

Desenvolvimento infantil e suas respectivas fases motoras

Child development and their respective motor phases

Cíntia Taumaturgo Fernandes de Negreiros¹, Sarah Rebecca Sousa da Silva², Carla Chiste Tomazoli Santos³, Aline Aparecida Arantes⁴, Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha⁵, Iel Marciano de Moraes Filho⁶

Como citar: Negreiros CTF, Silva SRS, Santos CCT, Arantes AA, Carvalho-Filha FSS, Moraes-Filho IM. Desenvolvimento infantil e suas respectivas fases motoras. REVISA.2019;8(4): 378-81. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p378a381>

REVISA

1. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Departamento de Enfermagem. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

2. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Departamento de Enfermagem. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

3. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Departamento de Fisioterapia. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

4. Faculdade União de Goyazes. Trindade, Goiás, Brasil.

5. Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão e da Universidade Estadual do Maranhão. Caxias, Maranhão, Brasil.

6. Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Recebido: 10/07/2019
Aprovado: 5/09/2019

O desenvolvimento infantil é primordial para a progressão contínua no processo de desenvolvimento de um indivíduo. Antes do nascimento da criança é formado o molde de uma construção cerebral que vai se definindo através da influencia genética e sua relação com o ambiente em que a criança está inserida nos anos iniciais de vida. A maturação do Sistema Nervoso Central (SNC) possibilita o processo de progressão do desenvolvimento motor no decorrer dos anos.¹⁻²

O desenvolvimento motor é compreendido como um composto de transformações no comportamento e nos movimentos de um indivíduo, que incluem modificações que passam por mudanças comportamentais. Por estes motivos, pode-se dizer que o sistema motor depende de elementos de maturação e de aprendizagem. Vários estudos demonstram que a instigação antecipada é fundamental para o amadurecimento do SNC, bem como para o aprimoramento de suas funções.³

Em adição, existem fases que são fundamentais para as habilidades motoras basais e ocorrem até os sete anos de idade. Essas habilidades são subdivididas em três: estágio inicial, que é composto pela habilidade motora fundamental, onde a criança utiliza uma expressão de exagero corporal; estágio elementar que é caracterizado pelos movimentos fundamentais realizados de forma ordenada e que há um comando sobre eles, porém esses movimentos ainda são restringidos e exorbitantes; estágio maduro, onde a criança realiza movimentos hábeis, harmonizados e ponderados.⁴

Portanto, vale ressaltar que nem todos possuem a capacidade de atingir o estágio maduro em todas as habilidades motoras fundamentais, pois as habilidades desenvolvidas não estão interligadas a idade da criança, mas sim com o ambiente e o grupo social em que vive e a capacidade do mesmo de estimulá-las.⁴

As fases do desenvolvimento motor

Fase motora reflexa

Os reflexos são os primeiros movimentos realizados pelo ser humano são movimentos involuntários e são comandados subcorticalmente e é a base para os movimentos motores reflexos. O bebê conquista uma resposta em relação ao ambiente imediato. Portanto, esses movimentos involuntários e a crescente distinção cortical nos primeiros meses de vida pós-natal, exerce uma importante influência ao que se refere em auxiliar a criança a aprender sobre o seu corpo e o ambiente externo. Os reflexos primitivos podem ser considerados como um conjunto de informações, de acordo com que o mesmo parte auxiliando e estimulando a atividade cortical e logo o desenvolvimento. Os reflexos de sugar e de procura através do olfato são considerados técnicas de reflexos primitivos, pois sem esses reflexos o bebê não conseguiria se alimentar. Os reflexos posturais constituem a segunda forma de movimento involuntário e possuem similaridades, com os comportamentos involuntários decorrentes, porém são completamente involuntários. Esses reflexos aparentam servir como equipamentos de teste neuromotor para mecanismos estabilizadores, locomotores e manipulativos.

Fase de movimentos rudimentares

Os movimentos rudimentares são considerados voluntários e necessários para a sobrevivência, esses movimentos são caracterizados por movimentos estabilizadores, como conseguir manter o controle da cabeça, do pescoço e dos músculos e tronco. As funções de alcançar, segurar e soltar, incluindo os movimentos locomotores como o de arrastar-se, engatinhar e caminhar, são movimentos observados desde o nascimento até os dois anos, determina-se pela maturação e são definidos por uma sequência de um surgimento altamente provável, sendo essa sequência resistente a alterações normais. O ritmo em que essas habilidades aparecem varia de acordo com cada criança e depende de fatores biológicos, ambientais e das tarefas a serem exercidas.⁴

A fase de movimentos rudimentares pode ser subdivida em dois estágios, o estágio onde ocorre a inibição dos reflexos que se iniciam no nascimento e logo então, de forma gradativa, os movimentos do bebê estarão associados ao córtex em desenvolvimento. Devido a esse desenvolvimento e certas limitações do ambiente, fazem com que os reflexos sejam inibidos ou desapareçam, e então, os reflexos primitivos e posturais vão sendo substituídos por movimentos voluntários.⁴

O estágio pré-controle se caracteriza em quando a criança completa aproximadamente um ano de idade e começam a obter precisão e controle sobre seus movimentos. A agilidade do desenvolvimento dos processos cognitivos superiores e dos processos motores estimulam aptidões ágeis nas habilidades motoras rudimentares. Nesse estágio as crianças aprendem a obter e manter o seu equilíbrio, aprendem a manusear objetos, e a deslocar-se no ambiente com um alto grau de eficiência e controle, sendo considerado o curto período que tiveram para desenvolver essas habilidades.⁴

Fase de movimentos fundamentais

As habilidades de movimentos fundamentais são efeitos da fase de movimentos rudimentares no período neonatal. Essa fase é caracterizada pelo reconhecimento das crianças sobre o desenvolvimento motor de seu corpo, onde estão inteiramente ligadas na exploração e experimentação do mesmo. É o período onde a criança coloca em prática seus movimentos estabilizadores, locomotores e manipulativos, de forma individual e depois de forma conjunta. As crianças que estão nessa fase, estão aprendendo a enfrentar com capacidade e equilíbrio motor vários estímulos e vão se adaptando de forma gradual e controlada para executar movimentos despojados, em série e constantes, como fica evidenciado pela capacidade em aceitar alterações nas exigências de tarefas.⁴

Há concepções erradas sobre o conceito da fase fundamental, ou seja, uma noção de que as habilidades são caracterizadas somente pela maturação e pouco influenciadas pela tarefa e por fatores ambientais. Sabendo que a maturação esteja interligada ao papel básico no desenvolvimento de tipos de movimentos fundamentais, não pode ser considerado como única influência. Contudo, existe também as condições do ambiente, oportunidades para praticar, encorajamento, instrução e ecologia (cenário) do ambiente em si, essas condições são significativas e atinge o nível máximo de desenvolvimento nos padrões de movimentos fundamentais alcançados.⁴

Algumas habilidades são desenvolvidas um pouco mais tarde e exigem acompanhamento e intercepção de objetos em movimento como: recolher, derrubar, rebater e dentre outros, essas habilidades são desenvolvidas mais tardiamente devido as condições visuais e motoras sofisticadas dessas tarefas. Ao comparar os movimentos de crianças e adultos observa-se que muitos deles não progrediram em relação as suas atividades fundamentais até o nível maduro. Ainda que alguns indivíduos alcancem esses estágios, devido a sua maturação e influência do meio em que vive, boa parte necessitam não só de oportunidades para a prática, mas também o encorajamento e o ensinamento em um ambiente que proporcione um aprendizado. Sem essas oportunidades torna-se potencialmente impossível o indivíduo alcançar o estágio maduro com apropriada habilidade nesta fase, o que vai inibir a execução e o desenvolvimento na fase posterior.⁴

Fase de movimentos especializados

A consequência da fase de movimentos especializados se resulta da fase de movimentos fundamentais. Nesta fase o movimento se torna um meio que são utilizados em muitas atividades motoras complicadas existindo na vida diária, na recreação e nos objetivos esportivos. Essa é uma etapa em que se aprende habilidades estabilizadoras, locomotoras, manipulativas fundamentais e são gradativamente aprimoradas, ajustadas e desenvolvidas para que sejam utilizadas em situações que cada vez mais se tornam exigentes. Algumas atividades já podem ser executadas nesse período, como: pular de um pé só, pular corda, participação em danças folclóricas e também o salto triplo no atletismo.⁴

O surgimento e a ampliação do desenvolvimento de habilidade na fase de movimento especializado são influenciados por diversos fatores das tarefas individuais e ambientais. A fase de movimentos especializados possui três estágios, estágio transitório, estágio de aplicação e estágio de utilização permanente. Crianças que possuem 7 ou 8 anos normalmente entram na fase transitória, onde o indivíduo começa a combinar suas habilidades motoras fundamentais com atividades externas, assim como atividades recreacionais e esportivas. Caminhar numa ponte de cordas, pular corda e jogar bola são exemplos de atividades transitórias comuns.⁴

Conclui-se que o desenvolvimento motor é um processo constante e duradouro, isso se justifica pelo fato que as modificações mais marcantes aconteçam na primeira fase da vida, por isso a propensão é os estudos realizados a cerca do desenvolvimento motor sejam realizados em crianças. Isso é necessário, pois o organismo leva cerca de vinte anos para o seu amadurecimento, então os primeiros anos de vida, do nascimento até os seis anos, são fundamentais para o indivíduo devido as experiências vividas pela criança nessa fase inicial se tornarão cruciais e determinantes na sua formação futura.⁴

Além do mais, é muito importante que as crianças realizem movimentos, isso facilitará a sua interação com o meio em que vive, e é sobre o desenvolvimento motor na infância em que a maioria dos estudos estão redirecionados. Podemos observar que os estudos do século passado que abordam sobre o desenvolvimento motor em bebês, foram realizados em evidências e observações e são considerados até os dias atuais.⁴⁻⁶

Referências

1. Souza JM, Veríssimo MLOR. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. Rev, Latino-Am. 2015; 23(6): 1
2. Monteiro CSN. A importância da Psicomotricidade na Educação Pré-Escolar. Tese [Mestre em Educação Pré-Escolar] – Instituto Superior de Educação e Ciências; 2015.
3. Haywood K M, GetchellN. DESENVOLVIMENTO MOTOR ao longo da vida. 6 ed Porto alegre :Artmed; 2016.
4. Leite FS. Desenvolvimento psicomotor de crianças de 4 a 6 anos de escola particular em lima campos – MA. Rev. Rebai. 2017; 1(1): 43-71.
5. Carla Chiste T Santos, Chadya Samia Soares Pacondes De Miranda, Kelly De Jesus Menezes Da Silva, et al. SCHIZENCEFALIA - A Bibliographic Review of Clinical Aspects. Cancer Sci Res. 2018; 1(3): 1-2
6. Santos CCT, Miranda CSSP, Silva KJM, Pinto MFP, Costa AS, Moraes-Filho IM. Estresse emocional em famílias de crianças com necessidades especiais- revisão Bibliográfica. Rev Inic Cient Ext. 2018; 1(Esp.2): 247-9.

