. A ressonância magnética nuclear (RM) de medula espinhal revelou lesão no segundo e quinto níveis cervicais (C2-C5) e do oitavo e décimo primeiro níveis torácicos (T8-T11) com hipersinal em

T2, na ausência de lesões compressivas, sugestivo de mielite transversa (figuras 1 e 2). Por sua vez, a RM de encéfalo com contraste não mostrou alterações significativas.

Sob possíveis diagnósticos diferenciais, realizado tomografia de tórax sem contraste, sem achados relevantes. Em seguida, o exame do líquido cefalorraquidiano mostrou apenas hiperproteinorraquia, com contagem celular e glicose normais. Não houve positividade para células neoplásicas ou adenosina deaminase. Exames sorológicos, como reação de VDRL, LUES, pesquisa de HTLV 1 e 2 foram não reagentes, porém citomegalovírus IgG mostrou-se fraco-reagente, por provável imunidade ou exposição prévia.

Prosseguindo-se à investigação, o paciente foi submetido à eletroneuromiografia que sugeriu desnervação nos músculos para espinhais torácicos e nos membros inferiores, sem desnervação bulbar ou cervical, de modo a não preencher critérios para diagnóstico de doença do neurônio motor.

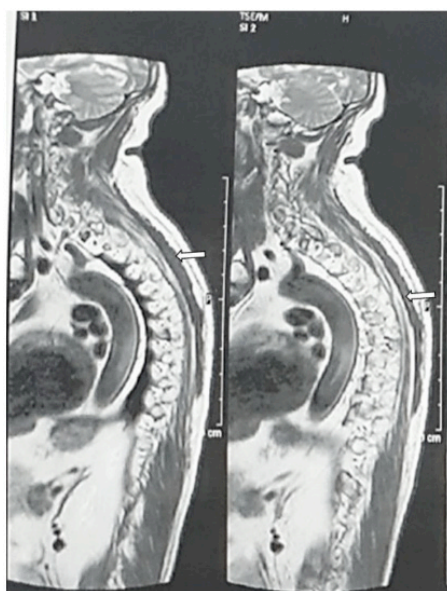


Fig.1. RM da medula espinhal cervical com hipersinal (setas) em imagens T2.

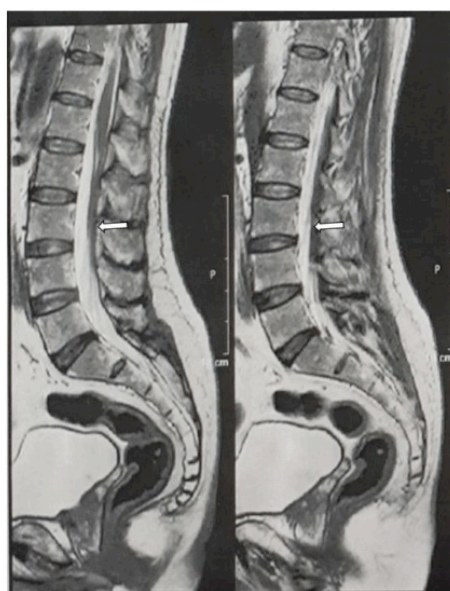


Fig. 2. RM da medula espinhal lombar com hipersinal (setas) em cortes T2.

Durante internamento hospitalar investigativo, ele evoluiu com quadro agudo de bexiga neurogênica, com retenção urinária. Sumário de urina, urocultura e hemoculturas afastaram infecção e ultrassonografia de rins e vias urinárias mostrou-se dentro da normalidade.

Após a exclusão de causas infecciosas e compressivas da medula espinhal, Etanercepte foi suspenso e foi iniciada pulsoterapia com Metilprednisolona 1g/dia por três dias, seguido de corticoterapia por via oral na dose de 1mg/Kg/dia, com resolução completa do quadro de retenção urinária, porém sem aparente melhora no desenvolvimento motor

de membros inferiores.

3 | DISCUSSÃO

Vários relatos de casos semelhantes na literatura corroboram a hipótese da associação dos inibidores de TNF- α e eventos neurológicos adversos em paciente com EA, incluindo a desmielinização do sistema nervoso central e periférico.^{1,4,5} Na maior parte dos casos relatados, a principal apresentação clínica foi de paresia espástica de membros inferiores, alteração de sensibilidade com nível sensório bem delimitado e retenção urinária aguda.

O sistema de relato de eventos adversos, vinculado ao FDA (Food and Drug Administration), nos Estados Unidos, encontrou correlação de 19 casos de desmielinização associados ao uso de Etanercepte ou Infliximab.⁷ Ademais, algumas doenças desmielinizantes, como a Esclerose Múltipla(EM), são contraindicações formais ao início da terapia com anti-TNF- α , em virtude do aumento na incidência de novos surtos da doença com a medicação.¹⁰ No entanto, a fisiopatologia dos eventos não é bem definida. Por outro lado, a maioria dos pacientes se retratados com anti-TNF- α após um evento desmielinizante não apresentou novos sintomas neurológicos.⁹

A maioria dos relatos de caso já publicados, o início do quadro neurológico ocorreu de forma aguda, com reversão completa dos sintomas após descontinuação da medicação e introdução de corticoterapia.^{1,4,5} No entanto, nos casos em que o tratamento é estabelecido mais tardiamente, geralmente após meses, a lesão neurológica pode tornar-se irreversível.² No caso apresentado, o paciente apresentou queixa de paraplegia há 18 meses da admissão hospitalar e evoluiu com retenção urinária aguda durante a hospitalização, sendo apenas esta última revertida.

Embora um raro efeito adverso dos inibidores do fator de necrose tumoral alfa, a mielite transversa é uma síndrome com comprometimento neurológico limitante, cujo tratamento é inversamente proporcional ao tempo de instalação do quadro. Desta forma, o reconhecimento precoce de tal complicação é fundamental para assistência adequada nos indivíduos que iniciam tratamento com imunobiológicos.

4 | CONCLUSÃO

Embora pouco se compreenda sobre a relação de causalidade, há vários relatos na literatura que comprovam a associação de distúrbios de desmielinização e o Etanercepte. No entanto, de acordo com as diretrizes atuais, é recomendável evitar o uso de terapia anti-TNF- α em pacientes com história ou ocorrência familiar de EM ou outras doenças desmielinizantes. Além disso, em caso de aparecimento de sintomas neurológicos, o paciente deve ser submetido a uma avaliação neurológica completa (nível de evidência III

e grau de recomendação B) ³. Para os clínicos, é de suma importância o acompanhamento regular quando iniciado o imunobiológico, além do reconhecimento precoce das complicações neurológicas, visto ser essencial descontinuação do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. CAY, H.F. et al. Adverse effect of TNF-alpha blocker? Demyelination in an ankylosing spondylitis patient: a case report. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, n.31, p.645–648, 2006.
2. DEFTY, Helen. et al. Case Report of Transverse Myelitis in a Patient Receiving Etanercept for Rheumatoid Arthritis. **Case Reports in Rheumatology**. 2013.
3. DING T, LEDINGHAM J, LUQMANI R, Westlake S, HYRICH K, Lunt M, et al. BSR and BHRP rheumatoid arthritis guidelines on safety of anti-TNFtherapies. **Rheumatology**. 2010;49(11):2217-9. [PubMed] [Google Scholar]
4. DONG-HO, Oh. et al. Transverse myelitis in a patient with longstanding ankylosing spondylitis. **Clinical and Experimental Rheumatology**, n.19, p.195-196, 2001.
5. FINKE, Carsten. et al. Etanercept-associated myelitis. **Oxford Medical Case Reports**, p.220–221, 2015.
6. FROHMAN, Elliot. et al. Transverse Myelitis. **The New England Journal of Medicine**, n.363, p.564-72, 2010.
7. GUILLOT, Xavier. et al. Etanercept for treating axial spondyloarthritis. **Expert Opinion On Biological Therapy**, 2017.
8. KEMANETZOGLOU E, ANDREADOU E. CNS Demyelination with TNF-α Blockers. **Curr Neurol Neurosci Rep**. 2017 Apr;17(4):36. doi: 10.1007/s11910-017-0742-1. PMID: 28337644; PMCID: PMC5364240
9. MOHAN, Niveditha. et al. Demyelination occurring during anti-tumor necrosis factor alpha therapy for inflammatory arthritis. **Arthritis and Rheumatism**, n.44, p.2862-2869, 2001.
10. SEROR, Raphaële. et al. Pattern of demyelination occurring during anti-TNF-α therapy: a French national survey. **Rheumatology (Oxford)**, n.52, p.868–874, 2013.
11. TAROUG, Joel. et al. Ankylosing Spondylitis and Axial Spondyloarthritis. **The New England Journal of Medicine**, n.974, p.2563 – 74, 2016

O QUE CONSTITUI VOLDEMORT?: IMPACTOS DA AUSÊNCIA DE AFETO

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 31/03/2021

Thais Cristina Rades

Doutora em Psicologia da Educação pela PUC-SP. Docente da graduação em Psicologia no Centro Universitário São Camilo Santo André. São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/5624315383920210>

Paula Natsumi Okama

Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário São Camilo São Paulo. São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/6042329017125437>

RESUMO: A psicologia como área que estuda o comportamento e a mente humanos contribui com teorias que ajudam a explicar fenômenos que sustentam ações, pensamentos e sentimentos. A teoria de Carl Gustav Jung é uma abordagem que traz, em suas teorias, as estruturas arquetípicas que auxiliam nesta compreensão. É sob este viés que se pode realizar a leitura de produções artísticas, como obras literárias, mesmo que aconteçam em um mundo fictício, na medida em que permitem ser comparadas ao funcionamento psíquico do ser humano. Harry Potter é um fenômeno mundial, que agrada pessoas de todas as faixas etárias. Neste trabalho, decidiu-se colocar luz sobre o vilão Voldemort que nasce em condições de abandono. Este fato foi emparelhado às consequências de situação semelhante a que crianças reais são submetidas,

trazendo possibilidade de entendimento para o desenvolvimento infantil. Buscou-se o arquétipo da grande mãe para elucidar os impactos do abandono no desenvolvimento de um indivíduo.

PALAVRAS-CHAVE: Criança abandonada. Jung, Carl Gustav. Psicologia analítica. Teoria junguiana.

WHAT CONSTITUTES VOLDEMORT? IMPACTS OF LACK OF AFFECTION

ABSTRACT: Psychology as a field that studies behavior and human mind contributes with theories that help to explain phenomena which sustains actions, thoughts and feelings. Carl Gustav Jung's theory is an approach that brings, in your explanations, archetypical structures that help to this understanding. It is under this bias that we can accomplish artistic production reading, such as literature pieces, even if this happens in a fictional world, in a measure that they are compared to psychic functioning of human being. Harry Potter is a world wide phenomenon, which pleases people of all ages. In this paper work, was decided to put light over the villain Voldemort who was born in abandon situation. This fact putted side by side to similar situation consequences in which real children are submitted, bringing an explanation from junguian analytic theory. Great Mother archeptic was gotten to elucidate the abandon impacts in a individual's development.

KEYWORDS: Abandon child. Jung, Carl Gustav. Analytical psychology. Jungian theory.

1 | INTRODUÇÃO

Esse artigo foi construído à partir de um trabalho de conclusão de curso de Psicologia. O escrito do tema uniu aspectos da trajetória pessoal e acadêmica experienciadas por uma das autoras e orientada pela outra, que em afinidade pela abordagem junguiana e o contato com a saga Harry Potter se propuseram a buscar uma articulação teórica que fez permitisse ampliar uma compreensão clínica, que de fato, estivesse raciocinando em favor de outro que vem ao encontro na tentativa de reaprender, resignificar, encontrar ou reencontrar, tantos outros caminhos que a psicologia permite percorrer.

Estudando mitologia junguiana, entendemos que o mito do herói seria uma perspectiva simplista de entender a saga de Harry Potter e não promoveria um aprofundamento original e criativo que tanto se espera. Eis que a ideia de analisar o vilão surge como algo genuíno e com um peso significativo no mundo acadêmico, pois pouco são os materiais que abordam contos, fábulas, histórias infantis ou obras artísticas como se encontram escritos sobre patologias e atuações em diversas áreas da saúde mental.

É pretensioso afirmar essa onipotência, porém, se levarmos em consideração que se estuda o comportamento e funcionamento psíquico humano, inserido em uma sociedade, a qual exerce uma função, já se compreende que a psicologia se faz presente onde quer que um indivíduo esteja. Mesmo aspectos negativos da interação em comunidade precisam de atenção e cuidado, sendo assim, Voldemort tem tanta relevância para a saga como o próprio herói Harry Potter.

O que se pode aprender com uma tendência literária mundial? O que será que há de interessante em uma trama fictícia? Por que existe identificação com personagens? O que pode ser estudado e extraído para a realidade? Esses e outros questionamentos podem ser abordados em torno de sucessos mundiais, quando pensamos em compreender a intersecção entre produções artísticas e fenômenos psíquicos.

Este texto pretende identificar aspectos do arquétipo da grande mãe, proposto pela psicologia analítica junguiana, na constituição psíquica do vilão Voldemort da saga britânica Harry Potter. A escolha do personagem se deu pela sustentação de seu passado obscuro, como é descrito na obra, apresentando situações que envolvem a união de um casal forçado pela mãe e posterior abandono parental. A ideia proposta parte da tentativa de captar pontos da história do vilão e os conectar ao arquétipo da grande mãe em seu desenvolvimento.

Neste cenário, que uma família é constituída de forma conturbada e instável, podemos identificar na realidade de uma cidade, país ou mundo de que forma um conflito entre pares pode afetar em grande escala sujeitos que indiretamente sofrem com as consequências de atos que por vezes permanecem nas sombras antes que se iluminem as raízes do problema.

Jung (2000, p. 169) afirma que a criança não pode tornar-se sem desligar-se da

origem: o abandono é pois uma condição necessária, não apenas um fenômeno secundário. O abandono infantil tem pelo menos dois vieses: sendo o positivo em que é apoiado propiciar momentos de abandono em prol do desenvolvimento de estruturas psíquicas que fortaleçam o indivíduo, em contrapartida há o negativo considerando que esse abandono não é algo benéfico à autonomia, pelo contrário, devido a uma série de fatores, famílias abandonam suas crianças e nada garante que instituições que as acolhem, de fato o fazem com afeto e cuidado.

A escolha pelo arquétipo da grande mãe permitiu refletir acerca do questionamento de como seu constelamento influencia no desenvolvimento de um indivíduo. Considerando que a criança tem direitos como receber educação e assistência à sua saúde, receber afeto é igualmente relevante. No caso de Voldemort a primeira tentativa, no vínculo com sua própria mãe foi falha, pois não houve contato pós nascimento. Mesmo durante sua permanência no orfanato houve descuido às suas necessidades emocionais. E então, de que forma essa falta afetiva impactou em seu desenvolvimento? É o que pretendemos analisar nas sessões que seguem.

2 | RETOMANDO A HISTÓRIA DE VOLDEMORT

Voldemort é o vilão da saga britânica infanto-juvenil Harry Potter. A história se desenvolve no mundo de bruxos e bruxas, lugar onde uns almejam o poder a qualquer custo. Voldemort morreu na tentativa de se immortalizar o mais poderoso de todos os bruxos.

O personagem nasce da união da bruxa Merope Gaunt que falece dias após seu nascimento e o trouxe Tom Riddle Sr., no dia 31 de dezembro de 1926 herdando os genes mágicos de sua mãe. A união de seus pais só foi possível através da poção do amor executada pela mãe, a qual mantinha o pai apaixonado. Isto explica que Voldemort nasce de uma união forçada e ilusória, onde existia o amor unilateral de sua mãe por seu pai.

Sua mãe consegue levá-lo a um orfanato, antes de falecer, onde ele cresce acreditando ser mal, pois fazia as pessoas que o incomodavam, sofrerem. Ele é levado à escola Hogwarts, de magia e bruxaria, por Alvo Dumbledore que na época era o professor de transfiguração, disciplina a qual os alunos aprendiam a se transformar em animais.

Seu nome de nascimento é Tom Marvolo Riddle, e quando jovem, mudou para Lord Voldemort para não ser associado ao pai trouxe, aspecto inaceitável para um membro da casa da Sonserina, onde se prezava a pureza do sangue bruxo. Sonserina é uma das quatro casas que dividem Hogwarts, localizada em um terreno magicamente escondido dos não bruxos. A divisão é feita no ingresso dos alunos na cerimônia com um chapéu seletor, artefato mágico que designa onde cada aluno de Hogwarts residirá durante seu período de formação.

Durante seu período escolar, Voldemort era identificado como discreto e brilhante. Teve amigos que mais tarde tornaram-se aliados em sua busca de poder absoluto. Para

alcançar esse objetivo, descobre o feitiço horcrux que poderia prover o seu sucesso.

Ao questionar detalhes de sua execução e implicações a seu professor das artes das trevas, ele é repreendido por sua ambição. Esse feitiço permitia guardar parte da alma do bruxo que cometesse um assassinato, assim se imortalizando. Dessa forma, conseguiria esconder parte de sua alma, em objetos de sua escolha desde que matasse qualquer pessoa.

A repreensão não foi apenas por considerar matar uma vez, mas por ter hipotetizado a possibilidade de criar sete horcruxes, e portanto, matar sete vezes. Mesmo assim, ele estava determinado a continuar e consegue criar as sete horcruxes. Esconde-as em objetos importantes da história dos bruxos, e durante a primeira guerra bruxa, encontra um obstáculo inesperado ao invadir a casa da família Potter.

Logo na entrada, facilmente assassina os pais de Harry Potter, que tinha apenas 11 meses. Ao tentar matar o bebê, o feitiço lançado ricocheteia, pois o amor da mãe de sua vítima o protege de ser morto, conseguindo apenas deixar uma cicatriz em forma de raio em sua testa.

Voldemort então é extinto do mundo em sua forma física por muitos anos, mas não falece definitivamente, pois já havia deixado setes fragmentos de sua alma espalhados e escondidos, aguardando que seus seguidores o auxiliassem a retornar à vida.

Um retorno expressivo ocorre durante um campeonato que premiaria o melhor aluno dentre três escolas europeias de magia, no quarto ano de Harry em Hogwarts. Na última fase, Harry e Cedrico são transportados a um cemitério através da taça que simbolizaria o vencedor que foi transformada em uma chave de portal. Nesse cenário, Cedrico logo é assassinado e Harry feito refém por um dos seguidores de Voldemort que conduziria uma magia para que seu mestre retornasse em carne e osso.

Além do sangue de Harry, utilizou o osso do pai retirado de seu túmulo e carne de um servo fiel. Dessa junção o vilão retorna e pode dar continuidade a seu plano de destruir Harry e enfim instalar um reinado infinito sobre o mundo bruxo e dos trouxas também.

Durante a saga esses fragmentos são descobertos e seus propósitos, revelados. O herói e seus companheiros iniciam a busca por essas horcuxes e após encontrá-las era necessário também descobrir maneiras de destruí-las. Devido a dimensão da magia das trevas, não são simples feitiços ou artefatos que seriam efetivos, apenas objetos contendo veneno, como a presa de basilisco, ou de grande poder de absorção, como a espada de Gryffindor.

Na última fase de destruição do vilão, Harry compreende que sua própria morte será inevitável para assegurar definitivamente a extinção de seu inimigo. Assim ocorreu, ele entrega-se à morte. Voldemort lança o feitiço mortal e Harry cai no chão da floresta e é levado para Hogwarts, a fim de exibirem o triunfo sobre o bem. Porém estava apenas desacordado e após alguns momentos, enquanto o mal se vangloriava, Harry revela-se pois apenas a alma de Voldemort que habitava o seu corpo foi destruída, agora ele era por

inteiro Harry Potter.

Já que Potter não havia de fato falecido, ainda lhe restava a tarefa de liquidar Voldemort e com a ajuda de seu amigo Neville, lança feitiços de ataque e defesa sobre inimigos e amigos respectivamente, estando com a vantagem de usar a capa da invisibilidade. Apenas revela-se vivo diante de todos quando Molly Weasley tornava-se alvo de Voldemort. Mas antes que duelassem para enfim encerrar a batalha, discutem diante de olhares atentos sobre os acontecimentos que o mantivera vivo até aquele momento.

Voldemort lança um feitiço porém ele mesmo é atingido, já que o feitiço ricocheteia. A varinha usada por ele não a pertencia e sim; a Harry, que desarmara o antigo dono sem que o lorde das trevas soubesse. Portanto o feitiço não seria eficaz contra o verdadeiro dono, o feitiço virara contra o feiticeiro.

3 | O ARQUÉTIPO NA PSICOLOGIA ANALÍTICA JUNGUIANA

O conceito de arquétipo deriva da observação reiterada de que os mitos e os contos da literatura universal encerram temas bem definidos que reaparecem sempre e por toda parte (JUNG, 2016, p.484). O que significa que a transmissão essencial do arquétipo chega a várias gerações de maneiras diversas, mas com uma significação correspondente. É como se fosse o sonho, que pode manifestar o mesmo conteúdo em várias roupagens.

Essa significação não é escolhida e nem exata, mas como pontua Neumann (1996, p. 20) manifesta-se principalmente pelo fato de ele determinar o comportamento humano de maneira inconsciente, mas de acordo com leis, e independentemente das experiências de cada indivíduo.

O nível de hereditariedade é baixo, pois nada, além de suas bordas, são transmitidas. Significando que se os arquétipos regentes de seus genitores se apresentam configurados em um, não significa que o de seus descendentes serão necessariamente os mesmo e se for, não significa que agirão de maneira idêntica.

Em suma, o arquétipo é o caminho ofertado ao sujeito somando a interação com o outro que também é guiado por seu arquétipo podendo ter diferentes expressões além do atravessamento de tantos outros indivíduos que compõem a sociedade.

Os frutos dessas interações que ocorrem durante toda a vida, preencherão esse molde que previamente acompanha aspectos característicos, diferenciando as pessoas. Da mesma forma há várias mães e, portanto, várias formas de cuidado. A ambivalência dá margem a essa infinidade de jeitos de ser mãe, madrasta, tia e avó, por exemplo que exercem funções maternas de diferentes lugares.

A grande mãe é constituída da ambivalência entre o amoroso e o agressivo, assim como os outros arquétipos também apresentam essa polaridade entre o positivo e negativo. Dessa forma, nos estágios iniciais, a criança não é capaz de definir se algo de fato corresponde à sua percepção ou se contraria ao que captou, pois uma pequena e frágil

consciência do ego se vê diante do gigantesco mundo (NEUMANN, 1968, p.48). Então, conhecer e reconhecer elementos a que é apresentada torna-se assustador e misterioso.

O arquétipo possui dois caracteres, o elementar e o de transformação. O de caráter é o mais expressivo na Grande Mãe, por isso Neumann (1996, p. 36) diz que a tendência de conservar para si aquilo a que deu origem e envolvê-lo como uma substância eterna. Essa qualidade permanece por toda a existência, incluindo ao que deu origem e criou. Quando esse produto torna-se autônomo ocupa o lugar secundário em sua vida.

O negativo pode ser compreendido pelo movimento da privação, pois nunca será desprendido em sua totalidade, uma vez que o sujeito está inserido na relação maternal com a Grande Mãe. Mesmo isso acontecendo há uma retenção positiva na medida em que a criança recebe nutrição e cuidados.

O caráter de transformação vem para completar o elementar, pois se faz daquilo que o anterior manifesta, no caso do feminino, por exemplo, há uma ênfase em aspectos da maternidade. Ou seja, não são excludentes, pelo contrário, são entrelaçados em outras áreas, além da maternal que acontece em nível inconsciente, mesmo que já esteja iniciada a formação da consciência e do ego.

Mais tarde ocorre a sua independência e manifestação que causará um desconforto por trazer inquietação à dinâmica psíquica, sendo diferente esta constituição no o homem e na mulher que passa por este processo quando gestante, constituindo mudanças no feminino.

A menina inicia sua transformação biopsicológica na época da menarca e depois pela gravidez, o menino por sua vez já não tem esses marcos da mesma forma. É a âni­ma encontrada por ele, em sua psique, que dá formato à sua experiência ela é a movimentadora e o impulso à transformação, cuja fascinação impele, seduz e estimula o masculino a todo tipo de aventura da alma e do espírito, da ação e da criação no mundo interior e exterior (NEUMANN, 1996, p. 41).

A transformação está vinculada aos mistérios femininos que são: preservação, formação, alimentação e transformação. Como visto anteriormente, esse caráter é uma versão mais elaborada do caráter elementar, portanto as diferenças são poucas.

Essa mulher que gera a vida e todas as criaturas vivas eu há sobre a terra também é, ao mesmo tempo, aquela que devora e traga suas vítimas, que as persegue e aprisiona com laço e rede. A doença, a fome e a necessidade e, sobretudo, a guerra são seus ajudantes; as deusas da guerra e da caça, entre todos os povos, expressam a vivência da vida para a humanidade: um feminismo ávido de sangue (NEUMANN, 1996, p. 134).

O plano cultural é o que corresponde à origem da cultura das civilizações. Dentre tantas transformações que ocorrem, a produção de um forno consegue representar algo mais sofisticado do que o próprio vaso demonstrava. O forno assemelha-se ao processo que se desenvolve no ventre materno onde um produto cru com devida atenção, e recursos

ofertados, consegue obter um resultado satisfatório e proveitoso.

Mas sempre há o risco de surgirem defeitos e anomalias, por exemplo, quando uma mãe dava luz à crianças com deficiência. Várias culturas carregaram tabus acerca desses eventos, e a rejeição vem desde os povos espartanos como visto em livros de história que contam que as crianças nascidas com algum tipo de anormalidade, eram mortas como se fossem um pão ou prato inúteis.

Não se espera que a base da civilização possa criar produtos inúteis ou inválidos. Durante o lamento pela morte de Adônio, por exemplo, em que os seios nus são açoitados para indicar o luto, essa prática significa que os seios são acusados como princípio vital que não conseguiu derrotar a morte (NEUMANN, 1996, p. 118).

Apesar de vários aspectos que constituem esse arquétipo, a morte ou falha não fazem parte. Alguns como a privação são tomados como negativos, mas junto a ele são incorporados aspectos positivos como a proteção, pode-se concluir que a mãe erra acertando. Assim, o açoite ao seio vem como uma punição física, mas de fundo emocional, pois seria o mesmo que castigar a maior responsabilidade desse feminino que é gerar e manter uma vida.

4 | A CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE ABANDONO AFETIVO

A partir da história da personagem Voldemort propusemos uma articulação teórica com pesquisas acerca do tema de crianças que se desenvolvem em abandono afetivo, já que a produção pela psicanalítica junguiana ainda é escassa, utilizamo-nos também de autores que se fundamentam em outras abordagens para discorrer sobre o fenômeno. Apresentamos então que:

O apoio emocional é apontado, na literatura, como o apoio mais efetivo para reduzir os efeitos negativos de uma situação adversa vivenciada, sendo essencial para os adolescentes, que podem perceber que poucas pessoas entendem seus sentimentos (SIQUEIRA; BETTS; DELLAGLIO, 2006, p. 155 apud WILLS et al., 1996).

Antonioli (2017) afirma que as primeiras impressões recebidas da vida são as mais fortes e as mais ricas em consequências, mesmo sendo inconscientes, e talvez justamente porque jamais se tornaram conscientes, ficando assim inalteradas. A criança é influenciada pelos efeitos de ações das quais ela não tem controle, não podendo se beneficiar de defesas mais estruturadas como o choro ou o sorriso.

Esses atravessamentos repercutem mesmo antes dos primeiros passos ou palavras no desenvolvimento emocional da criança, chegando até a vida adulta. Antonioli (2017 apud Figueiró (2009, p.10) aponta ser o adulto resultado da natureza de suas relações com a família e grupos sociais, da cultura, valores, crenças, normas e práticas. Não é apenas o núcleo familiar com quem o indivíduo se relaciona, mas também figuras escolares e cotidianas contribuem em sua formação.

A violência ou ambientes hostis também entram para a lista de fatores que têm um papel formador (Antonioli, 2017). Os resultados de pequenos, mas frequentes gestos agressivos cruzam a criança, e as mesmas internalizam essas vivências de diferentes formas. Para Moraes (2007) as crianças costumam expressar a sua dor através de comportamentos simbólicos, doenças, acidentes, bloqueios de aprendizagem, agressividade. A mesma criança que entende o afeto, também entende o abandono e em seu nível de compreensão, captam o que seu ambiente lhes transmite e dele extrai o que lhe faz bem e o que lhe faz mal.

No abandono além de perdas materiais, sociais e das figuras de referência, o indivíduo perde a oportunidade de receber e trabalhar suas relações afetivas. Em instituições de acolhimento não é garantido que essa perda possa ser recuperada na maioria das vezes. Siqueira; Betts; Dellaglio (2006) dizem que o apoio afetivo é aquele fornecido através da demonstração de afeto e amor, como dar um abraço.

A pertinência de se proporcionar aos abrigados, ambientes mais positivos, com maior segurança e estabilidade e promotores de resiliência, o que significa propiciar um local onde haja fatores de proteção para o desenvolvimento humano. (Vectore; Carvalho, 2008 apud Dorian, 2003).

Esse ambiente sendo positivo favorece a criança a se tornar um adulto mais seguro e humano. Se ele absorve perdas e dores, é capaz de absorver amor e atenção resignificando suas experiências passadas e enfrentando o futuro de forma assertiva.

O mesmo olhar para uma criança integrada a uma família que acolhe deve ser usado para aquela que foi esquecida. A privação de afeto favorece complicações maiores e mais profundas dos que as de outra ordem, o tipo de relacionamento e cuidado oferecido a esse público podem ou não ajudar a reverter ou minimizar os danos. O abrigo e outros pontos de apoio social também são responsáveis por esse controle que pode dar uma nova perspectiva a um indivíduo que nunca conheceu o poder de um afago ou sorriso.

5 | TECENDO ARTICULAÇÕES

A falta de informação sobre o desejo de Merope em ter Voldemort mesmo depois de ser abandonada por Tom não permitiu uma assertiva. Entretanto seu movimento de vender uma herança, um medalhão que conseguiu tirar da casa do pai, mostra que ela consegue manter-se viva e chegar até o orfanato onde deixa o filho, que ali permanece até os 11 anos. Neste recorte pode-se inferir que existia um mínimo desejo de proteção da mãe em relação ao filho.

Oitenta por cento da violência é transgeracional, passa de uma geração a outra e é possível prevenir esta violência através do apego seguro com o desenvolvimento da empatia na formação do indivíduo. A prevenção depende de uma base segura, da sensibilidade e da resiliência, que é a capacidade deste indivíduo de lidar com problemas e superar obstáculos. (ANTONIOLI, 2017)

Tanto Harry quanto Merope viveram semelhantes cenários. Ambos não eram quistos em suas residências, mas de certa forma recebiam alguma faísca de afeto pois permaneceram até quando podiam. Harry ficou até a proteção lançada ser eficaz sob permissão de sua tia, e Merope mesmo não apresentando destreza em magia, não foi expulsa. De fato viviam em situação de abandono e violência, mas a possibilidade dela ter se apaixonado por Tom e de Harry conseguir formar laços de amizade e até de amor, os diferem do que Voldemort viveu e no que ele se transformou.

Confeccionar vasilhas é tanto uma parte da atividade criativa do Feminino, quanto fazer uma criança, isto é, o ser humano que – assim como o vaso – tantas vezes foi mitologicamente moldado a partir da terra (NEUMANN, 1996, p. 124). O vaso no contexto da antiguidade significa mais do que um recipiente, pois o vaso que abriga a água é o que sacia a sede e o mesmo que comporta alimentos que saciam a fome.

Sendo assim, quando um par se dedica tanto a fecundação quanto a gestação e criação, preenchem o indivíduo de um tipo de afeto vindo da nutrição e proteção. Nessa perspectiva nota-se a falta do afeto na vida de Voldemort que além de ter sido produto de uma dedicação de tempo e amor ilusórios, se desenvolve sem afeto, atenção e proteção.

A situação de abandono foi tamanha que a privação total como a apontada por BÖINGI; CREPALDI (2004) resultou na incapacidade de se relacionar, refletindo na construção do olhar de Voldemort para o mundo como sendo violenta e avassaladora. No texto fica descrito que no orfanato as cuidadoras o olhavam com evitação, algo que refletiu em seu desenvolvimento.

O comportamento antissocial pode se manifestar pelo roubo ou pela destrutividade: O roubo pode ser entendido como a busca de algo pela criança, a esperança de ainda encontrar o que procura. Na destrutividade, a criança busca a quantidade de estabilidade ambiental que poderá suportar a tensão que decorre de um comportamento impulsivo. (ROTONDARO, 2002, p.3)

No período em que permanece no orfanato, Voldemort pratica roubo e maldade com os amigos de casa, bem como suas cuidadoras não oferecem suporte e acolhimento necessários para um desenvolvimento emocional saudável. Assim, as circunstâncias do distanciamento afetivo no contexto da ficção são de dimensões irreais, como falar com cobras e manipulação psíquica intensa, mas os apontamentos apresentados são reais.

Uma criança precisa de um lugar seguro para se desenvolver psíquica e organicamente como estabelecem as ciências do desenvolvimento e também se prevê nas políticas públicas, mas não é apenas da mãe pessoal que provêm todas as influências sobre a psique infantil descritas na literatura (JUNG, 2000, p.93).

O fato de que o vilão tenha sido desejado por sua mãe Merope, não foi suficiente para lhe garantir subsídios para dar e receber amor. Talvez se o fator mágico não fosse um obstáculo para que uma interação calorosa pudesse incutir o mínimo de capacidade para

desenvolver habilidades sociais saudáveis.

Seus comportamentos e ideias negativas são reflexos do abandono e não da influência do polo negativo do arquétipo. O caráter elementar ou de transformação, podendo ser o negativo ou positivo não influem diretamente ou tão intensamente na vida de terceiros quanto na psique de quem o manifesta.

Mais que isso, nomear algo como positivo ou negativo é tênue dependendo do lugar de onde se observa o movimento. O arquétipo não é exato em sua ação, por exemplo na função nutridora, há pelo menos três diferentes ângulos.

Os antigos que castigaram a mãe que falhou em reproduzir e nutrir seu fruto, mas nessa circunstância do personagem os que o abandonaram: pai, familiares e instituições, não foram os castigados. Aqui quem sofre é a criança que recebeu por um curtíssimo período o amor materno, a rejeição do pai e familiares, o distanciamento do orfanato, e quando já adolescente é apresentado a um ambiente promotor de saúde mas que não conseguiu um espaço para o afeto lhe tomar pelos braços.

Fica evidente que a Grande Mãe constelada em Voldemort não possibilitou a vinculação necessária para a formação de uma atitude positiva perante à vida, o que refletiu em seus comportamentos violentos e ambiciosos, diante de escolhas que mediam apenas suas necessidades de auto-realização, desconsiderando as consequências que as mesmas traziam para as outras pessoas.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Utilizando a teoria analítica junguiana, iluminada pelo arquétipo da Grande Mãe foi possível analisar os aspectos que interferiram no desenvolvimento do vilão Voldemort. Assim, mostrando ser possível demonstrar como a literatura ou qualquer outra produção artística, pode ser usada para analisar os comportamentos humanos que tem semelhanças nas vivências fictícias e situações reais, como a do abandono afetivo.

Moreira e Oliveira (2017) O número elevado de pessoas que têm suas emoções mobilizadas por obras de ficção é um indício de que foram ativados conteúdos que ultrapassam o nível de consciência disponível no momento histórico em que estão circunscritas.

Há diversas formas de representar o arquétipo e muitas delas são conhecidas por meio de mitos e lendas que os povos contam de geração a geração. Registros gráficos deixados por essas gerações permitem a análise dos caracteres e principalmente de observar que não importa a distância ou idioma, a imagem relacionada à Grande Mãe é a nutridora e protetora somada à devoradora e privadora.

Portanto pode-se dizer que as fronteiras entre o real e fictício também respondem de forma semelhante. Ou seja, da mesma forma que Voldemort se desenvolveu privado do polo positivo, a criança abandonada também sofre dessa falta que viria da mãe originária

ou a substituta, pois não necessariamente um indivíduo será o único a ofertar aspectos arquetípicos da Grande Mãe.

Não há receita, teoria ou outro meio que possa assegurar infalivelmente o bom e saudável desenvolvimento infantil. Da mesma forma, as crianças em situação de abandono em suas famílias ou em instituições não apresentam os mesmos sintomas e comportamentos, porém é inegável que um ambiente nutridor e castrador em equilíbrio fornece melhores arranjos, além da circulação em meios sociais que possam enriquecer esses atravessamentos.

REFERÊNCIAS

ANTONIOLI, Luciana. **A Influência da psique dos pais na psique dos filhos. Instituto Junguiano de Ensino e Pesquisa.** Disponível em: <<http://www.ijep.com.br/index.php?sec=artigos&id=179&ref=a-influencia-da-psique>>. Acesso em: 12 mai 2017.

BÖINGI, Elisângela; CREPALDII, Maria Aparecida. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 21, n. 3, p.211-226, dez. 2004.

JUNG, Carl Gustav. GLOSSÁRIO. In: JUNG, Carl Gustav. Memórias, Sonhos, Reflexões. Ed. Especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016. Cap. Glossário. P. 481-496.

JUNG, Carl Gustav. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO ARQUÉTIPO MATERNO. In: JUNG, Carl Gustav. **Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo**. 2. ed. Petrópolis, Rj: Vozes, 2000. Cap. 4. p. 85-100.

JUNG, Carl Gustav. A PSICOLOGIA DO ARQUÉTIPO DA CRIANÇA. In: JUNG, Carl Gustav. **Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo**. 2. ed. Petrópolis, Rj: Vozes, 2000. Cap. 6. p. 151-180.

MOREIRA, Fernanda G.; OLIVEIRA, Luísa de. **O elogio à diversidade: Hogwarts, uma escola promotora de saúde.** Disponível em: <<http://fernandagmoreira.com.br/papers/fj30.pdf>>. Acesso em: 14 mai 2017.

NEUMANN, Erich. A GRANDE MÃE: O EGO SOB DOMÍNIO DOS UROBOROS. In: NEUMANN, Erich. **História da origem da consciência.** São Paulo: Cultrix, 1968. Cap. 2. p. 47-86.

NEUMANN, Erich. **A Grande Mãe: Um estudo fenomenológico da constituição feminina do inconsciente.** São Paulo: Cultrix, 1996. 536 p.

ROTONDARO, Daniela Pacheco. Os desafios constantes de uma psicóloga no abrigo. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 22, n. 3, p.8-13, set. 2002.

ROWLING, J.K.. A profecia perdida. In: ROWLING, J.K.. **Harry Potter e a Ordem da Fênix.** Rio de Janeiro: Rocco, 2015. Cap. 37. p. 676-677. Lia Wyler.

ROWLING, J.K.. King's Cross. In: ROWLING, J.K.. **Harry Potter e as Relíquias da Morte.** Rio de Janeiro: Rocco, 2015. Cap. 35. p. 513-525. Lia Wyler.

SIQUEIRA, Aline Cardoso; BETTS, Mariana Kraemer; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no sul do Brasil. **Interamerican Journal Of Psychology**, Porto Alegre, v. 40, n. 2, p.149-158, ago. 2006.

VECTORE, Célia; CARVALHO, Cíntia. Um olhar sobre o abrigo: a importância dos vínculos em contexto de abrigo: A importância dos vínculos em abrigo. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (abrapee)**, São Paulo, v. 12, n. 2, p.441-449, dez. 2008.

CAPÍTULO 10

OBITOS INFANTIS POR DIARREIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2010-2018

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 02/06/2021

Alicia Sandrelly Ramos da Cruz

Universidade Federal de Pernambuco, Centro
Acadêmico de Vitória
Vitória de Santo Antão, PE
<http://lattes.cnpq.br/1808788714120481>

Emília Carolle Azevedo de Oliveira

Instituto Aggeu Magalhães- IAM/ Fiocruz
Recife, PE
<http://lattes.cnpq.br/9379534047421639>

Gabriela da Silveira Gaspar

Universidade Federal de Pernambuco, Centro
Acadêmico de Vitória
Vitória de Santo Antão, PE
<http://lattes.cnpq.br/8116811388097867>

RESUMO: A doença diarreica ainda se configura como um sério problema de saúde pública, que contribui para elevada morbidade hospitalar e mortalidade em crianças, principalmente nos países em desenvolvimento. Este estudo objetiva analisar os óbitos infantis por diarreia no estado de Pernambuco, no período de 2010 a 2018, considerando as diferenças regionais e o perfil destes óbitos. Trata-se de um estudo longitudinal com abordagem quantitativa e caráter descritivo, cujos dados foram obtidos a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade. Observou-se uma redução dos óbitos a partir de 2014, somando 274 óbitos entre 2010 e 2013, e 163 entre 2014 e 2018. Ainda foi possível identificar, dentre as

variáveis estudadas, que a maior proporção dos óbitos foi entre crianças pardas, residentes na I e IV Geres, do sexo masculino, na faixa etária pós-neonatal. Também, observou-se um maior percentual de incompletude nos dados de peso ao nascer e duração da gestação. Apesar da redução global dos óbitos observado no período analisado, para esta problemática ainda precisa de atenção, principalmente, com as crianças que iniciam quadros diarreicos por ser uma doença que se não tratada adequadamente em tempo oportuno pode provocar quadros de desidratação que podem evoluir para o óbito. Por se configurar como um dos principais problemas que afeta a qualidade de vida das crianças nos países em desenvolvimento, evidencia-se a necessidade de implementação de ações intersetoriais em âmbito loco-regional com foco nas populações com maior vulnerabilidade social, a fim de impedir a ocorrência e o agravamento das doenças diarreicas evitando óbitos por esta causa em Pernambuco.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade Infantil; Diarreia; Determinantes Sociais de Saúde; Sistemas de Informação em Saúde.

INFANT DEATHS DUE TO DIARRHEA IN THE STATE OF PERNAMBUCO, 2010-2018

ABSTRACT: Diarrheal disease is still a serious public health problem, which contributes to high hospital morbidity and mortality in children, especially in developing countries. This study aims to analyze infant deaths due to diarrhea in the state of Pernambuco, from 2010 to 2018, considering the regional differences and the

profile of these deaths. This is a longitudinal study with a quantitative approach and descriptive character, whose data were obtained from the Mortality Information System. There was a reduction in deaths from 2014, totaling 274 deaths between 2010 and 2013, and 163 between 2014 and 2018. It was also possible to identify, among the variables studied, that the largest proportion of deaths was among brown children, living in I and IV Geres, male, in the post-neonatal age group. A higher percentage of incompleteness was also observed in the data on birth weight and duration of pregnancy. Despite the overall reduction in deaths observed in the period analyzed, this problem still needs attention, especially with children who start diarrhea, as it is a disease that, if not properly treated in a timely manner, can cause dehydration that can progress to death. As it is one of the main problems affecting the quality of life of children in developing countries there is an evident need to implement intersectoral actions at the locoregional level, focusing on populations with greater social vulnerability, in order to prevent the occurrence and worsening of diarrheal diseases, preventing deaths from this cause in Pernambuco.

KEYWORDS: Infant Mortality; Diarrhea; Social Determinants of Health; Health Information Systems.

1 | INTRODUÇÃO

Entre as doenças infecciosas, a diarreia é a segunda causa de morte no mundo em crianças menores de 5 anos, sendo responsável por cerca de 8% desses óbitos em 2016, configurando-se como um grave problema de saúde pública (OMS, 2017). No qual, caracteriza-se por fezes pouco consistentes, com aumento na quantidade de evacuações que ocorrem no mínimo 3 vezes em 24 horas (VASCONCELOS *et al.*, 2018a).

No Brasil, no período de 2010 a 2018, as doenças diarreicas provocaram mais de 34 mil óbitos, sendo o Nordeste a região com o maior número de casos, representando quase 40% dos óbitos por diarreia no país (BRASIL, 2021a). Neste período também foram registradas 1.473.328 internações por doenças diarreicas, cuja maior quantidade de casos ocorreu na faixa etária de 1 a 4 anos (27,91%), seguida pelas de 5 a 9 anos (11,11%) e em terceiro lugar crianças menores de 1 ano (10,50%) (BRASIL, 2021b).

Quando comparados os anos de 1990 e 2015, percebeu-se um declínio de 94,7% nos óbitos por doenças diarreicas em menores de cinco anos, deixando de ser a 2º maior causa de morte em 1990 para ser a 7º causa em 2015 (FRANÇA *et al.*, 2017). No entanto, quando se refere as doenças infecciosas e parasitárias, a diarreia infantil ainda continua sendo um sério problema de saúde pública neste século (ANDRÉ *et al.*, 2017).

A morbimortalidade decorrente de diarreia não são admissíveis, pois esta é uma doença evitável por meios de ações simples que não necessitam de tratamentos caros, mas que devem ser visto com seriedade por ser a fase infantil de suma importância para que a criança tenha um desenvolvimento sadio e para que não ocorra agravamento do quadro de saúde, que na maioria das vezes evoluem para desidratação podendo levar ao choque hipovolêmico e a morte (WASUM *et al.*, 2019).

Um dos principais fatores condicionantes da morbimortalidade por diarreia infantil é a pobreza, pois muitos acometidos por essa doença fazem parte de um grupo com dificuldades econômicas e sociais (BUHLER *et al.*, 2014a). Outros fatores que também influenciam no adoecimento dessa população são os relacionados aos determinantes ambientais como o acesso a água de qualidade e o local de moradia (AGUIAR *et al.*, 2020).

Países em desenvolvimento, como o Brasil, possuem maiores casos de incidência de diarreia que estão relacionados diretamente com a indisponibilidade de saneamento de modo equitativo e situações de vulnerabilidade sociodemográfica da população, especialmente à infantil (SIQUEIRA *et al.*, 2017). Desta forma, crianças menores de um ano que residem nas regiões norte e nordeste do Brasil tem uma maior probabilidade de serem hospitalizadas ou evoluírem para o óbito por doenças diarreicas aguda, quando comparados as crianças que moram em outras regiões do país, estimando-se que 94% dos casos de diarreia são decorrentes da condição financeira, educação e ao saneamento básico no local onde vivem (BUHLER *et al.*, 2014b).

A fragilidade do organismo infantil e o nível de exposição aos enteropatógenos irão determinar o acontecimento da diarreia, ligado a fatores como acesso a água potável, saneamento, estado nutricional, e por fim, porém de grande relevância o uso do aleitamento materno (MENEGUESSI *et al.*, 2015). Sendo este um importante fator que contribui para redução dos casos de diarreia em crianças, quando oferecido de forma correta, exclusivo nos primeiros seis meses de vida e complementado até os dois anos (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015).

Óbitos infantis são aqueles que acometem crianças menores de 1 ano de idade, entendida como a soma dos óbitos nos períodos neonatal precoce entre 0 e 6 dias de vida, neonatal tardio de 7 e 27 dias de vida e pós-neonatal de 28 a 364 dias (SILVA; TOBIAS; TEXEIRA, 2019). Em sua maioria ocorrem por causas evitáveis, que são as mortes que poderiam ter sido prevenidas pela efetividade das ações de serviços de saúde existente no local, estes também são vistos como eventos sentinelas que medem a qualidade da assistência a saúde, uma vez que a sua ocorrência é considerada falha na atenção a saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Sabe-se que a maioria dos óbitos infantis ocorrem por causas evitáveis e a diarreia é uma dessas causas, sendo injustificável os óbitos decorrentes por diarreia que possui um tratamento relativamente simples, mas que se não tratada com seriedade pode evoluir para quadros mais graves, por essa razão é relevante debater este tema no estado do nordeste brasileiro.

Assim, este trabalho tem como objetivo analisar os óbitos infantis por diarreia no estado de Pernambuco, no período de 2010 a 2018, considerando as diferenças regionais e o perfil destes óbitos.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo longitudinal, com abordagem quantitativa, de caráter descritivo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), tabulados através do TABNET. A unidade de análise foi o estado de Pernambuco, segundo local de residência, e o levantamento de dados foram por meio das variáveis: Geres, sexo, faixa etária, raça/cor, duração da gestação e peso ao nascer.

Pernambuco está localizado na região Nordeste do Brasil, cuja projeção da população em 2018 correspondeu à 9.496.735 pessoas, distribuídas em uma área de 98.067,880 km² (IBGE, 2017). O estado possui 184 municípios mais a ilha de Fernando de Noronha, dividido em 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres), as quais coordenam as regiões de saúde que são caracterizadas por municípios limítrofes que tenham semelhanças. Dessa forma, as Geres foram criadas com o objetivo de desenvolver um modelo de gestão onde se leva em consideração as particularidades de cada região (BRASIL, 2007).

Os dados foram apresentados por meio de tabelas e figura, segundo a categoria CID-10: A09 Diarreia e gastroenterite de origem Infeciosa presumível. Em seguida, foi realizada análise descritiva dos dados encontrados.