Autor de Correspondência

Iel Marciano de Moraes Filho
Universidade Paulista, Departamento de
Enfermagem. Quadra 913, Bloco B - Asa Sul. CEP:
70390-130. Brasília, Distrito Federal, Brazil.
E-mail: ielfilho@yahoo.com.br

Efeitos da prática do Yoga no medo de cair e mobilidade de idosos caidores

Effects of Yoga practice on fear of falling and mobility of elderly fallers

Lucimar Soares Bueno¹, Renato de Ângelo Araújo², Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira³

Como citar:

Bueno LS, Araújo RA, Oliveira MAF. Efeitos da prática do Yoga no medo de cair e mobilidade de idosos caidores. REVISA. 2019; 8(4): 382-93. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p382a393>

RESUMO

Introdução: O aumento da população idosa faz crescer o número de quedas e de suas consequências, a partir disso existem estudos demonstrando que o Yoga, por ser uma técnica milenar que visa proporcionar aos seus adeptos equilíbrio físico, mental e espiritual, pode também interferir no equilíbrio postural. **Objetivo:** comparar os resultados do treinamento da prática de Yoga no equilíbrio de idosos; bem como comparar os resultados de treinamento com ioga na mobilidade e sem medo de cair de idosos com histórico de quedas. **Método:** Foram avaliados 20 idosos e o treinamento foi feito durante um período de 4 meses. A mobilidade foi avaliada pelo teste Time and Up and Go (TUG). O medo de cair foi avaliado pelo FES-I. Foram adotados testes estatísticos apropriados para a comparação inter e intra-grupo antes e após o treinamento, com $p \leq 0,05$. **Resultados:** após as coletas de dados foi observado que o Yoga pode contribuir para a melhora do equilíbrio e medo de quedas além de também surtir efeitos subjetivos positivos relacionados à qualidade de vida. **Conclusão:** a prática do Yoga impacta em relação ao equilíbrio e redução do medo de quedas

Descritores: Yoga; Queda; Idosos Caidores.

ABSTRACT

Introduction: The increase of the elderly population increases the number of falls and their consequences. From this, there are studies demonstrating that Yoga, because it is a millenarian technique that aims to provide its followers with physical, mental and spiritual balance, can also interfere in the postural balance. **Objective:** compare the results of yoga practice training in elderly balance; as well as comparing the results of yoga training on mobility and no fear of falling in older people with a history of falls. **Method:** Twenty elderly were evaluated and the training was done during a period of 4 months. Mobility was assessed by the Time and Up and Go (TUG) test. The fear of falling was assessed by the FES-I. Appropriate statistical tests were used for inter- and intra-group comparison before and after training, with $p \leq 0.05$. **Results:** After data collection, it was observed that Yoga can contribute to the improvement of the balance and fear of falls, besides also having subjective positive effects related to quality of life. **Conclusion:** yoga practice impacts balance and reducing fear of falls

Descriptors: Yoga; Fall; Elderly Fallers.

REVISA

1. Universidade Estadual Paulista
Júlio de Mesquita Filho. Itatiba, São
Paulo, Brasil.

2 - Universidade de São Paulo,
Escola de Enfermagem. São Paulo,
São Paulo, Brasil.

3 Universidade de São Paulo,
Escola de Enfermagem,
Departamento de Enfermagem
Materno Infantil e Psiquiátrica. São
Paulo, São Paulo, Brasil.

Recebido: 10/07/2019
Aprovado: 10/09/2019

ORIGINAL

Introdução

Com o aumento da longevidade em todo o mundo, aumentou o interesse sobre o estudo do envelhecimento por diversos grupos de pesquisadores. Observa-se que vem ocorrendo um aumento do envelhecimento da população, além de diminuição da mortalidade e redução da natalidade. Segundo esses dados, pessoas idosas (com 60 anos ou mais) tiveram um aumento de 9,2 por cento em 1990 para 11,7 por cento em 2013 e a projeção é de aumentar mais, podendo chegar a atingir o valor de 21,1 por cento em 2050.¹

O aumento da população idosa e da expectativa de vida são fatores que mostram o avanço da área da saúde em todo o mundo, porém, em contrapartida, a realidade para suportar e dar assistência a esses idosos não acompanha o mesmo ritmo. Assim, diversos estudos na área sobre a criação de políticas para este ramo vem sendo realizados visando promover os requisitos para atender esta parcela da população que necessita de cuidados específicos.

Um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil é o envelhecimento populacional, devido ao grande problema de desigualdade social, sendo que os serviços de saúde não suprem às demandas dos idosos.²

Devemos mencionar os problemas vivenciados por idosos em relação à mobilidade e sofrimento vivenciando também por não receberem apoio social para lidarem com o próprio processo de envelhecimento. Esse estudo observa que doenças físicas e psíquicas podem ser ocasionadas por fatores como o abandono familiar, morte do companheiro (a), além de dificuldades financeiras, e não podemos deixar de ressaltar os problemas decorrentes às quedas, assim toda essa conjuntura de situações, afetando a vida dos idosos, pode desencadear um problema de saúde pública, já que pode deixar o indivíduo com idade avançada dependente de cuidados especiais.³⁻⁵³

Estas informações nos estimulam a pensar a respeito do crescimento populacional, a expectativa de vida, os serviços de saúde e o custo para a administração pública.

Um dado complementar para o estudo é que o envelhecimento humano consiste num processo natural, envolvendo redução das funções do corpo, além de alterações psicológicas, sendo um processo variável e progressivo podendo desencadear problemas de saúde e isso pode ser acentuado com a inatividade física, ansiedade e depressão, menor motivação, menor auto-estima, perda de um estilo de vida independente, fragilidade musculoesquelética e descondicionamento, isto é, uma diminuição da capacidade funcional.²⁶

Na população idosa, as quedas e suas consequências constituem uma questão de saúde pública, que tem se mostrado crescente. Segundo a literatura, as quedas são definidas como “o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil”, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade. Informação que se complementa com a o estudo que salienta que as quedas, por serem o tipo mais comum de acidentes entre os idosos, devem ser tratadas como importantes fatores econômicos, sociais e epidemiológicos.
38,8,44

Essa pesquisa também observa que as quedas podem ser consideradas multifatoriais, já que diversas situações podem contribuir para as mesmas. Tanto fatores internos como o próprio envelhecimento e também as suas

consequências como redução do equilíbrio físico e formação de doenças e medicação que pode afetar o equilíbrio, isolamento social, dependência das atividades funcionais básicas, depressão, além de fatores externos como quedas decorrentes de superfícies molhadas ou escorregadias, desníveis no chão, objetos e tapetes soltos, problemas com degraus em escadas.⁴⁴

Os benefícios da atividade física no processo de envelhecimento tem sido descritos sobretudo no tocante ao enfrentamento da dificuldade na marcha, problemas posturais e de equilíbrio. Destaca-se questões informativas associadas a trabalhos de fortalecimento muscular e treinamentos que contribuem para o equilíbrio corporal.²⁰

Nesse sentido, devemos também mencionar a pesquisa que corrobora a influência da prática regular de atividade física geral na autonomia e capacidade funcional no processo de envelhecimento.³⁴

Devemos salientar o estudo envolvendo uma proposta de atividade física visando a redução de quedas em idosos o qual utilizou exercícios orientados, mas sem uma definição de protocolo, promovendo uma variedade na intensidade e tempo para cada um. Foi utilizado também, para todos os grupos, alongamentos globais, fortalecimento com e sem resistência, treinamento de equilíbrio e coordenação motora.³⁸

Além disso, esse estudo, salientou o ganho de força, flexibilidade, resistência e coordenação motora através da prática de atividade física além de contribuir para a manutenção da qualidade de vida e independência.³⁸

Os dados citados anteriormente contribuem para o desenvolvimento do estudo e devemos retratar que paralelamente às práticas físicas comuns utilizadas para grupos diversificados, inclusive idosos, existem as atividades integrativas, como exemplo Tai Chi Chuan, Lian Gong, homeopatia, acupuntura, fitoterapia, plantas medicinais, práticas corporais e meditativas como o Yoga demonstrando, assim, que existem diversos tipos de tratamentos que podem ser utilizados para a melhora do equilíbrio postural, tanto através da medicina alopática, quanto da medicina holística.

Em relação à medicina holística, iremos nos ater ao yoga, técnica que consiste num sistema filosófico milenar e seu objetivo principal é promover o equilíbrio entre mente e corpo através de ásanas (exercícios físicos), pranayamas (exercícios respiratórios), bandhas (contrações), mudras (gestos), trataka (concentração do olhar) e meditação, tendo como objetivo proporcionar equilíbrio físico, mental e espiritual.¹¹

Sobre o Yoga, existe uma grande quantidade de estudos, um deles observou a promoção da saúde com a prática milenar, salientando a observação dos sintomas e o estado de bem-estar com a prática do hatha yoga, envolvendo técnicas e exercícios físicos e respiratórios, juntamente com conteúdo filosófico e ético para um grupo constituído de alunos, funcionários e docentes de uma universidade pública do Estado de São Paulo. Além desse, tem também a pesquisa que retrata os efeitos positivos da prática do Yoga em mulheres mastectomizadas como redução de stress e diminuição no estado de ansiedade, além de uma melhora geral na qualidade de vida acompanhados de uma redução da frequência cardíaca e respiratória. Destaca-se também o estudo que observou a prática do yoga e salientando a conexão entre corpo e mente e seus efeitos na redução de stress estimulando o praticante além de realizar esforço físico com os ásanas e exercícios respiratórios, promove um desafio maior ao

estimular o mesmo a ter uma consciência maior em relação ao corpo, à mente e a respiração e assim ter mais consciência sobre os próprios pensamentos e atitudes.^{4,6,37}

O yoga consiste numa técnica que utiliza o próprio corpo como um processo de autoconhecimento, procurando realizar de forma conjunta um movimento corporal (ásana) e refletindo sobre o mesmo, em relação ao que está sendo trabalhado, tanto física, quanto emocionalmente.

Assim, para complementar, podemos citar o fato de que o yoga também pode estimular o praticante a observar sua respectiva postura física e psíquica diante da vida, juntamente com os ensinamentos intrínsecos na prática, tornando-se um ser humano melhor.

Sobre essa técnica milenar, observa-se em referências bibliográficas, diversos estudos que nos chamam a atenção, dentre eles o estudo em que observou a prática do yoga em relação ao stress e ansiedade em mulheres mastectomizadas, e concluiu que a técnica milenar promoveu uma redução do stress.⁶

Um outro estudo pertinente é o que observa a influência do yoga na reabilitação cardíaca em pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica (ICC) e foi observado que o Yoga promove um impacto positivo sobre a capacidade de exercício físico e qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com ICC podendo ser incluído em programas de reabilitação cardíaca, mas ainda exige estudos mais aprofundados sobre o tema.²⁴

Um dado importante é o estudo que conclui que o yoga é uma prática de mente-corpo que exerce um importante efeito terapêutico na maioria dos praticantes e também promove a saúde para a maioria deles, expandindo sua capacidade de auto-percepção e autocuidado, porém cada praticante usufrui de um benefício positivo diverso.⁴

Um outro estudo pertinente observou a questão dos efeitos respiratórios do yoga em relação aos sedentários e pode contribuir para a capacidade respiratória em geral, comparado com o grupo de sedentários.⁴⁹

Assim, de modo geral a prática do yoga, através da observação da literatura, salienta-se que vem surtindo efeitos positivos, como redução de em mulheres mastectomizadas. Temos também a pesquisa a qual salientou a influência da prática milenar em relação à doença cardíaca crônica. Destacamos também o estudo que observou que a prática do yoga contribui para a promoção da saúde em geral e há também a pesquisa em que foi observado que os praticantes de yoga possuem uma capacidade pulmonar melhor em relação aos indivíduos sedentários.^{6,24,4,49}

Devemos mencionar o problema da osteoporose como causadora de fraturas, além de prejudicar a qualidade de vida dos idosos. Esse estudo também relatou que os exercícios físicos do yoga podem prevenir a perda óssea de modo rápido, além de promover uma maior força muscular e aumento da mobilidade e flexibilidade, diminuindo assim o risco de quedas e fraturas. Além de promover uma redução da dor, melhora das funções físicas e sociais, proporcionando uma melhora geral na saúde e equilíbrio.¹⁵

Existem diversos tipos de tratamentos que podem ser utilizados para a melhora do equilíbrio postural, tanto através da medicina alopática, quanto da medicina holística. Em relação à medicina holística podemos citar o yoga que consiste num sistema filosófico milenar e seu objetivo principal é promover o

equilíbrio entre mente e corpo através de ásanas (exercícios físicos), pranayamas (exercícios respiratórios), bandhas (contrações), mudras (gestos), trataka (concentração do olhar) e meditação, tendo como objetivo proporcionar equilíbrio físico, mental e espiritual.²⁹

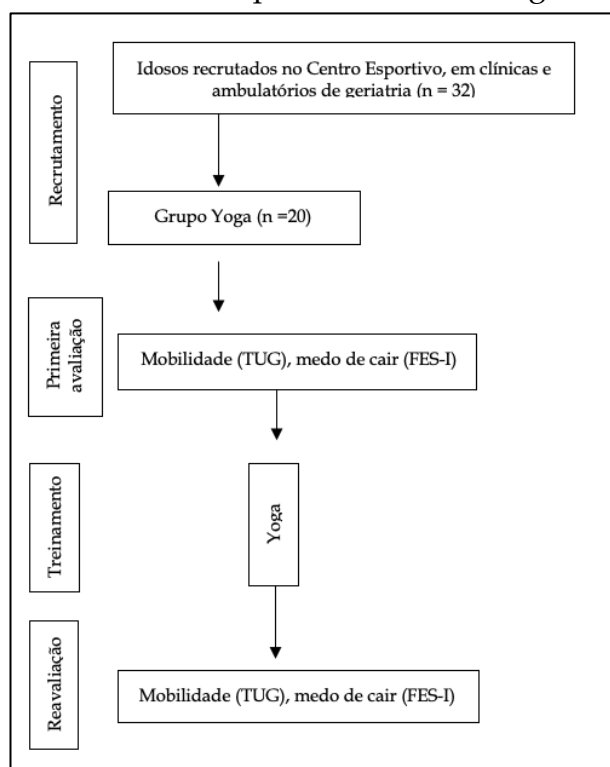
O yoga consiste numa técnica que utiliza o próprio corpo como um processo de autoconhecimento, procurando realizar de forma conjunta um movimento corporal (ásana) e refletindo sobre o mesmo, em relação ao que está sendo trabalhado, tanto física, quanto emocionalmente.

Assim, para complementar, podemos citar o fato de que o yoga também pode estimular o praticante a observar sua respectiva postura física e psíquica diante da vida, juntamente com os ensinamentos intrínsecos na prática, tornando-se um ser humano melhor.

Um estudo complementar menciona o problema da osteoporose como causadora de fraturas, além de prejudicar a qualidade de vida dos idosos. O mesmo também relatou que os exercícios físicos do yoga podem prevenir a perda óssea de modo rápido, além de promover uma maior força muscular e aumento da mobilidade e flexibilidade, diminuindo assim o risco de quedas e fraturas. E destacou que o yoga promoveu uma redução da dor, melhora das funções físicas e sociais, proporcionando uma melhora geral na saúde e equilíbrio. Assim, mostrou que o yoga pode ser uma intervenção promissora na melhora do medo de cair, do equilíbrio e da flexibilidade, reduzindo o risco de cair em idosos.⁴⁹ Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi comparar os resultados do treinamento da prática do Yoga no equilíbrio de idosos caidores; bem como comparar os resultados do treinamento com yoga na mobilidade e no medo de cair de idosos com histórico de quedas.

Método

O delineamento do estudo pode ser visto na Figura 3.



Foram avaliados 20 idosos, na cidade de Itatiba – SP, no centro Esportivo cedido pela Prefeitura Municipal da cidade. Foi considerado caidor o idoso que sofreu uma ou mais quedas em pelo menos um ano antes do início da coleta de dados. O treinamento foi feito durante um período de 4 meses.

Foi utilizado o teste “Timed Up and Go”(TUG) para avaliação da mobilidade. O TUG consiste num meio de medir a habilidade motora de pacientes, mensurada em segundos. Para tal utiliza-se duas cadeiras iguais distanciadas de 3 metros uma da outra e os indivíduos estudados levantam de uma cadeira, sem ajuda dos braços, andam 3 metros, fazem a volta e retornam à posição inicial. As instruções são dadas ao voluntário através de comando verbal e o teste é realizado duas vezes, sendo a contagem do tempo apenas na segunda execução.⁴²

O medo de cair foi avaliado através da escala de eficácia de quedas FES-I (Falls Efficacy Scale – International), que avalia o medo de quedas ao realizar 16 atividades com escores variando de 16 a 64, onde o valor mínimo corresponde à ausência de preocupação e o máximo à preocupação extrema.⁹

Como critérios de inclusão, destacam-se: ter no momento da avaliação, idade ≥ 60 anos; residir na comunidade de Itatiba – SP; e capacidade para compreender e executar as atividades propostas pelo pesquisador. Todos os participantes preencheram uma Ficha de Saúde observando itens como idade, sexo, local da queda, e medicamentos em uso. As aulas de yoga desse estudo foram realizadas uma vez por semana com duração de 1 hora cada aula, por um profissional da área e foram utilizados contrações musculares, alongamentos, exercícios respiratórios variados.

Deve-se salientar que as aulas de Yoga foram ministradas durante 4 meses, sendo que cada aula o profissional procurava sempre realizar exercícios respiratórios, para depois começar a introduzir movimentos das articulações, visando aquecer o corpo e trabalhando coordenação motora juntamente com a respiração, em seguida introduzia os ásanas (posturas) respeitando os limites de cada um até realizar o relaxamento, exercícios respiratórios novamente e meditação, sendo que cada sequência das aulas foram totalmente diferente uma das outras de modo a trabalhar todos os grupos musculares dos idosos.

Os dados foram apresentados como média $\pm$ DP. Foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk para verificação da normalidade dos dados. As comparações intra-grupo foram feitas pelo teste *t* pareado para verificação as alterações das variáveis avaliadas. O teste *t* não-pareado foi aplicado para comparação dos dados inter-grupos. Foi adotado um valor de $p \leq 0,05$ como significativo.

O presente estudo foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Filosofia e Ciências (FFC) da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), Campus de Marília-SP, com parecer de nº 0842/ 2013. Os participantes foram informados previamente acerca de todos os procedimentos a serem realizados, e após assentirem ao que lhes foi proposto, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A tabela 1 mostra as características dos participantes em relação à idade e quedas.

Tabela 1: Características da amostra

	Grupo Yoga
N	20
Média de idade (anos) $\pm$ DP	65,6 $\pm$ 4,9

A Figura 1 mostra a avaliação do medo de cair antes da prática do Yoga

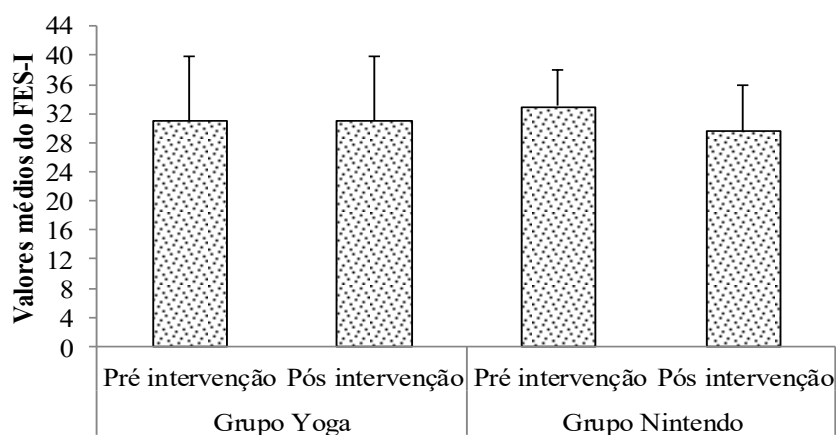


Figura 1: Valores médios do FES-I pré e pós-intervenção para o grupo Yoga (n = 20; p = 0,99)

A Figura 2 mostra a prática do Yoga para a mobilidade, retratando uma melhora, porém sem significância estatística.

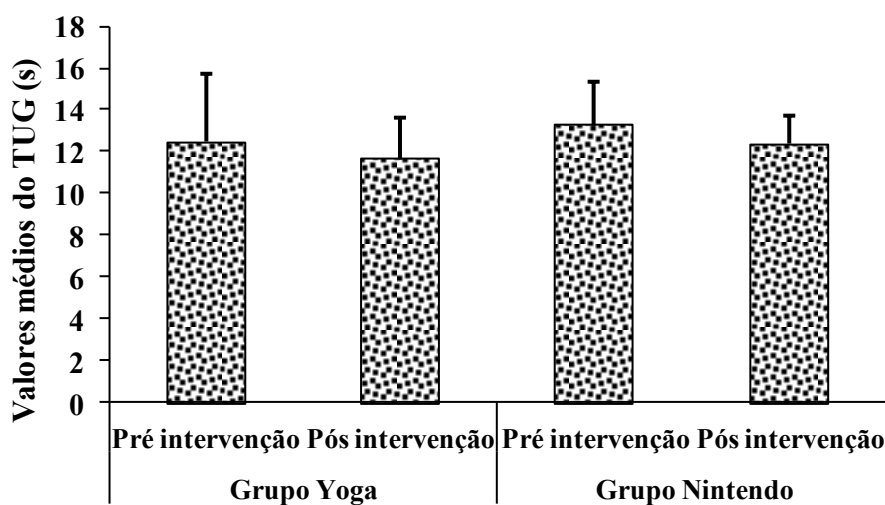


Figura 2: Valores médios do TUG (segundos) pré e pós-intervenção para o grupo Yoga (n = 20; p = 0,12)

Discussão

Na população idosa a prevalência de quedas é alta, ocasionando conseqüências como invalidez, fraturas, morte, diminuição da capacidade funcional, medo de cair e dependência. A incidência de quedas é de 28% a 35% em idosos com mais de 65 anos de idade, de 35% naqueles com mais de 70 anos e de 32% a 42% acima de 75 anos gerando um custo anual em torno de 1% de todas as despesas com saúde em países ocidentais.²⁶

A partir disso, para contribuir para uma melhor assistência aos idosos, buscamos elaborar este estudo que teve como objetivo analisar a técnica do Yoga na mobilidade e medo de cair de 20 idosos com histórico de quedas. Queremos ressaltar que foi utilizado na prática do Yoga exercícios aleatórios em cada aula, respeitando o limite de cada um, uma vez por semana para focar no equilíbrio.

Os resultados mostraram que tanto para o TUG, quanto para o FES-I, a prática do Yoga pode surtir um efeito positivo gradativo na redução do medo de quedas e melhora da mobilidade.

Deve-se salientar que o TUG é eficaz para avaliar o risco de quedas, pois quanto maior o tempo que o idoso leva para realizar o teste que é levantar sem apoio de uma cadeira, caminhar 3 metros, girar 180 graus e voltar para a cadeira inicial, maior é o risco de quedas. Assim, quanto menor o tempo de realização das tarefas, melhor a mobilidade.⁴⁵

Um estudo observou o efeito do Yoga em idosos e notou que esta técnica milenar possui um grande potencial que pode contribuir para a redução do medo de quedas e promover melhora do equilíbrio, além de melhora de problemas músculo-esqueléticos, como dores nas costas, osteoartrite e dores nos joelhos em mulheres idosas. Uma das formas como o Yoga trabalha o equilíbrio postural é que a técnica atua na flexibilidade e na força. A prática regular do Yoga aumenta a extensão do quadril e o comprimento do passo e diminui a inclinação anterior da pelve variáveis importantes no equilíbrio postural. O Yoga poderia ser aplicado em grupo na área da saúde pública, aumentando a quantidade de pessoas participantes. Apesar disso, mais estudos sobre o tema precisam ainda ser realizados para poder utilizar o Yoga como um instrumento para promover o equilíbrio e redução do medo de quedas.⁴⁹

Não podemos deixar de ressaltar os dados subjetivos relatados pelos idosos na técnica utilizada, pois mesmo sem significância estatística, eles relataram que houve melhoras subjetivas, como melhora no sono, redução da depressão, melhora na coordenação motora e maior disposição na realização das atividades. Estas informações nos fazem pensar nos fatores intrínsecos na técnica, além de estimular uma maior pesquisa sobre o tema, com grupos maiores e por mais tempo.