Os dados secundários analisados foram coletados a partir de um sistema de domínio público, e portanto, não foi necessária submissão à Comitê de Ética. Todavia, o mesmo foi fundamentado nas diretrizes e normas estabelecidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), atendendo aos fundamentos éticos e científicos exigidos (BRASIL, 2013).

3 | RESULTADOS

Dos 437 óbitos infantis decorrentes de diarreia no estado de Pernambuco, no período de 2010 a 2018, identificou-se que as regiões de saúde que mais se destacaram foram a I Geres com 95 óbitos (21,7%), na qual abrange toda região metropolitana, além de outros municípios que fazem fronteira, sendo composto por 20 municípios tendo como sede a capital do Estado, Recife; e a IV Geres com 83 óbitos (19%), que abrange o agreste, composta por 32 municípios com sede em Caruaru (Tabela 1). Outro ponto que pode ser notado, é que estes óbitos infantis teve um quantitativo elevado de casos entre os anos de 2010 e 2013 com 274 óbitos (62,7%), ocorrendo uma diminuição considerável a partir de 2014 até 2018 com um total de 163 morte (37,3%).

Geres	Ano									Total	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	N	%
I	13	16	15	11	14	6	9	6	5	95	21,7
II	4	3	5	2	1	2	1	3	2	23	5,3
III	11	10	4	7	1	4	2	7	2	48	11,0
IV	12	12	9	10	7	8	12	7	6	83	19,0
V	4	2	8	12	4	4	1	4	1	40	9,2
VI	6	5	10	9	3	2	5	3	1	44	10,1
VII	1	3	1	-	1	1	-	-	-	7	1,6
VIII	4	1	7	8	2	1	1	3	2	29	6,6
IX	5	7	5	6	1	-	3	1	2	30	6,9
X	1	2	2	1	-	1	-	-	-	7	1,6
XI	2	4	1	1	1	1	1	-	-	11	2,5
XII	2	4	2	4	1	2	3	2	-	20	4,6
TOTAL	65	69	69	71	36	32	38	36	21	437	100

Tabela 1: Óbitos Infantis por diarreia, segundo Geres de residência, Pernambuco, 2010 a 2018.

Ao comparar os óbitos por sexo, observou-se que o masculino é o mais acometido por esta doença com 254 óbitos (58,1%), quando comparado com o sexo feminino que equivale à 182 óbitos (41,6%) (Tabela 2).

Sexo	Ano									Total	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	N	%
Masculino	44	41	38	36	21	18	25	23	8	254	58,1
Feminino	20	28	31	35	15	14	13	13	13	182	41,6
Ignorado	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,2
TOTAL	65	69	69	71	36	32	38	36	21	437	100

Tabela 2: Óbitos Infantis por diarreia, segundo sexo, Pernambuco, 2010 a 2018.

Na análise por duração da gestação, houve um predomínio daquelas entre 37 e 41 semanas com relação aos demais períodos com 147 óbitos (33,6%). No entanto, a maior parte dos registros teve seu preenchimento ignorado com 43% dos casos (188 óbitos) (Tabela 3). Tal situação também foi verificada na variável peso ao nascer com 29,3% ignorados. Em seguida, o maior número de casos registrados foi de nascidos com 3000g a 3999g (28,4%), nascidos com 2500g a 2999g (19,2%) e 1500g a 2499g (14,2%), sendo os menores registros nos óbitos de nascidos com o peso de 1000g a 1499g (3,7%), menores

de 1000g (3%) e 4000g e mais (2,3%).

Duração da Gestação	Óbitos	
	N	%
< de 22 semanas	26	5,9
22 a 27 semanas	9	2,1
28 a 31 semanas	17	3,9
32 a 36 semanas	45	10,3
37 a 41 semanas	147	33,6
42 semanas e mais	5	1,1
Ignorado	188	43,0
TOTAL	437	100

Tabela 3: Óbitos Infantis por diarreia, segundo duração da gestação, Pernambuco, 2010 a 2018.

Nos óbitos por faixa etária, observou-se que no período pós-neonatal se concentra quase todos os óbitos por diarreia, sendo o mesmo responsável por 406 óbitos (92,9%), seguido do período neonatal tardio com 29 mortes (6,6%) e, com 2 casos, no período neonatal precoce (0,5%) (Gráfico 1).

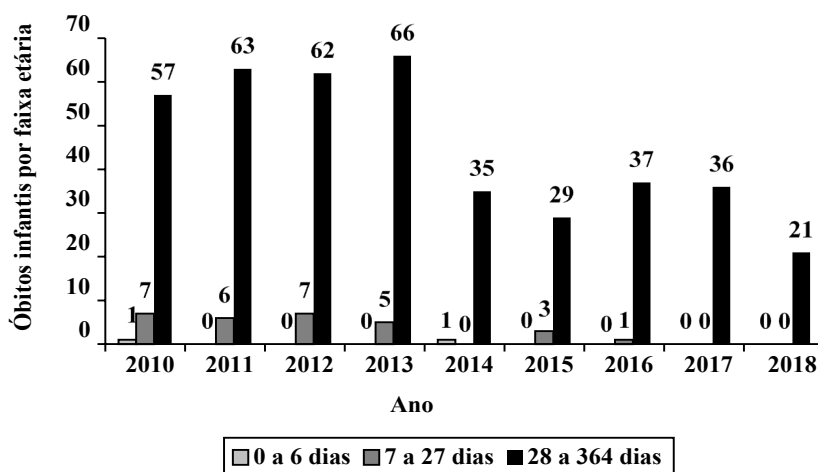


Gráfico 1: Óbitos Infantis por diarreia, segundo faixa etária, Pernambuco 2010 a 2018.

Por último, identificou-se que a maioria dos óbitos (62,5%) ocorreram em crianças pardas e 30,7% nas brancas. Sendo que, os menores números de casos foram na cor preta (1,6%) e indígena (0,7%). Não houve registros de mortes de crianças da cor amarela, no entanto dos 437 óbitos, 20 casos (4,6%) tiveram notificação ignorada (Tabela 4).

Cor/raça	Ano										Total	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	N	%	
Branca	25	24	18	21	9	12	11	10	4	134	30,7	
Preta	2	1	3	-	-	1	-	-	-	7	1,6	
Amarela	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Parda	36	40	43	45	25	18	27	24	15	273	62,5	
Indígena	-	-	-	-	2	-	-	1	-	3	0,7	
Ignorado	2	4	5	5	-	1	-	1	2	20	4,6	
TOTAL	65	69	69	71	36	32	38	36	21	437	100	

Tabela 4: Óbitos Infantis por diarreia, segundo cor/raça, Pernambuco, 2010 a 2018.

4 | DISCUSSÃO

Em Pernambuco, entre os anos de 2014 e 2018, observou-se uma diminuição no percentual de óbitos de menores de um ano por diarreia. Esta tendência de redução ocorreu de forma gradual em todo o mundo nos últimos anos, no entanto ainda existem dificuldades a serem superadas, pois a diarreia continua sendo uma das principais causas de óbitos infantis (BUHLER *et al.*, 2014b). No Brasil, esta redução está relacionada com as medidas de melhoria da qualidade de vida da população, visto que a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) proporcionou uma maior atenção à saúde da criança com investimentos na atenção básica e promoção da saúde, além de melhor estruturação hospitalar (SANTOS *et al.*, 2016).

Os países em desenvolvimento, como o Brasil, são os que têm os maiores índices de mortalidade por diarreia, nos quais diversos fatores influenciam na sua ocorrência, podendo abranger tanto aspectos individuais como os socioeconômicos, culturais e ambientais (AGUIAR *et al.*, 2020). Os aspectos ambientais afetam diretamente no processo saúde-doença da população, relacionando-se com os demais determinantes sociais de saúde, citados anteriormente, possibilitando o surgimento de morbidades, principalmente em crianças, sendo este um fator significativo entre os indicadores de mortalidade infantil (ANDRÉ *et al.*, 2017).

Nesta pesquisa, os dados demonstram óbitos por diarreia com maior proporção na I Geres que abrange predominantemente a região metropolitana de Recife e na IV Geres, localizada a 134 km de distância do Recife, com sede em Caruru, no Agreste pernambucano, que é um município do interior do estado com grande porte com leitos em hospitais de retaguardas de alta complexidade.

Diferentemente da redução que se iniciou em 2014 no estado, a I Geres começou a apresentar maior declínio dos óbitos em 2015, já a IV Geres apresentou redução a partir

de 2014, no entanto em 2016 houve um aumento, mas nos anos consecutivos voltou a diminuir os óbitos. Essa redução se assemelha a outro estudo realizado no estado de Pernambuco, referentes aos anos de 1997 a 2006, no qual foram explorados casos de diarreia em menores de cinco anos, com diminuição dos casos na Região Metropolitana do Recife, provavelmente, por causa do melhor acesso a água tratada, além da influência de outras vertentes do saneamento como as condições do esgoto e o lixo, que afetam diretamente na redução do risco das crianças desenvolverem a diarreia (VASCONCELOS *et al.*, 2018b).

No período de 2011 a 2014, ocorreu uma grande seca na região nordeste, onde foram afetados vários estados, dentre eles Pernambuco. Tal cenário levou a população a ter uma maior dificuldade no acesso à água potável, contribuindo para que acontecesse um surto de diarreia. Em 2013, houve a intensificação dessa seca com a escassez e a contaminação de importantes mananciais de água da região, o que permitiu maior susceptibilidade da população as várias situações de risco na época, proporcionando um maior acesso a água contaminada de diversas procedências, tanto de fontes legais quanto ilegais - o que resultou no adoecimento e infecção de inúmeras pessoas (RUFINO *et al.*, 2016).

A maioria dos municípios afetados por essa seca fazem parte da I e IV Geres, sendo esses: Caruaru, Pesqueira, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista e Recife, além de Garanhuns e Petrolina que fazem parte da V e VIII Geres, respectivamente (RUFINO *et al.*, 2016). Foi constatado que os municípios mais atingidos pelo surto de diarreia estão localizados no agreste, em primeiro lugar e na região litorânea em segundo.

O fato de que em Pernambuco as crianças pardas são as mais acometidas por diarreia, assemelha-se ao estudo realizado no Piauí, no período de 2010 e 2019, no qual 52,5% dos menores de cinco anos internados eram da cor parda, seguido pela cor branca (BRITO *et al.*, 2021). O mesmo estudo abordou que o sexo masculino é o que mais sofreu internações, alinhando-se ao percentual dos óbitos por sexo encontrados neste trabalho. Outra pesquisa com essa problemática foi realizada em Minas Gerais (SILVA; SILVA, 2020), no qual a mortalidade infantil evitável seguiu a mesma lógica deste trabalho.

Em relação a faixa etária do óbito, é evidenciado que majoritariamente o período pós-neonatal é o mais acometido por doenças diarreicas, isto acontece pelo fato desta ser uma doença evitável, estando diretamente ligado aos fatores externos. Estudo relata que a maioria dos óbitos pós-neonatais ocorrem por causas evitáveis, tendo seu acontecimento relacionado com a qualidade de vida, acesso a saúde, ao saneamento básico e aos aspectos socioeconômicos (FERRARI, 2012).

Por esta razão, a criação de programas governamentais como o programa Bolsa Família tem como objetivo fornecer assistência financeira aos cidadãos que vivem em situação de vulnerabilidade com foco na promoção da cidadania por meio do acesso à alimentação e aos direitos humanos (CAMPOS, 2014).

A diarreia é uma doença evitável e muitas vezes negligenciada, fazendo com que

muitos casos evoluam para o óbito. Sendo assim, os óbitos infantis por causas evitáveis podem ser reduzidos através de políticas públicas com foco no pré-natal, parto, assistência à criança, promoção à saúde, prevenção de doenças e imunização, além de investimentos na qualidade e do acesso aos serviços de saúde (SILVA; SILVA, 2020).

O SUS com a Estratégia Saúde da Família, é um importante instrumento de proteção à criança, no entanto, deve-se salientar que os determinantes externos como condicionantes ambientais e socioeconômico, também influenciam no adoecimento dessa população, acarretando necessidades de ações intersetoriais para que ocorra a mudança no cenário nas localidades (SILVA; SILVA, 2020). Desta forma, a redução dos óbitos infantis por diarreia no Brasil está relacionada diretamente ao avanço da cobertura da Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia de Saúde da Família (MARTINS; EDUARDO; NASCIMENTO, 2016).

Como limitação deste estudo, foram encontrados uma baixa completude dos dados do tempo de gestação (43%) e do peso ao nascer (29,3%) sendo ignorados, inviabilizando uma análise mais assertiva das informações presentes. Problemática que também foi abordada em um estudo realizado no Pará, no qual os dados de peso ao nascer e de escolaridade materna registraram mais de 22% de ignorados no SIM, sendo este um problema ainda existente no Brasil (SOUSA *et al.*, 2019).

O estudo ainda aponta que os dados com mais de 10% de ignorados, são de baixa qualidade, no entanto as informações presentes podem contribuir na elaboração de estratégias com foco na redução de óbitos infantis, entrelaçados a uma melhor estruturação da atenção primária, como ações de melhoria na qualidade do pré-natal, da assistência e qualificação profissional (SOUSA *et al.*, 2019).

Por fim, apesar de grandes avanços no decorrer dos anos ainda existem limitações na utilização os dados do SIM para pesquisas por causa da baixa baixa completude, fazendo com que haja necessidade de uma maior capacitação dos profissionais que preenchem essas variáveis, uma vez que, os sistemas de informação do SUS são de grande importância por auxiliar os gestores em sua tomada de decisão.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O maior percentual dos óbitos por diarreia ocorreu no pós-neonatal, esta doença é evitável e tem o seu acontecimento ligado diretamente aos fatores externos a criança. Os dados retratam que o sexo masculino e a cor parda são os mais acometidos, os artigos encontrados e debatidos ao decorrer do estudo não se propuseram a descrever e analisar as razões que fizeram com que essa população tivesse um percentual maior dos óbitos. Em relação a I e IV Geres serem serem as mais acometidas no estudo destes óbitos, a hipótese é que seja por causa da seca que ocorreu no estado, atingindo o agreste e o litoral de Pernambuco.

Além disso, é importante salientar que apesar de ser uma doença muitas vezes negligenciada a diarreia necessita ser vista com maior atenção, com implementação de políticas públicas intersetoriais, além de mais informações aos responsáveis pelas crianças sobre o tratamento e a prevenção da diarreia e maior atenção as unidades de saúde para que os menores de um ano sejam acompanhados pela equipe de saúde da família. Assim, o ato de cuidar irá se refletir em uma redução significativa dos óbitos por diarreia, acarretando uma maior segurança para as crianças que residem em Pernambuco.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Kelly Cristina Genesio de et al. **Fatores de risco para ocorrência de diarreia em crianças residentes na Ilha de Guaratiba (RJ)**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 205-220, mar. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000100205&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 mar. 2021.

ANDRÉ, Sílvia Carla da Silva, et al. **Influência das desigualdades econômicas e sanitárias na incidência da diarreia infantil em Minas Gerais, 2010**. Rev. baiana saúde pública, Salvador, v. 40, n. 3, p. a779, nov. 2017. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/779>. Acesso em: 23 fev. 2021.

BRANDT, Kátia Galeão; ANTUNES, Margarida Maria de Castro; SILVA, Gisélia Alves Pontes da. **Diarreia aguda: manejo baseado em evidências**. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 91, n. 6, supl. 1, p. S36-S43, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000800005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. **Morbidade Hospitalar do SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrbr.def>. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. **Estatísticas Vitais**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRITO, Leandro Cardozo dos Santos et al. **Internações por diarreia em crianças menores de cinco anos**. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 15, n. 1, jan. 2021. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246672/37546>. Acesso em: 02 abr. 2021.

BUHLER, Helena Ferraz et al. **Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4131- 4140, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004131&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2019.

BUHLER, Helena Ferraz et al. **Análise espacial de indicadores integrados de saúde e ambiente para morbimortalidade por diarreia infantil no Brasil, 2010**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1921-1934, set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000901921&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 nov. 2019.

CAMPOS, José Nilson B. **Secas e políticas públicas no semiárido: ideias, pensadores e períodos**. Estud. av., São Paulo, v. 28, n. 82, p. 65-88, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142014000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 abr. 2021.

FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; BERTOLOZZI, Maria Rita. **Mortalidade pós-neonatal no território brasileiro: uma revisão da literatura**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1207-1214, out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2021.

FRANÇA, Elisabeth Barboza et al. **Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença**. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 46-60, mai. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500046&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jan. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>. Acesso em: 18 mar. 2021.

MARTINS, Renata Soares; EDUARDO, Maria Bernadete de Paula; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. **Tendência temporal da mortalidade por doenças infecciosas intestinais em crianças menores de cinco anos de idade, no estado de São Paulo, 2000-2012**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 25, n. 3, p. 541-552, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000300541&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 abr. 2021.

MENEGUESSI, Geila Marcia et al. **Morbimortalidade por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 10 anos no Distrito Federal, Brasil, 2003 a 2012**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 24, n. 4, p. 721-730, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400721&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jan. 2021.

NASCIMENTO, Suelayne Gonçalves do et al. **Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 67, n. 2, p. 208-212, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200208&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Banco de Notícias. Apesar do declínio constante na mortalidade entre crianças com menos de cinco anos, 7 mil recém-nascidos morrem todos os dias, afirma novo relatório**. Brasília: PAHO, 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5530:apesar-do-declinio-constante-na-mortalidade-entre-criancas-com-menos-de-cinco-anos-7-mil-recem-nascidos-morrem-todos-os-dias-afirma-novo-relatorio&Itemid=820. Acesso em: 25 nov. 2019.

RUFINO, Renata et al. **Surtos de diarreia na região Nordeste do Brasil em 2013, segundo a mídia e sistemas de informação de saúde – Vigilância de situações climáticas de risco e emergências em saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 777-788, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300777&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2019.

SANTOS, Floriacy Stabnow et al. **Aleitamento Materno e Diarreia Aguda Entre Crianças Inscritas na Estratégia de Saúde da Família**. Texto contexto - enferm. , Florianópolis, v. 25, n. 1, e0220015, abr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100313&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jul. 2020.

SILVA, Ana Flávia da; SILVA, José de Paula. **Mortalidade infantil evitável em Minas Gerais: perfil epidemiológico e espacial**. Revista Bioética, Passos, 2020, v. 28, n. 2, p. 276-280, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/FbJLWx3fbmBrJSmk4xWwhSx/abstract/?lang=pt#>. Acesso 01 abr. 2021.

SILVA, A.P.; TOBIAS, G.C.; TEIXEIRA, C.C. **Perfil dos Óbitos Infantis: Um Reflexo da Assistência à Saúde**. Revista enfermagem UFPE on line., Recife, abr. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237731/31783>. Acesso em: 26 nov. 2019.

SIQUEIRA, Mariana Santiago et al. **Internações por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado na rede pública de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2014**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 26, n. 4, p. 795-806, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000400795&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2021.

SOUSA, Julieth Ferreira et al. **Mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias no estado do Pará: vigilância de óbitos entre 2008 a 2017**. Pará Res. Med. J. Belém, v. 3, n. 3-4, p. e27, dez. 2019. Disponível em: <https://www.prmjournal.org/article/doi/10.4322/prmj.2019.027>. Acesso em: 17 mar. 2021.

VASCONCELOS, Maria Josemere Oliveira Borba et al. **Doenças diarreicas e hospitalizações em menores de cinco anos no estado de Pernambuco, Brasil, nos anos de 1997 e 2006**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 715-722, mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300715&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2021.

VASCONCELOS, Maria Josemere de Oliveira Borba et al. **Fatores associados à diarreia em menores de cinco anos, no estado de Pernambuco, segundo inquéritos realizados em 1997 e 2006**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 52, 48, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100242&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 01 abr. 2021.

WASUM, Fernanda Demetrio et al. **Prevalência de internações hospitalares por diarreia e gastroenterite em menores de um ano**. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 2, n. 1, p. 99-105, jan./fev. 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/854>. Acesso em: 06 fev. 2021.

CAPÍTULO 11

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E GESTORES DE SAÚDE SOBRE A ESTRATÉGIA E-SUS ATENÇÃO BÁSICA E SUA RELAÇÃO COM A VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 05/04/2021

Katweurya Santana Campos

Universidade Federal do Piauí
Picos – Piauí

<http://lattes.cnpq.br/1655846941808302>

Raquel Simões Monteiro Alves

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Ceará
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9688982081833485>

Emanuel Diego dos Santos Penha

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1665351517647898>

RESUMO: A estratégia e-SUS é uma integração dos sistemas de informação em saúde que compõem as Redes de Atenção à Saúde, permitindo o registro de forma individualizada, possibilitando acompanhar o histórico de atendimentos de cada usuário e a produção de cada profissional da Atenção Básica. No contexto do gerenciamento de informações no âmbito da Atenção Básica, também se situa a Vigilância Alimentar e Nutricional, considerada um conjunto de estratégias rotineiras e contínuas de coleta, análise, processamento e interpretação de dados sobre o perfil alimentar e diagnóstico nutricional da população, dando apoio às ações de promoção da saúde. Este estudo analisa a percepção dos profissionais sobre o e-SUS no contexto da Atenção Básica no município

de Quixadá, Ceará. A metodologia consiste em uma abordagem qualitativa fenomenológica com análise de conteúdo. A pesquisa foi realizada em duas Unidades Básicas de Saúde e na Secretaria Municipal de Saúde, através de uma entrevista estruturada destinada aos profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas e coordenadores da Atenção Básica e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em setembro de 2015. Os conteúdos foram agrupados em cinco categorias em ordem decrescente de frequência, proporcionando uma visão geral e objetiva das ideias mais enfatizadas pelos entrevistados. As categorias encontradas foram “conflito entre expectativa de modernização e aumento de carga de trabalho”, “vigilância alimentar e nutricional”, “sintomas de verticalização de decisões e implementação”, “ações de baseadas em resultados do e-SUS”, “reconhecimento do nutricionista”. Os profissionais reconhecem os avanços proporcionados pelo e-SUS, porém enfrentam dificuldades de implantação no cotidiano dos serviços, provavelmente por conta da maneira como está sendo implementado no município. Os profissionais vêem muito potencial para ações em prevenções e em promoção da saúde com base em vigilância alimentar e nutricional e reconhecem a importância do nutricionista na atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema de Informação em Saúde. Atenção Básica. Vigilância Alimentar e Nutricional.

PERCEPTIONS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS AND MANAGERS REGARDING ELECTRONIC HEALTH RECORD (ESUS) IMPLEMENTATION ON PRIMARY CARE AND ITS RELATIONSHIP WITH FOOD AND NUTRITION SURVEILLANCE

ABSTRACT: The e-SUS is an integration of information systems that comprise the health care network. It is an attempt to implement electronic health records on primary care settings, allowing to keep track of patient history as well as the care given by each primary care professional. The Food and Nutrition Surveillance is a set of routines and ongoing strategies for collection, analysis, processing and interpretation of dietary profile and nutritional assessment of the population, supporting health promotion actions. We analyze the professional perceptions about the e-SUS in the context of primary care on Quixadá city, Brazil. This study uses a qualitative phenomenological approach to content analysis. The survey was conducted in two primary care units and Municipal Health Bureau through a structured interview for physicians, nurses, nutritionists and Primary Care managers, in September, 2015. The interviews yielded 5 categories grouped in descending order of frequency, providing a comprehensive and objective view of the interviewees perceptions. Professionals recognize the e-SUS advances as an important tool, but it faces implementation limitations in everyday routines. The categories found were “Conflict between modernizing and increasing workload”, “Nutritional Surveillance”, “Vertical management”, “Possible actions based on eSUS data”, “Dietist Recognition”. Professionals agreed on e-SUS advances, but they state that there are issues in its current implementation attempt. They see potential on prevention and health promotion based on Nutritional Surveillance data.

KEYWORDS: Health Information System. Primary Care. Food and Nutrition Surveillance.

1 | INTRODUÇÃO

A introdução das tecnologias de informação em saúde torna-se de fundamental importância para a obtenção de informações e desenvolvimento de estratégias para serviços de saúde, o que possibilita melhores condições ao planejamento e avaliação das ações para melhorias na área (RIBÉRIO et al., 2014).

Em 1998, formulou-se um sistema para o gerenciamento das informações produzidas pelas equipes de saúde da família, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), tendo como referências prioritárias a base populacional e o quadro epidemiológico. Esse sistema auxiliou no planejamento e na avaliação das equipes de saúde, unidades básicas e gestores de saúde (BRASIL, 1998).

A estratégia e-SUS AB foi criada com o intuito de reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em prol de melhorias na qualidade da informação em saúde e da potencialização de seu uso pelos gestores, profissionais de saúde e usuários. A integração dos vários sistemas de informação existentes na Atenção Básica é outra questão importante que auxiliará no aprimoramento do processo de trabalho pelos profissionais, bem como na qualificação do cuidado em saúde.

Essa reestruturação conta com dois sistemas de software para a obtenção de

dados: o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que atende aos diversos cenários de informatização e conectividade nas unidades de saúde (BRASIL, 2014).

O e-SUS pretende unificar os sistemas de saúde através do Cartão Nacional de Saúde (BRASIL, 2011). Essa estratégia foi pensada para os setores da atenção básica e hospitalar; no entanto, apenas o e-SUS Atenção Básica estava funcionando em 2015, com o sistema de CDS operando para aqueles municípios que não possuem unidades de saúde informatizadas e o PEC para cidades com melhor estrutura.

No contexto do gerenciamento de informações no âmbito da AB, também se situa a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). Ela é considerada como um conjunto de coleta, análise, processamento e interpretação de dados sobre o perfil alimentar e diagnóstico nutricional da população e dá apoio às ações de promoção da saúde, além da recomendação de medidas de controle apropriadas, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes (BARROS; SILVA; GUGELLIM, 2013).

Como forma de dar suporte às ações de VAN nos municípios, foi criado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que é a estratégia prioritária para a consolidação da terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Esta define o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população como um dos itens a serem trabalhados no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

O e-SUS possui dados relacionados à VAN, como a ficha de marcador de consumo alimentar e variáveis antropométricas (peso e altura). Esses são dados importantes para compreender a situação do estado nutricional da população. Otimizar a coleta desses dados e o fluxo dos mesmos até os respectivos sistemas de informação é fundamental, pois é a partir desse diagnóstico que é possível estipular ações e metas na área de alimentação e nutrição (VASCONCELOS, 2007).

A implantação de sistema de informação em saúde traz uma série de desafios relacionados à mudança de procedimentos. Muitas vezes essas alterações no processo incrementam o tempo necessário para registro e documentação (POISSANT *et al*, 2005), embora esse prejuízo nem sempre seja encontrado. Em relação a prontuários eletrônicos, existe maior aderência a consensos e menos erros e efeitos adversos de medicação, por exemplo (CAMPANELLA, 2015).

A mudança do *modus operandi* pode ser intensa, tal como a reação a ela. Enquanto organização, é possível até mesmo estimar o quanto um grupo está disposto e/ou confiante quanto à capacidade de implementar tais alterações (HOLT *et al.*, 2007).

No papel de nutricionista inserida na AB em Quixadá-CE, deparei-me com uma série de dificuldades no município para a realização de ações de VAN. Diante desse cenário, decidi aprofundar o estudo sobre essa temática, buscando compreender de que forma a implantação do e-SUS AB pode influenciar nas ações de VAN.

Considerando a pertinência de estudos que proporcionem uma avaliação dos

desafios enfrentados para se concretizar essa recente inovação que o e-SUS AB representa, o presente estudo teve como objetivo: analisar a percepção de profissionais que compõem a Atenção Básica do município de Quixadá-CE em relação às dificuldades, potencialidades e expectativas sobre o e-SUS AB; e que ações em VAN podem ser construídas a partir das informações coletadas no sistema.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo consiste em pesquisa qualitativa de desenho fenomenológico, utilizando análise de conteúdo (BARDIN, 2004), com coleta de dados por meio de entrevista estruturada.

A pesquisa foi realizada com profissionais que atuam diretamente com o e-SUS, na Secretaria Municipal de Saúde e em duas Unidades Básicas de Saúde (Centro e Combate). Essas últimas são referências no município por darem cobertura a um maior número de famílias. As 2 unidades possuem 4 Equipes de Saúde da Família (Centro I, Centro II, Combate I, Combate II) localizadas na área urbana no município de Quixadá-CE.

A Estratégia Saúde da Família do município de Quixadá-CE é composta por 20 equipes de saúde, sendo 9 equipes na área urbana e 11 na área rural. As equipes são compostas por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 dentista e 4-15 agentes comunitários de saúde. Além dessas equipes, existem 2 equipes de NASF (Núcleo de Assistência à Saúde da Família) que dão cobertura à área urbana e rural do município. Somada a essas equipes, o município dispõe de uma equipe multidisciplinar de residentes em Saúde da Família e Comunidade, inserida em uma unidade central do município.

A amostra consistiu em 9 indivíduos: 3 médicos, 3 enfermeiros, 1 nutricionista e 2 coordenadores da Atenção Básica e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), de ambos os sexos. Os trechos das falas dos entrevistados transcritos nos resultados foram identificados com números arábicos de 01 a 09. Esses números foram atribuídos conforme a sequência em que foram entrevistados, além da primeira letra da categoria profissional que representam (ex.: 01M, 02E, 03N, 04C etc.).

Não fizeram parte deste estudo os profissionais que estavam de férias, de licença, ou que estivessem ausentes do trabalho por qualquer outra razão.

O estudo foi submetido à apreciação e aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, conforme parecer nº 1.214.220, e todos os profissionais foram esclarecidos sobre os procedimentos, possíveis riscos e benefícios da pesquisa, registrando sua aceitação em participar do estudo por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados se deu por entrevista estruturada individual, consistindo na coleta de identificação e em 4 perguntas abertas, de cunho dissertativo, no período do mês de setembro de 2015. O tipo de implementação do e-SUS AB foi o de Coleta de Dados

Simplificados (CDS) versão 2.0.03, já que o município dispunha de computadores nas unidades de saúde.

Os participantes foram questionados quanto às suas expectativas e dificuldades enfrentadas no processo de implementação do e-SUS, quanto à forma como este pode contribuir para o acompanhamento do estado nutricional dos usuários e quanto às possibilidades de ações de VAN construídas a partir das informações obtidas para o e-SUS.

Após a leitura exaustiva do material coletado, os textos foram avaliados utilizando a análise de frequência de palavras e categorias conforme a metodologia descrita por Bardin (BARDIN, 2004).

A primeira etapa foi a de pré-análise, por meio de repetidas leituras das transcrições nas quais foram focalizados os trechos significativos das entrevistas, deixando fluir impressões com o intuito de apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes das falas.

A segunda etapa foi realizada de acordo com os objetivos da pesquisa, identificando as dificuldades, potencialidades e expectativas sobre o e-SUS e sua relação com a Vigilância Alimentar e Nutricional no contexto da Atenção Básica.

Por fim, a terceira etapa consistiu na realização conjunta da codificação dos dados e da definição das categorias. Depois foram obtidas as frequências das categorias que surgiram nas respostas dos entrevistados.

3 | RESULTADOS

Os conteúdos analisados foram agrupados em 5 categorias apresentadas na Tabela 1, em ordem decrescente de frequência, para proporcionar uma visão geral e objetiva das ideias mais enfatizadas pelos profissionais.

CATEGORIAS	FREQUÊNCIAS
Conflito entre expectativa de modernização e aumento de carga de trabalho	65
Vigilância Alimentar e Nutricional	55
Sintomas de verticalização de decisões e implementação	18
Ações de baseadas em resultados do eSUS	10
Reconhecimento do Nutricionista	5

Tabela 1 – Síntese das categorias de acordo com análise de frequência dos conteúdos das repostas dos entrevistados, Quixadá, Ceará, 2015.

Fonte: Elaborada pelos autores do estudo.

3.1 Conflito entre expectativa de modernização e aumento de carga de trabalho

Observa-se nos conteúdos dessa categoria, expectativa de melhoria do acesso às

informações sobre o paciente por meio do prontuário eletrônico, com objetivo de melhor definição de condutas e fluxos para pacientes. Somado a isso, espera-se dados mais fidedignos e acompanhamento mais detalhado.

Frustrações foram expressas quanto a esse conjunto de expectativas, fazendo um contraponto teórico/prático, um confronto entre o planejado e o real. Relatos sobre dificuldades operacionais a nível de infraestrutura foram frequentes, mas a principal queixa foram o aumento do tempo necessário para preenchimento de novas fichas, por serem extensas.

No caso no município em estudo, embora a sigla e-SUS denote algo mais tecnológico, o profissional realiza o preenchimento dos formulários manualmente, em folhas impressas. Isso por si só já representa uma fonte de conflito em potencial.

Em outras palavras, por um lado os profissionais assumem que o e-SUS pode trazer algumas inovações, mas por outro reconhecem que sem os devidos recursos, a operacionalização da coleta de dados pode não representar uma melhoria na qualidade do serviço prestado ao paciente.

“espero que facilite a questão da busca pelas informações, facilitando acesso às informações, prontuário e tudo mais” (02M).

“É... bem, falta tempo, porque a demanda é muito grande, pra o governo é uma excelente ferramenta para dados, mas pra gente que está trabalhando só atrapalhou, se você olhar ali de manhã eu devo ter atendido umas 18 pessoas isso me inviabiliza de fazer um exame físico adequado, isso me inviabiliza de dá alguma orientação” (05M).

“eu tinha uma expectativa que ele seria mais prático e facilitasse minha vida, mas na verdade piorou” (05M).

“A princípio eram boas (as expectativas), mas com o passar do tempo que fomos conhecendo o e-SUS, vimos que não era tão prático assim” (07N).

Para os entrevistados, o processo de implementação do e-SUS pode contribuir substancialmente para a organização e padronização, entretanto é relatado que essa padronização ainda não ocorre, pois os profissionais ainda continuam realizando outras produções, além do e-SUS.

“vamos poder normatizar e organizar justamente em relação as questões dos procedimentos em relação de tudo” (01M).

“a gente sentiu muita dificuldade porque ele é muito extenso, e uma das expectativas que nós tínhamos era que ele acabasse com o BPA” (04E).

A maioria dos entrevistados relatou que a falta de recursos para implantar a estratégia é um empecilho, pois as unidades básicas de saúde não são informatizadas, não possuem acesso à internet. Isso dificulta o acesso e coleta das informações do paciente através do prontuário eletrônico.

Outro ponto levantado é a necessidade de todos os usuários terem o Cartão Nacional de Saúde, essencial no preenchimento das fichas. Como somente uma parte dos

usuários possuem esse cartão ou esquecem de levar no momento da consulta, o registro fica prejudicado.

“acho que a falta da estrutura física, da estrutura de material, da internet, impressoras e a própria informatização das unidades que não existe” (01M).

“não é um sistema muito fácil de preencher, ainda mais por ser a mão, ele deveria ser no mínimo, como diz o e de e-SUS é de eletrônico, deveria ser eletrônico” (02M).

“A primeira dificuldade que a gente ta tendo é a questão das pessoas terem o cartão nacional de saúde, cartão do SUS” (03E).

O e-SUS possui várias fichas, as quais estão divididas em 3 blocos: cadastro da atenção básica, fichas de Atendimento de nível superior, fichas de atendimento de nível médio e outros. São pertinentes a este estudo as fichas de atendimento de nível superior (fichas de atendimento individual, ficha de atendimento odontológico individual, ficha de atividade coletiva, ficha de procedimentos).

Existe também a ficha de marcadores de consumo alimentar. Essa pode ser preenchida por qualquer profissional da equipe de Atenção Básica. Outra ficha é a de avaliação de elegibilidade. Além dessas, ainda temos a ficha de atendimento domiciliar exclusivas para uso em Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Dentre as fichas a serem preenchidas pelos profissionais entrevistados apenas as de atendimento individual, procedimentos e atendimento domiciliar estavam sendo utilizadas pelos profissionais até o momento da entrevista.

O fato de serem ainda preenchidas à mão dificulta ainda mais o processo de implementação e de trabalho da unidade, diminuindo o tempo destinado ao paciente.

3.2 Vigilância Alimentar e Nutricional

Nessa categoria, é possível destacar a expectativa dos profissionais de que o e-SUS proporcione um avanço na análise conjunta dos dados, com possibilidade de obter uma visão panorâmica sobre a situação de saúde dos territórios e usuários.

“Assim, em relação ao eSUS é uma avaliação do sistema local de saúde, em relação aos usuários, como está a relação dos dados de saúde de cada usuário”(09C).

Antes do e-SUS, muitos dados importantes eram perdidos, principalmente em relação aos dados antropométricos. A dinâmica do e-SUS instituiu uma rotina de coleta e registro sistemático dos dados de peso e altura de todos os pacientes atendidos, antes realizado apenas em alguns casos ou ações de forma pontual.

“a questão você não tem um dado da pressão anotado no sistema, mais o peso você tem, a questão da idade, parte demográfica” (01M).

Ressalta-se o ganho que o sistema trouxe com relação à avaliação antropométrica como dado importe a ser coletado e registrado de todos os pacientes. Para alguns

profissionais, esse avanço foi positivo, ao permitir calcular o IMC e auxiliar no diagnóstico nutricional dos pacientes. Para outros, peso e altura seriam insuficientes para diagnóstico do estado nutricional do usuário.

“tem peso e altura só, eu acho que ele contribui muito pouco” (05M).

A corresponsabilidade pela realização da avaliação do estado nutricional é vista como avanço, visto que as fichas requisitam que os profissionais trabalhem com a classificação do estado nutricional do usuário. Os profissionais estariam mais atentos ao peso dos pacientes, indicando nas fichas o estado nutricional com base no IMC e não apenas classificando como excesso ou baixo peso.

“ele também tem uma lista de estado nutricional, que quando a pessoa chega com um pouquinho de sobrepeso ou com baixo peso, a gente consegue identificar nesse formulário e a facilidade é justamente essa, da gente poder observar, poder fazer os encaminhamentos necessários para o profissional de nutrição” (02E).

De acordo com os relatos dos entrevistados, os dados antropométricos obtidos nas fichas do e-SUS vão auxiliar o acompanhamento do estado nutricional de todos os pacientes no sistema. Os profissionais teriam acesso a esses dados e poderiam monitorar ao longo do tempo um grupo ou indivíduo, não necessariamente apenas grupos definidos como prioritários, tais como gestantes, crianças e idosos. No entanto, esta possibilidade é colocada apenas como perspectiva, visto que ainda não possuem acesso ao prontuário eletrônico do usuário.

“Foi um dos grandes ganhos que o e-SUS trouxe, pra mim a questão da avaliação nutricional, você não se ligava em ficar vendo peso de ninguém né. A gente vê uma senhora com 87kg e 1,50m na lata você diz essa mulher ta obesa, você não tinha essa possibilidade, você vê muito peso de criança e grávida, o resto você não vê, agora é todo mundo, você tem como avaliar, fazer um panorama e fica separando porque eu tenho que anotar peso e altura de todos, você vai vendo automaticamente que ali a coisa ta errada, tem como você direcionar, num consolidado geral você ver e fica informado no cartão” (01M).

O monitoramento de grupos também foi apontado como contribuição possível, detectando segmentos populacionais que estejam em maior risco nutricional. Mais uma vez, esta possibilidade é trazida apenas como perspectiva, visto que até o momento da implantação, os profissionais têm realizado apenas a alimentação do sistema. Não sabem ao certo de que forma poderão manipular o sistema e se o mesmo poderá fornecer relatórios com esse teor.

“acredito que deve ter algum lugar que possa ficar vendo o IMC dessas pessoas, se está com peso muito alto, se está muito desnutrido” (03E).

Outra possibilidade aventada foi contribuir com a estratificação de indivíduos usando o diagnóstico nutricional. Uma visão geral de todos por usuários de forma individual ou por

ciclo de vida. Com isso melhorando o acompanhamento nutricional, podendo ser usado como ferramenta nas ações de promoção de saúde. Isso seria possibilitado pela facilidade de acesso aos dados eletrônicos de pacientes.

“eu tenho um universo de ações que posso ta fazendo e acompanhando, de maneira até digital, procurando o histórico do paciente ta lá o peso dele” (01M).

3.3 Sintomas de verticalização de decisões e implementação

Um conteúdo um pouco menos frequente, mesmo assim relevante, foi a afirmação por parte de muitos profissionais, que ainda não entenderam quais suas finalidades. São dúvidas constantes: Como deve ser o preenchimento dos seus instrumentais? De que forma se dá o fluxo dos dados? Quais dados são coletados? Para que servem essas informações?

Revela-se no conteúdo das falas, que a falta de apropriação de sentido e dessas dificuldades que são reflexos da falta de treinamento envolvendo os profissionais da saúde.

“Acho que o próprio fato da gente ainda não entender como ele ta sendo implementado” (04E).

Os profissionais ainda não conseguiram realizar avaliação do processo, ou seja, uma devolutiva às unidades, população e município. Os envolvidos ainda não tinham acesso aos dados consolidados, por conseguinte, ainda não foi possível construir estratégias para melhoria do estado de saúde dos usuários com base no e-SUS. As falas dos profissionais refletem também a ausência de cronograma de atividades que permita a avaliação das fases de implementação e das metas a serem alcançadas com o e-SUS.

“Ainda não houve uma discussão dos dados não estão sendo discutido, o que está sendo feito, o que não está sendo feito, se está sendo informado de maneira errada, acho que falta realmente isso” (01M).

Ainda não estão definidos de maneira clara aos profissionais de que forma isso vai acontecer e quem são os responsáveis. A falha no retorno às equipes e/ou falta de avaliação local da própria equipe do consolidado das informações dificultam o planejamento de ações direcionadas.

“na verdade, nós não recebemos nenhum retorno a respeito, era uma das expectativas que nós tínhamos que fosse levantado o grau de obesidade ou de desnutrição de uma determinada área ou então que fossem repassadas essas informações” (04E).

“você vai ter uma visão geral, de como vai está a situação geral da sua população, mas o que vejo assim, primeiro tem que os profissionais sensibilizados para fazer esse monitoramento na própria unidade. Você tem o e-SUS, você só digita e manda? E como está a situação local da sua unidade? Como estão os pacientes? O que está sendo feito? Ta sendo trabalhado os grupos? Tá sendo feito educação e saúde, a questão da alimentação saudável?” (09C).

3.4 Ações baseadas em resultados do eSUS

Ações de Educação e Saúde (grupo)

O trabalho com grupos estratégicos, realização de salas de espera, rodas de conversa, foram vistas como importantes meios de promoção de saúde.

“é uma ferramenta fundamental, que possamos acompanhar o estado nutricional dos pacientes podendo ser feito desde a promoção ou ações direcionadas a isso” (01M).

“poderíamos ver as ações no sentido de ver, se as crianças estão obesas, nas questões das crianças desnutridas, aos idosos, que acho muito importante a gente avaliar as gestantes também, acredito dá para fazer assim” (03E).

Sugere-se a prescrição de dieta para aqueles pacientes que estão com excesso de peso ou com uma determinada patologia. A ideia é que ela pudesse ser prescrita por um profissional durante a consulta.

“a partir do estado nutricional do usuário, ta obeso? Então vamos traçar um cardápio para aquele usuário, mais de acordo com a situação econômica de cada usuário” (09C).

3.5 Reconhecimento do Nutricionista

Foi registrado o reconhecimento da importância do profissional de nutrição inserido na unidade básica de saúde. Ressaltaram o trabalho em equipe multiprofissional. Com o nutricionista há uma melhor divisão do trabalho, diminuindo o excesso de funções e atividades de outros profissionais que acabam se apropriando de forma superficial ou inadequada dessa função. Assume-se que com isso haveria uma melhoria do atendimento ao paciente.

“dá um chamamento da importância do profissional nutricionista dentro da equipe que é fundamental” (01M).

4 | DISCUSSÃO

De modo geral, as expectativas apresentadas pelos profissionais incorporam elementos do discurso difundido nos meios oficiais de instrução e comunicação sobre e-SUS (manuais e sites governamentais). No entanto, podemos observar que o processo de implementação do e-SUS no município estudado evidenciou uma série de desafios e obstáculos que permeiam todo o processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica, que atribuem descrédito à proposta do e-SUS e prejudicam a motivação para aderir aos novos procedimentos.

Uma vez que o foco dos profissionais se concentra mais no preenchimento das

fichas e não na análise das informações que o e-SUS fornece, isso pode prejudicar a atenção integral ao paciente e o planejamento das ações de saúde na Atenção Básica.

A falta de recursos, a baixa praticidade e o treinamento insuficiente são dificuldades que apareceram com maior frequência na fala dos entrevistados. Isso poderia ter sido amenizado com a estruturação das unidades e maior investimento na educação permanente.

Esperava-se que a implementação do e-SUS facilitasse o trabalho dos profissionais de saúde e permitisse que os dados obtidos fossem registrados e utilizados. Essa expectativa, contrastada com a realidade, cria uma tensão patente, generalizada em todos os profissionais de saúde, que é expressa na categoria “Conflito entre expectativa de modernização e aumento de carga de trabalho”

Essa carga de trabalho extra é encontrada em saúde também fora do cuidado primário. Em estudo com 20 enfermeiras na Califórnia, EUA, aproximadamente 40% do tempo dentro de uma sala de operação em cesarianas é gasto com o registro médico eletrônico (TAN, 2018).

Em oftalmologia, foi mostrado que a documentação varia consideravelmente de profissional para profissional. No geral, ocorre melhora com o tempo, aproximando-se do nível do uso de formulários de papel (READ-BROWN, 2013).

Em outro estudo, em consultas feitas de maneira similar ao que é feito em unidades básicas de saúde, o uso de sistemas eletrônicos durante as consultas diminuiu o tempo em que o médico analisa o paciente. O feito líquido foi que médicos passaram mais tempo verificando os registros do que o paciente em sua frente (ASAN; SMITH; MONTAGUE, 2014).

De maneira geral, as expectativas de diminuição de tempo investido em preenchimento de formulários por conta da informatização são infundadas. No geral, o que se encontra é um aumento da carga de trabalho relacionado com os registros eletrônicos (POISSANT *et al.*, 2005; ARNDT *et al.*, 2017), mesmo que se encontre benefícios na implementação dos mesmos (KINGET *et al.*, 2014).

A categoria “Sintomas de verticalização de decisões e implementação” pode estar relacionada à instabilidade política do município. Foram várias as mudanças de gestão da saúde em um curto período de tempo: 8 secretários de saúde em 3 anos. Assim, boa parte das dificuldades encontradas provavelmente têm sua raiz nesse fato. A troca frequente de lideranças é um problema que deve ser levado em consideração ao avaliarmos esses resultados.

Um dos desafios encontrados é fazer com que os esforços relacionados à implementação dos sistemas em saúde tenham apoio das lideranças, visto que é evidente que tal ambiente de instabilidade prejudicaria esse tipo de apoio (ARNDT *et al.*, 2017).

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) está intimamente ligada ao e-SUS. Há necessidade de expansão e consolidação dos dados do SISVAN com o e-SUS, podendo até ser usado como parte do desenvolvimento de modelo lógico teórico para a VAN

(VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017).

Outro ponto relacionado à VAN é a suficiência da antropometria como contribuição do e-SUS. Apesar de existirem várias formas de avaliar o estado nutricional da população, o uso do IMC, por ser uma medida facilmente aplicável, não invasiva e de baixo custo, ainda é o mais indicado em saúde pública para triagem, monitoramento e levantamento de risco nutricional (SOUZA, 2013); contudo, isso não é visto como suficiente por todos os profissionais.

5 | CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou uma leitura acerca da percepção dos profissionais da Atenção Básica de um município do Ceará sobre o e-SUS. Os profissionais o consideram como uma ferramenta importante para consolidação dos dados dos usuários, o que pode melhorar o acompanhamento da saúde de forma organizada e padronizada. Eles reconhecem avanços do e-SUS, mas veem limitações e dificuldades da implantação no cotidiano dos serviços de saúde.

Falta de informatização das Unidades de Saúde e formulários extensos de preenchimento manual são os problemas físicos mais imediatos. Somado a isso, o processo de capacitação dos profissionais parece falho, gerando expectativas frustradas e agravando dúvidas e insatisfações. Reconhecer essas falhas é um fator importante para buscar alternativas de enfrentamento e superação, para que o e-SUS se torne uma realidade na melhoria da situação de saúde.

Não podemos perder de vista que instabilidades políticas e de gestão da saúde podem comprometer todo o esforço de organização proposto pelo e-SUS; afinal, mesmo boas ideias não produzem o esperado se uma das esferas da administração pública não cumpre o seu papel.

À medida que o processo implementação do e-SUS avançar, a Vigilância Alimentar e Nutricional tende a crescer com a consolidação do modelo de Atenção Básica, e medidas como monitoramento, registro de dados e diagnóstico nutricional poderão auxiliar no planejamento das ações relacionadas à VAN.

Por fim, espera-se que este estudo possa contribuir para melhoria na implementação do e-SUS no município a partir das questões apresentadas pelos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ARNDT, Brian G. *et al*, Tethered to the EHR: Primary Care Physician Workload Assessment Using EHR Event Log Data and Time-Motion Observations, **The Annals of Family Medicine**, v. 15, n. 5, p. 419–426, 2017.

ASAN, Onur; D. SMITH, Paul; MONTAGUE, Enid, More screen time, less face time - implications for EHR design: More screen time, less face time, **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 20, n. 6, p. 896–901, 2014.

BARDIN, Laurence, **Análise de conteúdo**, Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, Denise Cavalcante de et al. **Alimentação e nutrição: contexto político, determinantes e informação em saúde**. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. SIAB: Manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 940, de 28 de Abril de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada** : CDS [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

CAMPANELLA, Paolo *et al*, The impact of electronic health records on healthcare quality: a systematic review and meta-analysis, **The European Journal of Public Health**, v. 26, n. 1, p. 60–64, 2016.

HOLT, Daniel T. *et al*, Readiness for Organizational Change: The Systematic Development of a Scale, **The Journal of Applied Behavioral Science**, v. 43, n. 2, p. 232–255, 2007.

KING, Jennifer *et al*, Clinical Benefits of Electronic Health Record Use: National Findings, **Health Services Research**, v. 49, n. 1pt2, p. 392–404, 2014.

POISSANT, L., The Impact of Electronic Health Records on Time Efficiency of Physicians and Nurses: A Systematic Review, **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 12, n. 5, p. 505–516, 2005.

READ-BROWN, Sarah *et al*, Time-Motion Analysis of Clinical Nursing Documentation During Implementation of an Electronic Operating Room Management System for Ophthalmic Surgery, **AMIA Annual Symposium Proceedings**, v. 2013, p. 1195–1204, 2013.

RIBEIRO, Sérgio *et al*, SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: GESTÃO E ASSISTÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2014.

SOUZA, Raphaela *et al*, Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC, **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 81–90, 2013.

TAN, Merrick *et al*, Evaluation of Electronic Medical Records on Nurses' Time Allocation During Cesarean Delivery, **Journal of Patient Safety**, v. 15, n. 4, p. e82–e85, 2019.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, **Avaliação nutricional de coletividades**, Florianópolis (Brasil): UFSC, 2007.

VITORINO, Santuzza Arreguy Silva; CRUZ, Marly Marques da; BARROS, Denise Cavalcante de, Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 12, 2017.

RELAÇÃO BILATERAL ENTRE EXCESSO DE PESO E TRANSTORNOS MENTAIS

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 26/03/2021

Marize Melo dos Santos

Federal University of Piauí (Universidade Federal do Piauí - UFPI)
Teresina (PI) - Brazil
<https://orcid.org/0000-0003-0699-8062>

Fernando Ferraz do Nascimento

Federal University of Piauí (Universidade Federal do Piauí - UFPI)
Teresina (PI) – Brazil
<http://lattes.cnpq.br/0900853334265963>

Sarah de Melo Rocha Cabral

Federal University of Piauí (Universidade Federal do Piauí - UFPI)
Teresina (PI) - Brazil
<https://orcid.org/0000-0002-4926-6876>

Ellaine Santana de Oliveira

Federal University of Piauí (Universidade Federal do Piauí - UFPI)
Teresina (PI) - Brazil
<https://orcid.org/0000-0002-6799-3647>

Renato Mendes dos Santos

Federal University of Piauí (Universidade Federal do Piauí - UFPI)
Teresina (PI) - Brazil
<https://orcid.org/0000-0003-3200-1414>

Layonne de Sousa Carvalho

Federal University of Piauí (Universidade Federal do Piauí - UFPI)
Teresina (PI) - Brazil
<https://orcid.org/0000-0002-7795-035X>

RESUMO: Objetivo: Determinar a prevalência de excesso de peso em indivíduos com e sem transtornos mentais. **Métodos:** Estudo quantitativo, transversal e analítico, realizado com 167 voluntários adultos, de ambos os sexos, com ou sem transtornos mentais, e com idade superior a 18 anos, no período de outubro a dezembro de 2015. Os participantes foram recrutados no Centro de Atenção Psicossocial e em uma Unidade Básica de Saúde de Teresina, Piauí, Brasil. Utilizou-se formulário estruturado com variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil e renda) e antropométricas (peso e altura). O diagnóstico antropométrico foi realizado de acordo com índice de massa corporal, e o psiquiátrico conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID 10). A análise dos dados foi feita de forma descritiva, utilizando-se o teste Qui-Quadrado de Independência (χ^2) para avaliar associações. Para a análise de variância aplicou-se o teste ANOVA seguido do de Tukey, com 5% de significância. **Resultados:** Do total de participantes, 77,2% (n=129) tinham diagnóstico de transtornos mentais e 22,8% (n=38), não. O excesso de peso foi verificado em 73,1% (n=122) dos investigados, com maior prevalência na população psiquiátrica (89,4%, n=109). As médias de IMC entre os grupos mostraram diferenças significativas entre esquizofrênicos (\bar{X} = 31,62 kg/m²; p<0,01), depressivos (\bar{X} = 31,23 kg/m²; p=0,04) e outros transtornos de humor (\bar{X} =31,09 kg/m²; p=0,01) quando comparados ao grupo sem transtornos mentais (\bar{X} =25,51 kg m²). **Conclusão:** Evidencia-se a superioridade de excesso de peso na população psiquiátrica,

especialmente em esquizofrênicos e depressivos, quando comparada à população sem transtornos mentais.

PALAVRAS-CHAVE: Sobrepeso; Obesidade; Transtornos Mentais; Saúde Pública.

BILATERAL RELATIONSHIP BETWEEN EXCESS WEIGHT AND MENTAL DISORDERS

ABSTRACT: Objective: To determine the prevalence of excess weight in individuals with and without mental disorders. **Methods:** A cross-sectional, quantitative and analytical study carried out with 167 adult volunteers of both sexes, with and without mental disorders, and aged over 18 years, in the period from October to December 2015. The participants were recruited at the Psychosocial Care Center and at a Basic Health Unit of Teresina, Piauí, Brazil. A structured form was used to collect sociodemographic variables (age, sex, schooling, marital status and income) and anthropometric variables (weight and height). The anthropometric diagnosis was determined by the Body Mass Index, and the psychiatric diagnosis was according to the International Classification of Diseases (ICD 10). The data analysis was performed in a descriptive way, using the Chi-square test of independence (χ^2) to evaluate associations. For analysis of variance, the study applied the ANOVA test followed by Tukey's, with significance level at 5%. **Results:** Results: Of the total of participants, 77.2% (n=129) had been diagnosed with mental disorders, and 22.8% (n=38) had not. Excess weight was observed in 73.1% (n=122) of those investigated, with a higher prevalence in the psychiatric population (89.4%, n=109). The mean BMI of the groups showed significant differences among schizophrenics (\bar{X} = 31.62 kg/ m² ; P<0,01), depressives (\bar{X} =31,23 kg/ m²; p=0,04), and those with other mood disorders (\bar{X} =31,09 Kg/m²; p=0,01) When compared to the group without mental disorders (\bar{X} =25,51kg/m²). **Conclusion:** It is evidenced the superiority of excess weight in the psychiatric population, especially in schizophrenics and depressives When compared to the population without mental disorders.

KEYWORDS: Overweight; Obesity; Mental disorders; Public Health.

1 | INTRODUÇÃO

O excesso de peso da população e suas consequências, como o aumento do risco de desenvolvimento de várias doenças crônicas, incluindo hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, hipercolesterolemia e doenças coronárias, são um dos maiores desafios para a saúde pública no Brasil e no mundo, tendo em vista sua alta taxa de prevalência (MARIE et al,2014; ZAHO, 2011). No Brasil, o sobrepeso e a obesidade atingem, aproximadamente, 52,5% e 11,7% dos homens acima de 20 anos; e 58,4% e 20,6% das mulheres dessa mesma faixa etária, respectivamente (MARIE et al,2014).

Outro agravamento que tem despertado a preocupação de pesquisadores em proporções semelhantes ao excesso de peso refere-se aos transtornos mentais, cuja prevalência demonstra que 20 a 56% da população adulta, aproximadamente, apresenta algum tipo de diagnóstico psiquiátrico, principalmente depressão e ansiedade (SANTOS,2010).

Diante de importantes problemas de saúde, cujos impactos isolados já são bem

estabelecidos, estudos têm revelado a existência de associação entre excesso de peso e transtornos mentais, constatada em ambas as direções. Os transtornos mentais aparecem favorecendo o desenvolvimento do excesso de peso, sendo o inverso também verificado (LIN, 2013; PAFFER, 2012)

No entanto, estudos envolvendo as duas condições de saúde são escassos e controversos. Além disso, faz-se necessário considerar que, tanto o excesso de peso quanto os transtornos mentais, podem resultar de um conjunto de fatores de risco ou de proteção que se acumulam no decorrer da vida, o que torna essa associação bastante complexa. Dentre os fatores que configuram como determinantes e que podem mediar essa relação, destacam-se o contexto social e cultural, o tempo de exposição e os aspectos biológicos (FLOLER-BROWN,2012; SILVA, 2015).

Nesse contexto, o cuidado de pacientes psiquiátricos depende do conhecimento aprofundado acerca do histórico de saúde e suas condições de vida, vislumbrando o planejamento terapêutico adequado do transtorno mental e suas comorbidades que, em geral, são responsáveis por interferências e complicações no tratamento, além da elevação das taxas de mortalidade nesses pacientes (DE SORDI,2015; GOMES,2012).

Frente à importância desses agravos para a saúde, com crescimento alarmante de sua prevalência nas últimas décadas, o objetivo do presente estudo é determinar a prevalência de excesso de peso entre indivíduos com e sem transtornos mentais.

2 | MÉTODOS

Estudo quantitativo, do tipo transversal e analítico, realizado de outubro a dezembro de 2015, com indivíduos adultos de ambos os sexos e com idade entre 18 a 65 anos.

Para compor a amostra, selecionaram-se pacientes com transtornos mentais, que frequentavam, pelo menos uma vez por semana, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da zona sudeste de Teresina, Piauí, Brasil, e participantes sem transtornos mentais, recrutados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da mesma região. A amostra, selecionada por meio de processo aleatório simples, teve como critérios de exclusão as pacientes gestantes, os deficientes físicos e aqueles atendidos em visitas domiciliares.

Para cálculo do tamanho amostral da população psiquiátrica, considerou-se o total de 149 pacientes, fundamentado considerando-se margem de erro de 5% para um intervalo de confiança de 95% (THOMPSON, 1992), totalizando amostra ideal para o desenvolvimento do estudo de, no mínimo, 109 pacientes. A amostra final do grupo de pacientes com transtornos mentais foi composta por 129 pacientes, distribuídos de acordo com o diagnóstico psiquiátrico estabelecido em prontuários: 59 esquizofrênicos, 23 depressivos, 34 com outros transtornos de humor e 13 com outros transtornos psiquiátricos.

Para compor o grupo de comparação (grupo sem transtornos mentais), considerou-se 42 indivíduos pertencentes a um banco de dados da UBS referenciada, totalizando uma

amostra ideal de 38 indivíduos. Todos os participantes foram selecionados por processo aleatório simples, mediante mecanismo de sorteio.

Utilizou-se um formulário estruturado para registros de dados sociodemográficos (sexo, idade, situação familiar, escolaridade, status profissional e renda) e dados antropométricos (peso e altura). Para aferição do peso, utilizou-se balança eletrônica com capacidade de 150 quilogramas (Kg) e precisão de 100 gramas (g). A altura foi aferida com antropômetro da referida balança, graduado em centímetros, com limite máximo de 200 cm. Durante as medições, os participantes foram orientados a estarem de roupas leves, descalços, manterem-se em postura ereta e com olhar fixo para frente (DUARTE,2007).

O diagnóstico antropométrico foi determinado pelo índice de massa corporal (IMC) e classificado segundo pontos de corte propostos pela Organização Mundial de Saúde (WHO,1998). Considerou-se excesso de peso quando $IMC \geq 25kg/m^2$, incluindo pré-obesidade e os diferentes graus de obesidade.

Classificou-se o diagnóstico psiquiátrico em quatro grupos, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (OMS,1197) registrada no prontuário, sendo: transtornos esquizofrênicos, transtornos depressivos, outros transtornos de humor e outros transtornos mentais.

Os dados foram processados e analisados utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Realizaram-se análises descritivas por meio do cálculo de frequências absolutas e relativas. Para verificar a existência de associação entre variáveis, utilizou-se o Teste Qui-Quadrado de Independência (χ^2). Para análise de variância, aplicou-se o teste ANOVA, com uso posterior do teste de *Tukey* para identificação das diferenças específicas nas variáveis em que os valores foram significativos. Adotou-se em todos os cálculos nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob Parecer nº 985.376. A coleta de dados ocorreu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes que aceitaram participar da pesquisa, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (MS, 2012).

3 | RESULTADOS

Participaram do estudo 167 pacientes, sendo 129 pertencentes à população psiquiátrica e 38 à população sem transtornos. Considerando-se o total de participantes, observou-se predomínio do sexo feminino (59,9%, n=100), faixa etária entre 36 a 55 anos de idade (59,3%, n=99), com ensino médio (57,5%, n=96), que conviviam com familiares e sem companheiro (74,2%, n=124), e renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (62,8%, n=105), (Tabela I).

Variáveis	População Psiquiátrica				População sem TM n (%)	Total n (%)
	ESQ n (%)	DEP n (%)	TH n (%)	TM n (%)		
Sexo						
Masculino	21 (35,6)	3 (13,0)	14 (41,2)	9 (69,2)	20 (52,6)	67 (40,1)
Feminino	38 (64,4)	20 (87,0)	20 (58,8)	4 (30,8)	18 (47,4)	100 (59,9)
Faixa etária						
18 a 35 anos	17 (28,8)	0 (0,0)	10 (29,4)	5 (38,5)	21 (55,2)	53 (31,7)
36 a 55 anos	37 (62,7)	18 (78,3)	21 (61,8)	6 (46,2)	17 (44,8)	99 (59,3)
> 56 anos	5 (8,5)	5 (21,7)	3 (8,8)	2 (15,3)	0 (0,0)	15 (9,0)
Escolaridade						
Não sabe ler, escrever	4 (6,8)	0 (0,0)	3 (8,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (4,2)
Alfabetizado	1 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,6)	0 (0,0)	2 (1,2)
Ensino fundamental	17 (28,8)	8 (34,8)	6 (17,6)	6 (46,2)	9 (23,7)	46 (27,5)
Ensino médio	36 (61,0)	15 (65,2)	22 (64,8)	6 (46,2)	17 (44,7)	96 (57,5)
Ensino superior	1 (1,7)	0 (0,0)	3 (8,8)	0 (0,0)	12 (31,6)	16 (9,6)
Situação Familiar						
Convive com companheiro; com ou sem filhos	4 (6,8)	6 (26,0)	6 (17,7)	0 (0,0)	23 (60,5)	39 (23,4)
Convive com familiares, sem companheiro	53 (89,8)	17 (73,9)	26 (76,5)	13 (100,0)	15 (39,5)	124 (74,2)
Convive com outras pessoas sem laços conjugais/ vive só	2 (3,4)	0 (0,0)	2 (5,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (2,4)
Status Profissional						
Ativa	3 (5,1)	2 (8,7)	3 (8,8)	1 (7,7)	35 (92,1)	44 (26,3)
Inativa	45 (76,3)	19 (82,6)	23 (67,6)	5 (38,5)	0 (0,0)	92 (55,1)
Nunca trabalhou	11 (18,6)	2 (8,7)	8 (23,5)	7 (53,8)	3 (7,9)	31 (18,6)
Renda						
Até 1 SM	18 (30,5)	12 (52,1)	12 (35,3)	3 (23,1)	1 (2,6)	46 (27,6)
Mais de 1 a 3 SM	39 (66,1)	10 (43,4)	16 (47,1)	9 (69,3)	31 (81,6)	105 (62,8)

Mais de 3 a 5 SM	2 (3,4)	1 (4,3)	4 (11,8)	1 (7,7)	4 (10,5)	12 (7,2)
Mais de 5 SM	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,9)	0 (0,0)	2 (5,3)	4 (2,4)
Total	59 (35,3)	23 (13,8)	34 (20,4)	13 (7,8)	38 (22,8)	167 (100)

SM: Salário Mínimo; ESQ: Esquizofrênicos; DEP: Depressivos; TH: Transtornos de humor; TM: Outros transtornos mentais.

Tabela I - Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa com transtorno mental acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial e sem transtorno mental de uma Unidade Básica de Saúde. Teresina, Piauí, 2015.

O excesso de peso foi evidenciado em 73,1% (n=122) do total de participantes. Ao compararem-se os grupos, maiores percentuais foram apresentados pelos indivíduos esquizofrênicos (84,4%, n=51), depressivos (87,0%, n=20) e com outros transtornos de humor (88,20%, n=30), como mostra a Tabela II.

Grupos de indivíduos	Excesso de peso						Valor de p
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Com transtornos mentais							
Esquizofrênicos	51	84,4	8	13,6	59	100	<0,01
Depressivos	20	87,0	3	13,0	23	100	
Outros TH	30	88,2	4	11,8	34	100	
Outros TM	8	61,5	5	38,5	13	100	
Sem transtornos mentais	13	34,2	25	65,8	38	100	
Total	122	73,1	45	26,9	167	100	

TM: Transtornos mentais; TH: Transtornos de humor. Análise estatística realizada através do teste Qui-Quadrado.

Tabela II - Excesso de peso dos participantes com transtorno mental acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial e sem transtorno mental de uma Unidade Básica de Saúde. Teresina, Piauí, 2015.

Quando se compararam as médias do IMC entre os grupos, foram observadas diferenças significativas entre indivíduos esquizofrênicos ($\bar{X}=31,6$, $p<0,01$), depressivos ($\bar{X}=31,2$, $p<0,01$) e com outros transtornos de humor ($\bar{X}=31,0$, $p<0,01$) em relação à população sem transtornos (Tabela III).

Variáveis	Média do IMC	p valor	IC 95%
Sem TM	25,5		23,57 - 27,45
Esquizofrênicos	31,6 [*]	< 0,01	29,84 - 33,42
Depressivos	31,2 [*]	< 0,01	28,92 - 33,54
Outros TH	31,0 [*]	< 0,01	29,17 - 33,03
Outros TM	26,0	0,876	22,87 - 29,21

TM: Transtornos mentais; IMC: Índice de massa corporal; TH: Transtornos de humor. Análise estatística utilizando ANOVA seguida de Tukey, * valor de $p < 0,05$ em comparação ao grupo sem transtorno mental.

Tabela III - Médias de índice de massa corporal (IMC) entre os grupos de indivíduos com transtorno mental acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial e sem transtorno mental de uma Unidade Básica de Saúde. Teresina, Piauí, 2015.

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo apontou uma maior frequência de transtornos mentais entre as mulheres, o que pode ser justificado pela maior procura de atendimento em saúde por esse grupo (MIRANDA,2008). Além disso, a população psiquiátrica apresentou menor escolaridade e menor nível econômico quando comparada à população geral, com tem sido apontado por outros estudos (ADAMOLI, 2009;; KASPPER, 2014; LUCCHESI,2014). O baixo nível de escolaridade está relacionado à maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, bem como à menor remuneração, o que pode influenciar no bemestar psíquico do indivíduo (VASCONCELOS,2012)

Alguns determinantes relacionados à alta prevalência de transtornos mentais incluem o desemprego, condições precárias de moradia e dificuldade no acesso de bens de consumo (SANTOS,2010). No presente estudo, maior renda familiar se mostrou um fator de proteção contra sintomas de depressão mental.

Em relação à idade, indivíduos entre 25 a 54 anos são os mais vulneráveis a ocorrência de transtornos mentais, o que provoca grande impacto na economia, pois constituem a maior parte da população economicamente ativa (SANTOS,2010).

Sabe-se da relevância isolada do excesso de peso e dos transtornos mentais para a saúde pública, condições clínicas que apresentaram um crescimento alarmante de suas prevalências nas últimas décadas. Além disso, embora existam controvérsias, a literatura demonstra a relação bilateral existente entre esses dois agravos(THOMPSON,1192; MARTIN-LÓPEZ,2011), fato que pode indicar um prognóstico preocupante (DE SORDI,2015).

O atual estudo evidenciou maior prevalência de excesso de peso na população psiquiátrica (84,4% nos esquizofrênicos, 87% nos depressivos e 88,2% nos que apresentavam outros transtornos de humor) quando comparada à população sem transtornos mentais (34,2%), corroborando outras investigações (DAVIDSON,2001;

GLADIGAU,2014). Esses transtornos favorecem o desenvolvimento da obesidade, assim como esta aumenta a frequência dos transtornos mentais. Os principais mecanismos para tal implicação incluem a desregulação do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal e o uso de antipsicóticos (DE SORDI,2015; MELCA,2014).

A obesidade, ao desregular o eixo hipotálamo-pituitário-adrenal, produz um aumento na secreção de cortisol, provocando oscilações de humor, alteração da autoimagem e insatisfação corporal (MELCA,2014). Ademais, embora não existam explicações genéticas ou fisiológicas satisfatórias para a grande variabilidade interindividual quanto à capacidade de ganho de peso pelo uso de medicações (LEITÃO-AZEVEDO,2007) , o uso de antipsicóticos pode aumentar o peso e ocasionar outros efeitos adversos, demonstrando a implicação dos psicofármacos nos distúrbios metabólico (DE SORDI,2015).

O efeito no ganho ponderal em indivíduos que utilizam antipsicóticos pode ser explicado por esses medicamentos estimularem o apetite e a preferência por alimentos doces ou gordurosos, atuando de forma direta sobre sistemas metabólicos e centros nervosos ligados ao controle da saciedade e do peso. Além disso, a medicação pode provocar sedação, favorecendo o sedentarismo, e ainda promover a recuperação da perda de peso ocasionada pelo transtorno mental (Teixeira,2006).

O próprio transtorno mental é considerado fator de risco para comorbidades como o excesso de peso e a obesidade abdominal, pois envolve um complexo conjunto de fatores de risco, sendo tais indivíduos mais susceptíveis a desenvolverem outras enfermidades(DE SORDI,2015).

A esquizofrenia, verificada como distúrbio mental mais frequente na presente pesquisa, é considerada o mais grave e intrigante da atualidade, e tem sido relacionado à suscetibilidade a muitos fatores de risco para doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia aterogênica e diabetes (LASIC, 2014).

Essa relação pode ser justificada pelo fato dos pacientes esquizofrênicos apresentarem uma vulnerabilidade associada a polimorfismos genéticos reguladores do comportamento alimentar e da saciedade, e estarem expostos ao uso de múltiplos medicamentos que promovem o ganho de peso corporal (NUNES,2014).

A superioridade do IMC observada entre os indivíduos esquizofrênicos do presente estudo pode estar associada à elevada ingestão de calorias, sódio e colesterol, e ao baixo consumo de α -tocoferol e fitoesteróis (NUNES,2014). Embora o estudo não abordasse a avaliação do consumo alimentar dos participantes, presume-se que o aumento do peso corpóreo esteja relacionado também às alterações no comportamento alimentar.

Por certo, modificações na personalidade e comportamento de indivíduos esquizofrênicos ocorrem nos mais diferentes níveis. Alterações do comportamento social, desinteresse por atividades e passatempos, negligência no autocuidado e existência de ideias delirantes são alguns fatores que, aliados à falta de motivação e não adesão ao regime terapêutico, dificultam ainda mais o tratamento do transtorno e suas comorbidades,

tendo em vista a dependência familiar a que esses pacientes estão submetidos (CARVALHO,2014).

Ademais, indivíduos com transtornos mentais desenvolvem forte dependência em relação aos serviços de saúde, o que revela a importância dos serviços especializados e a necessidade de contínua atenção dos profissionais que neles atuam (NASCIMENTO,2013; MAINARDE,2014).

É fundamental que o incentivo à promoção da saúde para esses pacientes seja priorizado de forma vigorosa, devido à elevada taxa de morbimortalidade. A partir desses resultados, salienta-se a necessidade da integralidade do cuidado, que deve ir além do próprio transtorno, atendendo às outras demandas de saúde, socioambientais e familiares, assim como, o planejamento de ações voltadas à saúde mental no sentido de favorecer a diminuição dos riscos de morbimortalidade tão crescente neste público (DE SORDI,2015).

As medidas de controle e prevenção dos riscos modificáveis, especialmente a melhoria na alimentação e incentivo a um estilo de vida saudável, consistem em estratégias importantes que devem ser utilizadas a fim de reduzir os efeitos da relação bilateral existente entre o excesso de peso e transtornos mentais. Algumas limitações podem ser destacadas no presente estudo, como a impossibilidade de realizar observações específicas de fatores condicionantes do excesso de peso, tais como consumo alimentar e uso e tempo de uso de antipsicóticos. Ressalta-se ainda que o estudo não investigou hábitos de vida, como atividade física, uso de álcool e outras drogas.

5 | CONCLUSÃO

Evidencia-se a superioridade de excesso de peso na população psiquiátrica quando comparada à população sem transtornos mentais, especialmente em esquizofrênicos e depressivos, sugerindo a necessidade de melhorias do monitoramento precoce da condição clínica geral desses pacientes.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

Adamoli A, Azevedo MR. **Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento.** Ciênc Saúde Colet. V.14, n.1, p.243-51, 2009.

Carvalho JC, Freitas PP, Leuschner A. **O doente com esquizofrenia e com filhos.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, v.12, p. 9-16,2014.

Davidson S, Judd F, Jolley D, Hocking B, Thompson S, Hyland B. **Cardiovascular risk factors for people with mental illness.** Aust N Z J Psychiatry. v. 35, n.2, p. 196-202,2001.

De Sordi LP, Bigatto KRS, Santos SG, Machado AL. **Comorbidades em usuários de um serviço de saúde mental.** *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n.esp2, p.89-94, 2015.

Duarte ACG. **Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais.** São Paulo: Atheneu, 2007.

Fowler-Brown AG, Ngo LH, Wee CC. **The relationship between symptoms of depression and body weight in younger adults.** *Obesity*. V.20, n.9, p.1922-8, 2012.

Gladigau EL, Fazio TN, Hannam JP, Dawson LM, Jones SG. **Increased cardiovascular risk in patients with severe mental illness.** *Intern Med J*. v.44, n. 1, p. 65-9, 2014.

Gomes FA. **Comorbidades clínicas em psiquiatria.** São Paulo: Atheneu, 2012.

Marie NG, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. **Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.** *Lancet*.v.384, n. 9945, p.766-81, 2014.

Kasper LS, Schermann LB. **Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuários de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS.** *Aletheia*. N.45, p.168-76,2014.

Lasic D, Bevanda M, Bošnjak N, Uglešić B, Glavina T, Franić T. **Metabolic syndrome and inflammation markers in patients with schizophrenia and recurrent depressive disorder.** *Psychiatr Danub*. p. 26, n.3, p.214-9, 2014.

Leitão-Azevedo CL, Guimarães LR, Lobato MI, Belmonte-de-Abreu P. **Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia.** *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*. v. 34, n.Supl, p.184-8,2007.

Lin HY, Huang CK, Tai CM, Lin HY, Kao YH, Tsai CC, et al. **Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment.** *BMC Psychiatry*, v.13, n.1, p.1-8, 2013.

Lucchese R, Sousa K, Bonfin SP, Vera I, Santana FR. **Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária.** *Acta Paul Enferm*. V.27, n. 3,p.200-7.2014.

Mainarde DC, Matos PCN, Zanetti ACG, Reisdorfer E, Miguel TLB. **Atendimento ao indivíduo com transtorno mental: perspectiva de uma equipe da estratégia de saúde da família.** *Rev Baiana Enferm*.v.28, n. 1, p.: 69-78, 2014.

Martín-López R, Pérez-Farínós N, Hernández-Barrera V, Andres AL, Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R. **The association between excess weight and self-rated health and psychological distress in women in Spain.** *Public Health Nutr*. V.14, n.7, p.1259-65,2011.

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: Ministérios da Saúde; 2012. Disponível em: https://www.ip.usp.br/site/wp-content/uploads/2019/09/9_CNS_466_12.pdf. Acessado em 24 de março de 2021.

Melca IA, Fortes S. **Obesidade e transtornos mentais: construindo um cuidado efetivo.** *Revista HUPE*. v.13, n. 1, p. 18-25,2014.

Miranda CA, Tarasconi CV, Scortegagna SA. **Estudo epidêmico dos transtornos mentais.** Aval Psicol. V.7, n.2, p.249-57,2008.

Nascimento YCML, Brêda MZ, Santos RM, Lima KRS. **Concepções sobre a identidade social da pessoa em sofrimento mental nos estudos de enfermagem.** Cogitare Enferm.v.18, n. 1, p.102-8, 2013.

Nunes D, Eskinazib B, Rockettb FC, Delgadod VB, Perry IDS. **Estado nutricional, ingesta alimentaria y riesgo de enfermedad cardiovascular en individuos con esquizofrenia en el sur de Brasil: estudio de casos-controles.** Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc). V.7, n.2, p.72-9,2014.

Organização Mundial da Saúde. CID-10: **classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** eE CORREIA, M.G.S.sm se mostrado matperiiizaça alimentaçRA, R.S.; NASCIMENTO, R.M.S.; CORREIA, M.G.S.São Paulo: Universidade de São Paulo; 10ª revisão.1997.

Paffer AT, Ferreira HS, Cabral J, Cyro R, Miranda CT. **Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status.** Med J. v.130, n.2, p.84-91, 2012.

Santos EG, Siqueira MM. **Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009.** J Bras Psiquiatr., v.59, n.3, p. 238-46, 2010.

Silva TM, Aguiar OB, Fonseca MJM. **Associação entre sobrepeso, obesidade e transtornos mentais comuns em nutricionistas.** J Bras Psiquiatr. v.64, n.1, p.24-31, 2015.

Teixeira PJR, Rocha FP. **Efeitos adversos metabólicos de antipsicóticos e estabilizadores de humor.** Rev Psiquiatr., v.28, n.2, p. 186-96,2006.

Thompson SK. **Sampling.** New York: John Wiley, 1992.

Vasconcelos-Rocha S, Almeida MMG, Araújo TM, Rodrigues WKM, Santos LB, Virtuoso-Júnior JS. **Prevalência de desórdenes mentales comunes en individuos de tercera edad, residentes en un municipio del Noreste de Brasil.** Rev Salud Pública, v.14, n. 4, p. 620-9, 2012.

World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity.** Geneva: WHO; 1998. Disponível: em https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/. Acessado em 24 de março de 2021.

Zhao G, Ford ES, Li C, Tsai J, Dhingra S, Balluz LS. **Waist circumference, abdominal obesity, and depression among overweight and obese U.S. adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2006.** BMC Psychiatry.v.11, n.:11, p.130, 2011.

CAPÍTULO 13

SAÚDE MENTAL NA PRÁTICA

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 15/04/2021

Yana Camila Brasil Marques

EEEP Francisca de Albuquerque Moura
Curso Técnico em Enfermagem
Cedro – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9906207366340872>

Edinasio Paulo do Nascimento

EEEP Professor Emmanuel Oliveira de Arruda
Coelho – Gestão Escolar
Granja – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0977527780843564>

RESUMO: A Saúde Mental no Brasil ainda é um tema cheio de estigmas pela sociedade brasileira. Apesar de haver a luta anti - manicomial há 30 (trinta) anos, ainda existem muitos preconceitos da população, da família de clientes em sofrimento psíquicos e até mesmo destes indivíduos que não tem seus direitos e suas autonomias respeitadas. O presente trabalho foi desenvolvido durante o primeiro estágio curricular do 3º ano do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Estadual de Educação Profissional Professor Emmanuel Oliveira de Arruda Coelho no município de Granja – Ceará, na área de Saúde Mental. O objetivo é de divulgar as atividades realizadas durante o estágio em Saúde Mental no CAPS II de Granja. No decorrer no estágio, foram desenvolvidas atividades de ludoterapia, musicoterapia, como: a Sala de Espera Animada – SEA, a Calçada Amiga – CAMI (idealizadas/inspiradas no método

de trabalho do médico americano Patch Adams) e atividades que desenvolvessem a humanização dos alunos no serviço e nos atendimentos para com os usuários do serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Enfermagem; Ludoterapia; Humanização; Estágio.

MENTAL HEALTH IN PRACTICE

ABSTRACT: Mental Health in Brazil is still a theme full of stigmas by Brazilian society. Although there has been an anti - manicomial fight for thirty (30) years, there are still many prejudices of the population, the family of suffering clients and even those individuals who do not have their rights and autonomy respected. The present work was developed during the first curricular stage of the 3rd year of the Technical Course in Nursing in School of Professional Education Professor Emmanuel Oliveira of Arruda Coelho in the Granja of Ceará in the area of Mental Health. The objective is to disclose the activities carried out during the Mental Health Internship in the CAPS II of a municipality of Granja. In the course of the internship, activities of ludoterapia and music therapy were developed, such a Sala de Espera Animada - SEA, Calçada Amiga - CAMI (idealized / inspired by the method of work of the American Doctor Patch Adams) and activities that developed the humanization of students in the service and in the consultations with the users of the service.

KEYWORDS: Mental health; Nursing; Ludoterapia; Humanization; Internship.

1 | INTRODUÇÃO

A Saúde Mental do século XXI está muito diferente da do século passado, antigamente as pessoas tidas como “loucas” eram enclausuradas em hospitais psiquiátricos e até mesmo nos fundos das casas dos familiares e tratadas como animais, algumas viviam amarradas, sem comida, sem uma higiene favorável.

Nos hospitais, a realidade não era tão diferente, pessoas eram amarradas nas camas e ali mesmo faziam suas necessidades fisiológicas, sem falar nos tratamentos tidos como eficientes e necessários para o tratamento como: choqueterapia, lobotomia, insulinoaterapia, ... Essas pessoas tinham seus direitos violados, sua dignidade, sua autonomia. E, há trinta anos, isso vem mudando, com a Reforma Psiquiátrica – Luta Anti-Manicomial, com a redução progressiva dos hospitais psiquiátricos e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Hospitais Dia, Residências Terapêuticas... Esses pacientes estão voltando a viver, estão voltando ao convívio com a sociedade. Se, em tempos atrás, o tratamento era praticamente a base de medicamentos, hoje, além dos medicamentos, existem as rodas de conversas terapêuticas, artesanatos, aulas de canto, teatro, dança e várias outras atividades que ajudam os usuários do serviço a se expressarem, a desenvolverem um relacionamento com o próximo, a serem independentes e principalmente, a se inserirem na sociedade, um direito que lhes foi proibido e apesar de tantos avanços ainda possui muitas dificuldades devido aos estigmas e preconceitos.

O presente estudo foi elaborado com o intuito de divulgar as atividades desenvolvidas durante o Estágio Curricular do 3º Ano do Curso Técnico em Enfermagem em Saúde Mental da EEEP Professor Emmanuel Oliveira de Arruda Coelho. O estágio iniciou em 08 de Maio de 2017 e encerrou em 15 de Dezembro de 2017, houve 05 (cinco) equipes que estagiaram durante seis semanas no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II em Granja - Ceará.

O estigma ainda presente na sociedade acerca do cuidado em saúde mental e principalmente para com o paciente motivaram a realização do estudo.

Das diferentes atividades desenvolvidas entre a professora e os alunos, ocorreram atividades em que os alunos participaram ativamente como a Sala de Espera Animada – SEA e Calçada Amiga – CAMI, além de outras prestações de serviços para com o cliente em sofrimento psíquico e o familiar/acompanhante/cuidador.

A justificativa do trabalho foi de observar se as atividades propostas colaboraram aos pacientes em sofrimento psíquico a interagirem com o próximo, se ajudaram a diminuir ou extinguir o preconceito que a sociedade tem em relação ao tratamento em Saúde Mental e ao paciente com problemas mentais, além de averiguar se as atividades propostas desenvolveram a humanização dos alunos/estagiários.

Como Objetivo Geral de Identificar as atividades realizadas/a rotina durante o Estágio Curricular em Saúde Mental do 3º Ano do Curso Técnico em Enfermagem, e como Específicos: Listar a rotina dos alunos desenvolvida durante o estágio em Saúde Mental

no CAPS II; Divulgar a ação Calçada Amiga – CAMI e Difundir a ação Sala de Espera Animada – SEA.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Reforma Psiquiátrica No Brasil

Ao final da II Guerra Mundial, vários movimentos de contestação do saber e práticas psiquiátricas se faziam notar no cenário mundial, dos quais se destaca a Psiquiatria de Setor na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e a Psiquiatria Preventiva nos EUA. Eram movimentos de “reforma” da assistência psiquiátrica no sentido de apontarem para um rearranjo técnico-científico e administrativo da Psiquiatria, sem a radicalidade da desinstitucionalização, proposta pelo movimento italiano, a partir de 1960. (ROTELLI, *et. al.*, 1990)

Compreendemos, portanto, a Reforma Psiquiátrica como um *movimento*, um processo histórico que se constitui pela crítica ao paradigma psiquiátrico clássico e pelas práticas que transformam/superam esse paradigma, no contexto brasileiro, a partir do final da década de 1970. Apresenta-se fundamentalmente como crítica à conjuntura nacional do sistema de saúde mental e, principalmente, como crítica estrutural à “instituição” - psiquiatria. Como processo histórico, insere-se numa totalidade complexa e dinâmica, portanto, também determinado nacionalmente pelo processo de redemocratização em curso no País a partir daquela época. (AMARANTE, 1995).

2.2 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, o mais antigo modelo de cuidado ao portador de sofrimento psíquico, surgem na intenção de que este sujeito doente seja visto a partir de outro paradigma, o da reabilitação psicossocial, entendida como uma ação ampliada, que considera a vida em seus diferentes âmbitos: biológico, social, cultural, espiritual e familiar, objetivando, assim, a reinserção deste sujeito na sociedade. (SILVA, *et. al.*, 2011)

As relações sociais que se desenvolvem no interior do hospital psiquiátrico são dominantes, evidenciando a hierarquia, subordinação, exclusão, expropriação do saber e a divisão do trabalho e dos saberes em especialidades. A implantação do modelo psicossocial tem o objetivo de reinserir o portador de transtorno psíquico em suas atividades diárias, tornando possível a interação com a família e comunidade em geral. (SILVA, *et. al.*, 2011)

Desta forma, sob este novo olhar, surgem os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que se constituem em uma rede de atenção à saúde mental. Esta rede é constituída tanto pela atenção básica em saúde, como as unidades básicas de saúde, quanto pelos serviços especializados, incluindo ambulatorios de saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital-dia, serviços de urgência e emergência

psiquiátricas, leito ou unidade em hospital geral e serviços residenciais terapêuticos. (SILVA, *et. al.*, 2011)

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são serviços de atenção diária em saúde mental, de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico. Têm a responsabilidade de atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, trabalhando sob a lógica da territorialidade. Estes serviços são regulamentados pela portaria ministerial GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. (SILVA, *et. al.*, 2011)

O CAPS trabalha com equipe multiprofissional e as atividades desenvolvidas neste espaço são bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arteterapia, além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento. Neste serviço, a família é considerada como parte fundamental do tratamento, tendo atendimento específico (grupal ou individual) e livre acesso ao serviço, sempre que se fizer necessário. (SILVA, *et. al.*, 2011)

2.3 Humanização

Humanização é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Inserida no contexto da saúde, a humanização, muito mais que qualidade clínica dos profissionais, exige qualidade de comportamento. Dicionários da língua portuguesa definem a palavra humanizar como: tornar humano, civilizar, dar condição humana. Portanto, é possível dizer que humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre, só sendo promovida e submetida pelo próprio homem. (SIMÕES *et. al.*, 2007)

Para Freyre (2004) a humanização estabelece-se como construção de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos entre estes e os usuários na produção de saúde.

Para Vaitsman; Andrade (2005) a humanização é definida como a idéia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde. É tratar com ética e respeito, o próximo, com o objetivo de valorizar holisticamente a vida do ser com quem se trabalha, se participa, e principalmente, se cuida.

2.4 Descrição Metodológica

Trata-se de um relato de experiência de caráter descrito que descreve a vivência/rotina das atividades desenvolvidas pela professora orientadora do estágio em Saúde Mental do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Estadual de Educação Profissional Professor Emmanuel Oliveira de Arruda Coelho localizada no município de Granja no estado do Ceará no período de 08 de Maio de 2017 à 15 de Dezembro de 2017. Utilizou-se a metodologia participativa a qual propicia a articulação do aluno com os usuários do CAPS (HILDEBRAND, 2007). Essa metodologia pode ser compreendida como um processo

contínuo, não estático, onde se apresenta como alicerce para construção de um trabalho participativo, conjunto e que precisa ser adaptado a cada momento de acordo com a população almejada (KUMMER, 2007). Juntamente a metodologia participativa fez-se uso da metodologia alternativa (GODIN, 1999). Por compreender que o ensino e nesse caso, o ensino de práticas de saúde transmitido através de dinâmicas, jogos e desafios, pode provocar uma assimilação de conceitos de forma mais efetiva e contínua e essa prática saudável pode ocorrer através de ações ou discussões sobre o assunto. (YAMAZAKI; YAMAZAKI, 2006).

Para esse trabalho utilizou-se da primeira etapa de sensibilização e mobilização, da segunda etapa de diagnóstico participativo e a terceira de execução das atividades.

A partir da metodologia alternativa é possível coletar informações por meio de observação das interações grupais partindo de três temáticas. Nas ações desenvolvidas abordou-se a humanização, empatia e respeito para com o próximo no objetivo de extinguir o preconceito dos alunos para com o cliente em sofrimento psíquico.

3 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Concomitante a essas temáticas foram verificadas as pressões arteriais, realizado orientações acerca da Hipertensão e Hipotensão, além de hábitos saudáveis de alimentação dos pacientes e acompanhantes; Desenvolvimento da Calçada Amiga – CAMI e da Sala de Espera Animada – SEA e Ludoterapia, além de os alunos desenvolverem atividades de prestação de serviços no Setores da Farmácia, Recepção e auxiliarem a Enfermeira em procedimentos diversos.

Ao final do estágio, foi desenvolvido o relatório final/portfólio, relato de experiência constando as atividades elaboradas, documentos fotográficos e cinematográficos das ações, estes com autorização dos participantes.

A pesquisa foi realizada no município de Granja no do interior do Ceará na Escola Estadual de Educação Profissional Professor Emmanuel Oliveira de Arruda Coelho e no CAPS II. Desse local (Escola) se deu devido o mesmo possuir o Curso Técnico em Enfermagem e estar desenvolvendo desde o mês de Maio do respectivo ano (2017), o primeiro estágio curricular em Saúde Mental. E, quanto ao CAPS II ser o local de estágio em Saúde Mental escolhido pela Escola.

O presente estudo foi cadastrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) e encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA - em Sobral - CE. Além disso, foi solicitada a anuência do Diretor do local de estudo (Escola Profissionalizante) para a realização da pesquisa e da Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial II.

O estágio em Saúde Mental iniciou em 08 de Maio de 2017 e encerrou dia 15 de Dezembro de 2017, o estágio ocorria de segunda à sexta no período matutino de 07h30 às

11h30. Ao todo foram 05 (cinco) equipes que estagiaram no CAPS II, totalizando 37 (trinta e sete) alunos de idades entre 17 e 18 anos.

O estágio iniciava às 07h30, primeiramente, os alunos assinavam as frequências em seguida, a orientadora, repassava as orientações do dia e/ou algum texto ou atividade altruísta breve para ser desenvolvida com os alunos até às 08h.

A Calçada Amiga – CAMI foi idealizada seguindo os passos do método de trabalho do médico americano Patch Adams e era realizada inicialmente, uma vez na semana, nas sextas-feiras, a partir da terceira semana de estágio era realizada três vezes na semana (quarta-feira, quinta-feira e sexta-feira). Iniciava-se às 07h45 e encerrava-se às 08h. Os alunos e a professora orientadora do estágio ficavam na calçada em frente ao CAPS II distribuindo abraços, sorrisos e desejos de bom dia para a população sempre com uma música animada de fundo, com balões coloridos, mini alto falante, apitos, etc. O intuito principal era de mostrar à população que o tratamento desenvolvido no CAPS II, o tratamento em Saúde Mental, não devia ser visto como um tabu, como algo hostil. Através dessa atividade havia tentativas de diminuir o preconceito para com a Saúde Mental e com o paciente em sofrimento psíquico, além de ajudá-lo na reinserção na sociedade.

Às 08h, iniciava-se a Sala de Espera Animada – SEA que também foi idealizada seguindo os passos do método de trabalho do médico americano Patch Adams e se dividia em quatro etapas: 1ª Etapa: Abordagem explicando a atividade de acolhimento e os benefícios aos clientes e acompanhantes do CAPS II que buscavam atendimento no dia. Depois de serem convidados, todos faziam alongamentos simples; 2ª Etapa: Dança (forró pé de serra, lambada, festa junina) com todos (alunos, funcionários, clientes e acompanhantes) que estavam na Sala de Espera; 3ª Etapa: Desejos de Bom dia com distribuição de abraços e sorrisos para todos que estavam presentes no estabelecimento e 4ª e última Etapa: Palestra Educativa (com temas de Saúde que eram escolhidos para serem estudados pelos alunos anteriormente, e estes temas eram difundidos por uma semana, entre os temas estudados estavam: Hipertensão e Hipotensão; Tabagismo; Higiene Oral e Corporal; Doenças Psicossomáticas e Prevenção ao Suicídio).

Nas duas últimas semanas de estágio, todos os temas eram ministrados em um único dia (todos os alunos, se revezavam e palestravam sobre esses assuntos), durante toda a semana. O objetivo principal da SEA era de mostrar à sociedade que a pessoa em sofrimento psíquico é capaz de se divertir e de se relacionar com as pessoas à sua volta.

A SEA pode ser tida como uma atividade que combate o estigma social, o de que todo paciente com transtorno mental é perigoso e que não pode/deve se relacionar com as pessoas. A Sala de Espera Animada – SEA era realizada diariamente, de segunda-feira à sexta-feira no período de 08h00 às 08h30.

Quando encerrava-se a SEA, os alunos eram divididos em Setores:

- Farmácia – com o objetivo de conhecer a rotina e auxiliar no que

- fosse necessário;
- Recepção – conhecer a rotina e auxiliar no acolhimento e na parte burocrática;
- Sala da Enfermeira – acompanhar a consulta e auxiliar a Enfermeira em procedimentos diversos;
- Função Volante – aferir pressões arteriais, bem como orientar acerca da Hipertensão e Hipotensão e sobre Alimentação Saudável;
- Sala da Artesã – auxiliar a artesã em atividades de ludoterapia com crianças, adolescentes e adultos que buscavam o serviço, bem como ajudá-la a fazer artesanatos;
- Havia também um momento de conversa com a Psicóloga e a Assistente Social, estas explicando como eram desenvolvidos o trabalho nestas duas áreas.

Ao término das atividades nos referidos setores, os alunos tinham uma fala crítica reflexiva acerca de suas desenvolvuras no dia de estágio, apresentando pontos positivos e negativos de sua postura profissional diária. Após o debate, havia algumas atividades altruístas de reflexão e de desenvolvimento da Inteligência Emocional dos alunos, como leituras de textos e debates, dinâmicas, dramatizações com foco na empatia e humanização, além de estudos de transtornos mentais e filmes (atividade de casa).

O estágio tinha duração de vinte horas semanais, tendo sido realizado durante o período de seis semanas, neste campo. Ao término do estágio, cada aluno fazia sua autoavaliação, refletindo e evidenciando seu desenvolvimento além de compartilhar sua experiência com a professora orientadora.

Os relatos de vivência durante este período foram gratificantes, pois a maioria chegava ao local de estágio, com a percepção errônea de que o tratamento para com o doente mental era baseado no modelo hospitalocêntrico (antes da reforma psiquiátrica) e durante os dias de estágio e no decorrer das atividades/rotina foram mudando essa percepção. A maioria dos estudantes considerou o CAPS II como o local de estágio que mais trabalha a humanização e empatia e tido este, como o melhor local de estágio. Além, de relatarem que perceberam um crescimento significativo tanto na vida profissional quanto na vida pessoal durante e após o estágio em Saúde Mental. Todavia, alguns alunos que passaram pelo CAPS II não se identificaram/gostaram do local de estágio seja pelas atividades desenvolvidas, seja pela afinidade na área.

Por fim, as atividades propostas e desenvolvidas durante o estágio em Saúde Mental foram realizadas com êxito, pois além da percepção e contribuição para a vida dos estudantes, houve a satisfação e gratidão dos clientes do serviço.

4 | CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivo relatar a experiência de estágio em Saúde

Mental no Curso Técnico em Enfermagem e servir como guia de atividades para os iniciantes nesta área de atuação e/ou como um instrumento em defesa da Luta Antimanicomial que através dessa rotina, conseguiu-se diminuir o preconceito para com a Saúde Mental, reinserir o cliente em sofrimento psíquico na sociedade e principalmente, reduzir o preconceito para com o tratamento no CAPS.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 1995.