Conclusão

Os resultados mostraram que a prática do Yoga impacta em relação ao equilíbrio e redução do medo de quedas, porém deve-se ressaltar que, no âmbito subjetivo, a técnica utilizada surtiu um efeito positivo no medo de cair e na mobilidade de idosos caídores.

Referências

1. Alfieri FM, Silva NOV, Kutz NA, Salgueiro MMHAO. Relações entre equilíbrio, força muscular, mobilidade funcional medo de cair e estado nutricional de idosos da comunidade. Revista Kairós – Gerontologia. V. 19. Nº 02. 2016.
2. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. Revista Kairós – Gerontologia.V. 18. Nº 01. 2015.
3. Barros GWP, Silva LRG, Santos WR, Filho HT, Santos WR. Impacto do tratamento com realidade virtual no risco de quedas em idosos. Revista da Universidade Vale do Rio Verde. V. 14, nº1. 2016.
4. [Barros NF](#), Siegel P, Moura SM, Cavalari TA, Silva LG, Furlanetti MR, Goncalves AV, et al. Yoga e promoção da saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2014, vol.19, n.4, pp.1305-1314. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01732013>> Acesso em: 20 de janeiro de 2015.
5. Belloni L. Mudança demográfica: A partir de 2045, mais brasileiros morrerão do que nascerão, diz IBGE. Publicado em Abril de 2015. Disponível em: <http://www.brasilpost.com.br/2015/04/15/mudanca-demografica-ibge_n_7070134.html> Acesso em: 06 de junho de 2015.
6. [Bernardi M LD](#), Zandonade E, Amorim MHC. Efeitos da intervenção Hatha-Yoga nos sinais vitais de mulheres mastectomizadas. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 17(4): 27-37, out-dez, 2015.
7. Boyd R, Stevens JA. Falls and fear of falling: Burden, beliefs and behaviours. Age Ageing;38:423-428. 2009.
8. Buksman S, Vilela ALS, Pereira SRM, Lino VS, Santos VH. Quedas em idosos: prevenção. Projeto diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia [on line] 2008 Disponível em URL: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf> Acesso em 25 de abril de 2013. p.10.
9. Camargos FFO, Dias RC, Dias JMD, Freire TF. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale – International em Idosos brasileiros (FES-I-BRASIL). Rev. Bras. Fisioterapia, São Carlos, v.14, nº3, p. 237-43, maio/jun, 2010.
10. Carvalho EM, Delani TCO, Ferreira AA. Atenção á saúde do idoso no Brasil relacionada ao trauma. Revista Uningá. V. 20. Nº 03. 2014.
11. Cheema, B S, Marshall PW, Chang D, Colagiuri B, Machliss B. Effect of an office worksite-based yoga program on heart rate variability: randomized controlled trial. BMC Public Health 20 de Julho de 2011-578. School of Biomedical and Health Sciences, University of Western Sydney, Campbelltown, Australia. B.Cheema@uws.edu.au
12. Cho KH, Lee KJ, Song CH. Virtual-reality balance training with a video-game system improves dynamic balance in chronic stroke patients. Tohoku J. Exp. Med., v.228, p.69-74, 2012.
13. Clark RA, Bryant AL, Pua Y, McCrory P, Bennell K, Hunt M. Validity and reality of the Nintendo Wii Balance Board for assessment of standing balance. Gait & Posture, v. 31, p.307-310, 2010.
14. Coelho CM, Lessa TT, Coelho LAMC, Scari RS, Júnior JMN, Carvalho RM. Função ventilatória em mulheres praticantes de Hatha Ioga. DOI: 10.5007/1980-0037. 2011 v.13 nº4 p.279.
15. Couto FBE, Perracini MR. Análise multifatorial do perfil de idosos ativos com história de quedas. Ver. Bras. Geriatria Gerontologia, v. 15, nº4, 693-706, 2012.

16. Dalvino JC, Passos MP, Trevisan JA. Os benefícios da atividade física para a qualidade dos idosos e a interação social. Simpósio de TCC – Simpósio de Trabalhos de Conclusão de Curso. Seminário de IC – Seminário de Iniciação Científica. 1º. 2016.
17. Farias CM. O estilo de vida de praticantes e estudiosos de yoga. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. PUC – SP. São Paulo. 2011.
18. Fasano A, Plotnik M. Neurologic aspects and falls. Clin. Cases Miner Bone Metab. 2012 Jan-Apr.; 9(1): 17-20. Published online 2012 May 29.
19. Fidelis LT, Patrizzi LJ, Walsh IAP. Influência da prática de exercícios físicos sobre a flexibilidade, força muscular manual e mobilidade funcional em idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 16(1):109-116. 2013.
20. Finco MD, Fraga AB. Wii Fit: seduzindo usuários através de novas possibilidades interativas. In: VIII Brazilian Symposium on Games and Digital Entertainment. Rio de Janeiro, Available from: https://www.sbgames.org/papers/sbgames09/culture/full/cult35_09.pdf. Acesso em 30 de janeiro de 2015.
21. Figueiredo M, Paz T, Junqueira E. Gamificação e educação: um estado da arte das pesquisas realizadas no Brasil. Anais dos Workshops do CBIE 2015.
22. Franceschi JGS, Borges VMS, Souza MCC, Cunha RM. Análise da Influência de 15 Minutos de Treinamento Funcional sobre a Marcha e Equilíbrio Dinâmico em Idosas Praticantes de e Yoga e Tai Chi Chuan. Movimenta, Vol. 5, No 2 (2012).
23. Gasparotto LPR, Falsarella GR, Coimbra AMV. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 17, núm. 1, enero-marzo, pp. 201-209 Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil. 2014.
24. [Gomes-Neto M](#), Junior ESR, Junior WMS, Carvalho VO. Effects of Yoga in Patients with Chronic Heart Failure: A Meta-Analysis. Arq. Bras. Cardiol. [online]. vol.103, n.5, pp.433-439. Epub 10-Out-2014. ISSN 0066-782X. 2014.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20140149>. Acesso em 20 de janeiro de 2015.
25. Gomez JAG, Lloréns R, Alcaniz M, Colomer C. Effectiveness of a Wii balance board-based system (eBaViR) for balance rehabilitation: a pilot randomized clinical Trial in patients with acquired brain injury. Journal of Neuro Engineering and Rehabilitation, v.8, n.1, p.30, 2011. Available from: <https://jneuroengrehab.biomedcentral.com/articles/10.1186/1743-0003-8-30> Acesso em 20 de janeiro de 2014.
26. Heinrich S, Rapp K, Rissmann U, Becker C, Koniq HH. Cost of falls in old age: a systematic review. Osteoporos. Int, v.21, p.891– 902, 2010.
27. Horta HHL, Faria NA, Fernandes PA. Quedas em idosos: assistência de enfermagem na prevenção. Connection Line, 2016 – Disponível em: periodicos.univag.com.br Acesso 11 de abril de 2018.
28. Itakussu EY, Valenciano PJ, Trelha CS, Marchiori LLM. Benefícios do treinamento de exercícios com o Nintendo Wii na população de idosos saudáveis: revisão de literatura. Rev. CEFAC. Maio-Jun; 17(3):936-944. 2015.
29. Iyengar BKS. A Luz do Yoga. Edição concisa do clássico Light on Yoga. Tradução: Norberto de Paula Lima. São Paulo. Editora Cultrix 1980.
30. Jorgensen MG, Laessae U, Hendriksen C, Nielsen OB, Aagaard P. Efficacy of Nintendo Wii Training on Mechanical Leg Muscle Function and Postural Balance in Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Controlled Trial. J Gerontol A Biol Sci Medline: October 31, 2012. Available from: <https://doi.org/10.1093/gerona/gls222> Acesso em 30 outubro de 2013.

31. Karuka AH. Determinação das alterações biomecânicas de idosos caídores e não caídores submetidos a protocolo incremental de fadiga. FAPESP. Dissertação de Mestrado. 2012.
32. Kauts A, Sharma N. Effect of yoga on academic performance in relation to stress year: 2009. Volume: 2. Issue:1 Page: 39-43.
33. Kirkwood RN, Araújo PA, Dias CS. Biomecânica da marcha em idosos caídores e não caídores: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento* 14 (4): 103-110. 2006.
34. Mendes MRSSB, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. 2005. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(4): 422-6.
35. Menegatti ACB. Avaliação biomecânica dos ajustes posturais em idosos caídores. Dissertação de Mestrado. São Paulo. 2011.
36. Meneghini V, Barbosa AR, Mello ALSF, Bonetti A, Guimarães AV. Percepção de adultos mais velhos quanto à participação em programa de exercício físico com exergames: estudo qualitativo. *Ciência e saúde coletiva.* 21 (4) Abril 2016.
37. Moreira RM, Teixeira RM, Novaes KO. Contribuições da atividade física na promoção da saúde, autonomia e independência de idosos. *Kairós Gerontologia.* V.17. Nº1. 2014.
38. Morsch P, Myshiw M, Myshiw JC. A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos. *Ciência e Saúde Coletiva* 21 (11). Nov. 2016.
39. Mussato R, Brandalize D, Brandalize M. Nintendo Wii e seu efeito no equilíbrio e capacidade funcional de idosos saudáveis. *R. Brás. Ci. e Mov., v.20, nº2, p.68-75, 2012.*
40. Oliveira MCS, Winiawer FB. Gestão de corpo e mente com yoga: um enfoque para saúde, bem-estar e qualidade de vida. *Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas.* V.16. nº3. 2015.
41. Pereira LM, Gomes JC, Bezerra IL, Oliveira LS, Santos MC. Impactos do treinamento funcional no equilíbrio e funcionalidade de idosos não institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento.* V.25. nº1. 2017.
42. Podsiadlo D, Richardson S. The Timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society,* v. 39, p. 142-148, 1991.
43. Romano RG. Utilização do Nintendo Wii Fit Balance Board como instrumento de avaliação do equilíbrio estático. Universidade Presbiteriana Mackenzie. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS. Dissertação de Mestrado em Distúrbios do Movimento. Faculdade de Filosofia, Letras, Educação e Psicologia. São Paulo 2012.
44. Sherrinton C, Whitney Julie C, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JCT. Effective Exercise for the Prevention of Falls: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society.* Article first published online: 31 OCT 2008. Copyright the Authors. Journal compilation, The American Geriatrics Society. 2008.
45. Schoene D, Lord SR, Delbaere K, Severino C, Davies TA, Smith ST. A randomized Controlled Pilot Study of Home-Based Step Training in Older People Using Videogame Technology. March 5, 2013. Available from: < <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057734>> Acesso em 7 de setembro de 2013.
46. Silva EC, Duarte NB, Arantes PMM. Estudo da relação entre o nível de atividade física e o risco de quedas em idosas. *Fisioterapia. Pesquisa* vol.18 nº1 São Paulo Jan./Mar. 2011.
47. Silva JR, Camargo RCT, Nunes MM, Camargo TT, Faria CRS, Abreu LC. et al. Análise da alteração do equilíbrio, da marcha e o risco de queda em idosos participantes de um programa de fisioterapia. *Colloq Vitae* 2014 set-dez; 6(3):11-18. DOI: 10.5747/cv.2014.v06.n3.v106.
48. Sposito LAC, Portela ER, Bueno EFP, Carvalho WRG, Silva FF, Souza RA. Experiência de treinamento com Nintendo Wii sobre a funcionalidade, equilíbrio e qualidade de vida de idosas. *Motriz, Rio Claro,* v.19 n.2, p.532-540, abr./jun. 2013.
49. Tuzun S, Aktas I, Akarirmak U, Sipahi S, Tuzun F. Yoga might be an alternative training for the quality of life and balance in postmenopausal osteoporosis. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine,* 46, 69-72. 2010

50. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division: World Population Prospects: The 2012 Revision. New York, 2013.
51. Vaghetti CAO, Botelho SSC. Ambientes virtuais de aprendizagem na educação física: uma revisão sobre a utilização de Exergames. Ciênc. cogn. vol.15 no.1 Rio de Janeiro abr. 2010.
52. Vedala SR, Mane AB. Pulmonary functions in yogic and sedentary population. IJOY . Volume :7. Issue :2. Page :155-159. Year :2014. Available from: <<http://www.ijoy.org.in/article.asp?issn=0973-6131;year=2014;volume=7;issue=2;epage=155;aulast=Vedala>> Acesso em 20 de janeiro de 2015.
53. Yamada M, Aoyama T, Nakamura M, Tanaka B, Nagai K, Tatematsu N, et al. The Reliability and Preliminary Validity of Game-Based Fall Risk Assessment in Community-Dwelling Older Adults. Geriatric Nursin, v.2, 2011. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.02.002>> Acesso em 20 de janeiro de 2015.
54. Zimmermann IMM, Leal MCC, Zimmermann RD, Marques APO, Gomes ECC. Fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos institucionalizados: Revisão Integrativa. Rev enferm UFPE on line., Recife, 9(12):1320-8, dez., 2015.