BACKES, Marli Terezinha Stein. et al, **Apoio à decisão do paciente submetido à cirurgia**. Revista Nursing. N° 70.p. 43. 2004.

CALOMÉ, Isabel Cristina dos Santos. Et al. **O idoso sob a ótica de um grupo de Agentes Comunitários de Saúde** - (ACSs) Revista Nursing. N° 67. p. 24. 2003.

FINDLAY, Eleide Abril Gordon et al. **Guia para a Elaboração de Projetos de Pesquisa**. 1º ed. Joinville-SC: UNIVILLE. Atualizada. 2006. p.20.

FREYRE, K. (2004). **Era uma vez: Laboratório de Sonhos**. Recife: Editora Universidade de Pernambuco. UPE.

HILDEBRAND, Gilberto. **Interação e Desenvolvimento Social**. In: II Encontro de Extensão - UDESC. 2007. Disponível em: <www.udesc.br/.../encontro_de_extensao_2006_apresen...>. Acesso em: 10 de Outubro 2017.

KESSLER, Marciane; et al. **A Educação em Saúde como Instrumento para Prevenção de Doenças Cardiovasculares na População Masculina**. Relato de Experiência.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria Andrade. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6º ed. São Paulo - SP. Atlas. 2002. p. 15 - 32.

OLIVEIRA, Alice, G.B; ALESSI, Neiry P. **O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais**. Rev Latino-am Enfermagem 2003 maio-junho; 11(3):333-40

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Kely V.L.G; MONTEIRO, Ana R.M. **A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem**. Rev Esc Enferm USP 2011;45(5):1237-42

SIMÕES, ALA; RODRIGUES, FR; TAVARES, DMS; RODRIGUES, LR. **Humanização na Saúde: Enfoque na atenção primária**. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(3):439-44.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D; RISIO C. **Desinstitucionalização, uma outra via.** A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. São Paulo (SP): Hucitec; 1990.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rivieres Borges de. **Satisfação e Responsividade: Formas de Medir a Qualidade e a Humanização de Assistência à Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 10(3): 599 – 613, 2005

VILLELA,S.C; SCATENA,M.C.M. **A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental.** Rev Bras Enferm. 2004;57(6):738-41

ZERBETTO, Sonia Regina; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. **O Trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental.** Ver Latino am-Enfermagem 2005 janeiro-fevereiro; 13 (1):112-7 – www.eerp.usp.br/rlae

YAMAZAKI, Sérgio Choiti; YAMAZAKI, Regiani Magalhães de Oliveira. **Sobre ousos de metodologias alternativas para ensino-aprendizagem de ciências.** In: Educação e Diversidade na Sociedade Contemporânea. Ed. COELHO, N. 2006. Disponível em: <<http://fisica.uems.br/profsergiochoitiyamazaki/t5p2metodologias.pdf>>.

CAPÍTULO 14

SEGURIDADE SOCIAL NA PERSPECTIVA DO DIREITO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/07/2021

Vinicius de Oliveira

Egresso do Curso de Direito da Universidade do Vale do Itajaí, SC

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

Docente e pesquisadora da Escola de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí, SC

RESUMO: Objetivo: Verificar como o Direito compreende a Seguridade Social, analisando-se artigos publicados pela Revista de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais no recorte 1988-1998. **Métodos:** elaboração da pergunta de pesquisa e eleição de descritores; execução da busca no inteiro teor de todos os artigos publicados pela revista no período selecionado; e escolha dos artigos que mencionam ambos os descritores ao menos uma vez. **Resultados:** Foram encontrados, no total, 11 artigos que atendiam à metodologia adotada. **Conclusões:** Apesar de diversos autores apenas mencionarem a seguridade social como norma integrante da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o conceito adotado nos artigos coaduna-se com o previsto no artigo 194 da Carta Magna. Contudo, apesar de não ter sofrido grandes alterações conceituais até a presente data, a seguridade social é, atualmente, compreendida, implementada e subsidiada de forma mais ampla e complexa que na data dos artigos selecionados.

PALAVRAS-CHAVE: Carta Magna; Bens Jurídicos; Saúde.

SOCIAL SAFETY FROM THE LAW PERSPECTIVE: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Objectives: This literature review aimed to verify how the Law comprises Social Security, analyzing articles published by the “Revista de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais” in the period between 1988 and 1998. **Methods:** elaboration of the research question and election of descriptors; execution of the search in full content of all articles published by the magazine in the selected period; and choosing articles that mention both descriptors at least once. **Results:** In total, 11 articles were found that met the adopted methodology. **Conclusions:** Although several authors only mention social security as an integral norm of the Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988, the concept adopted in the articles is consistent with the provisions of article 194 of the Brazilian Constitution. However, although it has not undergone major conceptual changes to date, social security is currently understood, implemented, and subsidized in a broader and more complex way than on the date of the selected articles.

KEYWORDS: Constitution; Legal Assets; Health.

INTRODUÇÃO

A presente revisão de literatura pretende aproximar as disciplinas de Direito e Medicina, para verificar como o Direito compreende a Seguridade Social, através da leitura de artigos

publicados na Revista de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no período compreendido entre 1988 e 1998. Para compreender o comportamento jurídico em relação ao tema proposto, é necessário entender a importância da intersecção entre estas tão diferentes áreas do conhecimento humano.

O Direito, como ciência humana, pode ser entendido como “um conjunto de normas de conduta social, imposto coercitivamente pelo Estado, para a realização da segurança, segundo os critérios de justiça” (NADER, 1999, p. 90-91). As normas pelo direito produzidas definem os procedimentos a serem seguidos pelos cidadãos da sociedade na qual estão inseridos, incluindo-se limitações, obrigações e proibições (NADER, 1999). Essa disciplina não é estática, mas fluida, se adequando ao local no qual se encontra e às mudanças nela ocorridas.

A medicina, por sua vez, é a ciência da saúde modelada sobre o fenômeno saúde-doença com o qual interage para modificá-lo. Tanto a Medicina como o processo saúde-doença são unidades históricas, interdependentes, da relação homem-natureza, em âmbito individual, e da relação homem-sociedade, em âmbito coletivo. Essas relações são mediadas pela ciência, pela técnica, pela cultura e pelo estilo de pensamento específico de cada tempo histórico (COSMACINI, 2005).

A convergência das duas disciplinas torna-se relevante a partir do momento em que o Direito passa a elaborar normas que disciplinam e direcionam a Saúde, constitucionalmente garantida. Em contrapartida, a importância do estudo interdisciplinar, neste caso, se apresenta, ainda, na medida em que a Saúde necessita do direito para ser garantida e efetivada.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 revolucionou a forma como o Estado trata as questões relacionadas à saúde. Tal mudança foi motivada pela compreensão, pelos constituintes, da necessidade de reparação histórica. A dívida deixada pelo regime militar foi paga com a consagração de diversos direitos básicos e universais de cidadania (MARQUES; MENDES, 2005).

Ressalta-se, ainda, que as mudanças apresentadas na Constituição não se ativeram a questões relacionadas à saúde. Foi apresentado o instituto da Seguridade Social, que engloba a saúde pública, a assistência social e a previdência social (BRASIL, 1988). De acordo com o artigo 194 da referida lei, a seguridade é o conjunto de ações do poder público, que visam efetivar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

MÉTODOS

Trata-se de revisão de literatura, separada em cinco etapas. Optou-se por esta modalidade de revisão pelo seu potencial em sintetizar estudos teóricos e práticos, publicados sobre certa temática, bem como em produzir considerações gerais sobre o

tema de interesse (GANONG, 1987).

A primeira etapa correspondeu à pergunta de pesquisa e à escolha do período histórico: Como o Direito compreende a Seguridade Social, com base em artigos publicados na Revista de Direito da UFMG, no recorte temporal 1988-1998? A escolha por realizar a pesquisa a partir de 1988, se deu em razão de ser este o ano em que a Constituição Cidadã foi promulgada. Já o ano de 1998 foi eleito por representar o ano de implementação da Reforma do Aparelho do Estado, formulada entre 1995-1998, pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado do governo Fernando Henrique Cardoso, sob a expressiva liderança desempenhada pelo ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira (FERNANDES, 1999). Esta reforma estreitou o horizonte de proteção social na medida em que os cidadãos passaram a ser “menos protegidos ou tutelados pelo Estado, porém mais livres, [...] mais individualistas porque mais conscientes dos seus direitos individuais” (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 90).

Na segunda etapa foram escolhidos os descritores, saúde e seguridade social, com base na importância conferida pela Carta Magna a ambos. Como tópicos jurídicos que se interligam, sendo que o primeiro é parte do segundo, considerou-se a abordagem adequada para compreender o entendimento do Direito acerca da Seguridade Social.

Na terceira etapa, foi escolhida a revista da qual seriam extraídos os artigos a serem estudados. Utilizou-se a Revista de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, no período compreendido entre 1988 e 1998 e no idioma português. Já na quarta etapa, realizou-se a busca dos descritores, saúde e seguridade social, pesquisando no inteiro teor de todos os artigos publicados no mencionado período.

Posteriormente, na quinta etapa, foram escolhidos os artigos que mencionam, no corpo do texto, ambos os descritores pelo menos uma vez.

RESULTADOS

Para a coleta de dados foi construído um quadro descritivo para o registro dos seguintes itens: autor/ano, título, objetivo geral e considerações finais. (Quadro 1)

Foram encontrados, no total, 33 artigos que continham ao menos um dos descritores selecionados em todo o texto, sem analisar propriamente seus conteúdos. Posteriormente, foram selecionados apenas os artigos que mencionam, no corpo do texto, ambos os descritores pelo menos uma vez, chegando-se ao número de 11 textos.

Esta última etapa foi realizada deste modo por considerar-se a junção dos descritores uma melhor forma de direcionamento da temática ora pesquisada, uma vez que, como mencionado anteriormente, a saúde é englobada pela seguridade social.

Autor/Ano	Título	Objetivo do Texto	Considerações finais
Raul Machado Horta/1989	A Constituição Federal e o Poder Constituinte do Estado	Compreender a organização constitucional do Estado e as limitações ao poder estatal após a Constituição Federal de 1988.	“Ao expedir as normas que configuram a organização federal, a Constituição defere ao Estado o poder de organização própria, designando como fontes do poder autônomo de organização a Constituição e as leis estaduais.” (p.15)
Christian G. Caubert/1989	As Várias Cidadanias da Constituição de 1988	Expor e analisar as diferentes cidadanias contidos na Constituição Federal de 1988, que firmou os diversos direitos garantidos.	“Por outro lado, parece que se confirma a suspeita de haver diversas cidadanias no País. A cidadania privilegiada é a que possuirá as condições reais de exercer todas as prerrogativas e os direitos definidos pela Constituição.” (p.243)
Raul Machado Horta/1991	Estrutura, Natureza e Expansividade das Normas Constitucionais	Estudar certas características das normas constitucionais, comparando com legislações anteriores e conceituando a chamada constituição expansiva.	“A Constituição normativa não conflitará com a Constituição real. A coincidência entre a norma e a realidade assegurará a duração da Constituição no tempo.” (p.26)
Evamar Brito/1991	A Seguridade Social na Constituição de 1988	Examinar as disposições contidas na Constituição Federal de 1988 no que concerne à seguridade social.	“Em síntese, antes tínhamos no País um sistema de previdência social; agora, depois da promulgação da Nova Constituição, temos um sistema de seguridade social.” (p.150)
Raul Machado Horta/1991	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias	Compreender e analisar as normas de transição relativas à Constituição Federal de 1988, classificando-as.	“As normas transitórias amortecem a imediata aplicação do direito novo e asseguram a permanência de situações existentes.” (p. 193)
Misabel de Abreu Machado Derzi/1991	Repartição de Competências na Constituição Federal de 1988	Analisar como a Constituição Federal de 1988 distribuiu as competências da União, dos Estados e dos Municípios.	“A análise global da repartição de competência demonstra que a Constituição Federal inovou a repartição de competências consagrada nas Constituições Federais anteriores.” (p. 272)
José Alfredo de Oliveira Baracho/1991	Direitos e Garantias Fundamentais (Parte Geral) Direitos Invioláveis	Compreender a Teoria dos Direitos Invioláveis, Direitos e Liberdades Constitucionalmente Garantidos, analisando a CF de 1988.	“Ao examinarmos os direitos e as garantias consagrados no texto da Constituição brasileira, percebemos que eles estão inseridos nas preocupações que surgem no direito constitucional comparado, sendo que a maioria deles revela certa recepção temática.” (p. 314)

Raul Machado Horta/1991	Repartição das Receitas Tributárias - Finanças Públicas - Normas Gerais e Orçamentos	Examinar a maneira que a Constituição Federal de 1988 distribui as receitas tributárias, analisando as normas constitucionais concernentes aos orçamentos.	“Entretanto, nele, a lei deve perseguir a legitimidade, a efetividade, enfim a real participação da sociedade nos mecanismos de decisão. Não pode ser o instrumento da manutenção de privilégios de qualquer natureza (políticos, sociais e econômicos), mas perseguir a liberdade, a igualdade concreta e o desenvolvimento dentro dos rumos da justiça social.” (p. 397)
José de Mesquita Lara/1991	Do Processo Legislativo - Emenda à Constituição, Leis, Medida Provisória, Decreto Legislativo e Resolução	Analisar e compreender os institutos jurídicos da Emenda à Constituição, os diversos tipos de lei, as Medidas Provisórias, o Decreto Legislativo e as Resoluções.	“Assim, toda ação humana lícita, da qual origina-se uma situação jurídica, ou que modifique ou a extinga, é um ato de produção normativa, e, portanto, ato jurídico.” (p.481)
Sacha Calmon Navarro Coêlho/1995	Projeto de Reforma Tributária	Tecer um projeto de reforma tributária à legislação vigente.	-
Misabel Abreu Machado Derzi/1995	A Seguridade Social. Seus Problemas Financeiros e as Soluções na Constituição de 1988	Analisar os problemas e soluções acerca da forma de custeio da Seguridade Social na Constituição Federal de 1988.	“Para os problemas financeiros mais graves enfrentados pela Seguridade de Social no Brasil, vimos que a Constituição de 1988 previu soluções, que, em sua maioria, não foram sequer implantadas.” (p. 185)
Leonardo Nemer Caldeira Brant/1995	Direito ao Desenvolvimento e a Implementação dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais	Examinar o direito ao desenvolvimento e os direitos econômicos, sociais e culturais, com enfoque na contextualização histórica e na classificação de tais direitos	“O momento atual, contudo, é marcado por uma grave contradição entre o bem-estar proporcionado a uma reduzida parte da população mundial e o seu contraste na situação de miséria e pobreza da maioria dos seres humanos (sem distinção de sexo, cor, raça ou nacionalidade).” (p. 299)

Quadro 1. Informações sobre os artigos selecionados para o desenvolvimento da revisão.

DISCUSSÃO

Neste tópico serão tecidos comentários acerca dos textos selecionados, analisando criticamente cada um deles e buscando entender como o Direito compreende a chamada Seguridade Social, de acordo com os conceitos trabalhados pelos respectivos autores.

No artigo intitulado “A Constituição Federal e o Poder Constituinte do Estado”, de autoria do Professor Doutor Raul Machado Horta, busca-se compreender as mudanças trazidas pela nova Carta Magna de 1988 no que concerne à organização estatal. O mencionado texto apenas menciona a seguridade social quando trata do conjunto de normas centrais trazido pela Constituição Federal de 1988, elencando seus objetivos.

Porém, aguça a curiosidade do leitor sobre de que modo se efetivaria a implementação das normas descritas.

O artigo de título “As Várias Cidadanias da Constituição de 1988”, do Professor Doutor Christian G. Caubet, analisa o conceito de cidadania na nova Constituição brasileira, bem como certos aspectos caracterizadores. Ao final do texto, conclui-se que a nova Lei Maior progrediu no que concerne à positivação das aspirações sociais, uma vez que revolucionou e inovou as normas brasileiras em temas como os direitos e garantias fundamentais. Contudo, conforme o autor ressalta, nem todos poderão exercer uma cidadania plena. As desigualdades sociais, a segregação de determinados grupos e as diferenças de classe impedem que os cidadãos brasileiros, em sua integralidade, exerçam as garantias fundamentais. Tal artigo cita a seguridade social salientando que a lei ordinária deve definir o estatuto deste tema.

O artigo “A Seguridade Social na Constituição de 1988”, de autoria do Professor Evemar Brito, contém a análise dos dispositivos legais trazidos pela Carta Magna acerca da seguridade social, destacando certos aspectos históricos relativos à origem do instituto. A nova constituição trouxe pela primeira vez no ordenamento jurídico brasileiro a seguridade social como um todo. Segundo o artigo em comento, antes de 1988 o Brasil possuía um sistema de previdência social, apenas. A seguridade social, compreendida como a reunião da saúde, da previdência e da assistência social, foi totalmente inovadora.

O texto “Estrutura, Natureza e Expansividade das Normas Constitucionais”, escrito pelo Professor Doutor Raul Machado Horta, traça um estudo comparativo das normas constitucionais. Este artigo apenas menciona a seguridade social ao expor, diretamente, um trecho destacado da Constituição Federal de 1988.

O texto “Ato das Disposições Constitucionais Transitórias”, por sua vez, escrito também pelo Professor Doutor Raul Machado Horta, dedica-se ao estudo das disposições constitucionais transitórias, analisando, inclusive, a natureza das referidas normas. No percurso, o autor expõe as classificações das normas constitucionais transitórias. Acerca da seguridade social, esta é mencionada por duas vezes no artigo, expondo-se como deveria ser destinada a verba até a aprovação das diretrizes orçamentárias, bem como estabelecendo prazo para a apresentação de projetos de lei relativos à organização da seguridade social e seu custeio.

O artigo “Repartição de Competências na Constituição Federal de 1988”, também de autoria do Professor Doutor Raul Machado Horta, expõe as formas de distribuição de competências, exigência da estrutura federal, dadas pela nova Carta Magna, analisando especificamente a competência de cada ente federativo. Acerca do tema, é importante frisar que a repartição de competências é essencial para a manutenção harmoniosa do Estado, uma vez que constitui elemento organizacional crucial. O fortalecimento dos poderes dado aos estados e municípios através da Constituição de 1988 não enfraqueceu os poderes federais, mas apenas delegou funções e equilibrou a relação município-estado-união.

Por sua vez, o texto “Direitos e Garantias Fundamentais (Parte Geral) Direitos Invioláveis”, escrito pelo Professor José Alfredo de Oliveira Baracho, expõe a teoria Direitos Invioláveis, direitos e liberdades constitucionalmente garantidos, analisando-se, para tal, as garantias dadas pela própria Carta Magna. Um ponto do estudo que merece destaque é a argumentação do autor no sentido de que os direitos e garantias fundamentais não necessitam esperar uma lei para que sejam eficazes. Uma vez previstos na Constituição Federal de 1988, devem ser, desde então, assegurados e efetivados à população. Caberia, neste caso, ao Poder Judiciário analisar os conflitos decorrentes do desrespeito às normas em comento. Tal temática adquire relevância uma vez que a atual Lei Maior garante uma série de direitos fundamentais a todos os cidadãos, incluindo a saúde, tópico fundamental desta revisão.

Acerca do artigo “Repartição das Receitas Tributárias - Finanças Públicas - Normas Gerais e Orçamentos”, da professora Misabel de Abreu Machado Derzi, merece destaque apesar de tratar acerca de questões tributárias e orçamentárias, o maior destaque dado pela autora é para o conceito de Democracia. Para ela o Estado Democrático de Direito é um instrumento para buscar a real participação da sociedade em seus mecanismos e não para ser utilizado na manutenção de privilégios. Tal abordagem demonstra como a democracia e consequentemente a seguridade social são importantes no desenvolvimento de uma sociedade mais igualitária.

O artigo “Do Processo Legislativo - Emenda à Constituição, Leis, Medida Provisória, Decreto Legislativo e Resolução”, escrito por José de Mesquita Lara, aborda a seguridade social apenas mencionando-a como um dos temas trabalhados pela Constituição Federal. O autor afirma que a Constituição Federal, ao tratar da seguridade social, apenas estabelece princípios gerais acerca do tema. Assim, apesar da complexidade da Carta Magna, a complementação das suas normas foi necessária e importante para a efetivação dos direitos nela previstos.

Em outro artigo a Professora Misabel Abreu Machado Derzi, intitulado “A Seguridade Social. Seus Problemas Financeiros e as Soluções na Constituição de 1988”, se propôs a analisar os problemas financeiros enfrentados pela seguridade social no Brasil. Concluiu ao final do artigo que a Constituição Federal apresentou diversas soluções para tais problemas, entretanto que tais soluções sequer chegaram a ser implementadas. Tal fato demonstra o descaso das entidades governamentais com a seguridade social, que sobrevive a duras penas enquanto o poder público investe quantias exorbitantes em gastos supérfluos.

Por fim, no artigo “Direito ao Desenvolvimento e a Implementação dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais”, escrito por Leonardo Nemer Caldeira Brant, o autor elenca a seguridade social como um direito social, colocando-o na mesma categoria que os direitos trabalhistas, o direito ao repouso e ao lazer. Ou seja, para o autor a seguridade social faz parte dos direitos que visam garantir às pessoas uma existência digna e mais humanizada. Tal visão faz jus a seguridade social, que se preocupa em garantir condições

mínimas de saúde e assistência social à população.

CONCLUSÃO

A presente revisão de literatura ocupou-se em verificar como o Direito compreende a Seguridade Social, analisando os artigos publicados pela Revista de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no período compreendido entre 1988 e 1998. Considerando ser a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 a Lei Maior vigente e, ainda, por ser esta considerada revolucionária no que concerne aos direitos e garantias fundamentais, justifica-se a escolha do período estudado.

Para o Autor deste trabalho acadêmico-científico, a disciplina jurídica não somente pode ultrapassar suas barreiras, interseccionando-se com outras áreas do conhecimento humano, mas deve assim fazê-lo. A convergência com outras disciplinas é essencial, pois engrandece o debate acerca do Direito, permite uma análise que transcende a leitura da lei e possibilita a compreensão da subjetividade da norma.

Acerca da Seguridade Social, tema desta revisão, é importante estudar e compreender como o Direito a compreende, pois trata-se de um conceito fundamental à manutenção da dignidade da pessoa humana, ora assegurada pela Carta Magna. Considerando que a seguridade social engloba não somente a previdência, mas também a saúde e a assistência, esta impacta na vida de todos os brasileiros.

Acerca dos textos estudados, diversos autores apenas mencionaram a seguridade social como norma integrante da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, apenas citando o artigo conceituador da mesma. Outros, por sua vez, expressaram sua preocupação acerca da regulamentação desta, que deveria ocorrer por meio de lei posterior, bem como com a verba escassa destinada a efetivação do direito. De modo geral, a seguridade social, conforme extrai-se da elaboração da presente revisão de literatura, coaduna-se com o conceito legal previsto no artigo 194, sendo que a verba destinada era, no período estudado, escassa e insuficiente para atender a todos.

O conceito em si não teve grandes alterações até a presente data, sendo que a seguridade social é compreendida da mesma forma. Contudo, os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social são, atualmente, compreendidos, implementados e subsidiados de uma forma mais ampla e complexa que na data dos artigos estudados.

REFERÊNCIAS

BARACHO, J. A. O. Direitos e Garantias Fundamentais (Parte Geral) Direitos Invioláveis. **Revista de Direito da UFMG**, n. 33, p. 275-318, 1991.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Art. 196. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

BRANT, L. N. C. Direito ao Desenvolvimento e a Implementação dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais. **Revista de Direito da UFMG**, n. 35, p. 299-330, 1995.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova**, v. 45, p. 49-95, 1998.

BRITO, E. A Seguridade Social na Constituição de 1988. **Revista de Direito da UFMG**, n. 33, p. 133-52, 1991.

CAUBERT, C. G. As várias cidadanias da Constituição de 1988. **Revista de Direito da UFMG**, n. 32, p. 221-46, 1981.

COÊLHO, S. C. N. Projeto de Reforma Tributária. **Revista de Direito da UFMG**, n. 35, p. 115-52, 1995.

COSMACINI, G. **Storia della medicina e della sanità in Italia**. Bari: Editori Laterza, 2005.

DERZI, M. A. M. Repartição das Receitas Tributárias - Finanças Públicas - Normas Gerais e Orçamentos. **Revista de Direito da UFMG**, n. 33, p. 351-42, 1991.

DERZI, M. A. M. A Seguridade Social. Seus Problemas Financeiros e as Soluções na Constituição de 1988. **Revista de Direito da UFMG**, n. 35, p. 157-87, 1995.

FERNANDES, C. C. C. **A Reforma Administrativa no Brasil: Avanços e Limites 1995-98**. Nov. 1999. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1697/1/A%20Reforma%20administrativa%20no%20Brasil%201995-1998%20avan%C3%A7os%20%20limites.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2020.

GANONG, L. H. Integrative review of nursing research. **Rev Nursing Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

HORTA, R. M. A Constituição Federal e o Poder Constituinte do Estado. **Revista de Direito da UFMG**, n. 32, p. 15-29, 1989.

HORTA, R. M. Estrutura, Natureza e Expansividade das Normas Constitucionais. **Revista de Direito da UFMG**, n. 33, p. 1-28, 1991.

HORTA, R. M. Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Revista de Direito da UFMG**, n. 33, 1991, p. 191-211.

LARA, J. M. Do Processo Legislativo - Emenda à Constituição, Leis, Medida Provisória, Decreto Legislativo e Resolução. **Revista de Direito da UFMG**, n. 33, 1991, p. 481-504.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 39-49, 2005.

NADER, P. **Introdução ao Estudo do Direito**. 17. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1999.

SÍNDROME DE SJÖGREN PÓS CHIKUNGUNYA: RELATO DE CASO

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 05/04/2021

Letícia Queiroga de Figueiredo

Universidade Federal de Campina Grande
UFCG
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/7666068400597239>

Evânia Claudino Queiroga de Figueiredo

Universidade Federal de Campina Grande
UFCG
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/3991247272492124>

João César Queiroga de Figueiredo

Universidade Federal de Campina Grande
UFCG
Campina Grande – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/7748406910689540>

RESUMO: A síndrome de Sjögren (SS), doença sistêmica, crônica, com disfunção secretória das glândulas salivares e lacrimais, tem a indução de autoimunidade ocasionalmente relacionada a infecções virais como fatores desencadeantes naqueles indivíduos com predisposição genética e ambiental. A infecção pelo vírus da Chikungunya (CHIKV) e suas repercussões clínicas, inflamatórias e relacionadas à autoimunidade tem sido relatadas, inclusive como possível fator desencadeante de doenças reumatológicas. Relata-se caso de paciente que apresentou instalação de SS após infecção pelo CHIKV. O caso relatado tem importância justificada pela

instalação de SS em paciente após infecção aguda por CHIKV ser evento raro na literatura. A associação entre essas duas afecções é de grande relevância frente ao conhecimento ainda em construção acerca da relação de doenças autoimunes e infecções virais.

PALAVRAS-CHAVE: Sjögren; Chikungunya; Arbovirose.

SJÖGREN'S SYNDROME AFTER CHIKUNGUNYA: CASE REPORT

ABSTRACT: Sjogren's syndrome (SS), a systemic disease, typically characterized by a secretory dysfunction of the salivary and lacrimal glands, has its autoimmunity induction being related occasionally by viral infections as triggering factors within individuals with genetic and environmental predisposition. Chikungunya viral infection, and its clinical, inflammatory and related to autoimmunity repercussions have been reported, including as a possible initiating factor for rheumatic diseases. This study report the case of a patient who presented SS after CHIKV infection. The reported case has its importance justified as SS in patients after acute CHIKV infection being a rare event in the literature. The relation between these two conditions is of great relevance to the knowledge still under construction regarding the association of autoimmune diseases and viral infections.

KEYWORDS: Sjögren; Chikungunya; Arbovirus.

1 | INTRODUÇÃO

A síndrome de Sjögren (SS) caracteriza-

se por doença autoimune sistêmica, crônica e tendo como característica típica a disfunção secretória das glândulas salivares e lacrimais (Shiboski CH et al, 2016), manifestando-se clinicamente pela xerofthalmia e xerostomia, além do acometimento articular e sistêmico. A indução da autoimunidade nessa afecção não é conhecida, sendo relacionada em alguns estudos (Ann Igoe et al, 2013; Fox RI et al, 2011) a infecções virais, como por Epstein-Barr (EBV), retrovírus (incluindo HTLV-1) e Coxsackie (Fox RI et al, 2011), como fator desencadeante em indivíduos com predisposição genética e ambiental. Além disso, algumas infecções virais podem mimetizar quadro da síndrome, como a hepatite A e B, parvovírus B19 e febre da dengue (Fox RI et al, 2011).

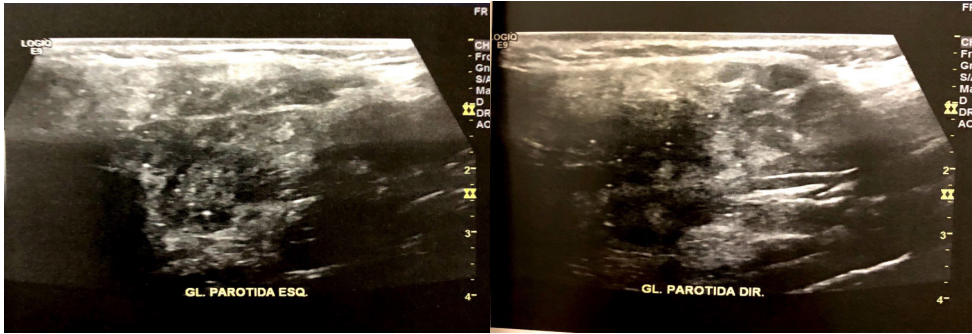
Com a epidemia pela infecção do vírus da Chikungunya (CHIKV) em meados de 2018, as suas repercussões clínicas crônicas, inflamatórias e relacionadas à autoimunidade tem sido relatadas (Tanay A, 2017), inclusive como possível fator desencadeante de doenças reumatológicas (Mavragani CP et al, 2013; Betancur AF et al, 2015). Este trabalho tem como objetivo descrever caso de paciente que apresentou instalação de SS após infecção pelo CHIKV.

2 | RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 18 anos, referindo queixa de boca seca, dificultando fala, com saliva espessa e aumento da necessidade de ingesta hídrica havia 18 meses, associando início dias após quadro de artralgia leve, diagnosticado na ocasião como infecção aguda pela Chikungunya. Evoluiu com piora progressiva da xerostomia e aumento de parótida e glândulas submandibulares, além de edema e dor em interfalângianas proximais, com rigidez matinal de duração acima de uma hora e artralgia em joelhos.

Havia histórico de tireoidite autoimune aos 14 anos, com anti-TPO superior a 1000 UI/mL, cursando com hipotireoidismo clínico, com posterior controle ao uso de levotiroxina 125 mcg/dia. Sem história pessoal ou familiar de doenças do tecido conjuntivo.

A ultrassonografia de região cervical evidenciava sialoadenite submandibular e parotídea bilateral (Imagens 1 e 2). Apresentava FAN HEp2 reagente, padrão nuclear pontilhado 1:320, anti-Ro/SSA reagente, além de anticorpos para CHIKV IgG positivo (96 UR/mL) e IgM negativo, e anticorpos IgG positivo e IgM negativo para Epstein-Barr vírus. O hemograma, função renal, avaliação hepática e dosagem de complemento não apresentavam alterações, e as sorologias para HIV, Toxoplasmose e Citomegalovírus resultaram negativas.



Imagens 1 e 2: Ultrassonografia de glândulas parótidas.

Realizado o diagnóstico de SS, associado ao antecedente de Chikungunya, iniciando-se terapia com hidroxicloroquina e glicocorticoide em doses anti-inflamatórias. Em consultas subseqüentes, apresentava melhora acentuada das queixas articulares e da síndrome seca.

3 | DISCUSSÃO

A síndrome de Sjögren (SS), doença sistêmica crônica e autoimune, tem em sua etiopatogenia um gatilho de injúria ao tecido acometido, que em pacientes com predisposição genética, desencadeia resposta imune inata e adquirida, com infiltração linfocitária e produção de autoanticorpos (Ka Yamaoka et al, 1988). A relação da doença com infecções virais é relatada na literatura tanto como estas sendo possíveis fatores desencadeante (Fox RI et al, 2011; Shillitoe EJ et al, 1982; Triantafyllopoulou A et al, 2005; Betancur JF et al, 2015; Carvalho JF et al, 2021), como também mimetizarem o quadro clínico de síndrome seca (Fox RI et al, 2011).

A Chikungunya, arbovirose causada pela infecção do vírus CHIKV, além das manifestações agudas articulares e sistêmicas, tem sido relacionada como precursora ou fator desencadeante de doenças reumatológicas, como a artrite reumatoide, doença de Still e um caso de síndrome do anticorpo antifosfolípide catastrófica em paciente com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico prévio à arbovirose (Mavragani CP et al, 2013; Betancur JF et al, 2015). No entanto, a relação com colagenoses e afecções autoimunes ainda não está bem estabelecida.

No caso relatado, a paciente com história prévia de tireoidite com autoanticorpo positivo, significando uma provável predisposição genética à autoimunidade, inicia quadro típico de SS dias após infecção aguda por Chikungunya. O diagnóstico da SS foi realizado através de clínica típica da síndrome seca e aumento de volume em parótidas, associado a achado objetivo de dano parenquimatoso em glândulas salivares submandibulares e parótidas através de ultrassonografia e à evidência sorológica de autoimunidade através

da positividade do anti-Ro/SSA em altos títulos, sendo bastante frequente da condição. Além da sintomatologia típica glandular, a paciente também apresentou artralgia em mãos, punhos e joelhos, não-erosiva, coincidindo epidemiologicamente com as manifestações articulares na SS relatadas na literatura (Amezcu-Guerra LM et al, 2013).

A infecção pelo CHIKV precedendo o quadro de SS, evidenciada através da clínica e sorologia, entra no contexto como um possível gatilho viral para a ativação imune em indivíduo predisposto, seja isoladamente, ou como fator adicional, já que a paciente apresentava também EBV IgG positivo. Corroborando a favor da CHIKV como fator predisponente isolado, tem-se a associação bem relatada dessa arbovirose com outras doenças autoimunes (Ann Igoe et al, 2013) e apenas um caso relatado, do nosso conhecimento, de diagnóstico concomitante de SS e Chikungunya (Carvalho JF et al, 2021). A hipótese de ser na realidade uma manifestação extra-articular da Chikungunya, no nosso caso relatado, seria mais remota, já que nas viroses que mimetizam a síndrome seca, como ocorre também no HIV, HTLV e HCV, os autoanticorpos como anti-Ro/SSA são ausentes e não são preenchidos os critérios diagnósticos para SS.

4 | CONCLUSÃO

O caso relatado tem importância justificada pela instalação de SS em paciente após infecção aguda por CHIKV ser evento raro na literatura. A arbovirose como gatilho isoladamente ou como fator adicional à infecção previa por EBV são hipóteses, tendo em vista o histórico de autoimunidade da paciente. A associação entre essas duas afecções é de grande relevância frente ao conhecimento ainda em construção acerca da relação de doenças autoimunes e infecções virais.

REFERÊNCIAS

1. Amezcua-Guerra LM et al. **Joint involvement in primary Sjögren's syndrome: an ultrasound "target area approach to arthritis"**. *Biomed Res Int* 2013; 2013:640265.
2. Amir Tanay. **Chikungunya virus and autoimmunity**. *Curr Opin Rheumatol*; 2017 Jul;29(4):389-393
3. Ann Igoe and R. Hal Scofield. **Autoimmunity and Infection in Sjögren's Syndrome**. *Curr Opin Rheumatol*. 2013 Jul; 25(4): 480–487;
4. Betancur JF et al. **Hyperferritinemic syndrome: Still's disease and catastrophic antiphospholipid syndrome triggered by fulminant Chikungunya infection: a case report of two patients**. *Clin Rheumatol*. 2015 Nov;34(11):1989-92.
5. Carvalho JF et al. **Sjogren's Syndrome Associated with Chikungunya Infection: A Case Report**. *Rheumatol Ther* (2021) 8:631-637

6. Clio P Mavragani et al. **New advances in the classification, pathogenesis and treatment of Sjögren's syndrome.** *Curr Opin Rheumatol* 2013 Sep;25(5):623-9;
7. Robert I Fox, Carla M Fox. **Sjögren's syndrome: Infections that may play a role in pathogenesis, mimic the disease, or complicate the patient's course.** *Indian Journal of Rheumatology* 2011 March Review Article Volume 6, Number 1; pp. 13–25;
8. Shiboski CH et al. **2016 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification Criteria for Primary Sjögren's Syndrome.** *Arthritis & Rheumatology.* Vol 00, No 00, Month 2016
9. Shillito E et al. **Antibody to cytomegalovirus in patients with Sjögren's syndrome. As determined by an enzyme-linked immunosorbent assay.** *Arthritis Rheum* 1982 Mar;25(3):260-5;
10. Triantafyllopoulou A and Moutsopoulos HM. **Autoimmunity and coxsackievirus infection in primary Sjögren's syndrome.** *Ann N Y Acad Sci* 2005 Jun;1050:389-96;
11. Yamaoka K et al. **Possible involvement of Epstein-Barr virus (EBV) in polyclonal B-cell activation in Sjögren's syndrome.** *Arthritis Rheum.* 1988 Aug;31(8):1014-21;

CAPÍTULO 16

SISTEMA QUANTITATIVO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA DIAGNÓSTICA - VERSÃO 2 SQUALUS 2

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 20/04/2021

Eduardo Bancovsky

Coordenador médico do setor de
ultrassonografia da Diagnósticos da América
S/A
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/1354198678802066>

Larissa Lie Nagase

Médica radiologista do Corpo Clínico do
Setor de Ultrassonografia da Diagnósticos da
América S/A
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/9435578867249740>

Wagner Iared

Professor Orientador do Programa de Pós-
Graduação em Saúde Baseada em Evidências
da UNIFESP
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/0900714290963020>
<https://orcid.org/0000-0002-6426-5636>

RESUMO: O controle de qualidade de exames de ultrassom sempre algo desafiador. Em 2018 este grupo apresentou um sistema quantitativo para fazer esse tipo de avaliação. Este artigo tem como objetivo apresentar a evolução do sistema, denominado SQUALUS 2, detalhando sua forma de aplicação, possibilitando sua implementação em qualquer serviço de ultrassonografia diagnóstica e inferindo as principais implicações futuras e algumas já observadas após sua

implementação.

PALAVRAS-CHAVE: Ultrassonografia, Qualidade, Auditoria.

QUANTITATIVE SYSTEM FOR QUALITY ASSESSMENT OF DIAGNOSTIC ULTRASOUND - VERSION 2 SQUALUS 2

ABSTRACT: The quality control of ultrasound exams has always been considered a challenge. In 2018 this group presented a quantitative system to make this type of assessment. This article aims to present the evolution of the system, called SQUALUS 2, detailing its form of application, enabling its replication so that it can be implemented in any diagnostic ultrasound service, and inferring the main future implications and some already observed after its implementation.

KEYWORDS: Ultrasound, Quality, Audit.

1 | INTRODUÇÃO

O controle de qualidade de exames de ultrassom sempre foi considerado algo desafiador, principalmente devido à forma quase artesanal da realização do exame, reforçando a dependência do operador para a confiabilidade do exame. Isso é bem diferente do que ocorre em outras modalidades de diagnóstico por imagem, nas quais as imagens são obtidas de forma padronizada por um técnico, tecnólogo ou biomédico, para posterior análise pelo radiologista e emissão do respectivo laudo. Historicamente, a avaliação de qualidade do

exame ultrassonográfico pelo médico solicitante sempre foi subjetiva ou, eventualmente, baseada em uma quantidade significativa de resultados assertivos e concordantes com o quadro clínico do paciente; ou pelo próprio paciente pela forma que foi atendido, e pela empatia do médico examinador. Estes fatores até hoje contribuem para a percepção subjetiva da qualidade de um médico ultrassonografista, ou de um serviço de ultrassom.

A definição de critérios objetivos é parte fundamental deste trabalho. Todos os setores dentro e fora da medicina que necessitam apresentar qualidade em seus resultados precisam seguir um protocolo. Protocolos de segurança e qualidade estão presentes nos diversos tipos de serviços, do setor bancário à aviação. Dentro da medicina, a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANSS, do Ministério da Saúde, tem desenvolvido normativas e padronizações para promover a qualidade dos prestadores com foco nos beneficiários.⁽¹⁾ São conhecidos e consagrados protocolos no atendimento médico de emergência que incluem os algoritmos de atendimento à parada cardiorrespiratória da *American Heart Association* AHA^(2,3). Na radiologia, protocolos são amplamente utilizados nos métodos axiais. Na tomografia computadorizada e ressonância magnética, existem protocolos estabelecidos para obtenção das imagens, como fases sem e com contraste na tomografia e sequências ponderadas em T1, T2, saturação de gordura, entre outras possibilidades, combinadas com os planos, espessuras e intervalos de corte ideais. Cada protocolo é concebido para otimizar o método para investigar diferentes condições patológicas, direcionado conforme a suspeita clínica, levando em consideração diversos fatores que possam favorecer, dificultar ou limitar o exame, servindo como uma referência que na maior parte dos casos é resolutive na investigação. Esses protocolos levam em conta fatores para minimizar eventuais efeitos deletérios ao paciente, como o princípio ALARA (acrônimo em inglês para *as low as reasonably achievable*) - indicando que deve-se usar as menores doses de radiação razoavelmente aceitáveis para que se chegue ao diagnóstico desejado. Os protocolos têm a preocupação de conseguir bons resultados diagnósticos no menor tempo possível, considerando a volumetria de exames realizados pela instituição, fato que deve ser levado em consideração tornando o serviço eficiente, seguro e sustentável.⁽⁴⁻⁶⁾

Assim como nas outras modalidades, no ultrassom também existem protocolos. Embora exista certa variabilidade de padrões estipulados, tanto na documentação de imagens como no forma de redigir o laudo, há consenso de que os órgãos avaliados em um determinado exame devem ser examinados com varreduras multiplanares, etapa fundamental para melhor compreensão do examinador e o laudo, via de regra, deve descrever características como morfologia, contornos, dimensões, ecogenicidade, ecotextura, além de condições específicas ou outras particularidades de cada órgão ou estrutura avaliada, como a presença de alterações texturais difusas ou focais, alterações de sua topografia e, dependendo do órgão e do padrão seguido, medidas específicas como dimensões em diferentes planos, volumes, velocidades de fluxo, entre outras, passíveis de

serem abordadas pela ultrassonografia.

Sendo a documentação das imagens a representação de apenas parte do que foi de fato examinado, devem-se escolher imagens que sirvam como uma amostra representativa das varreduras realizadas em tempo real, e que devem demonstrar a presença das estruturas examinadas e que tais estruturas foram escaneadas em mais de um plano. As imagens registradas durante a realização do exame, servem como registro dos pontos chave do exame que foi realizado de forma dinâmica, servindo como base para orientar a redação do relatório médico, além de servir como evidência frente a eventuais questionamentos, incluindo os de ordem jurídica.⁽⁷⁻⁹⁾

Existem pontos chave conhecidos para cada exame que demonstram domínio da técnica e conhecimento teórico do examinador. Determinadas imagens não podem faltar em um exame de ultrassom. Como exemplo, um exame de Abdome Total, sem a imagem longitudinal da veia porta, se equipara a um álbum de fotos de uma viagem turística a Paris, sem a torre Eiffel.

Ainda há escassez de material publicado na literatura sobre esse tema. Embora tenham sido publicados trabalhos sobre as características técnicas dos equipamentos^(10,11), sobre o treinamento no método⁽¹²⁾ e sobre a influência da qualidade das imagens em determinados diagnósticos⁽¹³⁻¹⁵⁾, um dos poucos artigos escritos nesta linha, foi o método proposto por este grupo, batizado de SQUALUS - Sistema Quantitativo de Avaliação da Qualidade de exames Ultrassonográficos.⁽¹⁶⁾ Pelo método proposto no artigo original, a avaliação da qualidade das **imagens documentadas** verificava inicialmente se o número de imagens e estruturas registradas seguiram protocolos pré-determinados por órgãos como o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) ou pelo *American College of Radiology* (ACR) ou ainda pelo *American Institute of Ultrasound in Medicine* (AIUM).⁽¹⁷⁻²⁰⁾ Além disso, verificava se foram realizados adequadamente os ajustes que determinam a qualidade das imagens, como foco, profundidade, ganho e frequência do transdutor. Outros fatores avaliados eram adequação das medidas pertinentes, incluindo o posicionamento dos Cálipers, presença e qualidade das imagens coloridas, além da correção do ângulo para avaliação de velocidades de fluxo em exames com Doppler.

A avaliação da qualidade do **laudo** escrito pelo ultrassonografista na proposta inicial (SQUALUS 1) era limitada ao grau de concordância do avaliador com base nas imagens registradas.⁽¹⁶⁾ Além disso, os sistemas de laudo utilizados são geralmente padronizados, considerados semiestruturados, orientando o médico o passo a passo da redação. Os itens que devem ser relatados no exame estão presentes no programa editor de laudos, além das situações mais frequentes encontradas na prática diária da ultrassonografia diagnóstica, minimizando a chance de erros nesta etapa de trabalho.

As dificuldades operacionais da avaliação proposta, aliada à maior experiência da equipe de auditores levou ao aprimoramento do método, tornando-o antes de tudo mais prático, mais fiel às impressões dos avaliadores, viabilizando avaliar maior número de

exames.

O objetivo deste texto é descrever o novo Sistema Quantitativo de Avaliação da Qualidade de Exames de Ultrassonografia - SQUALUS 2.

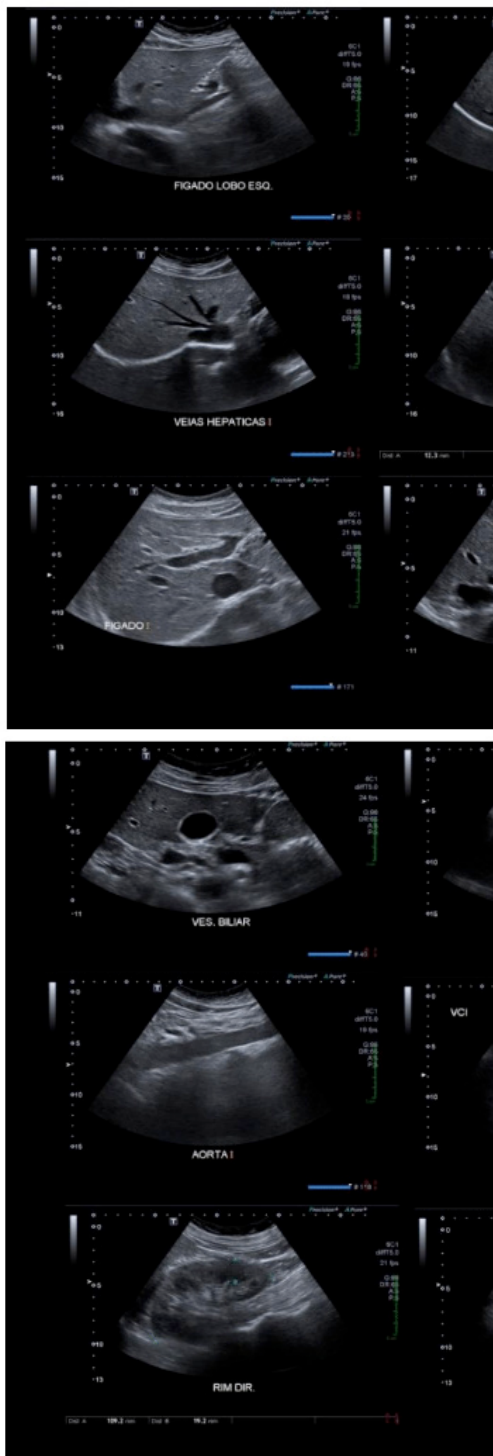
2 | O MÉTODO

O conjunto de imagens documentadas, como no SQUALUS 1 é comparado com um padrão que deve ser previamente estabelecido, como por exemplo, o padrão para documentação de imagens recomendado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia^(17,18). Um exame sem não conformidades recebe 10 pontos para o conjunto de documentação fotográfica e 10 pontos para o laudo. A média entre as duas notas é a nota SQUALUS. As não conformidades encontradas em cada conjunto de imagens documentadas são apontadas e, algumas delas classificadas em baixa, média ou alta relevância ou impacto, de acordo com o quanto prejudicam mais ou menos a identificação adequada das estruturas de interesse ou o próprio diagnóstico quando o exame está alterado. A partir de uma lista de são escolhidas **até três não conformidades**. Caso haja mais de três, são escolhidas as 3 com maior peso, tanto para a documentação quanto para o laudo. As não conformidades têm pesos diferentes e cada não conformidade encontrada subtrai entre 1 e 4 pontos do total do exame, levando em consideração o quanto a discordância pode eventualmente interferir na conduta médica.