Autor correspondente:

Lucimar Soares Bueno.
Universidade Estadual Paulista
Av. 24 A, 1515. CEP: 13506-900. Jardim Vila Bela. Rio
Claro, São Paulo, Brasil.
lsoabueno@hotmail.com

Pré-natal masculino: desafios na prática de enfermagem na atenção básica à saúde

Male prenatal care: challenges in nursing practice in primary health care

Rosa Maria Santos de Medeiros¹, Sheila Passos Mota Coutinho², Ana Margarete Cordeiro da S. Maia³, Anderson Reis de Sousa⁴, Michelle Teixeira Oliveira⁵, Clivesson Rodrigues do Rosário⁶, Núbia Cristina Rocha Passos⁷

Como citar:

Medeiros RMS, Coutinho SPM, Maia AMCS, Sousa AR, Oliveira MT, Rosário CR, Passos NCR. Pré-natal masculino: desafios na prática de enfermagem na atenção básica à saúde. REVISA. 2019; 8(4):394-405. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p394a405>

REVISA

1. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.

2. Universidade Candido Mendes. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

3. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

4. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador Bahia, Brasil.

5. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

6. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador Bahia, Brasil.

7. Faculdade de Ciências e Empreendedorismo, Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil.

Recebido: 10/07/2019

Aprovado: 10/09/2019

RESUMO

Objetivo: descrever os desafios existentes na prática de Enfermagem quanto à implementação do pré-natal masculino. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, realizado com dez enfermeiras que atuam na Atenção Básica à Saúde, em Unidades de Saúde da Família, no município de Feira de Santana, Bahia, Brasil. Realizou-se entrevista individual, semiestruturada, analisadas pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Há desafios relacionados com as dimensões da formação acadêmica e profissional, tal como da captação e adesão masculina e no fazer técnico, atitudinal e assistencial direcionado à saúde de homens, e consequentemente a inserção masculina no pré-natal, que se encontra direcionada ao atendimento da lógica da produção das demandas, e focalizada na perspectiva cisheteronormativa. **Conclusão:** A presença dos desafios na implementação do pré-natal masculino, implica na ausência da produção do cuidado de Enfermagem direcionado a este contexto, com relação direta às construções de gênero, tal qual da organização do processo de formação acadêmica e da organização das práticas em saúde no sistema.

Descritores: Saúde do Homem; Assistência Pré-Natal; Enfermagem; Atenção Básica.

ABSTRACT

Objective: To describe the challenges in nursing practice regarding the implementation of male prenatal care. **Method:** Descriptive, qualitative study, conducted with ten nurses who work in Primary Health Care, in Family Health Units, in the municipality of Feira de Santana, Bahia, Brazil. An individual semi-structured interview was conducted, analyzed by the Collective Subject Discourse method. **Results:** There are challenges related to the dimensions of academic and vocational training, such as male uptake and adherence and technical, attitudinal and care delivery directed to men's health, and consequently male insertion in prenatal care, which is directed to meeting the logic of the production of demands, and focused on the cisheteronormative perspective. **Conclusion:** The presence of challenges in the implementation of male prenatal care implies the absence of nursing care production directed to this context, with direct relation to gender constructions, such as the organization of the academic formation process and the organization of practices. in health in the system.

Descriptors: Men's Health; Prenatal Care; Nursing; Primary care.

ORIGINAL

Introdução

Alinhados com a Atenção Básica, e em integração com a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), o pré-natal masculino, tem sido difundido pelo Ministério da Saúde, enquanto estratégia de ampliação da promoção do cuidado à saúde de homens.¹ Neste contexto, enfermeiras tem exercido importante, por atuarem de modo elementar na coordenação e produção do cuidado à saúde, em especial ao processo gravídico.

A Organização Mundial da Saúde enfatiza que o cuidado na atenção pré-natal e perinatal devem estar centrados na família e ser dirigidos não só às mulheres, mas do seu filho e aos homens.² Ações governamentais como a Lei nº 11.108, que garante o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi implantado no país.² Neste sentido, enfermeiras e enfermeiros devem estar atentas (os) quanto à participação do homem na assistência pré-natal, motivando a promoção do envolvimento no processo gestacional, no parto e no puerpério.³

A proposta da estratégia do pré-natal masculino surge integrando a PNAISH, tal como as outras políticas de saúde existente, no intuito de facilitar a efetivação da execução da assistência direcionada à população masculina, sendo uma oportunidade de incentivar o homem quanto à adoção de cuidados com a sua saúde.⁴

Mediante a implementação desta estratégia, contribuições expressivas apontadas no Brasil e em outros países do mundo, têm sido identificadas, a exemplo da satisfação de puérperas, enquanto utilidade de apoio durante o trabalho de parto.⁵ Favorecem o suporte emocional, potencializa a educação em saúde e as estratégias de prevenção de agravos, mediante ao acesso aos exames e a avaliação realizada por profissionais de saúde, juntamente com o controle de infecções, como o HIV, Hepatites Virais e Sífilis, o diagnóstico precoce de doenças crônicas, atenção odontológica e imunizações.⁶

Essas contribuições também se estendem à possibilidade da consolidação de uma linha de cuidado que tenha a porta de entre a Atenção Básica, como forma de integrar e contribuições com as ações programáticas formuladas pela PNAISH.^{4,7,8,9}

A partir do exposto, diante da necessidade de evidenciar o desenvolvimento da prática de Enfermagem, com vistas à promoção da paternidade cuidadora e responsável, este estudo buscou responder à questão de investigação: Como se configuram os deságios existentes na prática de Enfermagem na implementação do pré-natal masculino? A fim de responder a esta problemática, este artigo tem como objetivo descrever os desafios existentes na prática de Enfermagem quanto à implementação do pré-natal masculino.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, realizado com enfermeiras atuantes em Unidades de Saúde da Família (USF), na Atenção Básica, do município de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Participaram do estudo dez enfermeiras, que possuíam um ano na função ocupada, sendo submetidas à entrevista individual em profundidade sobre o objeto em questão, realizadas entre o período de abril a maio de 2015, garantindo-lhes a oportunidade de conhecer previamente o estudo, ter acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e realizar a anuência para posterior realização da investigação empírica.

As entrevistas foram realizadas nas instalações das USF, em ambiente reservado, em horário diferente do expediente do trabalho, mediante a conveniência e a disponibilidade das depoentes, sendo estas gravadas, e posteriormente transcritas na íntegra, sendo organizadas mediante ao auxílio do *Software NVIVO*.

Atendeu-se em todas as etapas de operacionalização da pesquisa, as recomendações éticas e bioéticas para realização de estudos envolvendo seres humanos. Para tanto, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nobre, sob o parecer de número: 996.841. Com forma de garantir o anonimado e confidencialidade das participantes, elegeu-se a utilização das letras DSC, que representam o Discurso do Sujeito Coletivo, método utilizado para análise dos dados.

Os dados foram analisados à luz do DSC¹⁰, que mediante as suas figuras metodológicas, representadas pelas Expressões Chaves, Ideias Centrais e Ancoragem, torna-se possível alcançar uma representação de uma coletividade, em dada inscrição e contexto social, sendo também respeitados os critérios recomendados pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*, para garantia do rigor na pesquisa qualitativa.

Resultados

A partir do discurso do subjetivo coletivo de enfermeiras sobre pré-natal masculino, evidenciou-se a existência de desafios para a sua implantação, no cotidiano das práticas profissionais, nos serviços de Atenção Básica à Saúde, especificamente os da Estratégia de Saúde da Família. Estes desafios, se encontram concentrados na formação, para inclusão de homens no pré-natal, tal como para a melhoria da adesão e captação masculina, no fazer técnico, atitudinal e assistencial das enfermeiras, expressadas nas Ideias Centrais, a seguir.

Ideia central 1a: Desafios na formação para inclusão de homens no pré-natal

O discurso coletivo de enfermeiras desvela obterem conhecimento prévio sobre o pré-natal masculino, que se encontra relacionado ao desenvolvimento de estratégias de inserção dos homens nas consultas de pré-natal, tal como do convencimento/sensibilização destes, com possibilidade da oferta de exames, orientações e de ajuda conferida às suas companheiras. Toda via, demonstra que tal implementação encontra-se no plano futuro, haja vista a presença de desafios encontrados, que estão estruturados no fato de tal estratégia não ter sido apropriada, ser uma abordagem recente e não ter sido obtida formação específica na área.

Para dizer a verdade, eu não tenho muito conhecimento nem formação sobre o pré-natal masculino. É algo novo na Atenção Básica, e tudo novo também para mim e por isso

ainda não tenho colocado em prática. O que sei é basicamente a inserção dos pais na consulta de pré-natal, junto com a mulher, como forma de que eles estejam cientes do que se trata a consulta de pré-natal e busque acompanhar o crescimento e desenvolvimento do feto. Seria uma forma de atrair mais os homens para realizarem exames, como os de laboratório, exames esses que as mulheres já realizam durante as consultas de pré-natal, como forma de evitar riscos para o bebê no período gestacional, além de participar dos eventos relacionados com o momento do pré-natal, na unidade de saúde, promovendo orientações, fortalecendo a imagem do homem junto à mulher, mostrando a importância deles, através de argumentos, afim de que as gestantes se sintam mais confiantes e se tornem mais assíduas nas consultas, por meio da ajuda dos parceiros e mostrando para eles o quanto se pode ajudar as mães a passarem por esta fase, já que a mulher enfrenta um turbilhão de hormônios, que as mudam bastante, tornando-as mais sensíveis, e necessitadas do apoio dos maridos. (DSC, de enfermeiras que atuam em Unidades de Saúde da Família).

Ideia central 1b: Desafios encontrados na adesão e captação masculina

Os desafios encontrados no que se refere a adesão e captação masculina ao pré-natal, foram desveladas no discurso de enfermeiras, como sendo fator limitador da prática, que se encontra perpassada pela relação dos homens só exercitarem o cuidado à saúde em situações de maior gravidade, e por serem eles na grande maioria, trabalhadores e provedores do lar, o que lhes tornam impossibilitados de acessarem os serviços de saúde.

Já é muito complicado o homem comparecer até a unidade, eles não participam, só vêm quando a coisa está feia, e nas consultas de pré-natal é muito difícil. A maioria dos homens são provedores do lar, e por conta disso, estão trabalhando durante o horário da consulta de pré-natal. Sei que esta questão está mudando um pouco, mas o trabalho influencia muito, pois à falta às atividades para vir até um serviço de saúde, torna-se a dificuldade maior para a não procura. Alguns homens querem atestado de comparecimento, mas algumas empresas não aceitam, e esse é um dos problemas que eu já enfrentei, o que dificulta muito. A adesão é muito ruim, os homens não frequentam o serviço de saúde e isso é algo que está muito presente, sendo necessário ser superado, pois ainda há muito distanciamento masculino. (DSC, de enfermeiras que atuam em Unidades de Saúde da Família).

Ideia central 1c: Desafios encontrados no fazer técnico, atitudinal e assistencial

O fazer técnico, atitudinal e assistencial desempenhado pelas enfermeiras no tocante a implementação do pré-natal masculino mostra-se desafiador, quando observado a inserção de homens nesse contexto, que está relacionado ao fato da demanda ser diminuída, das adesões serem baixa e da atenção ser direcionada quase que exclusivamente às mulheres, quando observada a produção do cuidado de Enfermagem.

Eles só aparecem quando é preciso fazer algum tratamento junto com as mulheres, mas são em situações bem extremas. A procura é muito pequena, cerca de dois por centro, do total que tenho na área. Se eu tiver uma média de 25 pré-natais, só aparecerem dois ou

três homens às consultas. Às vezes eu pergunto às gestantes sobre os companheiros e elas me dizem que eles não podem vir por conta do trabalho. Além disso, no meu trabalho, lido mais com as questões direcionadas ao próprio pré-natal, e não da saúde do pai em si. Atento mais para a sensibilidade da mulher naquele momento, que ela está vivendo e as dificuldades. O pré-natal é tão direcionado para a mulher que as vezes eu peco, e acabo esquecendo que tem um parceiro envolvido ali, e que ele contribuiu para aquela gestação, principalmente quando são marinheiros de primeira viagem. Nesse sentido, reconheço que não converso sobre este assunto e nunca tive esse olhar direcionado. Acabo mesmo não pensando sobre o assunto e sempre me preocupo mais com as questões das demandas das mulheres. E tem também o fato de que eu não tive acesso a nenhuma discussão, formação específica ou educação continuada, para realização do pré-natal masculino, por conta disso não tenho feito este acolhimento. (DSC, de enfermeiras que atuam em Unidades de Saúde da Família).

Para dizer a verdade, eu não tenho muito conhecimento nem formação sobre o pré-natal masculino. É algo novo na Atenção Básica, e tudo novo também para mim e por isso ainda não tenho colocado em prática. O que sei é basicamente a inserção dos pais na consulta de pré-natal, junto com a mulher, como forma de que eles estejam cientes do que se trata a consulta de pré-natal e busque acompanhar o crescimento e desenvolvimento do feto. Seria uma forma de atrair mais os homens para realizarem exames, como os de laboratório, exames esses que as mulheres já realizam durante as consultas de pré-natal, como forma de evitar riscos para o bebê no período gestacional, além de participar dos eventos relacionados com o momento do pré-natal, na unidade de saúde, promovendo orientações, fortalecendo a imagem do homem junto à mulher, mostrando a importância deles, através de argumentos, afim de que as gestantes se sintam mais confiantes e se tornem mais assíduas nas consultas, por meio da ajuda dos parceiros e mostrando para eles o quanto se pode ajudar as mães a passarem por esta fase, já que a mulher enfrenta um turbilhão de hormônios, que as mudam bastante, tornando-as mais sensíveis, e necessitadas do apoio dos maridos. (DSC, de enfermeiras que atuam em Unidades de Saúde da Família).

Discussão

A lógica de produzir cuidado para homens no campo da Enfermagem, tem sido atravessada por cenários de atrasos no avanço de conhecimento sobre a área. No campo da atenção ao pré-natal, o discurso das enfermeiras, evidenciou a carência na formação profissional e acadêmica, sobre o despertar da necessidade da inserção ativa e responsável dos homens quanto ao exercício da paternidade, quer sejam eles nas mais diversificadas configurações e construções indenitárias.

Nota-se fragilidades no âmbito da Atenção Básica, quanto a implementação do pré-natal masculino. O discurso sustenta a justificativa pela não operacionalização do pré-natal masculino em função de ser uma prática recente a ser adotada nos serviços. Entretanto, o Ministério da Saúde, parte do princípio de que é na assistência pré-natal o momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada casal. Enfatizando a importância do diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanham o pré-natal. Salienta-se também, que é importante que a gestação seja encarada como uma etapa que integra tanto o processo de viver da mulher

quanto o do homem, o que necessariamente contraria a ideia de que esta é uma prática recente.¹¹

Os marcos iniciais de atenção ao pré-natal, enfatizam aos profissionais de saúde o que vem sendo proposto desde setembro de 2010, durante o I Seminário Internacional de Saúde do Homem das Américas, que chama a atenção para implantação do pré-natal masculino, conferindo-lhe apenas um novo nome, em razão da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Atenção Básica à Saúde. Nessa lógica, o intuito do pré-natal masculino é fazer com que os profissionais de saúde aproveitem o momento em que o homem se encontra neste contexto, muitas vezes sensibilizado a desenvolver uma prática cuidadora, por estarem a caminho de se tornarem pais, para incentivá-lo não só a acompanhar as consultas durante os nove meses de gestação, como também a realizarem exames preventivos para fins de detecção diagnósticos e de todo acompanhamento integral à saúde, contribuindo com o fortalecimento de vínculos.⁴

Além disso, o conhecimento produzido sobre o pré-natal masculino expressado pelas enfermeiras no discurso coletivo, apresenta a demonstração da ideia de que homens devem ser inseridos nas consultas de pré-natal em conjunto com suas companheiras, como forma de auxiliá-las, prestar suporte emocional e contribuir com a realização de algumas atividades. Toda via, não são desvelados, portanto, uma perspectiva ampliada de pensar a lógica da oferta de cuidados a pessoas trans, a exemplo dos homens trans e pessoas transmasculinas, que poderão, se assim desejarem, gestar e realizar o pré-natal.

Ao pensar a essência do pré-natal masculino, deve buscar compreender conceitos importantes, que por sua vez, se encontram concentrados em pensar em dois aspectos, que se mostram intrínsecos nesse processo. Um deles se refere ao aspecto da saúde pública, quando se pensado na relação do pré-natal se constituir enquanto uma estratégia para diminuição de doenças infectocontagiosas congênicas, a promoção de conhecimento em saúde, relacionados aos cuidados de proteção, prevenção a transmissão de morbidades, investigações de incompatibilidades, como por exemplo na tipagem sanguínea e configuração genética, e o segundo, vinculado ao aspecto individual, que engloba as dinâmicas de relacionamento, configuração afetiva e arranjos desenhados para vivenciar o pré-natal e participação ativa junto com os (as) recém-nascidos (as).¹²

Mesmo compreendendo a necessidade dessa compreensão, se faz importante chamar a atenção para que, na dinâmica da saúde pública, os homens não sejam inseridos no pré-natal pelo viés exclusivo da possibilidade de que esses, sejam potenciais geradores de infecção, o que os tornariam alocados em um polo de tamanha estigmatização. Ainda em reflexão da lógica de pensar a essência do pré-natal masculino, a partir da do olhar da saúde pública, torna-se emergente a discussão acerca do atendimento às especificidades de homens trans, que tem acessado cada vez mais os serviços de saúde, com demandas que se relacionam com à saúde sexual e a reprodução, fazendo com que sejam pensadas estratégias de apoio ao cuidado, que deem conta de atender as necessidades (nome social, práticas de modificação corporal, horminização, dentre outras).¹³

Há também que se destacar o fato de que o discurso aponta para a noção de uma paternidade pouco presente, não assídua, que se encontra configura

pelo senso de ajuda, auxílio e não pautada no protagonismo pleno, ficando apenas para o campo imaginário das aspirações futuras. Não se observa também uma tomada de conduta das profissionais para que haja mudança de cenário, fazendo com que a promoção do cuidado paterno seja potencializada, e que estratégias de possibilitem essa ampliação sejam constituídas e se tornem frequentes no cotidiano das práticas nos serviços de saúde.

Afim de diminuir os impactos da construção social da masculinidade hegemônica, que implica no descuido masculino, por meio da área técnica de saúde do homem do Ministério da Saúde, foram criados novos eixos de atuação da PNAISH. Estruturam-se cinco eixos que estão agrupados em torno temáticas estratégias, a saber: Acesso e Acolhimento; Doenças Prevalentes na População Masculina; Saúde Sexual e Reprodutiva; Paternidade e Cuidado, Promoção da Saúde e Prevenção de Violências e Acidentes. A implementação desses eixos contribui expressivamente na implementação de ações integrais à saúde de homens, que não estejam limitadas à questão da próstata, por exemplo, destacando fortemente a paternidade presente e responsável.¹⁴

Ações internacionais estão envolvidos nesse cenário de pensar nas práticas de promoção do cuidado à saúde de homens, e tem destacado a necessidade da inclusão de pautas políticas sobre o assunto, assim como tem relevado a contribuição do cuidado pautado a partir do viés da paternidade, como forma de alcance de atendimento das necessidades e a diminuição de agravos e prejuízos à saúde, que impactam satisfatoriamente no alcance do bem-estar e da longevidade.^{15,16}

É possível perceber que o pensamento construído em torno da ideia de que o casal gesta, que homens também gestam, quer ser fisiologicamente, quer seja psicológico, social e politicamente, não está presente da compreensão das profissionais. O que se identifica é uma atenção direcionada às manifestações clínicas, e/ou psicoemocionais das mulheres, neste caso as mulheres cis (que apresentam corpos vaginados, e/ou não apresentam inconformidades com seus corpos e gênero, inclusive designados ao nascimento), e não também às manifestações que podem fazer parte das vivências e do cotidiano dos homens, neste caso, cis, que poderão estar vivenciando a gestação. Sendo assim, avançar nesse sentido, promoverá o alcance de um cuidado integral, inclusivo, mais diversos, que corresponderá de modo ampliado cada necessidade demandada, como no caso dos homens trans, que em contexto de utilização de hormônios (testosterona) como meio para a passabilidade trans, poderão e necessitarão receber assistência adequado, quando houver o contexto da gestação.¹⁷

Os desafios encontrados na prática profissional de Enfermagem no contexto da Atenção Básica, para a implementação do pré-natal masculino, também se dão a partir do fortalecimento de estereótipos e pensamentos imagéticos que cristalizam a ideia de que homens não cuidam da sua saúde, e de que este se cuidado se dá a partir da lógica da ida aos serviços e da adesão às terapêuticas instituídas. Neste caso, quando essa ocorrência acontece, perde-se de vista a compreensão da necessidade de continuar o trabalho de promoção da saúde masculina, inclusive no contexto da gestação, quer seja ela pautada na cisgeneridade, assim como na transgeneridade, como é no caso dos homens trans, que possuem muitas vezes, as suas demandas de saúde esquecidas, invisibilizadas e até mesmo não atendidas.