Na Tabela 1 estão as não conformidades e o número de pontos a serem subtraídos da nota inicial, tanto para imagens documentadas quanto para o laudo, com os respectivos pesos.

2.1 Imagens documentadas

Para avaliação das imagens documentadas, o primeiro item é quantitativo, relacionado ao número mínimo de imagens documentadas de cada estrutura e se todas as estruturas pertinentes ao tipo de exame estão presentes, incluindo a documentação em diferentes planos de uma estrutura ou órgão avaliado. Nessa avaliação é levado em conta se as alterações encontradas e descritas no laudo foram devidamente demonstradas e registradas nos planos recomendados. A figura 1 é um exemplo de um exemplo de um exame ultrassonográfico de abdome total sem alterações, que segue o padrão recomendado (*Figura 1*).



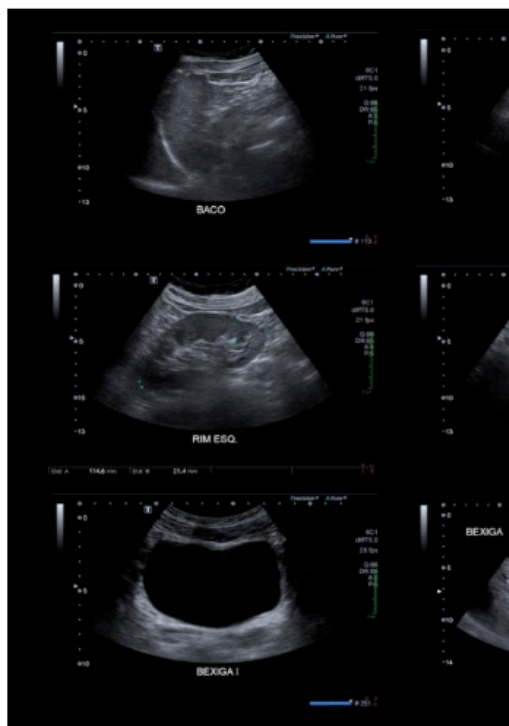


Figura 1: Exemplo de um conjunto de imagens recomendado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia em um exame de ultrassom de abdome total composto pelos seguintes cortes: Fígado (corte longitudinal do lobo esquerdo, corte longitudinal do lobo direito, corte transversal oblíquo na altura da confluência das veias hepáticas, e corte na região do hilo, demonstrando a Veia Porta e colédoco), Vesícula biliar (cortes longitudinal e transversal), Pâncreas (corte transversal e corte longitudinal sobre a porção da cabeça), Baço (corte longitudinal e transversal), Rins direito e esquerdo, ambos com imagem no corte longitudinal e transversal, Aorta abdominal (corte longitudinal), Aorta abdominal e Veia cava inferior (corte transversal), Bexiga (cortes longitudinal e transversal).

O segundo item se refere à atenção quanto aos ajustes de foco, ganho e profundidade da imagem, no sentido de oferecer uma imagem com qualidade suficiente para a demonstração adequada dos aspectos relevantes de cada estrutura ou das alterações descritas no laudo (Figura 2). Diferente do método SQUALUS 1, onde cada ajuste era avaliado individualmente, no SQUALUS 2 os parâmetros são avaliados em conjunto. Se os parâmetros se compensam, gerando uma imagem de alta qualidade entende-se que não há não conformidade.



Figura 2: Exemplo de não conformidade no ajuste de profundidade e foco. A posição do foco (ou focos) deve estar no nível do parênquima ou na mesma profundidade de eventual lesão de interesse. A profundidade da imagem deve ser ajustada para incluir a maior porção da área de interesse no campo de visão. No caso acima o parênquima mamário ocupa menos de 20% da profundidade da imagem e o foco está abaixo do nível dos arcos costais.

O cuidado na aferição das medidas, tanto no posicionamento dos Cálipers - marcadores de medida, quanto no número de eixos avaliados e a obtenção das medidas em planos adequados compõe o terceiro item avaliado. Para isso, a equipe que realiza os exames deve ser orientada a registrar cuidadosamente as imagens chave contendo as medidas pertinentes eventualmente realizadas em exames como a próstata ou a pelve feminina. Cálipers posicionados fora dos limites das estruturas e medidas realizadas evidentemente em planos não ortogonais para cálculos de volumes, subtraem pontos. Um aspecto frequentemente associado ao mal posicionamento dos cálipers é o registro de imagens dos maiores eixos de estruturas como os lobos tireoidianos, testículos e do útero com a tela dividida, não permitindo que os limites das estruturas sejam evidenciados no campo de visão (Figuras 3 a 6).

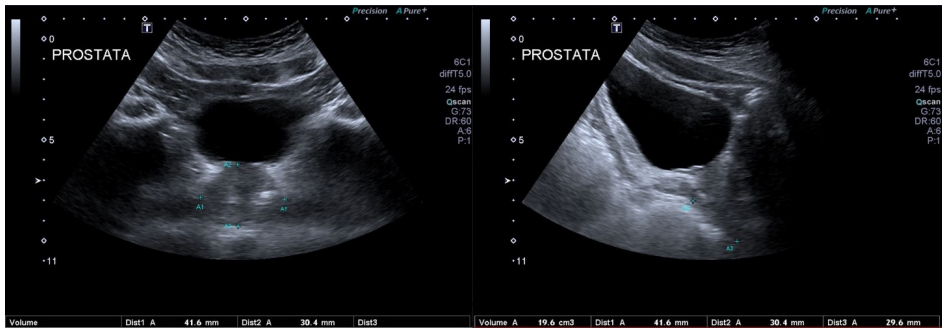


Figura 3 - Os Cálipers estão posicionados aquém dos limites da próstata no corte longitudinal (imagem a) e o eixo craniocaudal é medido duas vezes (na imagem a e b). O eixo anteroposterior não é obtido. Este é um exemplo onde ocorrem duas não conformidades no mesmo item, tanto do posicionamento do cáliper quanto do eixo mensurado erroneamente, o que compromete a veracidade do volume final da próstata.

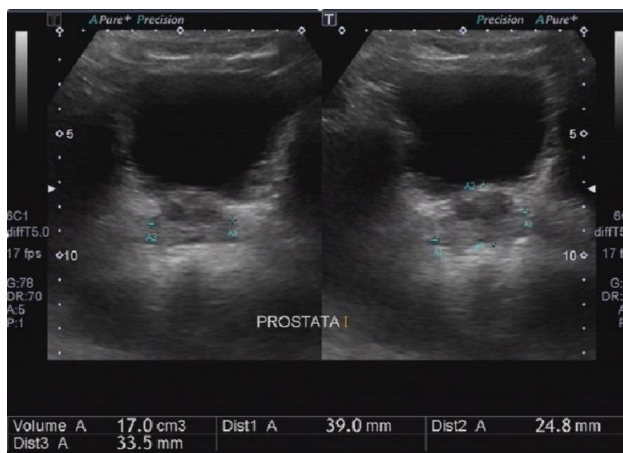


Figura 4 - Cálculo do volume prostático com mensuração de seus eixos em planos não ortogonais entre si. A avaliação correta do volume de um órgão como é realizado na próstata, depende da aquisição de cortes transversal e longitudinal para que então a mensuração seja realizada através do posicionamento correto dos Cálipers. O exemplo ilustra imagens com planos não ortogonais entre si. Plano transversal com técnica correta à esquerda, plano oblíquo à direita que deveria ser sagital para correta mensuração do eixo longitudinal da próstata. Apesar de não haver impacto significativo na avaliação do volume prostático nem na conduta médica e ser considerado de baixa relevância, se faz fundamental a orientação do médico. A não adesão ao padrão preconizado pode interferir no segmento gerando divergência com valores eventualmente discrepantes dos mensurados nos exames anteriores.

A figura 5 demonstra de forma gráfica a forma adequada de mensurar as dimensões da próstata.

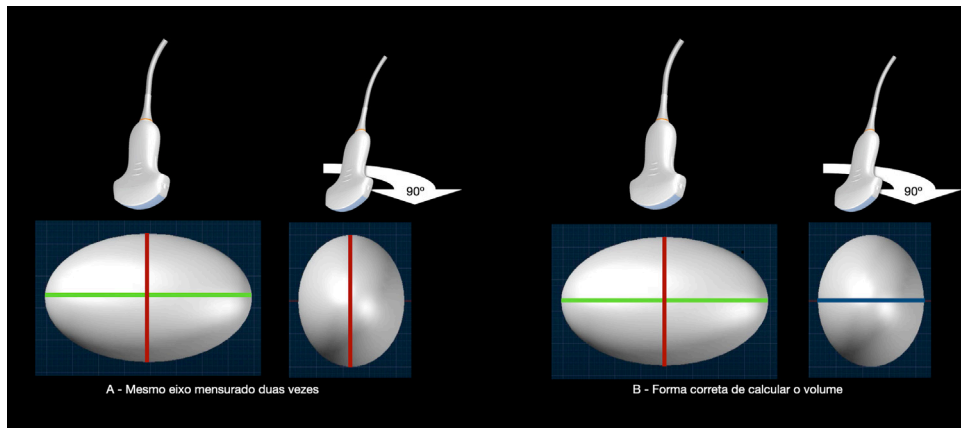


Figura 5 - O modelo demonstra o eixo longitudinal da imagem em verde e o eixo anteroposterior em vermelho, mensurado duas vezes antes e após a rotação do transdutor em 90°, por coincidir com o eixo do transdutor. B - A forma correta de mensuração para cálculo do volume, demonstrando os três eixos, longitudinal em verde, anteroposterior em vermelho e transversal em azul.

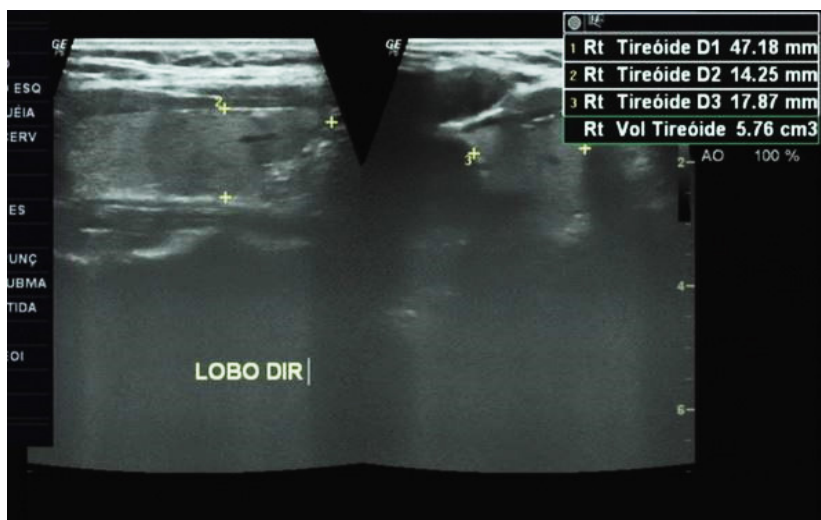


Figura 6. Tela dividida condicionando mensuração subestimada do eixo longitudinal e consequentemente do volume da Tireoide. A divisão da tela para cálculo do volume tem sido desencorajada nos últimos anos. Ao dividir a tela, a mensuração do eixo longitudinal de alguns órgãos pode ser subestimada, levando a erro do cálculo de volume deste órgão. Historicamente por questões principalmente econômicas, tal prática era estimulada pois otimiza o registro de maior número de imagens em menos material gasto, principalmente quando os exames eram impressos em filmes como nas estações de captura fotográfica "multiformat", substituídas pelas impressoras térmicas portáteis acopladas ao aparelho. Nos primórdios do ultrassom, a divisão da tela representava tornar o método economicamente viável. Atualmente, a maioria dos serviços conta com um PACS Picture Archiving and Communication System (sistema de arquivo e comunicação de imagens) e um RIS - Radiological Information System (sistema de informação radiológica). O PACS possibilita armazenamento de grande volume de imagens sem aumentar o custo de forma significativa, desde que apenas as imagens mais importantes sejam impressas. Além disso, os aparelhos permitem o cálculo de volume de forma prática em duas imagens subsequentes, não sendo mais necessário dividir a tela para esta função. Os novos sistemas de laudo também calculam automaticamente o volume, bastando incluir a medida dos três eixos.

Para exames que incluem a avaliação da bexiga, como US do aparelho urinário e US da pelve realizado por via suprapúbica, a documentação da bexiga sem repleção adequada e sem justificativa no respectivo laudo é outro item abordado. Antes de registrar não conformidade referente à documentação de bexigas pouco repletas, o auditor deve verificar o laudo em busca de uma justificativa como, por exemplo, incontinência urinária (*Figura 7*).



Figura 7- Exemplo de documentação da bexiga vazia em exame de próstata, porém descrita como cheia no laudo. A bexiga não foi documentada em 2 planos e a análise das vesículas seminais ocorre também com a bexiga vazia. A repleção insuficiente da bexiga urinária pode reduzir a sensibilidade do método para detecção de lesões vegetantes em sua parede e prejudicar a avaliação da espessura da parede vesical, critério importante para diagnóstico da bexiga de esforço. Além disso para estudo da próstata ou da pelve feminina pela via suprapúbica, a bexiga com repleção adequada atua como janela acústica, deslocando as alças intestinais repletas de gases e permitindo que o feixe sonoro alcance a área de interesse. Na avaliação das imagens, a bexiga pouco cheia no exame de abdome total sem justificativa para tal situação no laudo penaliza o examinador em -1 ponto. A mesma situação para o exame pélvico ginecológico, exame da próstata ou de vias urinárias penaliza o examinador em -2 pontos. Já a bexiga vazia sem justificativas penaliza em -3 pontos independentemente do exame. Na avaliação do laudo médico, a bexiga que registrada com baixa repleção nas imagens, mas descrita como repleta no laudo, penaliza o médico com -2 pontos em sua nota para o laudo.

As imagens do exame ultrassonográfico, muitas vezes, não contam com pontos de referência ou características específicas que permitam saber exatamente que órgão, que estrutura ou mesmo que parte daquela estrutura está sendo documentada. A imagem de um rim direito obtida por via lombar, sem incluir parte da imagem do fígado, pode ser indistinguível da imagem do rim esquerdo (*Figura 8*). Um baço grande pode se apresentar com aspecto muito parecido com parte de um fígado. Um corte transversal em um vaso hepático pode ser indistinguível de um cisto. Portanto, o quinto item abordado no SQUALUS 2 se refere à presença e identificação correta tanto da estrutura quanto da lateralidade, ou mesmo de eventual alteração encontrada como, por exemplo, um nódulo ou um cisto.

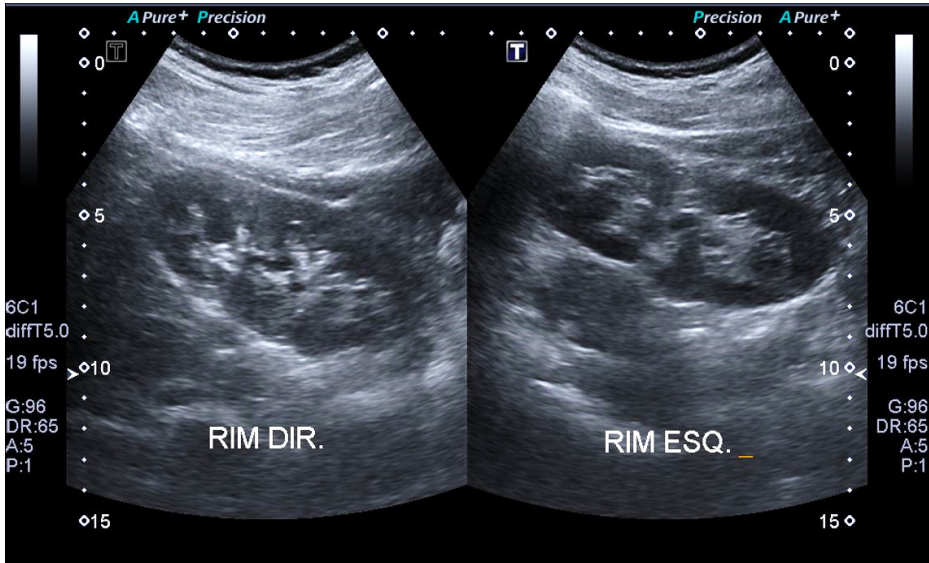


Figura 8 - Exemplo de documentação dos rins por via lombar. A ausência do fígado e do baço nas imagens não permite distinguir a lateralidade do órgão de não fosse pela identificação.

Os aspectos quantitativos e qualitativos das imagens do Doppler colorido e espectral são avaliados nos sexto e sétimo itens respectivamente. Se há informações sobre o padrão de vascularização de determinada estrutura ou alteração, como um nódulo, por exemplo, espera-se que haja imagens que permitam observar tais características. O ajuste inadequado do PRF e ganho podem prejudicar a detecção de fluxos de baixa velocidade ou saturar a imagem ou provocar o artefato de *aliasing*, muitas vezes limitando até mesmo a identificação adequada do sentido de fluxo. Quando há informações sobre velocidades ou aceleração do fluxo, a correção do ângulo é outro ponto crítico a ser avaliado. Nesses casos, o ângulo entre o feixe de US e a direção do fluxo analisado deve estar compreendido entre zero e 60 graus. Mesmo que o número registrado esteja dentro desses parâmetros, se a reta de correção do ângulo estiver em sentido diferente daquele do vaso, temos uma não conformidade (Figuras 9 e 10).

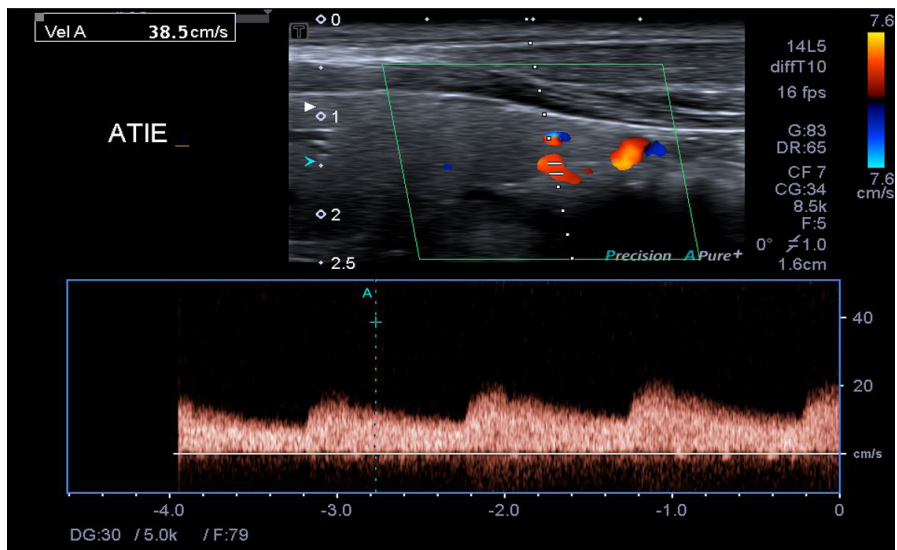


Figura 9 - Exemplo de duas não conformidades no Doppler, tanto na ausência de correção do ângulo em estudo da artéria tireoidiana esquerda quanto na localização inferior esquerda da velocidade de pico sistólico.

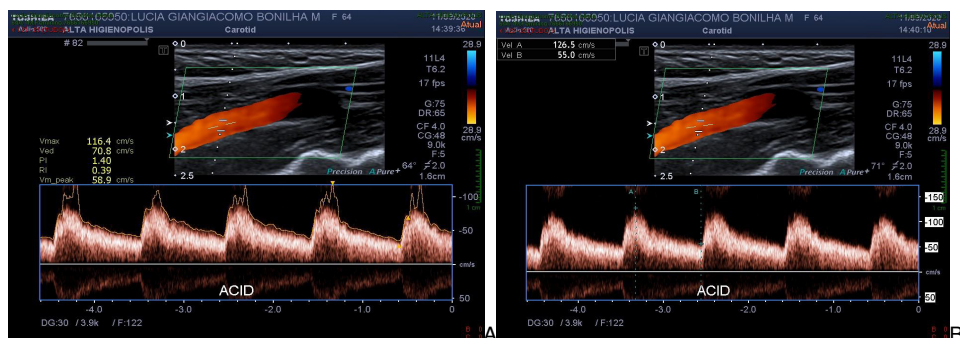


Figura 10: erro de correção angular, ângulo maior que 60°, porém o valor da velocidade é menor que 125 cm/s, não alterando a estratificação da estenose. Imagem B: o valor da velocidade é maior que 125 cm/s, podendo levar a erro de estratificação da estenose.

Tabela 1

NÃO CONFORMIDADES - DOCUMENTAÇÃO DAS IMAGENS	PESO
Adequado ou N/A	0
Faltam imagens ou planos - baixa relevância	-1
Faltam imagens ou planos - moderada relevância	-2
Faltam imagens ou planos - alta relevância	-3
Foco, ganho, profundidade - baixa relevância	-1
Foco, ganho, profundidade - moderada relevância	-2
Foco, ganho, profundidade - alta relevância	-3

Falta de medidas ou cálipers mal posicionados - baixa relevância	-1
Falta de medidas ou cálipers mal posicionados - moderada relevância	-2
Falta de medidas ou cálipers mal posicionados - alta relevância	-3
Bexiga pouco cheia sem justificativa no US de Abdome Total	-1
Bexiga pouco cheia sem justificativa no US da Próstata, Pelve ou Aparelho Urinário	-2
Bexiga vazia sem justificativa	-3
Falta de algumas identificações ou body marks - baixa relevância	-1
Falta de algumas identificações ou body marks - moderada relevância	-2
Falta de identificações ou body marks / Identificação incorreta - alta relevância	-4
Estudo colorido insuficiente em número ou qualidade - baixa relevância	-1
Estudo colorido insuficiente em número ou qualidade - moderada relevância	-2
Estudo colorido insuficiente em número ou qualidade - alta relevância	-3
Estudo espectral pobre em qualidade ou ângulo sub corrigido - baixo impacto	-1
Estudo espectral pobre em qualidade ou ângulo sub corrigido - moderado impacto	-2
Estudo espectral inadequado ou ângulo sub corrigido - alto impacto	-3
Ausência de estudo espectral em exames de Doppler de Tireoide ou Pelve	-2
Ausência de estudo espectral em Doppler de Carótidas, Doppler vascular periférico e Doppler de Abdome	-3

Tabela 1 - Não conformidades de documentação de imagens hierarquizadas em seus respectivos pesos.

Na tabela 2 são abordadas as não conformidades dos itens avaliados nos laudos.

2.2 Laudo

Muitos serviços estabelecem padrões de laudo para diferentes tipos de exame. O método pode verificar se esse formato de laudo foi seguido pelo médico que realizou o exame. Entende-se não conformidade a não adequação das informações contidas no laudo, incluindo a ausência total ou parcial de informações (medidas ou descrições) pertinentes ao exame. A título de exemplo, se o padrão estabelecido orienta, para um exame da pelve feminina, descrever as características do útero, mesmo que seja normal, como forma, contornos, dimensões, ecogenicidade, ecotextura; além de suas medidas e seu volume, a falta dessas informações ou de alguma das medidas consiste em não conformidade.

Erros de ortografia e/ou gramática são considerados não conformidades. Erros que não interferem na compreensão do texto são considerados leves. Erros graves de gramática ou ortografia, que prejudiquem a compreensão do texto ou gerem dupla interpretação, são considerados graves.

Entre as não conformidades estão a presença de informações contraditórias e conflitantes entre si no mesmo estudo, assim como de informações conflitantes com a documentação fotográfica e informações equivocadas tal como a lateralidade. Erros de

lateralidade têm um peso grande na avaliação da qualidade do laudo, subtraindo 4 pontos do total.

Também se avalia se o laudo inclui, de alguma forma, uma impressão diagnóstica e se esta é coerente com a descrição dos achados. A depender do padrão estabelecido pelo serviço, a impressão diagnóstica pode ser registrada como um campo isolado após a descrição dos achados ou pode ser inferida no corpo do laudo, logo após a descrição de cada achado.

Outro item contempla a inadequação das classificações como o BI-RADS⁽²¹⁾ e TI-RADS⁽²²⁾. Classificações inadequadas, uma vez que podem implicar em orientação de conduta incorreta conforme as diretrizes estabelecidas, também têm peso elevado na avaliação da qualidade do laudo.

E por fim, se aborda o grau de concordância (ou discordância) do auditor com a hipótese diagnóstica inferida no laudo avaliado, dentro do contexto geral do exame, referente à descrição dos achados e sempre correlacionando com as imagens registradas.

Tabela 2

NÃO CONFORMIDADES - LAUDO	PESO
Adequado ou N/A	0
PADR1 - Laudo pouco fora do padrão	-1
PADR2 - Laudo muito fora do padrão	-2
OG1 - Erro leve de ortografia ou gramática	-1
OG2 - Erro grave de ortografia ou gramática	-3
DE1 - Faltam informações - baixa relevância	-1
DE2 - Faltam informações - moderada relevância	-2
DE3 - Faltam informações - alta relevância	-3
DE4 - Informações conflitantes no laudo	-2
BVL - Bexiga com pouca repleção sem justificativa ou descrita com boa capacidade	-2
CC1 - Impressão diagnóstica ausente em laudo conclusivo	-1
CC2 - Impressão diagnóstica ausente em laudo descritivo	-2
CC3 - Impressão diagnóstica não menciona alteração relevante no exame	-3
CC4 - Impressão diagnóstica descritiva não conclusiva	-2
CC5 - Impressão diagnóstica e laudo contraditórios	-3
LAT - Erro de lateralidade	-4
BR/TR1 - BIRADS ou TIRADS. Não classificou mas léxico correto	-2
BR/TR2 - BIRADS ou TIRADS. Léxico inadequado mas classificação correta	-2
BR/TR3 - Erro de classificação	-4
DIAG1 - Discordância de baixa relevância	-1

DIAG2 - Discordância de moderada relevância	-2
DIAG3 - Discordância de alta relevância	-3

Tabela 2- não conformidades de laudo hierarquizadas em seus respectivos pesos.

2.3 Grau de impacto e relevância

Algumas não conformidades encontradas são então graduadas em baixa, moderada ou alta relevância de acordo com o eventual impacto causado. Tal estratificação é um dos pontos de possível subjetividade, considerando vários fatores como padrões distintos de documentação fotográfica de escolas diferentes. A ausência de uma imagem na documentação fotográfica pode ser mais ou menos relevante dependendo de qual imagem está faltando. Obviamente o ideal é que todas as imagens do conjunto determinado estejam presentes, porém há situações que uma das imagens ou mais não foi documentada, quer seja por preparo inadequado do paciente, ou por não adesão do examinador ao protocolo. Dependendo da estrutura estudada, existem planos de corte com maior poder de representatividade que outros, provavelmente por maior sensibilidade do corte para o diagnóstico. O exame com todas as imagens solicitadas recebe nota máxima para este quesito da auditoria. Por um lado algumas estruturas podem estar bem representadas na mesma imagem a exemplo do corte transversal do abdome que pode demonstrar a aorta abdominal e a veia cava inferior na mesma imagem. Portanto a “falta” de uma destas imagens tem o mesmo peso da falta da imagem com o corte longitudinal do fígado (considerando que este corte aparece na foto do corte longitudinal do rim direito)? A questão é: que nota você daria para um exame em que falte uma das imagens do conjunto? A falta do corte transversal da vesícula biliar tem o mesmo peso da falta da imagem do corte longitudinal de um rim?

A atribuição de valores de forma subjetiva às imagens faltantes consiste em grande desafio, considerando que se não houver consenso pode interferir na reprodutibilidade do método.

O estudo da heurística do Xadrez é uma comparação interessante a este problema. É fato que as peças do jogo de Xadrez não têm o mesmo valor, além disso serão mais ou menos importantes dependendo do seu posicionamento no tabuleiro. A quantidade de peças deve ser ponderada pelo seu tipo. A rainha é habitualmente considerada com o valor duas vezes maior que uma a torre, três vezes maior que o cavalo ou o bispo e nove vezes maior que o peão. O rei vale mais que todas as peças combinadas, considerando que perdê-lo equivale a perder o jogo.⁽²³⁾

Para julgar o conjunto foco-ganho-profundidade, a questão é semelhante. Um ganho levemente exagerado que não impacte na interpretação das imagens tem um peso diferente de um conjunto de imagens altamente saturadas em ganho, tornando impossível distinguir

um eventual cálculo de um rim; ou com profundidade exagerada, onde as imagens de interesse fiquem muito pequenas, prejudicando o posicionamento adequado dos Cálipers para medir a espessura do endométrio.

Para o auditor do exame de ultrassom, como estratificar o grau de relevância de uma imagem faltante ou de uma imagem com pobre adequação do conjunto foco-ganho-profundidade?

Uma não conformidade com a qual nos deparamos com relativa frequência, especialmente no início do processo de auditorias, é a correção inadequada do ângulo em exames de Doppler. Particularmente em exames vasculares, onde o grau de estenose é estimado principalmente verificando velocidades de fluxo, um ângulo não corrigido, deixado inadvertidamente em zero graus, onde a direção do fluxo está com uma inclinação mais acentuada em relação ao feixe de ultrassom, pode subestimar uma estenose hemodinamicamente significativa. Da mesma forma, alguns médicos fixam a correção angular em 60 graus e não a corrigem mais, mesmo em um vaso com fluxo praticamente alinhado com o feixe de ultrassom. Isso pode gerar resultados falsos de velocidade, superestimando uma eventual estenose. Cabe ao auditor avaliar o potencial impacto dessa não conformidade no diagnóstico e na conduta esperada para o paciente (Figura 11).

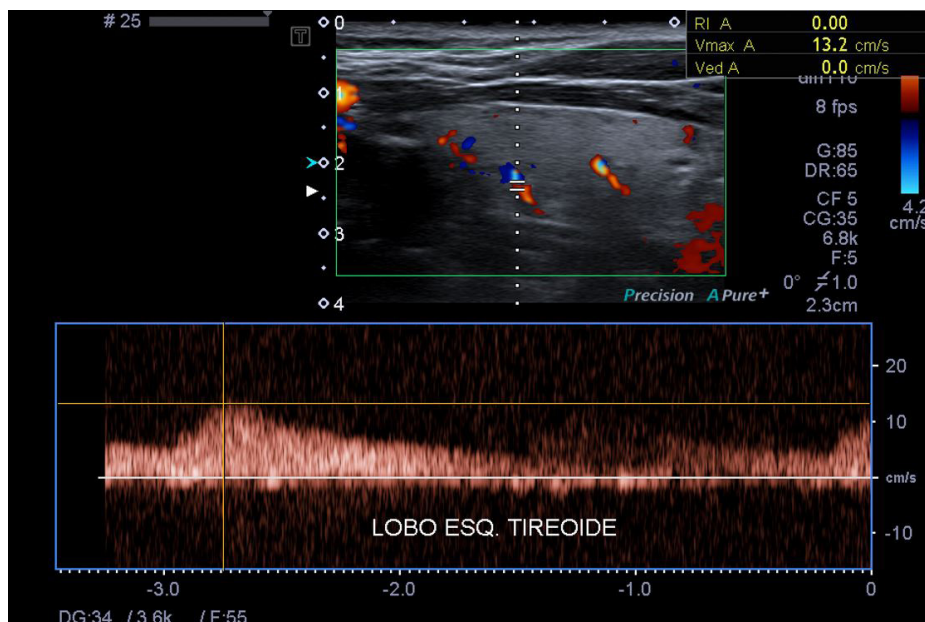


Figura 11: Embora o ângulo não tenha sido corrigido na mensuração da velocidade de pico sistólico da artéria tireoidiana inferior esquerda, o resultado numérico provavelmente tem pouco ou nenhum impacto no resultado final do exame e na conduta clínica pois o restante do exame tanto no modo B quanto no estudo colorido estão normais, portanto a não conformidade deve ser considerada de baixo impacto.

O mesmo ocorre quando se avalia o laudo do exame ultrassonográfico, no que se refere à falta de informações e discordância no diagnóstico. A falta da informação do volume de um ovário normal não tem o mesmo peso da falta da informação da espessura do endométrio em um exame de uma mulher com sangramento pós-menopausa. Se o auditor pode discordar do diagnóstico informado pelo médico que realizou o exame, isso deve ser graduado. O impacto de uma discordância sobre o grau de esteatose hepática entre leve e moderada é diferente da discordância do diagnóstico de um nódulo mamário com características altamente suspeitas descrito como um nódulo provavelmente benigno (Figura 12).

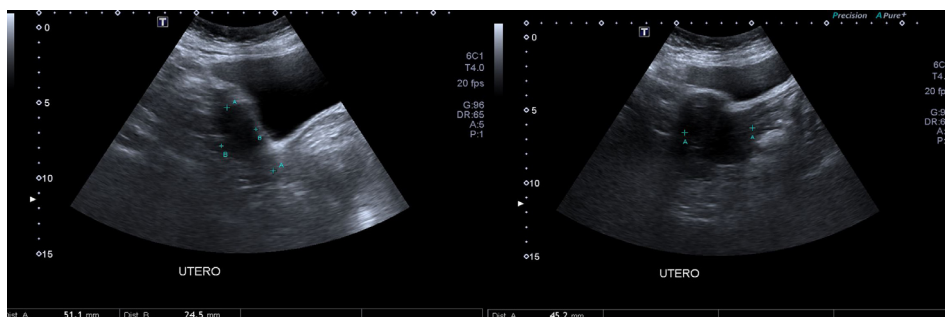


Figura 12 - Imagens referentes às medidas do útero em exame pélvico suprapúbico, realizado com a bexiga com pouca repleção, profundidade e posicionamento do foco inadequadas e posicionamento incorreto dos Cálipers, fora dos limites do órgão, o que prejudica a precisão do volume final do útero e a detecção de lesões uterinas tais como miomas ou anormalidades endometriais. Embora o laudo final tenha resultado normal, as não conformidades foram consideradas de alta relevância por parte do auditor.

Foram estabelecidos critérios na tentativa de reduzir a subjetividade que pode existir entre os observadores ao graduar a relevância ou impacto das não conformidades. Desta forma, um erro técnico que não condiciona alteração no critério diagnóstico e nem na conduta é estratificado como de baixa relevância. Quando tal erro tem potencial para levar a alteração no diagnóstico, porém não chegando ao ponto de interferir na conduta é considerado de moderada relevância. Por fim, se o erro pode levar a alteração do critério diagnóstico, com consequência potencial de interferir na conduta, é considerado como de alta relevância (Tabela 3).

Obviamente, tais critérios, embora ajudem a reduzir a subjetividade, não asseguram que haja 100% de concordância entre auditores distintos.

Grau de Relevância da não conformidade	Potencial de interferir no diagnóstico	Potencial de interferir na conduta
Baixo	Não	Não
Moderado	Sim	Não
Alto	Sim	Sim

Tabela 3: Orientação para graduação da relevância da não conformidade de acordo com o potencial de interferência no diagnóstico e conduta clínica.

3 | LIMITAÇÕES

A despeito da criação de critérios para julgar o grau de relevância ou impacto de uma não conformidade, sempre haverá um componente subjetivo que pode variar entre os auditores ou mesmo do mesmo auditor em dias diferentes. Está em andamento um estudo para avaliar a concordância intra-observador e interobservadores na aplicação do SQUALUS 2 em um grande serviço de diagnóstico por imagem. Tal estudo foi realizado para o SQUALUS 1 e o grau de concordância foi excelente.⁽¹⁶⁾

Outra limitação é a impossibilidade de identificar os exames falsos negativos em uma auditoria considerando apenas as imagens e laudo. Estes casos podem ser identificados na correlação com exames anteriores, exames posteriores (considerando intervalo de tempo entre os exames e tempo de evolução da patologia não diagnosticada), reclamações recebidas na ouvidoria, ou por meio do médico prescritor, que dependendo do caso, pode ser interpretado como falha do operador ou se o ultrassom não apresenta sensibilidade para aquele diagnóstico. Além disso, não há como avaliar se todas as varreduras foram realizadas, mesmo com as imagens representativas documentadas.

4 | IMPLICAÇÕES

Uma vez estabelecidos os requisitos, orientando e conscientizando a equipe médica sobre a importância de seguir os protocolos, quebramos o paradigma de dificuldade de avaliação de exames de ultrassom.

As alterações implementadas na metodologia de avaliação dos exames, nos trouxe à versão 2 do método. Foi mantida a correlação do exame avaliado com um padrão de qualidade estabelecido, critério fundamental para manter a objetividade. A evolução do método se fez necessária para que ele se tornasse mais prático possibilitando avaliação de maior número de exames em menor tempo.

4.1 Intercepção de exames com não conformidades

Uma consequência da maior agilidade do novo método foi o surgimento de situações

que permitiram a revisão de exames com não conformidades significativas antes da entrega do resultado, evitando eventuais tomadas de decisão clínica equivocadas. Em algumas situações, o paciente foi reconvocado para complementação do exame, como em casos de imagens sensíveis faltantes ou identificação de lateralidade duvidosa em estruturas com alterações.

4.2 Peer learning

A reorientação do médico que não atinge a performance esperada de forma recorrente em alguma modalidade é realizada, seguindo o conceito de *peer-learning* - aprendizagem entre pares, também conhecido como PCI - *peer collaborative improvement* - aprimoramento colaborativo por pares, que oportunamente vem substituindo o *peer-review* - revisão por pares.^(24,25) Ou seja, uma vez identificada uma não conformidade, é possível não apenas sua correção, mas sim criar uma oportunidade de aprendizagem ao médico e difundir essa oportunidade para toda equipe médica, evitando recorrência no tipo de erro e trazendo melhora na qualidade ajudando a nivelar positivamente a equipe. Casos recorrentes do mesmo profissional pedem a ação de *feedback* individual. Já os casos recorrentes da mesma situação, pedem a identificação da causa, análise e implementação de ações que possam impedir ou ao menos reduzir a recorrência. É importante observar que essa transição de modelo é comprovadamente mais eficaz na melhora da qualidade e na performance da equipe como comprovado em outros setores como na prevenção de acidentes na aviação, sendo um dos pontos essenciais a mudança do “quem” para “o que” causou o erro. A abordagem ideal no modelo *peer learning* é não punitiva e sim construtiva no sentido de mitigar a recorrência do erro uma vez que seja identificada a sua causa.⁽²⁵⁾

A ideia, alinhada à famosa frase de Peter Drucker - pai da administração moderna - “*o que pode ser medido pode ser melhorado*”, reforça que não basta realizar o controle de qualidade dos exames realizados se não forem caracterizadas as oportunidades de aprendizagem e tomadas as ações necessárias para melhoria contínua da qualidade⁽²⁶⁾ .

4.3 Futuro

Há ainda o fator limitante de tempo e custo operacional que não permite que todos os exames realizados sejam revisados. Obstáculo que provavelmente será contornado em breve com o uso da tecnologia de Inteligência Artificial, ferramenta cada vez mais utilizada na medicina e particularmente na radiologia⁽²⁷⁾, que permite auxiliar em algumas etapas fundamentais do processo de auditoria, com algoritmos de computação visual para rastrear não conformidades nas imagens registradas; e também algoritmos de processamento de linguagem natural, para rastrear não conformidades dos laudos médicos.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. Resolução Normativa - RN nº 275, de 1º de novembro de 2011. Brasília: ANS/MS; 2011. (cited 2017 Jan 8). Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0275_01_11_2011.html. (Links)
2. Merchant RM, Topjian AA, Panchal AR, et al. Part 1: executive summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020;142(suppl 2):In press.
3. International Liaison Committee on Resuscitation. 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. 2020;142(suppl 1):In press.
4. Andresz, S., Gilchrist, J., Gimenez, I. C., & Vermeersch, F. (2020). *Synthesis of the European ALARA Network 18th Workshop. Journal of Radiological Protection*. doi:10.1088/1361-6498/ab9508
5. Frane, N., Bitterman A. "Radiation Safety and Protection" In: StatPearls (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. 2020 May 30. Affiliations expand; PMID: 32491431; Bookshelf ID: NBK557499
6. Allan, P.L; Pozniak, P.A. "Clinical Doppler Ultrasound E-Book, Expert Consult: Online" Churchill Livingstone, London; 3rd edition 2013.
7. Jane E. Bates "Abdominal Ultrasound - How, Why and When" Churchill Livingstone - Elsevier, 2nd Ed. 2004 p14-29.
8. Rumack C., Levine D. "Diagnostic Ultrasound" Elsevier, Philadelphia, 5th Ed. 2018 V1; p34-52.
9. Cerri, G.G., Chammas M.C. "Ultrassonografia Abdominal" Thieme Revinter, 2a Ed. 2009
10. Welsh D, Inglis S, Pye SD. Detecting failed elements on phased array ultrasound transducers using the Edinburgh Pipe Phantom. *Ultrasound*. 2016;24:68-93. (Links)
11. Trier HG. Quality assurance in ultrasound diagnostic equipment in West Germany. Experiences with current regulations. *Ultraschall Med*. 1985;6:255-64. (Links)
12. Schäfer RD. Quality assurance of Doppler sonographic procedures-educational concepts of medical programs. *Ultraschall Med*. 1985;6:279-81. (Links)
13. Dhombres F, Roux N, Friszer S, et al. Relation between the quality of the ultrasound image acquisition and the precision of the measurement of the crown-rump length in the late first trimester: what are the consequences? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;207:37-44. (Links)
14. Choi JI, Jung SE, Jeong WK, et al. Effectiveness of on-site education for quality assurance of screening ultrasonography for hepatocellular carcinoma. *Med Ultrason*. 2016;18:275-80. (Links)
15. Silverman NH, Moon-Grady AJ. Discordant fetal and post-natal diagnosis: can we do better? *J Am Coll Cardiol*. 2016;68:931-3. (Links)

16. Iared, W., Bancovsky, E., Vedolin, L. M., Bettini, P. R., Puchnick, A., & Chammas, M. C. (2018). Reproducibility of a quantitative system for assessing the quality of diagnostic ultrasound. *Radiologia Brasileira*, 51(3), 172–177. <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0021>
17. Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Selos CBR. São Paulo: CBR; 2015. (cited 2017 Jan 8). Available from: <https://cbr.org.br/programas-de-qualidade/selos-cbr/>. (Links)
18. Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem. São Paulo: CBR; 2017. (cited 2017 Jan 8). Available from: <http://padi.org.br/apresentacao/>. (Links)
19. American College of Radiology. Practice parameter for performing and interpreting diagnostic ultrasound examinations. ACR-SPR-SRU Res. 7 - 2011, Amended 2014 (Res. 39). (cited 2017 Jan 8). Available from: <https://www.acr.org/Quality-Safety/Standards-Guidelines/Practice-Guidelines-by-Modality/Ultrasound>. (Links)
20. American Institute of Ultrasound in Medicine AIUM - Resources: Practice Parameters: <https://www.aium.org/resources/guidelines.aspx>
21. ACR BI-RADS Atlas: Breast Imaging and Reporting Data System 5th Edition, 2013.
22. Tessler et al, ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee. *Journal of the American College of Radiology* 2017; 14:587-595.
23. James Clune “Heuristic Evaluation Functions for General Game Playing” in <http://ggp.stanford.edu/readings/clunepayer.pdf> - p1138-1139
24. Lane F. Donnelly, MD, Scott R. Dorfman, MD, Jeremy Jones, MD, George S. Bisset III, MD “Transition From Peer Review to Peer Learning: Experience in a Radiology Department” * 2017 American College of Radiology 1546-1440/17/\$36.00 n <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacr.2017.08.023> p1143-1149
25. David B. Larson , MD , MBA, John J. Nance , JD “Rethinking Peer Review: What Aviation Can Teach Radiology about Performance Improvement” *Radiology*: Volume 259: Number 3—June 2011 n radiology.rsna.org 629
26. Drucker, P. F. - “The Practice of Management” Harper Collins e-books; ISBN 9780062005441; 20 de abr. de 2010
27. Soffer, Shelly, Avi Ben-Cohen, Orit Shimon, Michal Marianne Amitai, Hayit Greenspan, and Eyal Klang. “Convolutional Neural Networks for Radiologic Images: A Radiologist’s Guide.” *Radiology* 290, no. 3 (March 2019): 590–606. <https://doi.org/10.1148/radiol.2018180547>.

CAPÍTULO 17

SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: ANÁLISE DA OPINIÃO DOS SUPERVISORES ACERCA DO PROCESSO DE ORIENTAÇÃO

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 22/04/2021

João Filipe Fernandes Lindo Simões

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) e Instituto de Biomedicina de Aveiro (iBiMED)
Aveiro, Portugal
ORCID: 0000-0002-4989-2252

António Fernando da Silva Garrido

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) e Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E. (CHBV)
Aveiro, Portugal

RESUMO: Os ensinamentos clínicos de enfermagem são momentos importantes para o desenvolvimento de competências dos futuros profissionais por lhes permitirem, futuramente, “agir em situação”. A supervisão é entendida como um processo interativo, dinâmico e ecológico, entre o supervisor e o supervisando, cujos papéis se entrecruzam na lógica das ações de cada um. Neste estudo, procurou-se conhecer a opinião dos enfermeiros supervisores acerca das suas dificuldades e dos estudantes, as estratégias utilizadas, as suas finalidades e as condições que devem ser facultadas aos supervisores no decurso do processo de orientação. Recorreu-se a uma abordagem qualitativa de natureza exploratório-descritiva da opinião de enfermeiros, com experiência em supervisão em ensino clínico. O instrumento de colheita de dados utilizado foi

um questionário de autopreenchimento, tendo sido utilizada a técnica de análise de conteúdo temático, predominantemente indutiva, na análise das respostas. O estudo foi constituído por 60 enfermeiros com experiência em supervisão de alunos. Foram cumpridos todos os requisitos éticos inerentes, nomeadamente consentimento livre e esclarecido, prévio à recolha de dados. Dos resultados obtidos salienta-se que a maioria dos participantes não possuía formação prévia e específica em supervisão; na opinião dos supervisores, as dificuldades dos supervisandos centravam-se, maioritariamente, na dimensão cognitiva; as dificuldades dos supervisores centraram-se no processo de supervisão; a estratégia de supervisão mais utilizada foi a realização de reuniões; o estilo não diretivo foi o mais adotado pelos supervisores; a melhoria na planificação e organização dos ensinamentos clínicos foi apontada como a condição mais relevante para o incremento da qualidade supervisiva. Assim, podem-se confirmar os pressupostos de que existem diversos fatores que interferem no processo de orientação de alunos em ensino clínico e que se torna necessário impulsionar e estimular a capacidade de autoimplicação do supervisando na construção do conhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Enfermagem; Estágio Clínico; Supervisão de Enfermagem.

SUPERVISION IN CLINICAL NURSING EDUCATION: THE OPINION OF THE SUPERVISORS ABOUT THE ORIENTATION PROCESS

ABSTRACT: Clinical nursing practices are

important moments for the development of skills of future professionals, as they allow them, in the future, to “act in a situation”. Supervision is understood as an interactive, dynamic and ecological process between supervisor and supervisee, whose roles are intertwined in the logic of each person’s actions. In this study, we sought to know the opinion of supervising nurses about their difficulties and that of students, the strategies used, their purposes and the conditions that must be provided to supervisors during the orientation process. We used a qualitative approach of an exploratory-descriptive nature of the opinion of nurses with experience in supervision in clinical teaching. The data collection instrument used was a self-administered questionnaire, using the thematic content analysis technique, predominantly inductive, in the analysis of responses. The study consisted of 60 nurses with experience in supervising students. All inherent ethical requirements were met, namely free and informed consent before data collection. From the results obtained, it should be noted that most participants did not have previous and specific training in supervision; in the supervisors’ opinion, the difficulties of the supervisees were mainly focused on the cognitive dimension; supervisors’ difficulties focused on the supervision process; the most used supervision strategy was to hold meetings; the non-directive style was the one most adopted by supervisors; the improvement in the planning and organization of clinical teaching was identified as the most relevant condition for increasing supervisory quality. Thus, one can confirm the assumptions that several factors are interfering in the process of guiding students in clinical education and that it is necessary to boost and stimulate the supervisee’s self-implication capacity in the construction of knowledge.

KEYWORDS: Education in Nursing; Clinical practices; Nursing Supervision.

1 | INTRODUÇÃO

A prática de enfermagem exercida num contexto imprevisível e em constante mudança, em que as respostas às necessidades dos indivíduos impõem um desempenho situado e competente, exige que os supervisores e supervisandos acompanhem esta evolução, num processo dinâmico e interativo, procurando responder às atuais exigências e tentando implementar, nos contextos clínicos, as práticas inerentes a um exercício profissional autónomo e responsável. Neste sentido, os supervisandos são interlocutores dialéticos com o supervisor e indivíduos ativos, capazes de trazer para o processo de supervisão importantes contributos cognitivos e socioafetivos. Da mesma forma, reinvestem *a posteriori*, na prática clínica, os saberes, entretanto veiculados, funcionando como agentes de mudança num processo de autoconstrução pessoal e profissional. Assim, a formação clínica deseja-se contínua e integrada de experiência, de reflexão e de conhecimentos que permitam dar continuidade à prática reflexiva e de questionamento de vivências pessoais, profissionais e sociais.