O que se observa é o fato do discurso potencializar o fato de que os

homens não comparecem às unidades, assim como não acessam as consultas de pré-natal, nem tão pouco acompanham suas companheiras. No entanto, se faz necessário refletir e problematizar que há uma normatização de gênero que tem afastado os homens dos lugares e papéis de promoção do cuidado. Neste sentido, é essencial reconhecer que as construções sociais sobre o que compete ao homem no cenário social, bem como das relações a serem estruturadas enquanto ser pai, ainda muito centradas da imagem de um homem que apenas colabora na promoção da saúde de sua companheira, quando a mesma estiver grávida, e do bebê, tal como da provisão familiar e da conformação familiar tradicional (cisheterocentrada), interferências serão sim, geradas às ações de cuidado à saúde.¹⁸

O surgimento de desencontros entre a saúde de homens em posição à promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na Atenção Básica à Saúde, em razão de questões de gênero, que ainda se mostram impeditivas para que a inserção masculina ocorra, tem estado fincada desde a organização do próprio sistema de saúde. Além disso, fatores como observa-se que as ações em saúde têm sido organizadas de maneira estanque, fragmentada e isolada do contexto social do masculino, não contemplando de modo integral a promoção de vínculos que os aproximem da produção do cuidado a partir da dimensão do sistema de saúde na Atenção Primária.¹⁹

Sob esta perspectiva de pensar a promoção do cuidado masculino, por meio da paternidade, e mediante a luz das questões relacionais de gênero, obstáculos historicamente construídos poderão ser reposicionados. Destacam-se a sensibilidade e a criatividade enquanto elementos essenciais para a construção de novos caminhos para o exercício desta prática cuidadora inclusiva. Nesta lógica, profissionais de saúde necessitam estar qualificados para a promoção do acolhimento, que deve perpassar desde a recepção e identificação da presença e demandas masculinas, até a integração junto aos atendimentos e/ou serviços ofertados (contracepções, consultas, exames, participação em grupos reflexivos, atividades educativas e outras).²⁰

Há inclusive barreiras no acesso são desveladas pelas enfermeiras no discurso, que comprovam o fato de que os homens, quando enfrentam dificuldades de liberação do trabalho, ou mesmo quando as empresas/instituições não respeitam o direito de exercer a paternidade presente, contestando-lhes a concessão da autorização para frequentarem as consultas de pré-natal, não conseguem estabelecer como gostariam, esse direito. Essas barreiras já vêm sendo investigadas em larga escala no Brasil, e se encontram fortemente influenciada pela construção hegemônica das masculinidades, todas vias ainda carecem de ações que visem minimizá-las, como forma de ampliação do acesso aos serviços de saúde e da promoção do cuidado à saúde por homens.²¹

Importa também destacar, o fato de que o discurso constrói uma ideia sobre o que é ser homem, assim como o papel que ele exerce, o que faz com que sejam fixados marcadores, que de forma direta ou indireta farão entrecruzamento com o modo em que estas enfermeiras irão pensar, planejar e executar a produção do cuidado de Enfermagem. Tal aspecto, pode ser analisado mediante a compreensão de que homens são provedores do lar, estão no espaço público, trabalham e por esse motivo não acessam as unidades de saúde, nem tão pouco participam do pré-natal. Cabe ainda, a reflexão sobre o

modo como essas profissionais constroem suas concepções a respeito de gênero, masculinidades, feminilidades, sexualidades, assim também, como estas foram formadas, pois com certa facilidade, é possível imaginar que se encontram imbricadas na conformação estrutural cisheteronormativa, ocidental, brancocêntrica, patriarcal, binária e sexista.

Diante deste contexto, implica mencionar que a presença masculina nas instituições de saúde, embora ainda tenha acontecido em maior escala nos níveis médios e altos da atenção à saúde, em especial para atendimento de demandas curativas, a inserção destes na Atenção Primária, garante a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis, devendo ser, portanto, potencializada entre os homens. Para que este avanço ocorra, se faz necessário que a PNAISH, seja implementada, e que ações como as de acompanhamento ao atendimento pré-natal sejam efetivadas.^{22,4}

Tal repercussão desse processo de construção social, pode se transpor na produção do cuidado, que se mostra ainda tímido, quando buscado se identificar o investimento direcionado às demandas do masculino, que também impacta na geração de afastamento dos serviços. Neste sentido, o fazer técnico, atitudinal e assistencial em Enfermagem, no que diz respeito à implementação do pré-natal masculino, apresenta desafios emergenciais a serem superados, a exemplo da desmitificação da lógica da produção (julgarem ser essencial ter elevada demanda de homens nos serviços), a noção de passividade dos homens no contexto da gestação, e a carência de produção de tecnologias cuidativas específicas/ singulares para os homens.

Impactos gerados em função da baixa sensibilização masculina durante a gestação, provoca repercussões que se estendem até o parto. A exemplo de um estudo realizado no Mato Grosso, Brasil, que evidenciou a baixa presença de homens no processo gestacional, bem como da ausência desses no momento do parto, por compreenderem de que este é um momento exclusivo das mulheres.²² Em perspectiva distinta, pesquisa realizada em Fortaleza, Brasil, evidenciou que a compreensão de homens de que a masculinidade não se perde quanto há participação presente do homem durante o parto e na realização dos cuidados com os filhos, mediante a experiência desses junto a participação no parto, tem gerado ampliação de possibilidades na aproximação masculina junto aos sistemas de saúde, tal qual da manutenção do bem-estar, que encontra-se em lógica inversa do tratamento de doenças.

Foi possível evidenciar no discurso, uma centralidade da produção do cuidado de Enfermagem no pré-natal, às demandas e necessidades das mulheres e de seus corpos vaginados, excluindo demais possibilidades, a exemplo de homens com corpos vaginados e com possibilidade de si tornarem grávidos, além da necessidade de atendimento às demandas e necessidades de homens cisgêneros, que também estarão grávidos, junto às suas companheiras/pessoas significativas, o que torna essa produção, recortada, e muitas vezes limitada a atender dinâmicas formatadas, estruturadas, a partir de uma determinada lógica de ver e pensar as pessoas, seus corpos, identidades e possíveis necessidades.

Com base nesse cenário, é possível reconhecer no discurso a ausência de uma conduta direcionada a paternidade responsável e cuidadora e ao exercício da promoção do cuidado paterno, em especial durante o pré-natal. A partir dessa problemática, suscita-se a necessidade da criação e/ou do fortalecimento e ampliação de linhas de cuidados masculinos específicos, voltados à saúde sexual, reprodução e paternidade, assim como da criação de propostas de fluxos de envolvimento de homens no pré-natal.¹⁸

Conclusão

O discurso do sujeito coletivo de enfermeiras que atuam na Atenção Básica à saúde, evidenciou a presente de desafios quanto a implementação do pré-natal masculino, na prática cotidiana dos serviços. Os desafios estiveram concentrados na formação profissional quanto a

aquisição de competências e habilidades profissionais para alcance da inclusão de homens no pré-natal, tal como da realização de estratégias de captação e adesão dos homens ao pré-natal e no fazer técnico, atitudinal e assistencial para a inclusão de homens no protagonismo da produção do cuidado de Enfermagem.

As enfermeiras e enfermeiros são profissionais essenciais ao desenvolvimento do SUS, no que tange à execução do pré-natal, sendo fundamentais que capacitado e compreenda a importância desta estratégia. Embora tenha sido evidenciado o desejo das enfermeiras e a compreensão quanto a necessidade da participação dos homens no pré-natal, este cenário permanece apenas na aspiração futura, não sendo evidenciada a tomada de decisão e a implementação de ações que visem a eficaz e efetiva operacionalização.

A partir dos resultados deste estudo foi possível identificar o quão pouco ainda tem sido difundido o pré-natal masculino, e da sua relevância no que diz respeito a promoção do cuidado à saúde de homens e ao exercício pleno da paternidade presente e responsável, nas suas distintas dimensões de construções de gênero e estruturas familiares. Ressalta-se ainda, que a adoção de estratégias como esta, implica na promoção e fortalecimento de vínculos, que se traduz em benefícios para as crianças, suas famílias, para a comunidade e para os próprios homens, por meio da redução da morbimortalidade e a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida. Neste âmbito, destaca-se a relevância deste estudo e a sua utilidade para a melhoria das práticas profissionais de Enfermagem, assim como da produção do cuidado em saúde, desenvolvimento da esfera da Atenção Primária.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 2009. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf
2. Brasil. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8080, de 19 de Setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2005
3. Oliveira, SC et al. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. *Cogitare Enfermagem*. Paraná, v. 14, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/14118/9489>> Acesso em: 22 set. 2014.
4. Benazzi, AST, Lima, ABS, Sousa, AP. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença o homem, *Revista de Políticas Públicas*. São Luís, v.15, n2, p. 327-333, jul./dez.2011. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/849/871>>. Acesso em: 19 de set. 2014.
5. Holanda SM et al. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2018 [citado 2019 Set 02]; 27(2): e3800016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003800016>.
6. Reberte, LM; Hoga, Komur, LA. A experiência de pais participantes de um grupo de educação para saúde no pré-natal. *Ciencia y enfermeria*. Chile, v. 16, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100012>. Acesso em: 24 set. 2014.
7. Waldvogel, P, Ehlert, U. Contemporary Fatherhood and Its Consequences for Paternal Psychological Well-being – A Cross-sectional Study of Fathers in Central Europe. *Front Public Health*. 2016; 4: 199. Disponível em: doi: 10.3389/fpubh.2016.00199
8. Fletcher, R et al. Supporting men through their transition to fatherhood with messages delivered to their smartphones: a feasibility study of SMS4dads. *BMC Public Health*. 2017; 17: 953. Disponível em: doi: 10.1186/s12889-017-4978-0
9. Craig F. Garfield. Toward Better Understanding of How Fathers Contribute to Their Offspring's Health. *PEDIATRICS* Volume 141, number 1, January 2018:e20173461. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/141/1/e20173461.full.pdf>

10. Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e discursos. Brasília (DF): Liberlivro, 2005.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico- Pré-natal e Puerpério. Atenção qualificada. 1ª ed. Brasília, 2005.
12. Helito, AS. Pré-natal masculino. Jovem Pan Online. 22 de out de 2010. Disponível em: <<http://jovempan.uol.com.br/vídeos/pré-natal-masculino-50042,1,0>>. Acesso em: 09 mai. 2015.
13. Sousa Diogo, Iriart Jorge. "Viver dignamente": necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado 2019 Set 02]; 34(10): e00036318. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001005007&lng=pt. Epub 11-Out-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00036318>.
14. Chakora, ES. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Esc Anna Nery. [Internet]. 2014;18(4):559-561. Disponível em: DOI: 10.5935/1414-8145.20140079
15. Baker, P, Dworkin, SL, Tong, S, Banks, I, Shande, T, Yamey, G. The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda. Bull World Health Organ. [Internet]. 2014;92:618-620. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.132795>
16. Fotso, JC, Mohanty, S, Higgins-Steele, A. Male engagement as a strategy to improve the delivery and use of maternal, newborn, and child health services. BMC Health Serv Res. 2015;15 Suppl 1:S5. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70143-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70143-9)
17. Vieira, C, Porto, RM. "Fazer emergir o masculino": noções de "terapia" e patologização na hormonização de homens trans. Cad. Pagu, Campinas, n. 55, e195516, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332019000100505&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Sept. 2019. Epub Apr 04, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201900550016>.
18. Gomes R et al. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. Ciência & Saúde Coletiva, 21(5):1545-1552, 2016. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232015215.26842015
19. Ribeiro, CR, Gomes, R, Moreira, MCN. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. Physis, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 41-60, Jan. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000100003>.
20. Sousa, AR, et al. Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-10, jul./set. [Internet]. 2016. Disponível em: DOI 10.18471/rbe.v30i3.16054
21. Sousa, AR, et al. Masculinidades e as repercussões geradas no acesso de homens aos serviços de atenção básica à saúde. O conhecimento na competência da teoria e da prática em enfermagem 1 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. Disponível em: DOI 10.22533/ated.67119120328
22. Campanucci, FS, Lanza, LMB. A atenção primária e a saúde do homem. Anais do II Simpósio Gênero e Políticas Públicas. Universidade Estadual de Londrina, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/Fabrizio%20Campanucci.pdf>> Acesso em: 17 abr. 2015.
23. Cardoso VEFS, Junior AJS, Bonatti AF, et al. A Participação do Parceiro na Rotina Pré-Natal Sob a Perspectiva da Mulher Gestante. DISPONÍVEL EM: DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i3.856-862
24. Braide et al. Sou homem e pai sim! (Re)construindo a identidade masculina a partir da participação no parto. Rev Panam Salud Publica 42, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.190>

Autor correspondente:

Anderson Reis de Sousa
Rua Basílio da Gama, 241. CEP: 40110-907. Canela.
Salvador, Bahia, Brasil.
Anderson.sousa@ufba.br