Neste processo, também, o supervisor aprende a ensinar, ensina a aprender, ensina a cuidar, porque no pequeno ou grande mundo, no microsistema ou no exossistema, as experiências e vivências do Outro são, igualmente, pilares a ter em conta.

O supervisor é um artesão que trabalha com seres em perpétua construção, em

desenvolvimento, seres que nunca deixam de ser sujeitos, pessoas humanizadas, sensíveis. Cruza-se, na vida de cada supervisor, uma panóplia de realidades e de diferentes formas de atribuir valores que, diariamente, o desafiam, desde a capacidade de aceitação do Outro, na sua singularidade, à sua inerente responsabilidade de promover a mudança, enquanto Outro. O supervisor também se debate com uma necessidade íntima de inovação e de alteração dos seus próprios pontos de vista, o que impõe características pessoais e éticas. Também ele é perscrutor da sua formação como fermento para o seu crescimento pessoal e profissional. O seu papel não se resume à transmissão de conhecimentos, assenta, também e sobretudo, no despertar da criatividade, da capacidade crítica e reflexiva. Ele é o intermediário entre o formando – pessoa, indivíduo – e a realidade global e coletiva que o rodeia.

Conscientes da crucial importância do processo de supervisão em ensinos clínicos, do papel que os supervisores têm na construção da identidade profissional e também pessoal dos estudantes, decidimos estudar: as dificuldades identificadas pelos supervisores clínicos nos estudantes de enfermagem, no decurso dos ensinos clínicos; as dificuldades com que se deparam, no decurso do processo supervisivo; as estratégias de supervisão que implementam para ultrapassarem essas dificuldades; as finalidades com que são utilizadas essas estratégias de supervisão e as condições que lhes devem ser proporcionadas para melhorarem a qualidade do processo de supervisão.

Pensamos, assim, que o estudo que apresentamos é importante e oportuno, por um conjunto diverso de razões. Por um lado, é necessário refletirmos sobre o desenvolvimento do ensino clínico de enfermagem e, mais concretamente, dos ensinos clínicos, dado que se têm multiplicado as instituições de ensino no nosso país, tendo o número de estudantes em ensino clínico aumentado significativamente. É, por isso, urgente que a qualidade da sua formação seja também aferida, através da reflexão dos seus atores, visando formar profissionais detentores de competências alicerçadas em conhecimentos sólidos, capazes de inovar, de trabalhar em equipa, com sentido crítico e reflexivo, de forma a gerir a incerteza e a complexidade dos cuidados de enfermagem e dos contextos em que os mesmos se concretizam.

2 | ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

O conceito de supervisão, no nosso país, foi evoluindo a partir do conceito inicial de ALARCÃO e TAVARES (1987, 2010) para a formação de professores, à medida que os diferentes autores se apropriaram dele e o reajustaram às suas áreas de prática, tal como se observa no conceito apresentado por FRANCO (2000:33) que define supervisão como: “Processo em que uma pessoa experiente e bem informada orienta o aluno no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atuação de monitorização sistemática da prática, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação.”

Na convergência dos conceitos, e resultante da confluência da prática e da reflexão sobre a supervisão em diferentes contextos, identificamo-nos com o conceito apresentado por RUA (2009:101) que define a supervisão em ensino clínico como “um processo interativo, dinâmico e ecológico entre o supervisor e o supervisando, cujos papéis se entrecruzam na lógica das ações de cada um. O supervisor orientando, ajudando e levando o aluno a refletir sobre as suas práticas e a socializar-se e o aluno apropriando-se das lógicas das práticas profissionais numa atitude reflexiva e coerente com os pressupostos da relação que se estabelece, num diálogo constante com o contexto”.

Mais recentemente, e no sentido de colmatar uma lacuna sentida no exercício profissional da enfermagem – a adoção de um modelo de supervisão, a Ordem dos enfermeiros Portuguesa, fez aprovar o regulamento de competências acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica, estipulando que, “a Supervisão Clínica: é um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2018: 16657).

A capacidade de partilhar experiências, de estimular e de praticar o espírito de iniciativa e de reflexividade crítica constitui um dos principais alicerces da prática de construção colaborativa de saberes, necessário ao desenvolvimento de competências intra e interpessoais. Do mesmo modo, só pela análise reflexiva, em e de cada uma das vivências significativas em ensino clínico, se consegue aperfeiçoar competências e, inclusivamente, mudar comportamentos. A experiência e a reflexão para, na e após a ação detêm um valor fundamental no contexto de uma relação, onde a interpessoalidade não deve ser, de todo, descurada (SÁ-CHAVES, 2000).

Neste sentido, a essência da profissão de enfermagem reside também na relação humana, sendo incontestável para o profissional deter não apenas conhecimentos, mas sobretudo atitudes e valores que transporta consigo, pois dificilmente se consegue separar o *eu pessoal* do *eu profissional*, particularmente em contextos muito exigentes do ponto de vista da relação humana e revestidos de histórias de vida como são as instituições de saúde.

Nesta ótica, enquanto profissionais de saúde, não devemos privilegiar, unilateralmente, a razão e a reflexão como únicos motores da nossa formação, devendo congrega, igualmente, tudo o que decorre das nossas histórias onde já há vida, dos nossos sentimentos e intuições.

Assumimos, igualmente, que, numa relação supervisiva, a interação é o pilar de toda e qualquer relação cíclica entre o Eu e o Outro, na mira do conhecimento, da aprendizagem e da autonomia. Urge, por isso, promover todos e cada um, sem tensões e com disponibilidade, flexibilidade, confiança e abertura. A vontade intrínseca de refletir

sobre a prática, de desfrutar do conhecimento que resulta do diálogo com as situações e a sua ecologia, é o ponto de partida para uma supervisão corresponsabilizada e para uma efetiva autoimplicação ativa do supervisando. Este constrói-se, forma-se, avalia-se e autonomiza-se, em parceria, no seio de relações de afetividade, detentoras e reguladoras de princípios éticos em contexto de ensino clínico.

Os ensinamentos clínicos são momentos importantes para o desenvolvimento de competências dos futuros profissionais e, como tal, as atividades a realizar terão que estar muito bem articuladas com os conhecimentos adquiridos na escola (RUA, 2009). Neste contexto ecológico, a formação deve assumir-se, cada vez mais, como uma parceria entre as instituições de ensino e as instituições de saúde, no sentido de formar profissionais detentores de competências alicerçadas em conhecimentos sólidos, capazes de inovar, de trabalhar em equipa, com sentido crítico e reflexivo, de forma a gerir a incerteza e a complexidade dos cuidados de saúde. Segundo BORGES (2010, p.124) “a criação e implementação de parcerias interinstitucionais, na área da supervisão dos ensinamentos clínicos de enfermagem, constitui-se como uma componente fulcral na melhoria de todo o processo e na promoção da qualidade formativa”.

Esta formação pressupõe que uma parte significativa da mesma seja feita em situação real com a participação de um importante ator no processo pedagógico, ou seja, o enfermeiro da prática clínica que tem assumido o papel de supervisor em ensino clínico, ao facilitar a integração dos alunos nos serviços, ao mesmo tempo que supervisiona a sua aprendizagem. Assim, este deve propiciar ao estudante o desenvolvimento de capacidades, atitudes e conhecimentos que contribuam para o desenvolvimento de competências.

Para a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2018, p.16657), o Enfermeiro Supervisor Clínico é o “Enfermeiro responsável pelo processo de supervisão que detém um conhecimento concreto e pensamento sistematizado, no domínio da disciplina e da profissão de Enfermagem e da Supervisão Clínica, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área, que num contexto de atuação e relação supervisão promove o desenvolvimento pessoal e profissional. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios Éticos e a Deontologia Profissional, assegurando um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte com o supervisado, promotor do desenvolvimento de competência, garantindo a transição socioprofissional segura e a qualidade dos cuidados”.

A figura do supervisor, bem como a sua personalidade global e a sua formação assumem um peso determinante entre as múltiplas causas do sucesso ou insucesso do desenvolvimento de competências. O seu comportamento e as suas atitudes, a forma como motiva os alunos e, sobretudo, as suas expectativas são fatores determinantes em contexto formativo.

Para COTTRELL (2012), a função do supervisor clínico consiste em sustentar a formação e a atividade profissional dos alunos, tendo sempre em conta a prestação

de cuidados de qualidade ao doente e, ainda, promover a mudança positiva, educar, monitorizar, recomendar, desafiar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico dos mesmos. Neste âmbito, o papel do supervisor clínico torna-se num desafio, pois cabe-lhe criar contextos de aprendizagem estimulantes que aumentem a habilidade do aluno na criação de quadros de referência pertinentes, a partir dos quais seja possível definir estratégias efetivas de trabalho com os utentes.

3 | MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

A opção metodológica orientou-se para uma abordagem qualitativa de natureza exploratório-descritiva, compatível com a necessidade sentida de analisar e compreender o contexto inerente à supervisão em ensinos clínicos de enfermagem, nomeadamente as dificuldades que os supervisores enfrentam, quer em relação aos recursos físicos, quer humanos disponíveis, bem como as sugestões de melhoria no acompanhamento fundamental da formação dos futuros profissionais de enfermagem.

3.2 Questões de investigação e objetivos

Das preocupações expostas emergiram várias questões fundamentais, nomeadamente: quais as dificuldades identificadas pelos supervisores nos estudantes do curso de enfermagem, no decurso dos ensinos clínicos? Quais as dificuldades dos supervisores, no processo de supervisão? Quais são as estratégias de supervisão utilizadas para ultrapassar essas dificuldades? Com que finalidades são utilizadas essas estratégias de supervisão? Que condições devem ser facultadas ao supervisor para um bom desempenho de funções?

Na tentativa de obter respostas a estas questões, analisámos as opiniões dos participantes, com os seguintes objetivos: identificar as dificuldades dos estudantes em ensino clínico que são reconhecidas pelos respetivos supervisores clínicos; identificar as dificuldades dos supervisores, durante o processo de supervisão em ensino clínico; analisar as estratégias utilizadas pelos supervisores clínicos, para colmatar as dificuldades identificadas; compreender as finalidades com que os supervisores clínicos utilizam as respetivas estratégias de supervisão; conhecer as condições que devem ser facultadas ao supervisor para um bom desempenho de funções.

3.3 Participantes

A população estudada foi constituída pelos enfermeiros inscritos nas três primeiras edições do Curso de Pós-graduação em Supervisão Clínica, lecionado numa escola superior de saúde da região centro de Portugal, nos anos letivos de 2008-2009 e 2009-2010.

Considerando o tipo de estudo e os objetivos do mesmo, optámos por uma amostra não probabilística intencional, constituída por 60 enfermeiros que estivessem a realizar ou já tivessem realizado supervisão de estudantes em ensino clínico de enfermagem.

3.4 Considerações éticas

Previamente ao preenchimento dos questionários, e com o objetivo de obter a confirmação da aceitação da colaboração no estudo, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento, após oferecidos todos os esclarecimentos e dadas respostas às dúvidas manifestadas pelos participantes, firmando um compromisso para a execução da pesquisa dentro dos padrões éticos e científicos recomendados.

Durante todo o processo de recolha, análise e discussão dos resultados, respeitámos os direitos dos participantes em relação à privacidade, anonimato das informações e, caso assim o entendessem, de não responderem às questões ou retirarem-se do estudo sem prejuízos pessoais ou académicos.

3.5 Recolha de dados

O instrumento utilizado para a recolha de informação foi um questionário elaborado para esse fim, sendo constituído por duas partes principais. A primeira, para caracterização dos participantes, constituída por perguntas fechadas e de resposta descritiva. A segunda parte contemplou, apenas, questões de resposta descritiva, com a finalidade de perceber as dificuldades dos supervisores e dos supervisandos, as estratégias de supervisão implementadas e as finalidades com que foram aplicadas, bem como as condições que devem ser facultadas durante o processo de supervisão.

As questões foram realizadas com base na revisão da literatura e na experiência em supervisão dos autores. Previamente à aplicação do questionário, foi solicitada a opinião de um painel de peritos constituído por três enfermeiros com larga experiência de formação na área da supervisão. Depois das correções derivadas da opinião desses peritos, realizámos um pré-teste, tendo sido o seu preenchimento solicitado a cinco supervisores de ensinos clínicos de enfermagem. Após entrevista com os inquiridos e análise das suas respostas, entendemos não existir necessidade de proceder a alterações à proposta inicial.

3.6 Análise dos dados

Inicialmente, definimos uma matriz temática construída a partir dos objetivos delineados para o estudo. Assim, após diversas reformulações, surgiram as seguintes áreas temáticas: dificuldades na operacionalização dos ensinos clínicos de enfermagem; estratégias de supervisão utilizadas nos ensinos clínicos de enfermagem; condições necessárias para a melhoria da qualidade do processo de supervisão em ensino clínico de enfermagem.

Para o tratamento da informação recolhida, aplicámos a técnica de análise de conteúdo temático, predominantemente indutiva (RODRIGUES, 1999). Ordenámos e

organizámos os questionários recolhidos, atribuindo uma codificação a cada um, a qual designámos por número de ordem. Seguidamente, efetuámos uma leitura sincrética e prolongada das respostas obtidas, procurando identificar as unidades de sentido, o que permitiu a emergência de unidades de registo relevantes e significativas para os objetivos da pesquisa. Efetuada essa leitura, construímos, com base nos dados, nos objetivos da pesquisa e na revisão bibliográfica realizada, uma primeira matriz categorial. A categorização das unidades de registo foi um processo moroso e complexo, na tentativa de identificarmos denominadores e designações comuns, procurando que os temas encontrados respeitassem os princípios propostos por BARDIN (2018), ou seja, serem mutuamente exclusivos, pertinentes e abrangendo a totalidade da informação obtida. Após este processo de sistematização dos dados e da contagem de frequências, realizámos a análise e interpretação dos quadros/resumo. A fase de análise e interpretação fundamentou-se na globalidade do percurso realizado para o tratamento da informação. Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, recorremos a técnicas de estatística descritiva, optando-se pela apresentação dos resultados através de representações gráficas.

4 | RESULTADOS

4.1 Caracterização dos participantes em estudo

Através da análise da Tabela 1, podemos verificar que os enfermeiros que participaram no estudo tinham uma média de idade de 32,28 anos para um desvio padrão de 8,01. O intervalo das idades variou entre o valor mínimo de 23 anos e o máximo de 60 anos, o que revela um intervalo com diferenças consideradas relevantes.

Os participantes foram, maioritariamente, do género feminino (75,0%) e com a categoria profissional de enfermeiro (60,0%). Relativamente ao tempo de serviço, a maioria dos participantes (61,7%) tinha até 10 anos, inclusive. Dos dados obtidos releva que uma esmagadora percentagem de supervisores (93,3%) não detém qualquer formação específica em supervisão e que apenas 6,7% frequentaram formações de curta duração para orientadores de estágios clínicos.

Características	N	%	Média ± DP
Idade (anos)	60	100,0	32,28 ± 8,01
Género			
Masculino	15	25,0	
Feminino	45	75,0	
Categoria profissional			
Enfermeiro	36	60,0	
Enfermeiro graduado	19	31,6	
Enfermeiro especialista	4	6,7	
Enfermeiro chefe	1	1,7	
Tempo de serviço			
0-10 anos	37	61,7	9,33 ± 7,38
11-20 anos	17	28,3	
21-30 anos	6	10,0	
Formação em supervisão			
Formações de curta duração prévias	4	6,7	
Sem formação	56	93,3	

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes incluídos no estudo (n=60).

4.2 Dificuldades na operacionalização dos ensinamentos clínicos de enfermagem

Da análise de conteúdo realizada com o objetivo de categorizar as unidades de registo resultantes das respostas dos participantes acerca das dificuldades identificadas pelos supervisores resultaram duas subáreas temáticas que decidimos designar de: dificuldades dos supervisandos em ensino clínico de enfermagem e dificuldades dos supervisores durante os ensinamentos clínicos de enfermagem. As categorias, indicadores e respetivas percentagens das unidades de registo, relativas à primeira subárea, encontram-se descritos na Figura 1.

Pela análise da referida figura, podemos verificar que **as dificuldades dos supervisandos mais valorizadas pelos enfermeiros supervisores em ensino clínico de enfermagem**, foram as da dimensão cognitiva com 47,7% das unidades de registo. As dificuldades no âmbito da dimensão instrumental foram as menos valorizadas com 8,6 % das unidades de registo.

Na dimensão cognitiva, os participantes deram maior relevância às dificuldades que os supervisandos apresentam na mobilização de conceitos teóricos para a prática (12,6%). Quanto à dimensão comunicacional, as dificuldades na relação com a equipa e utentes foi o indicador mais valorizado pelos supervisores (8,6%). Na dimensão atitudinal, a insegurança/falta de confiança por parte dos supervisandos foi, na opinião dos participantes, o indicador mais relevante (6,6%). A insegurança técnica foi a dificuldade mais destacada na dimensão instrumental (6,6%). Finalmente, na dimensão organizacional, as dificuldades na compreensão dos objetivos e instrumentos de avaliação e na elaboração do projeto de estágio e definição de objetivos foram as mais valorizadas (3,3%).

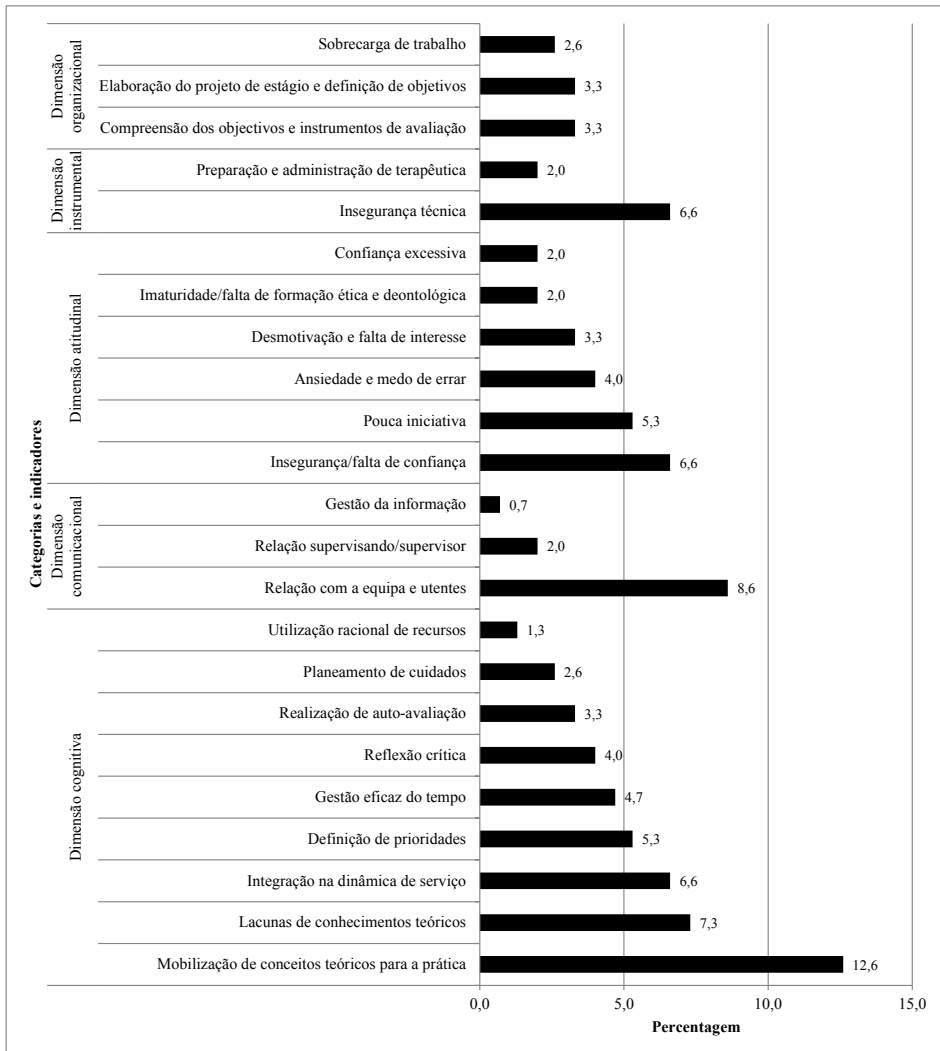


Figura 1. Representação gráfica das categorias e indicadores resultantes da análise de conteúdo acerca das *dificuldades dos supervisandos em ensino clínico de enfermagem*.

Na figura 2, são apresentadas as frequências de unidades de registo das categorias referentes às ***dificuldades dos supervisores durante a supervisão nos ensinos clínicos de enfermagem***: planificação e organização dos ensinos clínicos, processo de supervisão e relacionamento interpessoal. Podemos verificar que as dificuldades foram mais evidentes no processo de supervisão (37,5%) e as dificuldades dos supervisores menos valorizadas foram as relativas ao relacionamento interpessoal (27,8%).

Relativamente aos indicadores de cada uma das categorias, observámos que as dificuldades mais valorizadas pelos supervisores *na planificação e organização dos ensinos clínicos* foram o apoio insuficiente das escolas de formação com 19,4% das unidades de

registo e a informação insuficiente/desadequação dos objetivos (12,5%). Estes resultados estão em consonância com as conclusões de outros estudos, designadamente Macedo (2013), que conclui que os protocolos de articulação deveriam incluir mais atores e trabalho conjunto, reforçando a formação e incentivando atividades em parceria e a definição conjunta de políticas de supervisão.

Quanto às dificuldades durante o processo de supervisão, os supervisores realçam as dificuldades no processo de avaliação como as mais relevantes (20,8%), seguidas da acumulação das funções clínica e de supervisão (6,9%)

Na categoria *relacionamento interpessoal*, as dificuldades no relacionamento com os supervisandos foi o indicador mais valorizado pelos participantes (19,4%).

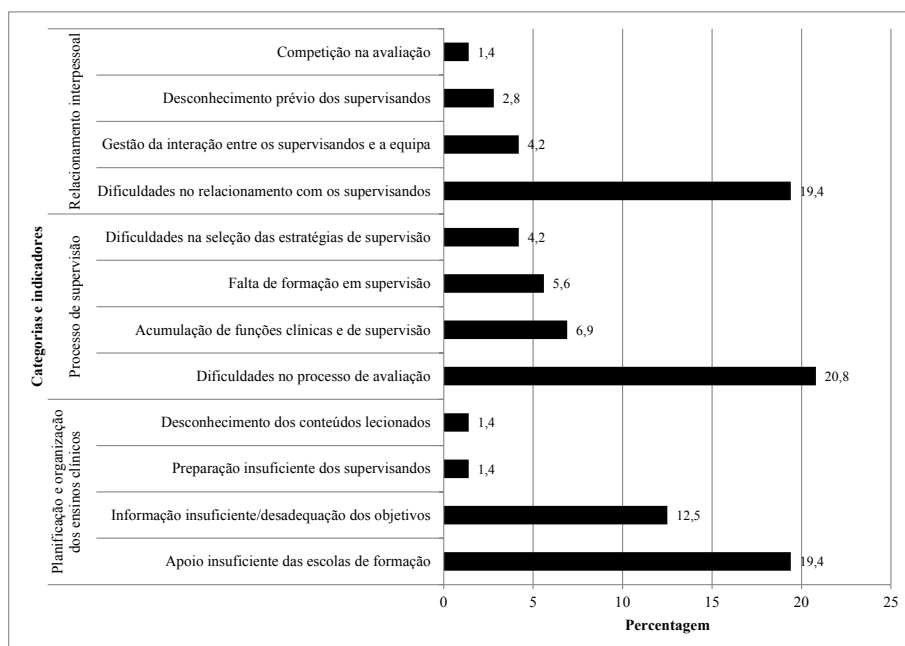


Figura 2. Representação gráfica das categorias e indicadores resultantes da análise de conteúdo acerca das *dificuldades dos supervisores durante os ensinamentos clínicos de enfermagem*.

4.3 Estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem

A descrição dos resultados provindos da análise de conteúdo das respostas relacionadas com as estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem encontra-se representada na Figura 3. Verificámos que a estratégia de supervisão mais referenciada pelos participantes foi a realização de reuniões com 25,8% das unidades de registo. De realçar que a formulação de questões reflexivas e o estudo orientado também foram relevantemente referidas pelos supervisores, com 20,4% e 16,7% das unidades de registo, respetivamente.

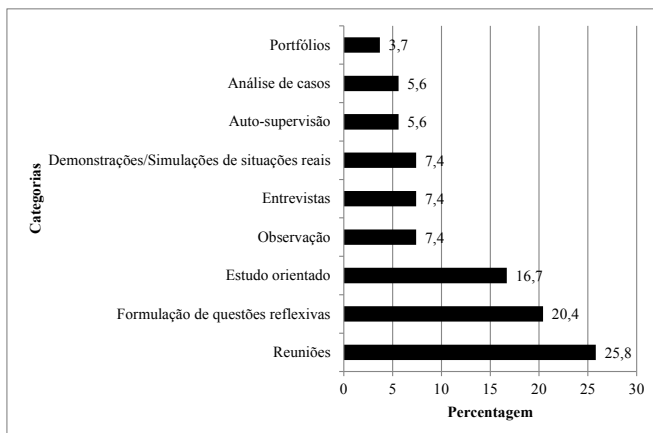


Figura 3. Representação gráfica das categorias resultantes da análise de conteúdo acerca das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico.

A organização das estratégias de supervisão por finalidade e, conseqüentemente, o agrupamento destas finalidades por estilos de supervisão encontra-se representado na Figura 4. Podemos verificar que o estilo não diretivo foi o mais adotado pelos participantes, com 41,3% das unidades de registo, seguido dos estilos diretivo (34,7%) e colaborativo com 24%. Concluímos que existe uma tendência dos supervisores para os estilos não diretivo e diretivo, e, por último, algo surpreendentemente, o estilo colaborativo

Quanto à finalidade das estratégias de supervisão utilizadas, observamos que o indicador encorajar foi o mais valorizado pelos participantes (17,3%). Também as finalidades de ajudar a encontrar soluções para os problemas e estabelecer critérios (14,7%) e orientar (13,3%), foram destacadas pelos participantes no estudo como relevantes.

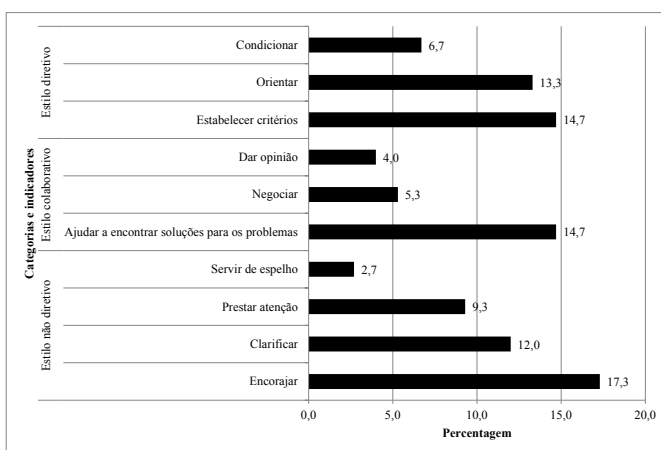


Figura 4. Representação gráfica das categorias e indicadores resultantes da análise de conteúdo acerca das finalidades das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico.

4.4 Condições necessárias para a melhoria da qualidade do processo de supervisão em ensino clínico de enfermagem

Os resultados da análise de conteúdo acerca da opinião dos supervisores sobre as condições necessárias para a melhoria da qualidade do processo de supervisão encontram-se representados na Figura 5. Da análise dos dados emergiram três categorias: planificação e organização, operacionalização e incentivos.

A melhoria na planificação e organização dos ensinos clínicos foi apontada como a condição mais relevante para o incremento da qualidade do processo de supervisão em ensino clínico (46,4%), enquanto que os incentivos foram a categoria menos valorizada pelos participantes (24,3%).

Quanto aos indicadores de cada categoria, verificámos que os participantes referiram a melhoria do processo de preparação dos estágios como a condição mais importante para a melhoria da planificação e organização do processo de supervisão em ensino clínico (17,1%).

O aumento do tempo disponível para a supervisão foi a condição mais referida para a melhoria da operacionalização do referido processo (19,6%).

Por outro lado, o incentivo mais valorizado pelos enfermeiros foi a formação em supervisão clínica (18,3%).

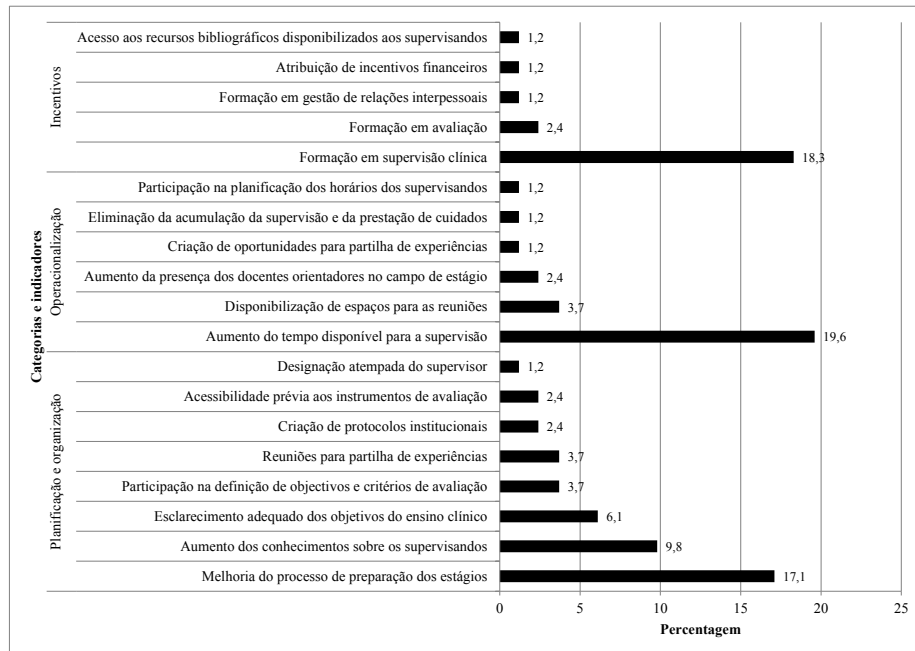


Figura 5. Representação gráfica das categorias e indicadores resultantes da análise de conteúdo acerca das condições necessárias para a melhoria da qualidade do processo de supervisão em ensino clínico.

5 | DISCUSSÃO

Após a análise crítico-reflexiva dos resultados do presente estudo, verificámos que a esmagadora maioria dos inquiridos nunca tinha frequentado qualquer formação específica em supervisão e que apenas uma escassa minoria frequentou formações de curta duração para orientadores de estágios clínicos. Estes resultados estão de acordo com o estudo desenvolvido por BORGES (2010), onde se constatou que a maioria dos tutores não detem formação em supervisão e que seria muito importante que tivessem formação específica nessa área. Esta formação deverá desenvolver nos supervisores capacidades de agir em contextos mutáveis e constantemente influenciados pela ecologia inerente, sentindo-se envolvidos no estabelecimento de uma relação de ajuda que também é característica da relação supervisiva. Neste sentido, SIMÕES, FONSECA e BELO (2006), referem que num contexto supervisivo, a relação de ajuda implica, ainda e necessariamente, falar de uma relação supervisiva de índole ecológica que tem em conta a mutabilidade dos contextos, a natureza iminente instável dos intervenientes na relação e a imensa diversidade que caracteriza as intervenções estabelecidas no decurso da relação de ajuda. Supervisionar inclui uma demanda de ajuda e ajudar exibe o cunho da supervisão ou da atitude supervisiva.

Num estudo de SILVA, PIRES E VILELA (2011), os resultados valorizam um conjunto de necessidades dos supervisores que passam pela formação específica na área, treino de competências e formalização de diretrizes sobre as funções dos vários intervenientes - enfermeiros, escolas e organizações de saúde. E, um estudo mais recente, de BARBOSA (2015), reforça a necessidade de formação dos enfermeiros tutores em contexto formal.

Os supervisores revelaram, igualmente, que refletiram acerca das dificuldades dos supervisandos em ensino clínico de enfermagem, apontando várias dificuldades no desenvolvimento de competências nas dimensões cognitiva, comunicacional, atitudinal, técnica e organizacional. Destas dimensões, os supervisores destacam a dimensão cognitiva, nomeadamente a mobilização de conceitos teóricos para a prática, assim como lacunas de conhecimentos teóricos. Segue-se a dimensão atitudinal, onde sobressai a insegurança/falta de confiança. A insegurança está, aliás, também presente ao nível da dimensão instrumental. Não olvidemos, igualmente, a dimensão comunicacional, no tocante à relação com a equipa e utentes, indicador que se destaca. É interessante focar, neste ponto, que uma das dificuldades mais sentidas pelos supervisores é o relacionamento interpessoal com os supervisandos. Este dado é preocupante, se atentarmos no que afirmam ALARCÃO e TAVARES (2010), qualificando o processo de supervisão como uma atividade de mútua colaboração e interajuda entre os agentes envolvidos, numa atitude de diálogo permanente que passe por um bom relacionamento assente na confiança, no respeito, no empenhamento, no entusiasmo, na amizade cordial e solidária. Importante é, sem dúvida, ser com os outros, ou seja, estabelecermos relações de copresença relacional que permitam a construção de uma comunidade de significados, onde se pense a realidade,

se reflita sobre a prática, onde se discursse sobre o Eu e o Nós.

Em relação às competências dos supervisores, os resultados que apresentamos confirmam o papel fundamental e insubstituível do supervisor clínico e a importância das suas competências técnicas, comunicacionais e relacionais. Estes saberes passam, sem dúvida, pelas estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico, com destaque para as reuniões, a formulação de questões reflexivas e o estudo orientado. Partilhamos da opinião de CARVALHAL (2003: XI) quando considera que a importância da supervisão em parceria na formação dos profissionais de enfermagem “reside no facto de cada um dos orientadores clínicos contribuir com os saberes e competências que melhor domina tornando a formação dos estudantes mais completa, coerente e consistente”. Neste sentido, GARRIDO, SIMÕES e PIRES (2008), com base em estudos realizados com supervisores clínicos, consideram que a supervisão contribui para a eficiência e eficácia da prática dos supervisandos, referindo como contributos fundamentais, por ordem decrescente: orientação das práticas, reflexão sobre as práticas e sobre o processo de orientação, análise crítica e construtiva sobre as práticas, o supervisor como referência e exemplo profissional, conhecimentos científicos do supervisor, reforços positivos e contribuição para a autonomia e a segurança.

Os participantes, ao nível das finalidades das estratégias de supervisão, valorizaram os indicadores encorajar e clarificar, no estilo não diretivo. A importância de se estabelecer critérios e de orientar, assim como o ajudar a encontrar soluções para os problemas foram, igualmente, indicadores em destaque nos estilos diretivo e colaborativo, respetivamente. Estes resultados vão ao encontro do estudo de SIMÕES e GARRIDO (2007).

Os enfermeiros valorizaram, nas condições necessárias para a melhoria da qualidade do processo de supervisão, a formação em supervisão clínica, o aumento do tempo disponível para a supervisão e a melhoria do processo de preparação dos estágios. Numa leitura transversal dos dados obtidos, verifica-se que estes indicadores se correlacionam com as dificuldades dos supervisores destacadas, nomeadamente o “apoio insuficiente das escolas de formação” e “dificuldades no processo de avaliação”.

Estes resultados estão em consonância com as conclusões de outros estudos, designadamente MACEDO (2013), que conclui que os protocolos de articulação deveriam incluir mais atores e trabalho conjunto, reforçando a formação e incentivando atividades em parceria e a definição conjunta de políticas de supervisão. Também BARBOSA (2015) constatou que não existe um conhecimento adequado, por parte dos supervisores, do guia de estágio e que este não é encarado como uma ferramenta importante. Conclui, ainda, que os enfermeiros tutores sentem que, “ainda não existe um efetivo trabalho de parceria e que a presença dos docentes nos campos de estágio é diminuta (BARBOSA, 2015: 85). No mesmo estudo, o autor afirma que (2015: 88), “seria vantajoso o tutor ter conhecimento do modelo de conceção de cuidados em uso na instituição de ensino, pois tal vai refletir-se na aplicação do processo de enfermagem o que pode ter reflexos na aprendizagem dos estudantes na prática clínica”

Mais recentemente, também SPÍNOLA et al. (2018), num estudo com enfermeiros supervisores clínicos, apontam como dificuldades no processo de supervisão insuficiente articulação da escola com o Enfermeiro supervisor e o desfasamento entre a teoria e a prática e, mais concretamente, uma fraca comunicação entre a escola e o Enfermeiro supervisor, falta de conhecimento do plano de estudos, falta de linhas orientadoras para a supervisão e falta de apoio da escola.

Ainda de acordo com Simões, ALARCÃO e COSTA (2008), a comunicação entre Escola e Instituições de Saúde deveria ser, na opinião dos enfermeiros cooperantes, de maior partilha de conhecimentos e metodologias, deveria permitir estabelecer um vínculo mais profundo com os alunos, com articulação efetiva entre ambos, formativa e comunicativa. Estes dados são corroborados pelo nosso estudo, na medida em que nas maiores dificuldades dos supervisores clínicos se incluem o apoio insuficiente das escolas e as dificuldades no processo de avaliação.

Num estudo de SILVA, PIRES E VILELA (2011), os enfermeiros referem-se à sobrecarga de trabalho, como uma das grandes dificuldades para a pronta resposta à prestação de cuidados e, simultaneamente, à formação dos estudantes. Por sua vez BARBOSA (2015: 87) concluiu que, “o instrumento de avaliação é considerado como pouco claro ou adequado ao ensino clínico. Consideramos, assim, necessário que o instrumento de avaliação seja apresentado e explorado, no início de cada ensino clínico, para que não suscite dúvidas aquando da sua aplicação”.

Resultados idênticos foram encontrados no estudo de SPÍNOLA et al. (2018) em que uma das dificuldades apontada contemplava os itens de avaliação considerados pouco específicos, e potenciadores de uma avaliação subjetiva. São, ainda, referidas como dificuldades supervisivas a sobrecarga de trabalho, o que determina que exista pouco tempo para a supervisão, a acumulação de funções e a desmotivação.

Também se verificou que as dificuldades no relacionamento com os supervisandos foi um indicador realçado pelos participantes. A este propósito BARBOSA (2015: 86) refere que, “para ajudar a formar o estudante é importante que se crie uma relação que seja promotora da aprendizagem”. Todos os participantes no seu estudo identificaram o estabelecimento de uma relação de apoio e ajuda com o estudante como muito importante para o desenvolvimento de uma aprendizagem significativa. Esta situação desafia-nos a uma reflexão sobre as competências comunicacionais e relacionais que que os enfermeiros supervisores devem desenvolver para concretizarem com sucesso o processo supervisivo.

6 | CONCLUSÃO

O presente estudo teve a sua aurora, concomitantemente, num facto e numa convicção: o facto de se necessitar de intervir no processo de supervisão em ensino clínico e a convicção da crucial importância desse processo na construção da identidade pessoal e

profissional dos futuros enfermeiros. A esse propósito, importa referir a importância de uma prática profissional inteligente e refletida, por forma a proceder-se a uma análise crítica da ação, do próprio estilo de intervenção e do modo como o Outro experiencia as tarefas e as relações interpessoais existentes no contexto da prática.

A arte de criar e questionar, adstrita à formação em ensino clínico de enfermagem, caminha sob a bandeira da reflexão, ou seja, do *“leitmotiv”* da construção do conhecimento reflexivo. É através dessa que se pode corrigir uma certa atitude intuitiva que se reconhece pouco profissional.

Assim, abordarmos o acto de supervisionar não como um mero processo de fiscalização ou de inspeção implica assumirmos que o elo de toda a atividade está no ato de formar crítica e reflexivamente. Contamos, por isso, com um processo não estandardizado, baseado sobretudo num conjunto de técnicas e estratégias padronizadas, mas, ao invés, num processo de desenvolvimento que requer seres humanos que saibam ultrapassar, singular e gradualmente, situações profissionais para as quais não existem receitas predefinidas. Existe, sim, uma globalidade multidimensional que não é mais do que um grupo de agentes em formação, onde cada um necessita de fazer a ponte entre a dimensão pública do conhecimento e a dimensão privada.

REFERÊNCIAS

ALARCÃO, I. & Tavares, J. (1987). **Supervisão da Prática Pedagógica**. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem. Coimbra: Almedina.

ALARCÃO, I & Tavares, J. (2010). **Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem**. 2ª edição. Coimbra: Livraria Almedina.

AUGUSTO MCB, Oliveira KS, Carvalho ALRF, Pinto CMCB, Teixeira AIC, Teixeira LOLSM (2021). **Impact of a model of clinical supervision over the emotional intelligence capacities of nurses**. Rev Rene. 22: e60279. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260279>.

BARBOSA, M. C. S. (2015). **Fatores que Influenciam a Supervisão de Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em Ensino Clínico: Perspetiva do Enfermeiro Tutor**. Dissertação de Mestrado da Universidade do Porto.

BARDIN, L. (2018). **Análise de conteúdo**. Edição Revista e atualizada. Lisboa: Edições 70, ISBN 9789724415062.

BORGES, C. I. G. (2010). **Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: que parcerias?** Dissertação de mestrado. Aveiro. Aveiro: Universidade de Aveiro - DDTE.

CARVALHAL, R. (2003). **Parcerias na formação, papel dos orientadores clínicos**. Loures: Lusociência.

COTTRELL, S. (2012). **Introduction to clinical supervision** [Em linha]. [Consult. 06 Maio 2012]. Disponível em WWW. <URL: <http://www.clinical-supervision.com/supervision%20policy.htm>>.

FRANCO, J. (2000) - **Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: problemáticas específicas e perspectivas de actuação**. *Investigação em enfermagem*, 1, 32-50.

GARRIDO, A. & Simões, J. (2007). **Supervisão de alunos em Ensino Clínico: uma reflexão**. *Revista Nursing*, 218, 6-11.

GARRIDO, A.; Simões, J. & Pires, R. (2008). **Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas**. Aveiro: Universidade de Aveiro.

RODRIGUES, M. A. (1999). **Metodologias de análise de necessidades de formação na formação contínua de professores: contributos para o seu estudo**. Dissertação de mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

RUA, M. S. (2009). **De aluno a enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico**. Tese de Doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro – Secção Autónoma de Ciências da Saúde.

SCHÖN, D. (1983). **The reflective practitioner: How professionals think in action**. New York: Basic books.

SÁ-CHAVES, I. (2000). **Formação, conhecimento e Supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais**. Aveiro: Unidade de Investigação Didáctica e Tecnologia na Formação de Formadores. Universidade de Aveiro.

SILVA, ATFS (2018). **A supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: contributo dos enfermeiros supervisores para o processo de ensino-aprendizagem** (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – Universidade Nova de Lisboa.

SILVA, R., Pires, R., & Vilela, C. (2011). **Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico: Revisão Sistemática da Literatura**. *Revista de Enfermagem Referência*, III (3), 113- 122.

SIMÕES, J. & Garrido, A. (2007). **Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem**. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. 16 (4), 599-608.

SIMÕES, J. F.; Alarcão, I. & Costa, N. (2008). **Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes**. *Revista Referência*, 6 (2ª Série), 91-108.

SIMÕES, J. F.; Fonseca, M. J. & Belo, A. P. (2006). **Relação de Ajuda: Horizontes de Existência**. *Revista Referência*, 3(2ª Série), 45-54.

SPÍNOLA, A. Paz, A. Esparteiro, M.J. Coelho, T. (2018). **Supervisão clínica em enfermagem: uma estratégia de formação**. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, Vol. VI, N. ° 2, pp. 95-101 ISSN: 2182-9608

CAPÍTULO 18

TERMINALIDADE EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: PROMOÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 01/07/2021

Raquel de Oliveira Laudiosa da Motta

Mestra em Bioética, Ética Aplicada e Saúde
Coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz
FIOCRUZ – Rio de Janeiro/RJ
Lattes: 7216487212288804

Samhira Vieira Franco de Souza

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade
Federal Fluminense
UFF – Niterói/RJ
Lattes: 1692339693555620

RESUMO: O câncer infantil é considerado uma doença potencialmente curável se tratado de forma precoce em centros especializados. No entanto, em alguns casos, mesmo com o uso de toda terapêutica disponível a cura não é possível. Desse modo, cabe à equipe multidisciplinar oferecer conforto e dignidade ao paciente e sua família, por meio de uma assistência tão importante quanto a curativa: os cuidados paliativos. O cuidado paliativo pediátrico é um desafio para toda equipe envolvida. A complexidade desse cuidado requer solidariedade, compaixão, apoio e alívio do sofrimento. Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura de cunho descritivo, realizada nas fontes indexadas às bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), cujo objetivo: identificar nas produções científicas

as ações da equipe de saúde nos cuidados paliativos à criança com câncer, considerando as especificidades da doença e discutir o processo de morte/morrer na promoção de uma morte digna dentro de uma unidade de terapia intensiva. Os resultados apontam trabalho em equipe, manejo da dor, diálogo, apoio à família e particularidades do câncer infantil, medidas consideradas fundamentais na assistência paliativa. Concluímos sobre a necessidade de reflexão sobre as questões que envolvem o fim de vida de crianças no contexto das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), especialmente no que diz respeito à transição do foco curativo para o paliativo, uma vez que isso é necessário para que se possa proporcionar uma morte mais digna e com menos sofrimento para a criança e apoio para sua família que acompanha o desfecho final.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos na terminalidade da vida; Pediatria. Enfermagem oncológica; Unidades de terapia intensiva pediátrica.

TERMINALITY IN PEDIATRIC ONCOLOGY: PROMOTION OF PALLIATIVE CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: Childhood cancer is considered a potentially curable disease if treated early in specialized centers. However, in some cases, even with the use of all available therapies, a cure is not possible. Thus, it is up to the multidisciplinary team to offer comfort and dignity to the patient and his family, through assistance as important as curative: palliative care. Pediatric

palliative care is a challenge for the entire team involved. The complexity of this care requires solidarity, compassion, support and relief from suffering. This study consists of an integrative review of the literature of a descriptive nature, carried out in the sources indexed to the databases Scientific Electronic Library Online (SCIELO), International Literature in Health Sciences (MEDLINE), and Latin American and Caribbean Literature in Life Sciences. Health (LILACS), whose objective: to identify in scientific productions the actions of the health team in palliative care for children with cancer, considering the specificities of the disease and to discuss the process of death / dying in the promotion of a dignified death within a health unit. intensive therapy. The results point to teamwork, pain management, dialogue, family support and particularities of childhood cancer, measures considered essential in palliative care. We conclude that there is a need for reflection on issues involving the end of life of children in the context of Pediatric Intensive Care Units (PICUs), especially with regard to the transition from curative to palliative focus, since this is necessary for that a more dignified death with less suffering for the child and support for his family that accompanies the final outcome can be provided.

KEYWORDS: Palliative care at the end of life; Pediatrics. Oncology nursing; Pediatric intensive care units.

INTRODUÇÃO

A expansão tecnológica ocorrida nas últimas décadas propiciou o desenvolvimento de todas as áreas de cuidados da saúde, modificando o perfil dos pacientes e das doenças. Na pediatria, o avanço tecnológico trouxe inegáveis progressos em todas as especialidades. Na oncologia, o surgimento de novas terapêuticas permitiu significativa redução na mortalidade das crianças acometidas por câncer.

Contudo, como afirmam Piva, Garcia e Lago (2011), apesar de todo o aparato tecnológico, algumas crianças ainda vivem em condições que ameaçam a vida: as portadoras de sequelas graves ou que necessitam de cuidados especiais ou as acometidas por doença oncológica que não respondem aos modernos tratamentos instituídos. Valadares, Mota e Oliveira (2013) relatam que lidar com esse novo perfil de paciente exige uma abordagem diferente. Mesmo quando há tratamento curativo, cuidados paliativos devem e necessitam ser implementados, com o objetivo central de proporcionar melhor controle dos sintomas e melhor qualidade de vida para a criança e sua família.

Em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou uma definição específica para cuidados paliativos na pediatria: “cuidado ativo e total prestado à criança, no contexto do seu corpo, mente e espírito, bem como o suporte oferecido a toda a sua família”. Segundo a OMS, o cuidado paliativo deve ser iniciado quando a doença crônica é diagnosticada, devendo caminhar concomitantemente com o tratamento curativo (VALADARES, MOTA E OLIVEIRA, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a avaliação e o alívio do sofrimento são prioridades nessa abordagem e devem ultrapassar o campo biológico,

alcançando as esferas psíquica e social. Para que isso seja realmente possível, a OMS afirma a necessidade de equipe multidisciplinar que inclua, nesse processo, toda a família e o meio em que a criança está inserida. Tais cuidados podem ser prestados em centros de atenção primária, terciária e até mesmo no domicílio da criança. Porém, abordaremos neste estudo a atenção terciária, aquela na qual a criança já se encontra institucionalizada, durante sua hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).

Segundo Poles, Baliza e Bousso (2013), nos dias atuais, tanto a doença como a morte reside no hospital, deixando de ocupar, como outrora, o aconchego do lar. A partir de meados do século passado, começam a surgir as modernas terapias intensivas; a partir daí, os objetivos primários do tratamento, através de sofisticados recursos terapêuticos, passaram a ser: qualificar, quantificar e controlar uma ampla variedade de fenômenos biológicos. Tais preocupações fazem esquecer que na outra extremidade dos tubos, cabos e drenos, atrás de alarmes e restrito ao leito, encontra-se um ser humano.

No universo da pediatria brasileira, em um estudo de Souza et al (2013), as primeiras unidades de terapia intensiva foram inauguradas na década de 1970. O intensivismo pediátrico é uma especialidade jovem e que desfrutou de incríveis avanços tecnológicos nos últimos anos, os quais criaram situações inimagináveis em que, frequentemente, o limite do prolongamento da vida é contraposto em favor do prolongamento da morte.

Para Garros (2014), muitas crianças morrem nas UTIP como resultado de uma decisão de limitar ou suspender as medidas de suporte vital ou, ainda, não ressuscitar. Sabe-se que tal decisão está justificada na opção pela morte digna ou “boa morte”. Esses aspectos refletem a ampla discussão iniciada na década de 1990 em torno dos dilemas éticos que envolvem o final da vida, questionando o paradigma da “vida a qualquer custo”. Passou-se a valorizar o respeito pelo paciente, com a preocupação crescente quanto à manutenção da dignidade no final da vida.

Recentemente, como mostram alguns estudos, os cuidados intensivos e paliativos eram ainda considerados excludentes; hoje, cresce a tendência de incorporação da filosofia de cuidados paliativos nas UTI pediátricas nas situações de final de vida, contemplando as necessidades do paciente e da família. Em algumas situações, seria oportuno que, diante de uma condição de saúde irreversível, houvesse oportunidade para que a criança fosse transferida para um local mais apropriado, como a sua casa ou um serviço especializado em cuidados paliativos pediátricos, porém, esses serviços ainda são escassos no contexto da saúde brasileira.

Partindo dos pressupostos da temática estudada, foram traçados para delineamento deste estudo os seguintes objetivos: identificar as ações de enfermagem nos cuidados paliativos para a promoção de uma morte digna à criança com câncer, considerando as especificidades da doença e discutir o processo de morte e morrer dentro de uma UTIP.

MÉTODO

Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura de cunho descritivo que objetiva identificar ações da equipe de saúde nos cuidados paliativos à criança com câncer, considerando as especificidades da doença e discutir o processo de morte e morrer na promoção de uma morte digna dentro de uma unidade de terapia intensiva pediátrica.

Desse modo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica onde foi feito um levantamento das evidências científicas em diferentes campos do conhecimento, com o objetivo de avaliar os aspectos que vêm sendo destacados em relação aos Cuidados Paliativos na assistência de fim de vida às crianças no contexto das UTIP. A busca ocorreu nas fontes indexadas nas principais bases de dados que compõe a BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), tais como: a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SCIELO); e Literatura Internacional da área Médica e Biomédica (MEDLINE), com ênfase às produções científicas publicadas nos últimos dez anos.

Para delimitação da busca foram utilizados os seguintes descritores: Cuidados paliativos na terminalidade da vida; Pediatria. Enfermagem oncológica; Unidades de terapia intensiva pediátrica. Ao final do levantamento e coleta dos dados sobre o tema da pesquisa, foram reunidos e analisados os dados que mais se enquadravam à temática para o embasamento e discussão do estudo em questão.

Após a leitura detalhada dos artigos, obteve-se a perspectiva geral das publicações científicas que abordavam o tema do estudo. Em seguida, foi realizada uma análise descritiva com o objetivo de analisar o cuidar em Cuidados Paliativos na assistência à criança em fim de vida nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. A análise buscou identificar a integração dos Cuidados Paliativos nas UTIPs e, desse modo, foi possível avaliar as dificuldades, benefícios e questões éticas envolvidas.

E por último, a elaboração da etapa terminal do estudo, que consiste no tratamento de todos os dados levantados, e a interpretação dos resultados encontrados na pesquisa agrupados em unidades de análise ou categorias, para proceder à redação final da mesma.

Breve histórico e epidemiologia do Câncer Infantil

A palavra câncer tem origem do latim *câncer*, que significa caranguejo, cuja analogia deve-se às veias intumescidas envolvendo o tumor como as patas de um caranguejo. A definição dada para o câncer, em 1838, foi a de um crescimento anormal, desordenado e autônomo das células, com aptidão para se reproduzirem de forma ilimitada e sem finalidade para o organismo. Podendo disseminar-se para outras partes do corpo, constituindo a metástase, (MALAGUTTI, 2011).

De acordo com Mutti, Padoin e Paula (2012), baseando-se pelos dados do Ministério da Saúde (MS), no âmbito mundial, o câncer representa 0,5 a 3% de prevalência entre as crianças. No Brasil, a incidência se situa próximo de 3%, o que corresponde a 9.890 casos

de tumores pediátricos por ano. O câncer aparece entre as cinco principais causas de óbitos desde os primeiros anos de vida.

Silva et al (2017) afirmam que, o câncer infantil é a denominação de um grupo de doenças não contagiosas que atinge crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, que tem em comum o aparecimento de células modificadas que se multiplicam rápida e desordenadamente, em algum órgão, prejudicando o seu funcionamento. Os tipos de câncer mais comuns na infância são: as leucemias, os tumores cerebrais, os linfomas, tumores dos rins, sarcomas, entre outros. Tão importante quanto o tratamento do câncer em si, é a atenção dispensada aos aspectos sociais da doença, uma vez que a criança está inserida no contexto da família.

Malagutti (2011) complementa que, o câncer que acomete a criança e o adolescente é considerado raro, quando comparado aos tumores que afetam os adultos. Cerca de 1% a 3% de todos os tumores malignos na maioria das populações ocorrem em crianças e adolescentes. Em todo mundo, o tumor pediátrico mais comum é a leucemia, representando de 25% a 35% de todos os tumores infantis. Sabe-se que, em países desenvolvidos, os tumores do sistema nervoso central (SNC) representam o segundo grupo de diagnóstico mais comum, contribuindo com cerca de 17% a 25% das neoplasias da infância. Os linfomas ocupam o terceiro lugar, abrangendo cerca de 7% a 18% das neoplasias pediátricas. Já nos países em vias de desenvolvimento, a ordem entre os linfomas e os tumores do SNC inverte-se.

Além das neoplasias citadas acima, Malagutti (2011) acrescenta que as crianças também são acometidas pelo neuroblastoma (gânglios simpáticos), tumor de Wilms (renal), retinoblastoma (retina ocular), tumor de células germinativas (que acomete as células que dão origem as gônadas), osteossarcoma (ósseo) e sarcomas (partes moles), segundo dados divulgados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA).

O câncer infanto-juvenil deve ser estudado separadamente do câncer adulto, por apresentar diferenças nos locais primários, diferentes origens histológicas e diferentes comportamentos clínicos. Geralmente apresenta menores períodos de latência; em geral, os tumores crescem rapidamente e são mais invasivos; porém respondem melhor ao tratamento e são considerados de bom prognóstico (ID, 2011).

Entretanto, de acordo com dados do INCA, muitos pacientes só são encaminhados aos Centros de Oncologia em estágio avançado da doença. Isso se deve a fatores multicausais, envolvendo dimensões biológicas, psicológicas e sociais. E aponta um dado significativo onde mostra que 70% dos diagnósticos de câncer são realizados por médicos não-cancerologistas, demonstrando a importância desses profissionais no controle dessa doença tão avassaladora (BRASIL, 2008).

A criança com câncer fora de possibilidade terapêutica e de cura

Estudos mostram que o câncer infantil é considerado uma doença potencialmente

curável atingindo índices de cura maiores de 70%. As terapias atuais visam curar um ser totalmente integrado à sociedade, com a preservação da qualidade de vida. Entretanto, ainda temos um grupo de pacientes que não obterão a cura, sendo primordial nestes casos a manutenção da qualidade de vida e a valorização do tempo que lhes resta. Monteiro, Rodrigues e Pacheco (2012) acrescentam que, durante o tratamento oncológico, algumas crianças podem não responder à terapêutica e, após se esgotarem todos os recursos oferecidos para o tratamento, passa a serem consideradas como crianças as quais não foi possível curar. Desse modo, é considerado fora de possibilidade de cura atual o paciente para o qual foram esgotados todos os recursos atuais conhecidos para sua cura.

Malagutti (2011) afirma que, quando a doença está com estadiamento avançado e a criança não responde ao tratamento curativo, faz-se necessário cuidar da criança e de sua família, definindo se ela está em fase terminal da doença. Esse é um momento de reflexão importante para toda a equipe, a fim proporcionar um tratamento adequado à clientela, ao invés de supervalorizar a cura da doença.

De acordo com Poles, Baliza e Bousso (2013), para que ocorra a identificação da criança fora de possibilidade de cura, o médico precisa acreditar que o processo de doença não se alterará com o tempo, a despeito dos recursos terapêuticos empregados no sentido de restabelecer a saúde da criança, bem como, integrar razão e emoção para avaliar a situação da criança, além de assumir as limitações da medicina.

Ainda de acordo com os mesmos autores, acreditar que a criança não tem possibilidade de cura é uma condição de extrema dificuldade, já que implica estabelecer com segurança que ela é irreversível. Os médicos consideram que, por se tratar de crianças, a definição da irreversibilidade é um processo difícil e que demanda tempo, pois acreditam que as crianças apresentam maiores possibilidades de recuperação, quando comparadas com pacientes adultos.

Silva, Amaral e Malagutti (2013) contribuem que a tomada de decisão, na perspectiva de que a criança receba um tratamento fundamentalmente paliativo, considerando a doença de base e o tratamento até então estabelecido e esgotando-se todas as opções conhecidas, pode ser um processo extremamente doloroso para a família e, muitas vezes, pode criar conflito entre a equipe e os pais. Trata-se de um ponto que deve ser amplamente discutido, tendo em vista que o conhecimento científico da equipe pode levar à conclusão de que o tratamento até então em curso, pode ser de extremo sofrimento para a criança, aumentando apenas os momentos de angústia, enquanto que a família ainda pode estar com esperanças no seu restabelecimento e cura.

Cuidados paliativos no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Estudo de Silva, Amaral e Malagutti (2013) evidenciou que a área de cuidados à saúde vem evoluindo nos últimos anos. A introdução de novas tecnologias, o conhecimento acerca de novos tratamentos, o aumento do número de UTIP, além do aprimoramento

profissional, vêm permitindo a sustentabilidade da vida de diversas crianças em situações, até então, consideradas inviáveis. Entretanto, apesar dos avanços, da mesma forma que acontece com os adultos, nos deparamos com situações em que a cura já não é mais possível. Surge, então, um grupo de crianças portadoras de doenças crônicas, como o câncer, com sequelas graves, dependentes de tecnologia e com uma reduzida expectativa de vida.

Para Poles, Baliza e Bousso (2013), crianças com doenças graves e de mau prognóstico, como o câncer, provocam intensos dilemas éticos na equipe multidisciplinar. É extremamente difícil estabelecer fronteiras entre o que é cuidar e aliviar o sofrimento e usar medidas invasivas e dolorosas decorrentes dos avanços tecnológicos, que só prolongam o sofrimento por algum tempo.

Como suscita Malagutti (2011), o cuidado curativo e o cuidado paliativo devem caminhar juntos, desde o momento do diagnóstico, o cliente necessita dos dois tipos de tratamento. À medida que, o cliente torna-se mais debilitado onde seu organismo não responde mais ao tratamento curativo; o cuidado paliativo vai se tornando mais presente, até o ponto em que são realizados somente os cuidados paliativos, quando não há mais possibilidade de cura da doença.

Paliativo vem do latim *pallio* que segundo Braga e Queiroz (2013), é o nome dado a uma espécie de cobertura ou toldo que, antigamente, protegia reis e autoridades e que ainda hoje é utilizado na Igreja Católica para cobrir o Santíssimo Sacramento durante as procissões. Trata-se, portanto, de algo que cobre e protege uma pessoa considerada de grande valor e dignidade. A vida humana, mesmo sem possibilidades de cura, mesmo limitada por deficiências físicas ou em pleno sofrimento, terá sempre um grande valor e dignidade, devendo receber o melhor cuidado possível.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define cuidados paliativos como: o cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos. Controle da dor e de outros sintomas, entre outros problemas sociais e espirituais são da maior importância. O objetivo dos cuidados paliativos é atingir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias.

Apesar de já ser descrita desde a antiguidade, Silva, Amaral e Malagutti (2013) afirmam que os cuidados paliativos teve seu marco formal no século passado, na figura da enfermeira, médica e assistente social Cicely Saunders, em 1967, ao fundar o St. Christopher's Hospice, em Londres. Já o cuidado paliativo voltado à faixa etária pediátrica vem de uma era mais recente, quando surgiu em 1982, também na Inglaterra, o primeiro *Hospice* infantil. Três anos após, é inaugurado o primeiro serviço de cuidados paliativos dentro de uma unidade pediátrica, no St. Mary's Hospital, em Nova York. A partir daí, observa-se um crescimento no interesse pela temática, reforçada pela necessidade frente ao aumento de situações clínicas que levam crianças a necessitarem desse tipo de cuidado.

Malagutti (2011) enfatiza quem em 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS),

apresentou uma definição específica para cuidados paliativos em pediatria, traçando os seguintes princípios:

- Prestar cuidado ativo e total à criança no contexto do seu corpo, mente e alma, oferecendo suporte também à família;
- Devem ter início logo ao diagnóstico da patologia e continuar, mesmo que a criança seja assistida ou não com tratamento que tenha finalidade curativa;
- Para a sua efetividade, requerem abordagem multidisciplinar, incluindo a família e a utilização de recursos da comunidade e podem ser implementados mesmo com recursos limitados;
- Os profissionais de saúde devem avaliar e aliviar o sofrimento físico, psicológico e social da criança;
- Podem ser oferecidos por instituições em nível terciário, em centros de saúde e no domicílio da criança.

Assim, o cuidado paliativo em pediatria é definido como uma filosofia de cuidado, bem como um programa organizado voltado à criança com vida limitada devido a uma doença atualmente incurável. Ele se torna eficaz quando os sintomas são bem controlados e, quando são fornecidos apoios psicológico e espiritual desde o diagnóstico da criança, e suporte para a família na tomada de decisões (MALAGUTTI, 2011).

No que concerne à promoção de cuidados paliativos em nível terciário de atenção, quando a criança encontra-se institucionalizada em uma UTIP, Camargo e Kurashima (2007) completam que nos últimos anos os resultados da utilização de terapia intensiva, por pacientes pediátricos portadores de doenças malignas vêm melhorando. Porém, apesar deste cenário favorável, ainda nos deparamos com pacientes em que a resolução do quadro clínico agudo não parece factível. É nessas situações que se deve considerar a adoção de cuidados paliativos no ambiente de terapia intensiva.

Silva, Amaral e Malagutti (2013), corroboram que ao primeiro impacto parece contraditório falar de cuidados paliativos em UTI, tendo em vista que o pensamento de que pacientes com doenças avançadas, incuráveis e que estão próximos à morte não são candidatos à internação nestas unidades. Apesar deste primeiro impacto, estudos mostram que, muitos pacientes morrem institucionalizados, sobretudo, nas UTI. São pessoas que morrem em meio a um grande arsenal tecnológico, alguns até mesmo sendo vítimas de paternalismo médico durante todo o processo de morte.

Esses mesmos autores acrescentam que, independente do motivo que levou e ocasionou a permanência do paciente na terapia intensiva, o fim de vida na UTI tende a ser penoso para o paciente e seus familiares. Frente a essa realidade de dor e sofrimento ao final da vida, a humanização do processo de morrer tem sido o foco de numerosos esforços para o avanço da prestação de cuidados mais dignos e humanizados, no processo de finitude da vida de pacientes críticos internados em UTI. Aos profissionais de saúde

que atuam neste cenário, cabe à responsabilidade de fornecer cuidados adequados e de alta qualidade ao final de vida de um paciente em estágio crítico e sua família. Para tanto, devem propor e avaliar novas intervenções que possam facilitar a vivência do processo de morte do paciente, a aceitação da família e adequação das ações da própria equipe intensivista.

Um estudo de Moritz (2012) demonstrou que muitas crianças em fase final de doença irreversível refratária ao tratamento, quando internadas em UTIP acabam recebendo um tratamento centralizado na cura, que nesses casos é inalcançável, desconsiderando os cuidados paliativos e as reais necessidades nos momentos que antecedem o final de vida. Essa dificuldade no manejo de crianças em fase final de vida, em nosso meio, tem como principais justificativas os receios de ordem legal e a falta de ensino e treinamento para lidar com os aspectos que envolvem o final de vida, tais como: fundamentos bioéticos, habilidades de comunicação e estratégias assistenciais de cuidados paliativos.

Consequentemente, ainda com base nesses autores, pediatras e intensivistas pediátricos ressentem-se da falta deste treinamento, mantendo sua atuação no extremo da medicina curativa, mesmo naqueles casos onde esta prática mostra-se ineficaz. Esse tipo de conduta acaba prolongando o processo de morte e determinando um final de vida com dor e sofrimento para a criança e seus familiares.

Melaragno e Camargo (2013) complementam que a maior dificuldade está na transição do cuidado curativo para o paliativo, não existindo um ponto fixo. Acredita-se que a necessidade desse ponto não deva existir. A integração do tratamento curativo com o paliativo evita a fragmentação, melhora a coordenação dos cuidados e reduz atrasos importantes no cuidado da criança e de seus familiares. A transição deve ser gradual, além de estar diretamente relacionada às necessidades da criança, o desejo da família, a compreensão do médico com a família, a natureza e o comportamento da doença. E baseada numa comunicação aberta, de confiança, nos aspectos emocionais, sempre respeitando a família e a criança.

Promover cuidados paliativos ou dar conforto ao paciente deve ser visto como parte integral e fundamental do bom atendimento à criança com câncer. Neste contexto, como corroboram Melaragno e Camargo (2013), o alívio dos sintomas torna-se prioridade e a terapia curativa dada ao diagnóstico perde o seu valor. A assistência não deve conter apenas técnicas perfeitas e cálculos precisos, mas, sim, um reflexo da melhor qualidade de vida na visão do paciente e sua família, motivo pelo qual essa arte vem ganhando força, espaço e importância.

Silva, Amaral e Malagutti (2013) concluem que, um paciente em cuidados paliativos na UTIP é alguém sem possibilidade de cura de sua patologia, mas nunca sem possibilidade de cuidado. Quando é dito aos familiares que nada mais pode ser feito para reverter o estado crítico, pois a morte é eminente, não é o fim de tudo, e sim o começo. É o começo do planejamento e realização de ações interdisciplinares que possam proporcionar ao

paciente uma morte digna e sem grande sofrimento; e aos familiares, apoio necessário para o enfrentamento desse momento difícil. Portanto, cuidados paliativos podem e devem ser exercidos na UTIP.

CONCLUSÃO

Com base na literatura consultada, as condições necessárias para a promoção de uma morte digna na UTIP dentro da filosofia dos cuidados paliativos são: identificação da criança fora de possibilidade de cura, exercício de uma assistência de excelência em consonância com uma prática prudente, para que haja mudança na abordagem, no sentido de dar enfoque ao alívio da dor e do sofrimento da criança e da família em detrimento de uma prática intervencionista voltada para a terapêutica fútil.

Assim, se faz necessário refletir sobre as questões que envolvem o final de vida de crianças no contexto da UTIP, especialmente no que diz respeito à transição do foco curativo para o paliativo, uma vez que isso é necessário para que se possa proporcionar uma morte mais digna e com menos sofrimento para a criança e sua família.

A contribuição deste estudo é no sentido de ampliar a compreensão dessa forma de cuidar, permitindo um avançar que contemple a integração de saberes e ações que constituem uma assistência sistematizada, individualizada e integral, transcendendo o atendimento de necessidades apenas clínicas e biológicas, nas situações que envolvem o cuidado da criança no processo de morrer, bem como o apoio à sua família.

Ao cuidar de uma criança fora de possibilidade de cura atual, percebe-se que o lidar com a finitude de um ser que está começando a viver é também um momento doloroso e de difícil compreensão. Pois coloca o profissional diante do paradoxo, da interrupção da linha natural da vida. Além de evidenciar que o seu cuidar é fortemente direcionado para o familiar ali presente, com o intuito de apoiá-lo nesse momento especial de adoecimento e processo de morte de sua criança.

Portanto, espera-se através de estudos como este, que a equipe multi/interdisciplinar envolvida no processo, incorpore estratégias de cuidados paliativos no atendimento aos pacientes críticos, a fim de promover alívio sofrimento e respeito à dignidade, ao atender às necessidades dessa clientela dentro dos melhores parâmetros científicos e baseados sempre no respeito aos preceitos éticos e bioéticos. Para chegar a esta meta, será necessário um novo olhar sobre as crianças portadoras de doenças terminais, que esperam de nós, profissionais de saúde, um final de vida digno e sem dor.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade.** Rio de Janeiro: INCA, 2008.

Braga, F. C.; Queiroz, E. Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde. **Revista de Psicologia da USP**. São Paulo. 2013, 24(3), 413-429.

Camargo, B.; Kurashima, A. Y. **Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: o cuidar além do curar**. São Paulo: Lemar, 2007)

Garros, D. Uma “boa” morte em UTI pediátrica: isso é possível? **Jornal de Pediatria**. 2014; 79 (Supl2): 243-54.

Malagutti, W. **Oncologia Pediátrica: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari, 2011.

Melaragno, R.; Camargo, B. **Oncologia Pediátrica: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2013.

Monteiro, A. C. M.; Rodrigues, B. M. R. D.; Pacheco, S. T. A. O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer e sem possibilidade de cura atual. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**. 2012 out-dez; 16 (4):741-746.

Moritz, R. D.; Nasar, S. M. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 2012, 16 (1):14-21.

Mutti, C. F.; Padoin, S. M. M.; Paula, C. C. Enfermagem no cuidado à criança com Câncer. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**. 2012; jul-set; 16 (3): 493-499

Piva, J. P.; Garcia, P. C. R.; Lago, P.M. Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 2013; 23 (1): 78-86..

Poles, K.; Baliza, M.F.; Bousso, R.S. Morte na unidade de terapia intensiva pediátrica: experiência de médicos e enfermeiras. **Revista de Enfermagem do Centroeste Mineiro**. 2013 set/dez; 3(3):761-769.

Silva, S. M. A. *et al.* Os Cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2017; 62(3): 253-257.

Silva, R. S.; Amaral, J. B.; Malagutti, W. Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013.

Souza et al. Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; 2013; 47(1): 30-7.

Valadares, M. T. M.; Mota, J. A. C.; Oliveira, B. M. Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. **Revista Bioética**. 2013; 21 (3): 486-93.

World Health Organization. Palliative care. [Internet]. Fact sheet nº 402. jul 2015 [acesso 19 nov 2015]. Disponível: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en>.

TRANSTORNO ESQUIZOFRÊNICO E QUALIDADE DE VIDA

Data de aceite: 01/07/2021

Uly Nayane Epifânio Carneiro

Graduada no curso de Enfermagem
Bacharelado e Licenciatura pela Universidade
do Estado do Rio Grande do Norte
Caicó – RN
<http://lattes.cnpq.br/5399523760890811>

João de Deus de Araújo Filho

Mestrando do Programa de Pós Graduação em
Enfermagem – PgEnf da Universidade Federal
do Rio Grande do Norte
Natal - RN
<http://lattes.cnpq.br/1511050151298908>

Huanna Raíssa de Medeiros Fernandes

Especialista em Saúde Mental – Faculdades
Integradas de Patos
Caicó - RN
<http://lattes.cnpq.br/9976700405050354>

Hugo Wesley de Araújo

Graduando em medicina pela Escola
Multicampi de Ciências Médicas – Universidade
Federal do Rio Grande do Norte
Natal - RN
<http://lattes.cnpq.br/3201450425944294>

Dulcian Medeiros de Azevedo

Professor Adjunto IV no curso de Enfermagem
Bacharelado e Licenciatura da Universidade do
Estado do Rio Grande do Norte
Caicó – RN
<http://lattes.cnpq.br/7071042889558651>

RESUMO: Introdução: A esquizofrenia se caracteriza por um dano cognitivo generalizado,

no qual a qualidade de vida (QV) dos pacientes acometidos está prejudicada. **Objetivo:** identificar o perfil social e clínico de pessoas com esquizofrenia e investigar a qualidade de vida das mesmas. **Método:** Pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, realizada junto a 16 pacientes diagnosticados com esquizofrenia, nos CAPS III de Caicó-RN e CAPS I de Parelhas-RN. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2015 a abril de 2016, através de questionário sócio-clínico e a escala QLS-BR, que mede a QV de pacientes com esquizofrenia. **Resultados:** Os participantes eram adultos jovens de 31 a 40 anos (37,5%), homens (59%), solteiros (75%), residindo na zona urbana (94%), analfabetos e com ensino fundamental I incompleto (31,25%), com renda familiar proveniente do BPC (56,25%); frequência de participação no CAPS de três vezes na semana (37,5%), e tempo de tratamento entre 5-10 anos (62,6%); residiam com familiares (81,3%), a maioria com a mãe (37,5%). Relacionado à escala QLS-BR, o fator 1 (Relações interpessoais e rede social) apresentou valores de 62,7% no escore 2-4; o fator 2 (Funcionamento do papel instrumental) 75,3% no escore 2-4; o fator 3 (Funções intrapsíquicas) 81,6% no escore 2-4; e o escore global 2,98 pontos. **Conclusão:** Torna-se oportuno um olhar integral para a saúde mental, para que sejam criadas estratégias que visem melhorar a QV destes pacientes, dados os prejuízos identificados em todos os fatores da QSL-BR.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida. Esquizofrenia. Enfermagem Psiquiátrica. Saúde Mental.

SCHIZOPHRENIA AND QUALITY OF LIFE

ABSTRACT: Introduction: Schizophrenia is characterized by generalized cognitive impairment, which the affected patients' quality of life (QL) is diminished. **Objective:** to identify the social and clinical profile of people with schizophrenia and to investigate their quality of life. **Method:** Descriptive research, with a quantitative approach, carried out with 16 patients diagnosed with schizophrenia, in CAPS III of Caicó-RN and CAPS I of Parelhas-RN. Data were collected from December 2015 to April 2016, through a socio-clinical questionnaire and the QLS-BR scale, which measures the QL of patients with schizophrenia. **Results:** The participants were mostly young adults from 31 to 40 years old (37.5%), males (59%), single (75%), living in the urban area (94%), illiterate or incomplete elementary education (31, 25%), with family income from BPC (56.25%); frequency of presence in CAPS three times per week (37.5%), and time of treatment between 5 to 10 years (62.6%); lived with family members (81.3%), mostly with their mother (37.5%). According to the QLS-BR scale, on factor 1 (interpersonal relationships and social network) 62.7% were between score 2-4; factor 2 (Functioning of instrumental role) 75.3% between score 2-4; factor 3 (intrapsychic functions) 81.6% between score 2-4; and the global average score was 2.98 points. **Conclusion:** It is opportune to take a global and detailed look at mental health, that way strategies could be created to improve the QL of these patients, given the imbalances identified in all factors of the QSL-BR.

KEYWORDS: Quality of life. Schizophrenia. Psychiatric Nursing. Mental Health.

1 | INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença mental é bastante complexo, pois envolve um conjunto de fatores sociais, econômicos e políticos que influenciam de forma significativa o indivíduo acometido por problemas mentais, a família e a sociedade. Essa complexidade ocorre desde o mais antigo dos tempos, quando se acreditava que as pessoas com transtornos mentais tinham poderes divinos, eram possuídos por demônios e por isso exorcizados, diante da “anormalidade” ou “desvios” do estado psíquico (BRASIL, 2003).

Dentre os diversos transtornos mentais existentes, está a esquizofrenia caracterizada por um dano cognitivo generalizado, relacionado a uma deficiência mais específica em relação à atenção sustentada, memória verbal/operativa, funções executivas e linguagem. As pessoas com esquizofrenia podem ter sua capacidade mental prejudicada, pois as dificuldades relatadas acima interferem de forma negativa na sua vida e com isso afeta também a qualidade da mesma (CRUZ, B. F. et al, 2013).

Um dos principais motivos para a qualidade de vida destas pessoas ser prejudicada é o fato da não adaptação e não aceitação por parte dos próprios doentes e suas famílias em relação à doença, sobretudo pelo estigma em torno dos mesmos. Isto ocorre devido à frequência com que aparecem os sintomas positivos e negativos no indivíduo, deixando-os mais debilitados, tanto fisicamente como emocionalmente, dificultando assim todos os aspectos de sua vida (OLIVEIRA; FACINA; JÚNIOR, 2012).

Contudo, muitas vezes a pessoa que cuida do doente tende a ter uma sobrecarga, devido à responsabilidade e à dependência que por vezes a pessoa com sofrimento mental apresenta, dificultando assim o cuidado e até a melhora em seu quadro clínico (PIMENTA, RODRIGUES, GREGUOL, 2010).

O uso de psicotrópicos é uma via de mão dupla porque a princípio, serve para controlar e melhorar o estado do paciente em relação à doença, porém o mesmo possui efeitos colaterais (DURÃO; SOUZA; MIASSO, 2007). A condição sexual é um dos fatores mais afetados pelos efeitos colaterais dos psicofármacos, inclusive é superável aos outros efeitos, pois muitos pacientes não aderem ao tratamento em virtude dessa reação adversa (CORDÁS; LARANJEIRAS, 2006).

Neste cenário, o conjunto dos serviços de saúde existe para dá suporte tanto para o paciente como para seus familiares e cuidadores, representado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a proposta de atenção especializada, integralizada e longitudinal (MENDES, 2010). A RAPS objetiva acolher e ofertar tratamento em período integral para pessoas em sofrimento mental ou que estejam envolvidas com álcool e outras drogas (BRASIL, 2007; AMARANTE, 2007).

Destaca-se na RAPS o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades, sendo a referência de acolhimento e tratamento dos pacientes em sofrimento psíquico. O serviço atende usuários com transtornos mentais graves e persistentes, como também pessoas com problemas relacionados ao uso/abuso de álcool e outras (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, deve ser abordada a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), Qualidade de Vida (QV) *é um conceito de alcance abrangente, afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico e nível de independência, pelas relações sociais e aquelas características do meio ambiente. Contudo, no âmbito da saúde mental a QV interfere significativamente nos episódios de crise, pois quanto mais deficiente, maior a probabilidade destas aumentarem* (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012)

Em pacientes com esquizofrenia, os estudos acerca dessa temática tiveram início devido à preocupação em torno das mudanças drásticas e de proporções negativas que a doença causa no indivíduo. As questões sociais, os estigmas e o não saber lidar com a doença também foram motivos para os pesquisadores da área explorarem o tema (SOUZA; COUTINHO, 2006).

Objetivou-se identificar o perfil social e clínico de pessoas com esquizofrenia e investigar a qualidade de vida das mesmas.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa não experimental, de caráter

transversal. Apresenta informações numéricas que têm como consequência uma mensuração formal, investigada através de processos estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

Desenvolveu-se em dois serviços de saúde, o CAPS III de Caicó-RN e o CAPS I de Parelhas-RN, a partir de entrevistas a 16 usuários com diagnóstico de esquizofrenia, oito em cada serviço.

O CAPS III Arte de Viver de Caicó-RN é um serviço que funciona 24 horas por dia, com oferta de acolhimento 24 horas, além de atendimento ambulatorial em psiquiatria para Caicó e cidades vizinhas, três dias por semana. Por não existir um perfil atualizado dos usuários, considerando a pluralidade na oferta dos serviços, estima-se que cerca de 900 usuários recebam tratamento nesta unidade, com uma frequência semanal de aproximadamente 150 usuários participando de atividades regulares.

O CAPS I de Parelhas funciona de segunda à sexta das (8:00 às 13:00hs), oferece à população serviços de atendimento intensivo e ambulatorial durante o decorrer da semana. Recebem tratamento permanente 81 usuários em atendimento intensivo e semi-ambulatorial, incluindo o atendimento ofertado a pessoas de cidades circunvizinhas (Carnaúba dos Dantas-RN e Santana do Seridó-RN).

Participaram do estudo: usuários com diagnóstico de esquizofrenia; em acompanhamento permanente nos CAPS III e CAPS I. Excluíram-se usuários em crise, menores de 18 anos e usuários com capacidade intelectual/cognitiva prejudicada, diante da resposta à escala.

A pesquisa apresentou uma fragilidade no que diz respeito ao número de participantes, pois visava abordar no mínimo 30 pacientes do CAPS III de Caicó. Ao entrar em campo, percebeu-se que a frequência de participação era na maioria das vezes mensal, tornando-se um problema para a coleta de dados. Além disso, o CAPS III não dispunha da quantidade e perfil exato de pacientes diagnosticados com esquizofrenia que frequentassem o serviço.

A decisão para aumentar a casuística foi incluir o CAPS I de Parelhas como cenário da pesquisa, dada o pequeno número de usuários no CAPS III. Ainda assim, mesmo tendo uma população definida de 20 usuários com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS I, não houve tempo hábil para a coleta, restando 16 usuários para o arrolamento final.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2015 a abril de 2016. A pesquisa teve o consentimento dos sujeitos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (BRASIL, 2012). A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP/ UERN), Parecer nº 1441888, CAAE: 39484314.8.0000.5294.

O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário sócio clínico e a escala QLS-BR, que avalia as dificuldades pelas quais os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia passam em virtude da doença e sua relação com a qualidade de vida. É composta por 21 itens, sendo aferida uma pontuação de 0 a 6 pontos para cada item, subdividida em

três partes/fatores: Rede Social, Nível Ocupacional, Funções Intrapéssicas e Relações interpessoais (CESARI; BANDEIRA, 2010).

Cada parte tem características específicas que facilitam o entendimento do indivíduo que responde ao instrumento. A rede social se refere a seus familiares e amigos. O nível ocupacional considera o envolvimento da pessoa com seu local de trabalho e atividades complementares. Nos dois últimos pontos são observadas questões relacionadas ao contato social, à intimidade com outras pessoas e o fator cognitivo dos mesmos, e a forma como se dá esse relacionamento, com base nestes três fatores. (CESARI; BANDEIRA, 2010).

A análise dos dados se deu através de estatística descritiva (absoluta e percentual), apresentados por meio de tabelas.

No que se refere à interpretação da QLS-BR, escores de 5 a 6 indicam funcionamento normal ou inalterado, de 2 a 4 revelam um considerável prejuízo e os escores de 0 a 1 mostram um grave prejuízo na QV (CARDOSO et al., 2003).

3 | RESULTADOS

A **Tabela 1** apresenta a distribuição dos participantes segundo a idade, sexo, zona de moradia. A maioria dos participantes tinha idade entre 31 a 40 anos (37,5%), do sexo masculino (69 %), residindo na zona urbana (94%), e com estado civil solteiro (75%).

Idade (anos)	N	%
20 – 30	5	31,25
31 – 40	6	37,5
41 – 50	2	12,5
51 – 60	2	12,5
61 – 71	1	6,25

Sexo	N	%
Feminino	5	31
Masculino	11	69

Zona Moradia	N	%
Rural	1	6
Urbana	15	94

Estado Civil	N	%
---------------------	----------	----------

Solteiro	12	75
Casado	4	25

Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual dos participantes segundo a idade, sexo, local de moradia e estado civil. Caicó e Parelhas/ RN, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na **Tabela 2**, tem-se a distribuição dos participantes segundo escolaridade, tipo de renda, com quem mora e parentesco. A maioria era analfabeto e tinha ensino fundamental incompleto (31,25%), com renda proveniente do benefício de prestação continuada (BPC) (56,25%), residindo com parentes (81,3%), predominando o parentesco materno (37,5%).

Escolaridade	N	%
Analfabeto	5	31,25
Fund. I incompleto	5	31,25
Fund. II incompleto	3	18,75
Fund. II completo	2	12,5
Médio completo	1	6,25

Tipo de Renda	N	%
BPC	9	56,25
Bolsa Família	1	6,25
Trabalho informal	1	6,25
BPC trab. Informal	1	6,25
Funcionário Público	1	6,25
Outras	3	18,75

Com quem mora	N	%
Sozinho	3	18,8
Com parentes	13	81,3

Parentesco	N	%
Nenhum	3	18,8
Mãe	6	37,5
Pai	1	6,3
Irmão (a)	1	6,3
Filho (a)	3	18,8
Esposo (a)	1	6,3
Avós	1	6,3

Tabela 2 – Distribuição absoluta e percentual dos participantes segundo a escolaridade, tipo de renda, com quem mora e parentesco. Caicó e Parelhas/ RN, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa.

A **Tabela 3** apresenta a distribuição dos participantes segundo a frequência de participação no CAPS. A maioria frequentava os CAPS três vezes por semana (37,5%).

Frequência participação CAPS	N	%
1 a 2 vezes/ semana	4	25
3 vezes/ semana	6	37,5
4 a 5 vezes/ semana	4	25
Mensalmente	2	12,5
Tempo tratamento CAPS		
N	%	
1 a 5	4	25,1
5 a 10	10	62,6
11 a 15	2	12,6

Tabela 3 – Distribuição absoluta e percentual dos participantes segundo a frequência de participação no CAPS e tempo de tratamento no CAPS. Caicó e Parelhas/ RN, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa.

A **Tabela 4** traz a média e valores percentuais dos escores do fator 1 (Rede Social) para a QLS-BR, destacando-se a maioria dos participantes no escore 2-4 (62,7%); fator 2 (Nível Ocupacional), com os piores resultados para QV (escore 2-4 / 75,3%, média de 2,44); e fator 3 (Funções Intrapsíquicas e Relações Interpessoais), com melhores resultados para QV (escore 2-4 / 81,6%, média de 3,4); e escore global de 2,98, confirmando o prejuízo na QV.

ESCORES			
0 - 1	2 - 4	5 - 6	Média (pontos)
Fator 1 QLS-BR (%)			
12,6%	62,7%	25,2%	3,12
Fator 2 QLS-BR (%)			
25,1%	75,3%	0%	2,44
Fator 3 QLS-BR (%)			
0%	81,6%	18,8%	3,40
Escore QLS-BR Global (escore)			
2,98			

Tabela 4 – Distribuição percentual das respostas dos participantes segundo os escores para os Fatores 1, 2 e 3/Escala QLS-BR. Caicó e Parelhas/ RN, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa.

4 | DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 16 usuários, em sua maioria homens (69%), adultos jovens (20 a 40 anos), solteiros (75%). Em relação ao sexo, pesquisa que estudou o perfil de pacientes esquizofrênicos obteve resultado semelhante, com 76,4% de homens (CEZARETTO et al., 2014). O domínio masculino é explicado por sua predisposição e início precoce da doença (SILVEIRA et al., 2011).

Diferente de nossos achados, em pesquisa sobre a qualidade de vida de 50 pacientes com esquizofrenia, 51,8% eram solteiros (HELDER, 2010). Pacientes solteiros tendem a estar em uma categoria de menor QV devido o fato de não ter companheiro (GRIGOLATTO et al., 2014).

O déficit no nível de escolaridade dos entrevistados também chama atenção, correspondente à 31,3%, diferente dos achados de outro estudo (PINHEIRO, et al., 2010) que foi 6,25%. Quanto mais baixa a escolaridade do paciente com esquizofrenia, pior é sua QV (CARDOSO, 2005).

Diferentemente também dos achados desta pesquisa, outro estudo apresentou predomínio do trabalho formal ou informal entre os pacientes com esquizofrenia. Tal diferença traz à tona uma ideia equivocada socialmente, a de que a pessoa com esquizofrenia, obrigatoriamente, será incapacitada para o trabalho (CRUZ; SALGADO; ROCHA, 2010). Pelo contrário, a depender da gravidade do quadro clínico ou de um processo de cronificação instaurado, muitos pacientes podem trabalhar e ter uma rotina comum à maioria das pessoas.

Algo positivo para a QV dos participantes, refere-se ao convívio familiar da maioria (81,3%), diferente dos achados de Andreoli et al. (2004), que foi de 49,5%. Pacientes que moram com sua família têm uma melhor QV em relação aos que moram sozinhos (FERNANDES; SANTOS, 2012).

No que se refere à avaliação da QV a partir da escala QLS-BR, o resultado do fator 1 (Rede Social) apresentou 67,2% de participantes no escore 2-4. Em relação à média deste fator o resultado obtido foi de 3,12. Diferente de Cardoso et al. (2003), no qual o resultado mediano correspondeu a um total variante de 0,57 a 0,74. Isto revela um considerável prejuízo na relação com familiares, amigos e colegas, podendo se relacionar aos sintomas e agravos da própria doença, revertendo-se em dificuldades de manter ou construir relações interpessoais e observar que quanto maior a satisfação com o suporte social maior a QV (CIRINEU, 2011; PINHO et al., 2017; PINHO; PEREIRA; CHAVES, 2018).

Nesse processo, a relação familiar parece ser a mais afetada, pois na maioria das vezes quando se descobre que algum parente adquiriu a doença, costuma-se agir com certa hostilidade devido à falta de conhecimento, facilitando recaídas mais frequentes que prejudicam a QV (SANTOS; CAPOCCI, 2003).

O fator 2 refere-se ao nível ocupacional, e analisa a relação da pessoa com o

emprego, estudo e atividades que preencham a rotina. Nesta pesquisa, o resultado apresentado foi de 75,3% dos participantes no escore 2-4, e um resultado ainda pior que no primeiro fator, pois se somarmos os dois primeiros níveis de escores (0-1 e 2-4), veremos que 100% dos pacientes estão com prejuízo em sua QV. Enquanto a média do atual estudo neste quesito foi de 2,44, Cardoso et al (2007) encontraram uma média menor (1,37). Tal resultado não é surpresa, pois a esquizofrenia gera um impacto bastante negativo no que se refere ao trabalho, estudo e outras atividades que exigem responsabilidade (PINHO; PEREIRA; CHAVES, 2017; MACEDO et al., 2018).

Embora os pacientes com esquizofrenia tenham, geralmente, sua consciência e as capacidades intelectuais preservadas, um dos pontos que ocasiona prejuízo no nível ocupacional é o fato de que as funções cognitivas sofrem um déficit em virtude da própria doença, dificultando assim, que o indivíduo realize seu trabalho ou atividades complementares com êxito (CRUZ; SALGADO; ROCHA, 2010; SOUSA; PINHO; PEREIRA, 2017).

O fator 3 da QSL-BR se refere às funções intrapsíquicas e relações interpessoais, e não diferente dos demais fatores analisados nesta pesquisa, 81,6% dos participantes estiveram no escore 2-4. Apesar de este ser o maior resultado do escore entre os 3 fatores, representa no conjunto da escala o melhor resultado para a QV, visto que paciente algum apresenta resultados no escore 0-1 (grave prejuízo). Já a o valor da média foi 3,4 pontos, divergente do estudo de Silveira (2011), que apresentou média de 2,56 pontos.

Ainda assim, este resultado traz consigo uma insuficiência no que diz respeito a demonstrações de carinho e afeto para com outras pessoas (embotamento afetivo), consequência da própria da doença (FREITAS et al, 2016). O embotamento afetivo dificulta a expressividade, intensifica o isolamento e impede a capacidade de estabelecer contato e socialização (BRANDÃO; ARAÚJO; MÁXIMO, 2011). A nível global, a escala apresentou um escore de 2,98 pontos. Noutra pesquisa (CESARI; BANDEIRA, 2010), o valor mediano do escore global foi de 3,64.

A escala QLS-BR é de fundamental importância, pois investiga as limitações da vida do paciente com esquizofrenia, os seus déficits psicopatológicos ou de personalidade, e avalia a experiência pessoal dos pacientes, a qualidade de suas relações e sua produtividade em papéis ocupacionais. Facilita ainda a criação de projetos de intervenção para o paciente e sua família (CARDOSO et al., 2007).

Diante deste cenário, dentro da equipe profissional, a enfermagem possui papel fundamental na efetividade da assistência, pois assumem variados papéis como, por exemplo, o de terapeuta, utilizando da comunicação interpessoal para melhorar o atendimento a esses pacientes (LIMA; GARCIA; TOLEDO, 2013).

As ações de cuidado por parte da enfermagem devem ser focadas na reabilitação social, projetos terapêuticos e de socialização, como também trabalhar em equipe para construir novos saberes, instrumentos e práticas baseado nas diretrizes da reforma

psiquiátrica (NOBRE, 2012), sobretudo na integração das equipes interprofissionais da atenção básica e CAPS.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os participantes desta pesquisa em sua maioria eram adultos jovens, solteiros, analfabetos, com renda familiar proveniente de BPC, residiam com algum parente na zona urbana, frequentando o serviço do CAPS em média três vezes na semana, com um tempo de tratamento de cinco a dez anos. Algumas destas variáveis parecem favorecer significativamente a QV desses pacientes, diferente de outras que agravam ainda mais a QV já prejudicada.

É de suma importância que a sociedade e os profissionais de saúde, em especial os que trabalham com saúde mental, em primeira instância desmistifiquem a ideia de que a pessoa em sofrimento mental é perigosa, que deve viver em isolamento, que não merece ser levado a sério por sua doença. Percebeu-se durante as entrevistas que isto parece favorecer sentimento de tristeza, solidão e baixa autoestima dos pacientes e, conseqüentemente, interferem na QV.

A pesquisa apresentou uma limitação no que diz respeito ao número de participantes, pois visava abordar todos os usuários com esquizofrenia do CAPS III de Caicó. Contudo, mesmo com estes obstáculos, ela se faz relevante no processo formativo e abre caminhos para a discussão dos diversos atores envolvidos com o campo da saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDREOLI, S. B. et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 836-844, mai./jun., 2004.

BRANDÃO, C.S.; ARAÚJO, D. F.S.; MÁXIMO, L. L. Grupo com pacientes institucionalizados portadores de esquizofrenia: contribuições da Psicologia da Saúde e da Psicologia Humanista. In.: ALVES, R. F. (org). **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 243-286.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466 de 2012**. Trata sobre pesquisa com seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Centro Cultural da Saúde. **Memória da loucura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CARDOSO, C. S. **Qualidade de vida na esquizofrenia: fatores associados**. Belo Horizonte, 2005. 178 f. Tese (doutorado), Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, 2005.

CARDOSO, C. S. et al. Depressão na esquizofrenia: prevalência e relação com a qualidade de vida. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.9, p. 2035-2048, set., 2007.

CARDOSO, C. S. et al. Qualidades psicométricas da escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: escala QLS-BR. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol. 52, n. 3, mai./jun., 2003.

CESARI, L.; BANDEIRA, M. Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 293-301, 2010.

CEZARETTO, M. et al. Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com esquizofrenia refratária tratados em um centro terciário. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 3, p. 185-190, 2014.

CIRINEU, C. T. **Grupo de atividades: impacto na qualidade de vida e no ajustamento social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária, medicados com clozapina**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

CORDÁS, T. A.; LARANJEIRAS, M. Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 3, p. 168-173, 2006.

CRUZ, B. F.; SALGADO, J. V.; ROCHA, F. L. Associações entre déficits cognitivos e qualidade de vida na esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 5, p. 233-239, 2010.

CRUZ, B. F. et al. How specific are negative symptoms and cognitive impairment in schizophrenia? An analysis of PANSS and SCoRS. **Cogn Neuropsychiatry**. v. 18, n. 3, p. 243-51, 2013.

DURÃO, A. M. S.; SOUZA, M. C. B. M.; MIASSO, A. I. Cotidiano de portadores de esquizofrenia após uso de clozapina e acompanhamento grupal. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 41, n. 2, p. 251-257, 2007.

FERNANDES, M. C.; SANTOS, S. A. Importância da família na qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia. **Cuidarte Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 86-90, jul./dez., 2012.

FREITAS, P. H. et al. Esquizofrenia refratária: qualidade de vida e fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 60-68, 2016.

GRIGOLATTO, T. et al. A influência dos papéis sociais na qualidade de vida de portadores de esquizofrenia. **Caderno de Terapia Ocupacional UFS**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 195-203, 2014.

HELDER, S. M. S. M. **Qualidade de Vida dos doentes com Esquizofrenia da Região da Cova da Beira**. Covilhã, 2010. 52 p. Dissertação de Mestrado em Medicina, Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde, 2010.

- LIMA, D. U.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Compreendendo a equipe de enfermagem na assistência ao paciente esquizofrênico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 3, p. 503-511, 2013.
- MACEDO, M. et al. Esquizofrenia, atividades instrumentais de vida diária e funções executivas: uma abordagem qualitativa. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 26, n. 2, p. 287-298, 2018.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- NOBRE, A. M. D. **Assistência de enfermagem a pessoas em sofrimento psíquico**. Campina Grande, 2012. Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Estadual da Paraíba, 2012.
- OLIVEIRA, R. M.; FACINA, P. C. B. R.; JÚNIOR, A. C. S. A realidade do viver com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 309-316, mar./abr. 2012.
- PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fis. Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-50, abr./jun., 2012.
- PIMENTA, R. A.; RODRIGUES, L. A.; GREGUOL, M. Avaliação da Qualidade de Vida e Sobrecarga de Cuidadores de Pessoas com Deficiência Intelectual. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 14, n. 3, p. 69-76, 2010.
- PINHEIRO, T. L. S. et al. Fatores relacionados com as reinternações de portadores de esquizofrenia. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 302-307, abr./jun., 2010.
- PINHO, L. G. et al. Satisfação com o Suporte social e qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v.5, p. 33-28, 2017.
- PINHO, L. G.; PEREIRA, A.; CHAVES, C. Influência das características sociodemográficas e clínicas na qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, p. 1-7, 2017.
- PINHO, L. G.; PEREIRA, A.; CHAVES, C. Adaptação portuguesa da escala de qualidade de vida para pessoas com esquizofrenia. **Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación.**, v. 1, n, 46, p. 189-199, 2018.
- 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.
- SANTOS, S. S.; CAPOCCI, P. O. Importância do apoio familiar aos pacientes com esquizofrenia. **Revista de Enfermagem UNISA**, v. 4, p. 13-16, 2003.
- SILVEIRA, M. S. et al. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-32, 2011.
- SOUSA, D.; PINHO, L. G.; PEREIRA, A. Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenias. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**, v. 18, n. 1, p. 91-101, 2017.
- SOUZA, L. A.; COUTINHO, E. S. F. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 50-58, 2006.

CAPÍTULO 20

VALOR DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM INTERNAÇÃO POR DOENÇAS SISTÊMICAS DO TECIDO CONJUNTIVO SEGUNDO MUNICÍPIOS SERGIPANOS

Data de aceite: 01/07/2021

Bárbara Loeser Faro

Danilo Brito Nogueira

Denison Santos Silva

Isabela Santos Gois

João Victor de Andrade Carvalho

Juliana Pereira de Lucena Menezes

Larissa Sá dos Santos

Luíza Brito Nogueira

Meyling Belchior de Sá Menezes

Nicole Santiago Leite

Tatiana Martins Araújo Ribeiro

Viviane Garcia Moreno de Oliveira

RESUMO: As doenças sistêmicas do tecido conjuntivo são afecções autoimunes ou do colágeno com comprometimento generalizado do organismo, tal como o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), esclerose sistêmica e polimiosite. No Brasil, mais de 15 milhões de pessoas são afetadas por reumatismos, o que evidencia a importância da Rede de Atenção à Saúde no tratamento dessas afecções. O presente trabalho tem como objetivo avaliar e comparar o custo em serviços hospitalares de pacientes internados por doenças sistêmicas

do tecido conjuntivo nos municípios de Sergipe nos últimos anos. Foi realizado um estudo observacional retrospectivo feito por meio da análise de todas as internações hospitalares ocorridas no SUS em municípios sergipanos no período de novembro de 2008 a novembro de 2017. Os dados foram obtidos no sistema de informação hospitalar (SIH/SUS) a partir do valor em serviços hospitalares e compreendidos juntos à estimativa populacional de cada município pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O custo total de Sergipe em serviços hospitalares com internações por doenças sistêmicas do tecido conjuntivo foi de R\$ 220.762,50. Desses, 98% são somente da capital Aracaju, que é o município sergipano mais populoso. Quanto às outras cidades, a distribuição de recursos não necessariamente seguiu a lógica da posição demográfica, a exemplo da cidade Nossa Senhora do Socorro, que apesar de ser o segundo município mais populoso, obteve a posição de menor gasto. É possível concluir que, em Sergipe, há um financiamento considerável do SUS para o serviço hospitalar com internação por doenças reumáticas sistêmicas. No entanto, apesar dos investimentos terem relação com a concentração de níveis mais complexos de saúde, algumas cidades de maior porte financiam menos internações que cidades de porte inferior. O que se estabelece é que as políticas de assistência ao reumatismo pela Atenção Básica são, também nesse tema, alternativas mais econômica ao SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo, serviços hospitalares, internação, valor.

VALUE OF HOSPITAL SERVICES WITH HOSPITALIZATION FOR SYSTEMIC DISEASES OF THE CONNECTIVE TISSUE ACCORDING TO SERGIPEAN MUNICIPALITIES

ABSTRACT: Systemic diseases of the joint tissue are autoimmune or collagen disorders with generalized affection of the organism, such as Systemic Lupus Erythematosus (SLE), systemic sclerosis and polymyositis. In Brazil, more than 15 million people are suffering from rheumatic diseases which shows the need of the health care network in the treatment of these conditions. This article aims to evaluate and compare the cost of hospital services for patients hospitalized for systemic diseases of the joint tissue in the cities of Sergipe in recent years. A retrospective observational study was carried out by analyzing all hospital admissions that occurred in SUS in cities from Sergipe in a period from November 2008 to November 2017. Data were obtained from the hospital information system (SIH / SUS) which provides the value of hospital services and associated with the population estimate of each city obtain from the Brazilian Institute of Geography and Statistics. The total cost of hospital services with hospitalizations for systemic diseases of the connective tissue in Sergipe was R\$ 220,762.50. Of these, 98% are only from the main city Aracaju, which is the most populous municipality in Sergipe. As for the other cities, the distribution of resources did not necessarily follow the logic of the demographic numbers, an example is the city Nossa Senhora do Socorro, which despite being the second most populous city, received the position of least investment. It is possible to conclude that there is reinforced funding from SUS for hospital services with hospitalization for systemic rheumatic diseases in Sergipe. However, although the investments are related to the concentration of more complex levels of health, some cities with a big population have fewer investment in hospitalizations than smaller cities. The conclusion is that policies for assistance to rheumatism by primary care are also more economical alternatives to SUS.

KEYWORDS: Systemic diseases of the joint tissue; hospital services; hospitalization, value.

INTRODUÇÃO

Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo se referem, principalmente, às afecções autoimunes ou do colágeno com comprometimento generalizado do organismo, tal como o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Tais enfermidades possuem características em comum como, por exemplo, uma etiologia pouco específica, o que dificulta o tratamento, além de poder ter um acometimento amplo tendo a possibilidade de atingir órgãos como pele, coração, rim, pulmão, sistema gastrointestinal e sistema musculoesquelético. Aliada a essas, outra característica é a epidemiologia, cuja a maioria das doenças acometem todas as etnias, nas mais diferentes áreas geográficas. Esse amplo acometimento, por sua vez, também contribui para o encarecimento do tratamento das doenças sistêmicas do tecido conjuntivo. Uma vez que o cuidado e o manejo de doenças reumáticas incluem tratamentos diversos, é fundamental a combinação de serviços pela Rede de Atenção à Saúde. Entretanto, a história do Sistema Único de Saúde (SUS) é marcada por alguns problemas de financiamento. Em 2011, o gasto público brasileiro em saúde (União, Estados e municípios) foi de 3,84% do Produto Interno Bruto, enquanto a média dos países europeus

com sistemas universais foi de 8,3% do PIB, o que evidencia a dificuldade de recursos do SUS para realizar suas ações e serviços. Principalmente no Brasil, onde calcula-se um número superior a 15 milhões de pessoas afetadas por reumatismos. Diante dos fatos, é notável a necessidade de uma avaliação mais detalhada para entender a importância de se aumentar os investimentos relacionados a essas doenças reumatológicas

OBJETIVOS

Avaliar e comparar o custo em serviços hospitalares de pacientes internados por doenças sistêmicas do tecido conjuntivo em municípios de Sergipe nos últimos anos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo realizado por meio da análise de todas as internações hospitalares ocorridas no SUS em municípios sergipanos no período de novembro de 2008 a novembro de 2017. Os dados foram obtidos no sistema de informação hospitalar (SIH/SUS) a partir do valor em serviços hospitalares e compreendidos juntos à estimativa populacional de cada município pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

RESULTADOS

O custo total de Sergipe em serviços hospitalares com internações por doenças sistêmicas do tecido conjuntivo foi de R\$ 220.762,50. Desses, 98% são somente da capital Aracaju, que é o mais populoso município sergipano. Embora ocupe a sexta posição demográfica, Estância vem seguida com 0,6% dos custos. A mesma concessão ocorre com Nossa Senhora do Socorro, que apesar de ser o segundo município mais populoso, obteve a posição mais econômica ao lado de Riachuelo, ambos com valores de R\$ 33,34. Alguns outros municípios, como Itabaiana, Lagarto, Neópolis, Nossa Senhora da Glória e Propriá, dividem uma média de 0,2% do valor total.

CONCLUSÃO

Tendo em vista que as doenças reumáticas sistêmicas demandam maior complexidade na atenção e tempo do sistema de saúde, o que, por vezes, torna o tratamento dispendioso, concluímos que se faz necessário um investimento considerável no que tange ao atendimento destas doenças. Nesse sentido, constatamos que, em Sergipe, há um financiamento importante do SUS destinado ao fornecimento de serviço hospitalar das doenças sistêmicas do tecido conjuntivo. No entanto, a disparidade entre os investimentos por município é evidente e deve-se principalmente à concentração de

níveis mais complexos de saúde em regiões mais populosas, sendo comum a migração para a capital do estado em busca do serviço. Ainda assim, isso não explica como algumas cidades de menor porte financiam mais internações que cidades de porte superior, como é o caso dos municípios de Estância e Nossa Senhora do Socorro. Portanto, o que se estabelece é que políticas de prevenção ao reumatismo e acompanhamento terapêutico pela Atenção Básica são, também nesse tema, uma alternativa econômica ao SUS.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Marco Antônio P. **Reumatologia: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN. 2019.

BARROS, J. V.; DIAS, R. D. **Impacto das internações de Urgência e Emergência no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília (DF): Associação Brasileira de Economia da Saúde-ABRES, 2013.

Mendes A. **A longa batalha pelo financiamento do SUS**. Saúde Soc 2013 v.22, n.4, p.987-993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar**. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048/GM de 05 de novembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2012.

SALLES, Adilson Dias. **Reumatologia**. Rio de Janeiro: ELSEVIER. 2016.

VASCONCELOS, José Tupinambá Sousa. **Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia**. Barueri/SP: MANOLE. 2019.

VIOLÊNCIA FÍSICA NO TRABALHO EM SAÚDE: VIVÊNCIA DE TRABALHADORES DE DIFERENTES CENÁRIOS ASSISTENCIAIS

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 22/04/2021

Lucas da Silva Matias

Universidade do Estado de Santa Catarina
(UDESC), Departamento de Enfermagem
Chapecó – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/4487324115482234>

Joanilse Maria Vanin

UDESC, Departamento de Enfermagem
Chapecó – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/5458078684384806>

Grasiele de Fátima Busnello

Universidade do Estado de Santa Catarina
(UDESC), Departamento de Enfermagem
Chapecó – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/6104721157971759>

Kaciane Boff Bauermann

Universidade do Estado de Santa Catarina
(UDESC), Departamento de Enfermagem
Chapecó – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/8826710947410461>

Letícia de Lima Trindade

Universidade do Estado de Santa Catarina
(UDESC), Universidade Comunitária da Região
de Chapecó, Departamento de Enfermagem,
Programa de Pós-graduação em Ciência da
Saúde
Chapecó – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/4855649408920925>

RESUMO: Buscou-se analisar a violência física

no processo de trabalho dos profissionais de saúde em serviços da Atenção Primária à Saúde e Atenção Terciária à Saúde no Oeste e Extremo Oeste Catarinense e suas implicações na saúde destes trabalhadores. Buscou-se ainda, identificar as características sociodemográficas e laborais dos participantes. Trata-se de um recorte de uma macropesquisa, explorando-se os dados quantitativos relacionados à violência física, utilizando-se o banco de dados da macropesquisa, a qual utilizou o *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* e um questionário sociolaboral, sendo os achados submetidos à estatística descritiva e analítica. Os participantes possuíam média de idade de 39,3 anos ($\pm 9,0$), sexo feminino ($n=583/90,4\%$), cor de pele branca ($n= 557/86,2\%$), união estável ($n=478/74\%$) e possuíam um filho em média. Prevaleram os técnicos de enfermagem ($n=186/28,7\%$), seguidos dos enfermeiros ($n=135/20,9\%$), atendendo pacientes em todas as faixas etárias, com carga horária semanal média de ($\pm 40,4$) horas. Evidenciou-se que ($n=24/3,7\%$) profissionais sofreram ao menos um episódio de agressão física no último ano, não sendo considerada uma situação típica (62,5%). Em todos os casos, não houve uso de armas e os principais agressores foram pacientes ou familiares ($n=22/91,7\%$). A violência física está presente nos ambientes de saúde e é presenciada pelos profissionais de saúde. Reforça-se a necessidade de medidas protetivas, entre elas a qualificação da equipe de como agir em tal situação, a manutenção das condições adequadas de trabalho para a prestação de um melhor atendimento, evitar a sobrecarga profissional, promover o bem-estar

no trabalho e incentivar a criação de redes de apoio entre os profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Trabalhador. Violência no Trabalho. Agressão. Profissionais de Saúde. Saúde da Família. Hospitais.

PHYSICAL VIOLENCE IN HEALTH WORK: THE EXPERIENCE OF WORKERS FROM DIFFERENT CARE SETTINGS

ABSTRACT: In this context, we sought to analyze physical violence in the work process of health professionals in Primary Health Care and Tertiary Health Care services in the West and Far West regions of Santa Catarina and their implications for the health of these workers. It was also sought to identify the sociodemographic and work characteristics of the participants. This is an excerpt from a macrosearch, exploring the quantitative data related to physical violence. Using the macro-research database, which used the Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector and a sociolaboral questionnaire, the findings being submitted to descriptive and analytical statistics. Participants had a mean age of 39.3 years (± 9.0), female ($n=583/90,4\%$), white skin color ($n=557/86,2\%$), stable union ($n=478/74\%$) and had an average child. Nursing technicians prevailed ($n=186/28,7\%$), followed by nurses ($n=135/20,9\%$), attending patients in all age groups, with an average weekly load of ($\pm 40,4$) hours. It was evidenced that ($n=24/3,7\%$) professionals suffered at least one episode of physical aggression in the last year, not being considered a typical situation (62.5%). In all cases, there was no use of weapons and the main aggressors were patients or family members ($n=22/91,7\%$). Physical violence is present in health environments and is witnessed by health professionals. The need for protective measures is reinforced, including the qualification of the team on how to act in such a situation, the maintenance of adequate working conditions to provide better care, avoid professional overload, promote well-being at work and encourage the creation of support networks among professionals.

KEYWORDS: Occupational Health. Violence at Work. Aggression. Health Professionals. Family Health. Hospitals.

INTRODUÇÃO

A violência contra o trabalhador é evidenciada por ações em que um profissional é agredido, ameaçado, ou sofre algum dano decorrente disso, em sua atividade laboral. A violência contra os profissionais de saúde é um problema mundial, como exemplo na Turquia, um estudo constatou que 44,7% de todos os funcionários de serviços de saúde estão sujeitos à violência todos os anos. Embora as enfermeiras sejam o grupo de maior risco de violência em muitas partes do mundo, médicos e dentistas foram relatados como os grupos de maior risco para violência no local de trabalho no setor de saúde neste país (BAŞAK *et al.*, 2017).

Os serviços de saúde devem ser espaços que promovem a saúde, entretanto, o que se vê é que estas não estão livres da violência, que acaba trazendo consequências físicas e psíquicas aos trabalhadores da saúde. Ainda, a violência pode acabar comprometendo a qualidade do atendimento prestado, impactando negativamente na saúde da população

(CAVALHEIRO; TOLFO, 2011).

No Brasil, violência física ocorre quando uma pessoa está em relação de poder com a outra, podendo causar ou tentar causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que possa provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Abrange ainda agressões físicas ou a intenção de realizar tais agressões, como ameaçar de jogar algo ou de dar um soco (BRASIL, 2002).

Há variadas formas de manifestação da violência física, como: tapas; empurrões; socos; mordidas; cortes; estrangulamento; queimaduras; lesões por armas ou objetos; obrigar a outra pessoa a ingerir medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas ou outras substâncias e alimentos; tirar de casa à força; amarrar; arrastar; arrancar a roupa; abandonar em lugares desconhecidos; causar danos à integridade física em virtude de negligência, como se omitir a cuidados e proteção contra agravos evitáveis em situações de perigo, doença, gravidez, alimentação e higiene (COELHO *et al.*, 2014).

Nas unidades de saúde, a violência física costuma ser o tipo de violência mais visível, mas o abuso verbal é o mais prevalente, sendo essa prevalência maior nas unidades de estabelecimentos públicos. Tal acontecimento pode estar relacionado a níveis de superlotação, escassez de pessoal e recursos, longos tempos de espera, problemas de orçamento, entre outros (KLIJIN; MORENO, 2018). Diante disso, tem-se como questão de pesquisa: ocorre a violência física no processo de trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Primária e Terciária à Saúde? E quais as implicações para a saúde destes trabalhadores?

Desse modo, acredita-se ser de suma importância a coleta frequente de dados atualizados sobre a violência contra profissionais de saúde em diferentes contextos assistenciais, para planejamento de políticas públicas que contribuam para redução dos índices crescentes desse fenômeno contra os profissionais de saúde, e como forma de alerta para profissionais e gestores.

O estudo é parte de uma macropesquisa cuja intitulação é “Violência no processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS)” e possui como complemento os dados do estudo realizado anteriormente no cenário hospitalar. O projeto foi contemplado com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina (FAPESC) no Edital PAP FAPESC/UDESC 2019 e teve auxílio dos integrantes do Grupo de Estudos Sobre Saúde e Trabalho (GESTRA/UDESC).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, realizado em base de dados secundários, ou seja, no Banco da Macropesquisa apresentada. Os dados foram extraídos do banco de dados do estudo multicêntrico, conduzido por protocolo único, no qual foram envolvidos 23 municípios da região Oeste e extremo oeste de SC.

Na APS o estudo envolveu as equipes de Saúde da Família (eSF) dos municípios de: Águas de Chapecó, Bom Jesus do Oeste, Caibi, Chapecó, Cunha Porã, Cunhataí, Iraceminha, Flor do Sertão, Maravilha, Modelo, Mondaí, Palmitos, Pinhalzinho, Riqueza, Romelândia, Saltinho, São Carlos, São Miguel da Boa Vista, Santa Terezinha do Progresso, Saudades, Serra Alta, Sul Brasil, Tigrinhos e Chapecó. Na Atenção Terciária (AT) incluiu-se no estudo o hospital público de referência aos municípios, que segundo o CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) possui 1884 colaboradores cadastrados e conta com 394 leitos (BRASIL, 2020).

Para participar da pesquisa utilizou-se como critérios de inclusão: ser profissional de saúde e estar atuando nos cenários de interesse, há no mínimo 12 meses. Foram excluídos os trabalhadores afastados por qualquer motivo. O quantitativo de trabalhadores foi confirmado com os gestores dos serviços de saúde, a partir disso foi realizado o cálculo amostral, com apoio estatístico, considerando 95% de confiança e erro de 5% da amostra. Sendo assim, a amostra foi composta por 198 profissionais atuantes no Hospital e 449 profissionais atuantes na APS, totalizando 647 sujeitos.

Cabe esclarecer que os achados foram derivados das respostas destes participantes a um questionário autoaplicável contendo instrumento de pesquisa para levantamento da violência e a *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*, proposta pela OMS, Organização Internacional do Trabalho (OIT) e de Serviços Públicos e Conselho Internacional de Enfermagem, traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Palacios *et al*, 2013 (OMS, 2010). Esse questionário aborda a ocorrência da violência física e psicológica (agressão verbal, intimidação/assédio moral, assédio sexual e discriminação racial) nos últimos 12 meses, contemplando características da vítima, da agressão e do perpetrado. Explorou-se nesse estudo os dados específicos da violência física, foram incluídas, nessa análise, variáveis que se associaram às dimensões da violência física nos serviços de saúde, sendo elas: a) dados gerais do Profissional; b) informações sobre o trabalhador e c) AF – Agressão física, contendo os questionamentos (AF a AF.15).

A coleta de dados da pesquisa no âmbito hospitalar ocorreu nos anos de 2015 e 2016 e no contexto da APS nos anos de 2018 a 2019.

Os dados quantitativos foram codificados, tabulados e analisados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0. As variáveis de natureza quantitativa foram descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão: média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e máximo observado, estimativa por intervalo de confiança para a média populacional com base no número de respostas válidas e nível de confiança de 95%. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e proporções. Com os resultados da *Survey* foram criados grupos que permitiram verificar associações por meio do teste qui-quadrado e diferenças entre médias por meio do teste *t* de *student*.

O estudo respeitou os aspectos éticos recomendados nas Resoluções 466/2012 e

510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa, com comprovação nos pareceres nº. 713.728/2014, nº. 2.835.706/2018 e nº.3.414.195/2019.

A VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dos 647 profissionais de saúde participantes deste estudo a média de idade foi de 39,3 anos ($\pm 9,0$), mulheres, brancas, em união estável, com em média um filho. Dentre estes prevaleceram técnicos de enfermagem, seguidos dos enfermeiros, que trabalhavam no turno diurno, que atendiam pacientes de todas as faixas etárias, com carga horária semanal média de ($\pm 40,4$) horas. No Quadro 1 apresenta-se as características sociolaborais dos participantes.

VARIÁVEIS	n/% ^a
Idade (anos)	39,3* \pm 9,0**
Sexo (n=645)	
Masculino	62 (9,6)
Feminino	583 (90,4)
Cor da pele	
Negra	14 (2,2)
Parda	70 (10,8)
Branca	557 (86,2)
Outra ou não informado	6 (0,8)
Escolaridade (anos)	14,2** \pm 2,7***
Situação Conjugal (n=644)	
Solteiro/Viúvo/Sem companheiro	166 (25,8)
Casado/Com companheiro	478 (74,2)
Número de filhos	1 (0 – 2) †
Anos de experiência na área da saúde	10 (4 – 15) †
Tempo na instituição (anos)	7 (4 – 13) †
Função	
Enfermeiro	135 (20,9)
Técnico de Enfermagem	186 (28,7)
Auxiliar de Enfermagem	123 (19,0)
Médico	25 (3,9)
Cirurgião Dentista (CD)	20 (3,1)
Técnico de Saúde Bucal (TSB)	5 (0,8)
Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)	16 (2,5)
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	137 (21,2)
Carga horária semanal (horas)	40,4** \pm 3,8***
Trabalha em outra instituição	52 (8,0)
Carga horária semanal da outra instituição (horas)	32,0** \pm 13,1***
Carga horária total (horas)	42,6** \pm 9,7***

Turno de trabalho	
Manhã	48 (7,4)
Tarde	43 (6,7)
Noite	75 (11,6)
Final de Semana	4 (0,6)
Comercial	472 (73,1)
Misto	4 (0,6)
Contato físico frequente com pacientes	426 (65,9)
Pacientes de maior contato	
Crianças/Adolescentes	13 (2,1)
Adultos/Idosos	146 (23,3)
Ambos	468 (74,6)
Número de profissionais presentes no trabalho	3 (1 – 7) †
Quanto preocupado você está com violência no trabalho	
Nem um pouco preocupado	76 (11,7)
Pouco satisfeito	80 (12,4)
Indiferente	155 (24,0)
Preocupado	175 (27,1)
Muito preocupado	160 (24,8)
Existem procedimentos para relato da violência no local de trabalho	239 (37,1)
Existe estímulo para relato da violência no local de trabalho	2,9)

*Quantitativo e frequência calculada a partir da frequência absoluta, ou seja excluindo os missing, n= quantitativo total; ** média; ***± desvio padrão; † mediana (mínima e máxima).

Quadro 1 – Caracterização sociolaboral dos participantes. (n=647). Santa Catarina, Brasil, 2019.

Fonte: Banco de dados Macropesquisa, 2019.

Dentre os participantes, 24 profissionais (3,7%) referiram ter sofrido ao menos um episódio de violência física nos últimos 12 meses, no período da coleta de dados. O Quadro 2 apresenta informações relacionadas aos casos de agressões físicas.

VARIÁVEIS	n/(%)
Número de episódios de agressão física sofridos no último ano*	1 (1 – 2) †
Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?	
Sim	9 (37,5)
Não	15 (62,5)
Na última vez que você foi agredido, tratou-se de	
Violência física com arma	0 (0,0)
Violência física sem arma	24 (100)
Quem agrediu você na última vez que foi intimado	
Paciente/familiares	22 (91,7)
Colegas de trabalho	2 (8,3)
Se colega	
Médico	2 (100)
Onde ocorreu o incidente	
Dentro da instituição	23 (95,8)
Fora de instituição	1 (4,2)

Como você reagiu ao ocorrido**	
Não teve reação	13 (54,2)
Pediu a pessoa para parar	9 (37,5)
Tentou fingir que nada aconteceu	5 (20,8)
Tentou defender-se fisicamente	4 (16,7)
Contou para amigos/familiares	7 (29,2)
Buscou aconselhamento	2 (8,3)
Contou para um colega	12 (50,0)
Relatou para um chefe	15 (62,5)
Registrou o evento	9 (37,5)
Registrou pedido de indenização/Abriu processo	2 (8,3)
Você acha que o incidente poderia ter sido evitado? (n=23)	
Sim	12 (50,0)
Não	11 (45,8)
O ocorrido resultou em ferimento	
Sim	4 (16,7)
Não	20 (83,3)
Você precisou de assistência médica	
Sim	2 (8,3)
Não	22 (91,7)
Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez?	
Não foi importante	4 (50,0)
Sentiu-se envergonhado	1 (12,5)
Sentiu-se culpado	0 (0,0)
Não sabia a quem relatar	0 (0,0)
Ficou com medo de consequências negativas	1 (12,5)
Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências	0 (0,0)
Outro	2 (25,0)
Nos últimos 12 meses você presenciou situações de violência física no trabalho?	
Sim	16 (66,6)
Não	1 (4,1)
Não responderam	7 (29,2)
Número de vezes que presenciou violência física no trabalho °	1 (0 – 7) †

n= quantitativo total; *; (P25-P75; † mediana (mínima e máxima); ** nesse questionamento os profissionais poderiam sinalizar mais de uma opção de conduta.

Quadro 2 – Dados relacionados à agressão física ocorridos nos cenários investigados. Santa Catarina, 2019. (n=24).

Fonte: Banco de dados Macropesquisa, 2019.

O conjunto dos achados revela que há em média um episódio de agressão física sofrido no último ano e não considera como uma situação típica em seu local de trabalho, as agressões físicas, majoritariamente não envolveram o uso de armas e os principais agressores foram pacientes ou familiares, o fato ocorreu dentro da instituição em que trabalham.

Em relação às condutas frente ao ocorrido, 62,5% dos profissionais que sofreram violência física relataram para a chefia, 54,2% não tiveram reação, a metade desses profissionais que sofreram com esse tipo de violência contou para um colega, mas somente 37,5% registraram o evento e apenas 2% buscou aconselhamento, registrou pedido de indenização e abriu processo administrativo ou na justiça.

Dentre os profissionais agredidos, 52,2% acreditam que poderiam ter sido evitados os episódios de violência física. O ocorrido não resultou em ferimento entre a maioria (83,3%), mas dois profissionais (8,3%) precisaram de assistência médica. Referente a relatar a experiência a alguém, 50% não considerou importante compartilhar o ocorrido com outras pessoas. Quanto a presenciar cenas ou situações de violência física no trabalho, 94,1% alegaram ter presenciado (n=16), ao menos uma vez ao ano.

Referente à violência ocupacional, (n=175/27,1%) do total de participantes do estudo alegaram estar preocupados somente (n=239/37,1%) dos respondentes indicaram a existência de procedimentos institucionais para o relato e (n=211/32,9%) referiram que não há estímulo para o relato de todos os tipos de violência nos serviços.

REFLEXÕES ACERCA DA VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Com base nos achados apresentados anteriormente e com subsídios na literatura buscou-se discutir sobre a violência física sofrida pelos profissionais da área da saúde, com a finalidade de contribuir para a criação de planos institucionais para o enfrentamento cotidiano dos serviços de saúde e visibilidade do problema.

O sexo é fator relevante para determinar quem sofrerá violência no ambiente de trabalho. Profissionais do sexo feminino estão mais propensas a receber atos violentos, assim como pessoas mais jovens e com pouca experiência de trabalho (RODRIGUEZ, 2013). Outro estudo revela em seus resultados que um fator relevante para determinar quem sofrerá violência no ambiente de trabalho é o sexo. Mulheres trabalhadoras estão mais propensas a receber atos violentos, bem como pessoas mais jovens e menos experientes no trabalho (FERNANDES, 2015).

Corroborando com os resultados encontrados nesta pesquisa, um estudo no Irã mostrou que trabalhadoras de saúde, especialmente entre 30 e 40 anos de idade, foram mais expostas à violência física, o que é consistente com muitos estudos revisados pelos autores (KHOSHKNAB *et al.*, 2016). Os pesquisadores observaram que a violência predomina contra os profissionais do sexo feminino, majoritariamente mais jovens (KHOSHKNAB *et al.*, 2016).

Segundo Rodriguez (2013), as trabalhadoras de enfermagem são as mais vulneráveis à violência, por estarem na categoria profissional cujo gênero feminino é predominante sobre o masculino. Além disso, os enfermeiros foram as principais vítimas de violência física. Elevando o risco entre aqueles que tem contato próximo com os pacientes e/ou suas famílias (KHOSHKNAB *et al.*, 2016).

A maioria dos entrevistados, 74,2% possuem companheiro, ou seja, rede de apoio. A literatura coloca que o fortalecimento da rede de apoio é essencial para o enfrentamento de situações complexas como aquelas que envolvem a violência (JUNIOR *et al.*, 2017).

A maioria dos profissionais, 65,9% referem ter contato físico frequente com os pacientes e atuam uma carga horária semanal de trabalho média de 40,4 horas. Nesta direção, a Administração de Segurança e Saúde Ocupacional dos Estados Unidos da América descreve que trabalhadores que prestam serviços, trabalham em áreas remotas ou de alta criminalidade, e aqueles que trabalham em horários alternados e/ou têm grande contato com o público estão mais vulneráveis a violência. Este grupo inclui profissionais de saúde, como médicos, enfermeiras, assistentes sociais, avaliadores psiquiátricos e outros provedores (ANAND *et al.*, 2016).

No ambiente de trabalho, os profissionais de saúde muitas vezes são confrontados com contextos que podem dar sensação de perigo pela ocorrência de eventos violentos, e, ao mesmo tempo, devem ser capazes de se manter em equilíbrio e adotar uma atitude profissional que não afete a qualidade dos cuidados prestados. Este processo pode exigir que a equipe utilize recursos cognitivos e, sobretudo, inteligência emocional para manter as atividades assistenciais de qualidade. Portanto, estratégias que possibilitem aos profissionais de saúde ganhar conhecimento e experiência são importantes (FELTON; WRIGHT, 2017).

Dentre os entrevistados, 62,5% não consideram a violência uma situação típica em seu local de trabalho. Quando sofreram violência física, a totalidade dos atingidos relataram não haver uso de arma durante a agressão. Dentre as vítimas, 91,7% foram agredidas por pacientes ou familiares, e os outros 8,3% foram agredidos por colegas de trabalho, mais especificamente médicos. Ainda, identificou-se que 95,8% dos incidentes com agressão física ocorreram dentro da instituição de trabalho.

Estudo de Khoshknab *et al.*, (2016) evidenciou a acreditação de que o limite do conhecimento das pessoas sobre as tarefas da equipe de saúde está entre os fatores associados à violência. Assim, a falta de conscientização pode fazer com que os pacientes e / ou seus familiares tenham expectativas irrealistas em relação aos profissionais de saúde e, conseqüentemente, expectativas não atendidas levam à violência.

Alguns profissionais relacionam a maior causa da violência sofrida a alterações neurológicas, história de uso de álcool / drogas e transtornos mentais dos pacientes. Além disso, ao falar de pacientes agressivos, as vítimas muitas vezes descreveram o perfil do paciente de forma semelhante, atribuindo a imagem do agressor ao sexo masculino. Também relaciona a violência às causas externas ao hospital, ou seja, trazer a violência urbana das ruas para o hospital, colocando os profissionais em risco (DAL PAI *et al.*, 2018).

Sobre como reagiram à agressão, 54,2% não teve reação, também, 50% dos participantes referiu ter contado para um colega de trabalho sobre o ocorrido, 62,5% contou para um chefe sobre o incidente com violência física e apenas 37,5% das vítimas de agressão registraram o evento em 2019.

Koohestani *et al.* (2011) referem que as razões mais existentes para não relatar a violência sofrida incluíram considerar relatar inútil e medo de ser estigmatizado como uma

pessoa problemática e incompetente. Exalta-se também a inexistência de diretrizes para a prevenção e controle da violência em ambientes de trabalho. Esses achados indicam a falta de programas adequados de treinamento de pessoal para prevenir e controlar a violência, e também, a falta de programas adequados de legislação e política para buscar denúncias recebidas e gestão da violência em ambientes de saúde.

Foi constatado que 94,1% dos participantes presenciaram situações de violência física no trabalho nos últimos 12 meses. A literatura destaca que apesar de algumas vezes capacitados, os profissionais podem não conseguir gerir casos de agressão pela imprevisibilidade de algumas situações, pelo contato com eventos desconhecidos ou por sua complexidade. Sugere-se que os indivíduos tendem a recordar melhor quando as atitudes são similares às respostas humanas instintivas (BORDIGNON; MONTEIRO, 2019).

Um dado alarmante desta pesquisa aponta que apenas 32,9% dos participantes relataram estímulo para relato de violência no ambiente de trabalho, o que evidencia a falta de preparo para lidar com situações de violência. No estudo de Khoshknab (2016), ficou evidente que mais da metade dos participantes não relatou exposição à violência, sendo considerado inútil relatar, dados próximos a este estudo. Além disso, no mesmo estudo de Khoshknab, mais de 60% dos participantes afirmaram que não havia diretriz para denunciar a violência em seus locais de trabalho, e mais da metade deles afirmou que ainda não foram tomadas medidas para perseguir a incidência da violência.

Formas de enfrentamento da violência física no trabalho

A ocorrência de violência no ambiente de trabalho pode influenciar o desempenho do trabalho do enfermeiro e os cuidados de enfermagem. Esta influência nos aspectos pessoais e profissionais dos enfermeiros pode, por sua vez, aumentar a evasão do ambiente de trabalho devido ao aumento dos níveis de estresse e esgotamento gerando sobrecarga aos enfermeiros restantes (HAN *et al.*, 2017).

A atual mobilização sobre a necessidade de buscar estratégias para prevenir novas vítimas de violência no trabalho apoia o crescente desenvolvimento de estudos com ênfase na avaliação de ferramentas e ações e sua eficácia em auxiliar na prevenção e redução de danos ligados ao fenômeno e são extremamente necessários (BORDIGNON; MONTEIRO, 2019).

Vários estudos investigaram os métodos de enfrentamento à violência, como por exemplo, enfermeiras chinesas usam uma variedade de métodos de enfrentamento, como obter apoio da família, contando com sua própria força e relatando o incidente a um líder (ZHAO *et al.*, 2016).

Anand e colaboradores (2016) apontam que médicos residentes que sofreram violência na Índia sentiram no momento medo, frustração e tristeza, sendo que estes fatos os fizeram sentir-se cansados e com baixa autoestima. Como enfrentamento comum ao acontecimento, os entrevistados disseram que ficaram mais conscientes e vigilantes

durante o trabalho. Outro estudo aponta que médicos que experimentaram violência no ambiente de trabalho fizeram um uso significativamente maior de enfrentamento, buscando apoio social e fuga na tentativa de evitar a situação (ZAFAR *et al.*, 2016).

Monteiro (2020) estabelece medidas para redução da ocorrência de violência direcionada ao trabalhador de saúde, dentre elas é possível citar a melhoria das condições de segurança das estruturas físicas, manter um número adequado de profissionais nas equipes, trabalho em equipe, criação de protocolos de abordagem de pacientes com irritação ou agitação, qualificação dos profissionais para manejo de situações de crise, grupo de escuta para o trabalhador e espaço para troca de experiências.

Um estudo constatou que existe dificuldade na notificação das agressões, que pode ser decorrente da falta de compreensão da extensão da violência no ambiente de trabalho. Não há integração de dados entre as fontes oficiais de informações sobre violência, o que fragmenta as informações, no momento está em implantação os Núcleos de Estudos para Acidentes e Violência em nível local, com objetivo de formar pessoal, estruturar o serviço com software - Sistema de Informação em Saúde - e monitorar os agravos à saúde, com ações mais localizadas e controladas por meio de redes mais efetivas e integradas (MEDEIROS *et al.*, 2020).

Num nível terciário, é necessário reabilitar a vítima e o agressor disponibilizando, por exemplo, apoio psicológico para as vítimas ou definir disposições jurídicas para os agressores. É visível a importância de as instituições reforçarem este tipo de apoio, incluindo a sua divulgação junto de todos aos profissionais, pois é possível que um dado serviço até exista, mas não seja de conhecimento geral (MARQUES; SILVA, 2017).

Torna-se importante ressaltar que é imprescindível que os gerentes implantem ações diversificadas e possuam protocolos para agir diante de casos de violência laboral, com o objetivo de reduzir a ocorrência de agressões e diminuir os danos caso essa ocorra, aumentando assim a qualidade de vida no ambiente de trabalho e conseqüentemente a qualidade de vida dos colaboradores. Tais ações devem ser implantadas e mantidas constantemente para que haja melhora e manutenção efetiva da segurança destes profissionais.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que a violência física no ambiente de trabalho está presente nos ambientes de saúde. Demonstra que é necessário investir na prevenção e redução da incidência da violência no trabalho em saúde, sendo o perfil das vítimas e aspectos do contexto do trabalho importantes para conduzir as condutas de enfrentamento do problema. Apesar de um percentual reduzido dos entrevistados terem sofrido violência física, com nenhuma relação significativa entre os dados de caracterização, a maioria dos participantes, de um estudo com mais de 600 profissionais de saúde de dois níveis

assistenciais, presença tal tipologia de violência com algum colega, reafirmando a importância de estudos de acompanhamento do problema.

Observou-se uma média de idade 39,3 anos entre os participantes e que estes eram majoritariamente mulheres, branca, com companheiro/a e integrante da equipe de enfermagem, com atuação direta aos pacientes. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de medidas protetivas, especialmente direcionadas a estas trabalhadoras.

Foi possível notar a falta de uma orientação padronizada aos profissionais de como agir em situações de violência, bem como, uma evidente escassez de estudos com uma orientação concreta e funcional no Brasil. Os registros nem sempre são executados, talvez por falta de incentivo. Também não há orientação padronizada da conduta a ser tomada com o perpetrador.

Dentre as limitações deste estudo, pode-se destacar que alguns dos participantes preferiram participar mediante auto aplicação do instrumento, o que justifica algumas respostas não obtidas, as quais permitiriam melhor compreensão dos achados.

Estudar os fatores associados à violência no ambiente de trabalho pode contribuir para a redução dos acontecimentos e a criação de um plano de ação contendo orientações de condutas no âmbito da prevenção primária, secundária e terciária, apropriadas e que auxiliem na segurança do profissional e na promoção de uma Cultura de Paz nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ANAND, T; GROVER, S; KUMAR, R; INGLE, G.K. Workplace violence against resident doctors in a tertiary care hospital in Delhi. **Medicine and society**, 2016, v. 29, p. 344-348.

BAŞAK, B; ÇETIN, M; ORAY, N; CAN, İ. Workplace violence against physicians in Turkey's emergency departments: a cross-sectional survey. **BMJ open**, v.7, n.6, p. e013568. 2017.

BORDIGNON, M; MONTEIRO, M.I. Uso da simulação na capacitação sobre violência no trabalho da enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.32, n. 3, mai./jun. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 fev. 2002. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf. Acesso em: 27 out. 2019.

BRASIL. Secretaria de Saúde. **Cadastro Nacional de estabelecimento de saúde**. ago. 2020. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=52&VMun=520800. Acesso em: 27 out. 2019.

CAVALHEIRO, G; TOLFO, S.R. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. **Psico-USF**, v. 16, n. 2, p. 241-249, ago. 2011.

COELHO, E.B.S; SILVA, A.C.L.G; L, S.R. **Violência: definições e tipologia**. UFSC, Florianópolis, 2014. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1862/1/Definicoes_Tipologias.pdf. Acesso em: 18 out. 2020.

DAL PAI, D; et al. Violência física e psicológica perpetuada no trabalho em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 1, e2420016, 2018.

FELTON, A; WRIGHT, N. Simulation in mental health nurse education: the development, implementation and evaluation of an educational innovation. **Nurse Educ Pract**, v.6, p.46–52, 2017.

FERNANDES, A. **Violência Ocupacional Sofrida por Técnicos de Enfermagem em Unidades Básicas de Saúde**. UEPB, Campina Grande, 2015. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/2566/2/PDF%20-%20Am%C3%A9rico%20Fernandes.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2020.

HAN, C.Y; LIN C.C; BARNARD, A; HSIAO, Y.C; GOOPY, S; CHEN, L.C. Workplace violence against emergency nurses in Taiwan: A phenomenographic study. **Nursing Outlook**, v. 65, p.428-35. 2017.

JUNIOR, G. B. S.; ROLIM, A. C. A.; MOREIRA, G. A. R.; CORRÊA, C. R. S.; VIEIRA, L. J. E. de S. Identificação e notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos de família no Ceará. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.15 n.2, p.469-484, Mai./Ago. 2017.

KHOSHKNAB, M.F; OSKOUIE, F; NAJAFI, F. GHAZANFARI, N. TAMIZI, T. AFSHANI, S. Physical violence against health care workers: A nationwide study from Iran. **Iran J Nurs Midwifery Res**, v. 21, n.2, p. 232-8, 2016.

KLIJIN, T.P; MORENO, M.B. Prevalencia da violencia fisica, abuso verbal y factores asociados em trabajadores/as de servicios de emergencia em establecimientos de salud públicos y privados. **Rev. méd. Chile**, v.146, n.6, p. 727-36, 2018.

KOOHESTANI, R; BAGHCHEGHI, N; REZAEI, K; ABEDI, A; SERAJI, A; ZAND, S. Occupational Violence in Nursing Students in Arak, Iran. **Iranian J Epidemiol**, v., p.44–50, 2011.

MARQUES, D; SILVA, I.S. Violência no trabalho: Um estudo com enfermeiros/as em hospitais portugueses. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 17, n. 4, p. 226-34. 2017.

MEDEIROS, A.R.S; ARRUDA, S.C; PIGNATTI, M.G; LEÃO, L.H.C; MINAYO, M.C.S. Uso de redes sociais virtuais na vigilância da violência no trabalho sofrida por agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.45, p.e7, 2020.

MONTEIRO, C.B; PASSOS, J.P. Sentimentos dos profissionais de saúde frente a violência dos usuários no hospital psiquiátrico. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e 973986832, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6832/6084>. Acesso em: 06 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Organização Mundial de Saúde. 2010. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em 08 de setembro de 2019.

PALÁCIOS, M. **Violência no trabalho no Setor Saúde - Rio de Janeiro - Brasil**. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002. Disponível em: http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/pesquisa_sobre_Violencia_no_trabalho_Universidade_Federal_RJ.pdf. Acesso em: 24 de setembro de 2019.

RODRIGUEZ, V.A; PARAVIC, T.M. Un modelo para investigar violencia laboral en el sector salud. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 34, n.1, p.196-200, 2013.

ZAFAR, W; KHAN, U. R; SIDDIQUI, S. A; JAMALI, S; RAZZAK, J. A. Workplace Violence and Self-reported Psychological Health: Coping with Post-traumatic Stress, Mental Distress, and Burnout among Physicians Working in the Emergency Departments Compared to Other Specialties in Pakistan. **The Journal of Emergency Medicine**, v.50, n.1, p.167–77, 2016.

ZHAO, S; QU, L; LIU, H; GAO, L; JIAO, M; LIU, J; LIANG, L; ZHAO, Y; WU, Q. Coping with workplace violence against general practitioners and nurses in Heilongjiang province, China: social supports and prevention strategies. **PLoS ONE** 11, p. e0157897. 2016.

SOBRE O ORGANIZADOR

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO - Possui graduação em nutrição pela Universidade Federal da Grande Dourados concluída em 2017 com a monografia “*Analysis in vitro and acute toxicity of oil of Pachira aquatica Aublet*”. Ainda em sua graduação, no ano de 2013, entrou para o Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde sendo um de seus membros mais antigos em atividade realizando projetos de ensino, pesquisa e extensão universitária desde então. Em 2018 entrou no Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados com o projeto de pesquisa: “Avaliação da Toxicidade Reprodutiva Pré-clínica do Óleo da Polpa de Pequi (*Caryocar brasiliense* Camb.)” no qual, após um ano e seis meses de Academia, obteve progressão direta de nível para o Curso de Doutorado considerando seu rendimento acadêmico e mérito científico de suas publicações nacionais e internacionais; além disso, exerce no mesmo Programa o cargo eletivo (2018-2020) de Representante Discente. Em 2019 ingressou também no Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Esportiva pela Faculdade Venda Nova do Imigrante. Atua desde 2018 enquanto bolsista de Pós-Graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) desenvolvendo pesquisas em duas principais linhas de atuação: nutrição experimental, na qual desenvolve estudos farmacológicos e ensaios de toxicidade com espécies vegetais de interesse para a população humana; e, nutrição esportiva, no tocante à suplementação alimentar, metabolismo energético, fisiologia do exercício e bioquímica nutricional. Atualmente é revisor científico dos periódicos *Journal of Nutrition and Health Sciences*, *Journal of Human Nutrition and Food Science* e do *Journal of Medicinal Food*. É ainda membro do Corpo Editorial do *Journal of Human Physiology* e membro do Conselho Técnico Científico da própria Atena Editora.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescente 38, 42, 51, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 79, 184, 189

Afeto 70, 72, 77, 78, 79, 199

Atenção básica 24, 31, 53, 55, 57, 60, 61, 63, 88, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 103, 104, 105, 106, 120, 200, 203, 206

B

Bens jurídicos 127

C

Câncer de mama 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 58

Chikungunya 136, 137, 138, 139

Cuidado paliativo 180, 181, 186, 187

D

Desmielinização 13, 66, 68

Diabetes mellitus 51, 52, 54, 55, 57, 62, 64, 108

Diarreia 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93

Direito 119, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 146, 150, 155

E

Enfermagem 26, 29, 30, 31, 32, 63, 64, 91, 93, 106, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 125, 126, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 182, 183, 190, 191, 199, 201, 202, 207, 209, 210, 211, 214, 216, 218, 219

Ensino clínico 162, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179

Esclerose múltipla 12, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 68

Espondilite anquilosante 65, 66

e-SUS 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106

Etanercept 65, 69

Excesso de peso 46, 48, 103, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115

Exercício intervalado 37, 39, 42

F

Fator de risco 13, 27, 29, 114

Força muscular respiratória 12, 13, 14, 17, 19, 21

G

Gestão pública 6

I

Internação 33, 34, 35, 187, 203

M

Mielite transversa 65, 66, 67, 68

Mortalidade infantil 82, 88, 89, 92, 93

O

Obesidade 23, 28, 31, 38, 39, 40, 56, 102, 108, 110, 114, 116, 117

Oncologia pediátrica 180, 190

Osteoartrite 33, 34, 36

P

Plano municipal de saúde 1, 2, 3, 5, 6

Pressão arterial 15, 37, 38, 41, 42, 44, 45

Profissionais de saúde 1, 5, 31, 57, 59, 62, 95, 104, 105, 121, 165, 187, 189, 190, 200, 207, 208, 209, 211, 214, 215, 217, 219

Q

Qualidade de vida 5, 19, 27, 30, 32, 33, 47, 82, 88, 89, 181, 185, 186, 188, 191, 192, 193, 194, 198, 201, 202, 217

S

Saúde do trabalhador 208

Saúde mental 71, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 191, 193, 200, 202

Seguridade social 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135

Síndrome de *Klippel-Trenaunay-Weber* 8

Síndrome de *Sjogren* 136

T

Tecido conjuntivo 137, 203, 204, 205

Transtorno esquizofrênico 191

Transtorno mental 109, 112, 113, 114, 116, 123

U

Ultrassonografia 67, 137, 138, 141, 143, 144, 160

Unidade de terapia intensiva 180, 182, 183, 185, 190

V

Vigilância alimentar e nutricional 94, 96, 98, 100, 104, 105, 106

Violência física 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 219

Voldemort 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79



CIÊNCIAS DA SAÚDE: Influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas 2



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



[facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

Influências sociais, políticas, institucionais e ideológicas 2



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



[facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)