Segurança do paciente idoso sob o ponto de vista do enfermeiro em uma ILPI

Elderly patient safety from the nurse's point of view in an LSIE

Aretusa Amorim Lima¹, Elias Rocha de Azevedo Filho¹, Regina Celia De Oliveira Martins Nunes¹, Alberto Cesar da Silva Lopes²

Como citar:

Lima AA, Azevedo Filho ER, Nunes RCOM, Lopes ACS. Segurança do paciente idoso sob o ponto de vista do enfermeiro em uma ILPI. REVIS. 2019; 8(4): 406-17. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p406a417>

REVIS

1. Centro Universitário ICESP.
Brasília, Distrito Federal,
Brasil.

2. Centro Universitário IESB.
Brasília, Distrito Federal,
Brasil.

Recebido: 01/07/2019
Aprovado: 10/09/2019

RESUMO

Objetivo: Descrever a segurança do paciente na perspectiva dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidadores de idosos, acreditando serem estes os profissionais que mantêm maior proximidade do paciente. **Método:** Este estudo, do tipo quantitativo, transversal, de caráter descritivo e analítico, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa obtendo alvitre positivo, CAAE: 84589717.8.0000.5512. A população deste estudo foi composta por profissionais de enfermagem que trabalham em uma ILPI no DF. Foram incluídos no estudo técnico de enfermagem, enfermeiro e cuidadores de idosos. **Resultado:** O enfermeiro, enquanto coordenador da equipe de enfermagem, não pode perder de vista que deve liderar a equipe com o compromisso de sempre buscar seu aprimoramento técnico-científico e ético. **Conclusão:** Frente à magnitude da temática segurança do paciente, que avanços no cenário atual das organizações de saúde sejam desafiadores, todavia algumas considerações, no que tange à assistência e ao ensino e pesquisa, tornam-se pertinentes, a fim de contribuir com a instituição pesquisada e de consolidar uma cultura de segurança profícua e construtiva.

Descritores: Segurança; Paciente; ILPI, Cuidadores de idosos, Técnicos de enfermagem e enfermeiros.

ABSTRACT

Objective: to describe patient safety from the perspective of nurses, provide nursing services and care for the elderly, believing that they are the professionals who maintain the patient's closest proximity. **Method:** This quantitative, cross-sectional, descriptive and analytical study was approved by the Research Ethics Committee, obtaining a positive suggestion, CAAE: 84589717.8.0000.5512. The study population was composed of nursing professionals who work at an LTCF in DF. Nursing technicians, nurses and caregivers of the elderly were included in the study. **Result:** The nurse, as coordinator of the nursing team, cannot lose sight of the exercise of his / her role of responding is a team committed to always seek technical-scientific and ethical improvement. **Conclusion:** in view of the magnitude of the patient safety issue, which promotes the current perspective of women's health organizations, and some considerations about teaching and research assistance become forward-looking. to consolidate a constructive and constructive safety culture.

Descriptors: Security; patient; ILPI, caregivers of the elderly, nursing technicians and nurses.

ORIGINAL

Introdução

A dinâmica do crescimento populacional, decorrente das baixas taxas de fecundidade, o aumento da expectativa de vida, a inserção da mulher no mercado de trabalho, recentes configurações familiares apontam para um cenário de preocupação no que reporta à necessidade de cuidado das pessoas envelhecidas.¹⁻² Nesses acontecimentos de modificações sociais, nem sempre a família dispõe de um cuidador quando um dos seus membros idosos requer apoio e/ou auxílio direto. Assim, as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) surgem como alternativa de cuidado fora do âmbito familiar.³ A segurança do paciente está concernente a fatores como a falibilidade humana, fragilidades nas organizações de saúde, problemas com dispositivos tecnológicos, comunicação e dimensionamento inapropriado entre equipes e profissionais, assim como o excesso de tarefas e conhecimento limitado sobre segurança.⁴

O Nursing Activities Score (NAS) é a ferramenta mais completa de dimensionamento validado no Brasil para mensurar a carga de trabalho de enfermagem, pois além de contabilizar o tempo de procedimentos e intervenções terapêuticas, contempla tarefas administrativas e de suporte aos familiares dos pacientes.⁵⁻⁶ Além disso, para que o dimensionamento seja eficaz, é importante utilizar os critérios da Resolução COFEN n.º 293/2004, que estabelece o Índice de Segurança Técnica (IST) e a proporção de enfermeiros, conforme o grau de complexidade da atenção à clientela, sobre o total de profissionais de enfermagem.⁷

Uma boa comunicação, confiança, aprendizado organizacional, compromisso da gestão hospitalar com a segurança, liderança, abordagem não punitiva ao erro e percepção compartilhada da importância dessa temática são pilares da segurança e cultura institucional.⁸⁻⁹

A compreensão pela qualidade da atenção não é um assunto novo e foi o documento publicado pelo IOM, intitulado “Errar é humano: compondo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is Human: building a safer health system*), em 1999, que acrescentou a inquietação por uma das dimensões da qualidade: a segurança do paciente.^{10,11} A publicação constatou que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam a cada ano nos hospitais dos EUA em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados à saúde. A notícia ganhou notoriedade e diante do cenário apresentado, governos e organizações internacionais se mobilizaram. Assim, iniciaram-se trabalhos para apoiar as estratégias nacionais e internacionais para a prevenção e a mitigação de falhas no cuidado à saúde.

Assim, as instituições de saúde devem promover cultura baseada nesses valores, a fim de melhorar a segurança do paciente.

De acordo com o artigo 5º da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, o Ministério da Saúde destacou uma proposta de mudanças culturais referentes à segurança e definiu as estratégias para execução do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Por meio dessas estratégias, está a promoção da cultura de segurança, a qual destaca o aprendizado e aperfeiçoamento organizacional, compromisso dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com realce em sistemas seguros, evitando, assim, os processos de comprometimento individual.¹²

Os estabelecimentos de saúde têm incorporado tal ponto de vista com o objetivo de disponibilizar assistência de excelência, diminuir custos e garantir a satisfação à clientela. Busca-se instituir a segurança nas organizações de saúde enquanto processo cultural, promovendo maior consciência dos profissionais quanto à cultura de segurança, compromisso ético no gerenciamento de risco com conseqüente compromisso de segurança para si e para a clientela atendida, suprimindo a lacuna existente no aspecto da segurança do paciente.¹³

Tal lacuna pode ser certificado no processo assistencial, em que merece destaque a ocorrência crescente de eventos adversos (EAs), ou seja, de danos não intencionais que resultam em incapacidade temporária ou permanente e/ou com o aumento do tempo de permanência na instituição ou morte, como conseqüência de um cuidado de saúde prestado.¹⁴

Nesse contexto, a pesquisa teve como objetivo descrever a segurança do paciente na perspectiva dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidadores de idosos, acreditando serem estes os profissionais que mantêm maior proximidade do paciente.

Cabe salientar a promoção da segurança do paciente na qualidade da assistência de enfermagem. A diminuição dos riscos e dos danos e a absorção de boas práticas favorecem a efetividade dos cuidados de enfermagem e a sua coordenação de modo seguro. Esta melhoria corresponde à necessária mudança de cultura dos profissionais para a segurança, da utilização de indicadores de qualidade, da existência de um sistema de registros, alinhados à política de segurança do paciente instituída nacionalmente.

Método

Este estudo, do tipo quantitativo, transversal, de caráter descritivo e analítico, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa obtendo alvitre positivo, CAAE: 84589717.8.0000.5512.

A população deste estudo foi composta por profissionais de enfermagem que trabalham em uma ILPI no DF. Foram incluídos no estudo técnico de enfermagem, enfermeiro e cuidadores de idosos. Foram excluídos profissionais que estavam menos de seis meses trabalhando na ILPI e que não se voluntariam para a pesquisa. A amostragem final foi composta por 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 11 cuidadores de idosos voluntários, selecionados pelo quantitativo que trabalham na ILPI.

A coleta dos dados foi realizada no mês de julho de 2018, em uma ILPI do Distrito Federal. Os questionários foram entregues para o devido preenchimento. Os profissionais foram informados quanto à justificativa, objetivos e procedimentos a serem realizados, conforme orientações para pesquisa com seres humanos constantes na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Após esses procedimentos, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados obtidos foram digitados em planilha do programa Microsoft Excel 2010 e analisados estatisticamente com o auxílio do *Software Statistica 8.0*. Para a análise da distribuição dos dados, foi realizado o teste de Teste de Mann Whitney; Teste de Kruskall Wallis. Como os dados apresentaram distribuição normal, os resultados foram representados por meio da média ($\bar{x}$) e o desvio padrão (σ) para as variáveis quantitativas, seguido do teste t de student

independente para comparação entre os grupos. Também foi utilizada a correlação de Pearson entre variáveis quantitativas. Já para as variáveis qualitativas, foram utilizadas tabelas de frequências e percentual. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Resultados e Discussão

Os dados coletados foram organizados e armazenados em planilha do Microsoft Excel 2018. Foram organizados da seguinte maneira: para as respostas quanto à percepção das dimensões de cultura de segurança do paciente, foram atribuídos números de 1 a 5 (1- Discordo Fortemente, 2- Discordo, 3- Nenhum dos Dois, 4- Concordo, 5- Concordo Fortemente; 1- Nunca 2- Raramente, 3- Às Vezes, 4- Quase Sempre, 5- Sempre); para testar a confiabilidade do questionário quanto à sua consistência interna, foi aplicado o teste estatístico de análise multivariada “Alpha de Cronbach”.

O Alpha de Cronbach é um índice que varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, melhor é a confiabilidade do instrumento. Valores acima de 0,60 são considerados aceitáveis, e nos permite concluir que o instrumento é confiável.¹⁵

As variáveis sociodemográficas foram analisadas a partir de análise descritiva, através de distribuição de frequência, e apresentadas por meio de tabela, a fim de caracterizar os participantes da pesquisa.

A análise das dimensões de cultura de segurança do paciente e dos indicadores (grau de segurança e número de eventos relatados) ocorreu por meio de estatísticas descritivas dos dados e testes analíticos específicos. O nível de significância adotado foi de 5%. O Programa R foi utilizado para estimativa dessas estatísticas.

Para a análise estatística da cultura de segurança do paciente, utilizaram-se os escores de 1 a 5, sendo 1 a pior avaliação do item e 5 a melhor avaliação. Como o questionário possui a técnica de escala de Likert, os itens redigidos de forma negativa foram invertidos para a análise.

Identificou-se o perfil dos participantes investigados, o que proporcionou a compreensão, tendo sido organizados a partir das temáticas elaboradas e de suas constituintes para melhor expor os achados.

A profissão de enfermagem, desde o seu início, foi desempenhada majoritariamente por mulheres, e essa questão de gênero mantém-se na atualidade. Neste estudo, observa-se a predominância do sexo feminino na população estudada com 73,3%, todavia, este resultado é inferior aos dados brasileiros, os quais correspondem a 87,2% de sexo feminino.¹⁶ A Tabela 1 representa o percentual de respostas das categorias para cada item relacionado à análise.

Tabela 1 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Trabalho em equipe no âmbito das unidades”.

	DF	D	ND	C	CF
Nesta unidade, as pessoas apoiam uma as outras.	0,0%	9,1%	0,0%	63,6%	27,35
Temos profissionais suficientes para dar conta da Carga de trabalho	0,0%	22,2%	11,1%	44,4%	22,2%

Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos sem equipe para concluí-lo devidamente.	0,0%	22,2%	11,1%	55,6%	11,1%
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	0,0%	9,1%	9,1%	72,7%	9,1%
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	0,0%	0,0%	12,5%	75%	12,5%
Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria melhor para o cuidado do paciente.	0,0%	37,5%	25%	37,5%	0,0%
É utilizado o índice de segurança técnica segundo resolução 293/2004	0,0%	50%	0,0%	50%	0,0%
Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	0,0%	0,0%	33,3%	50%	16,7%
Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	14,3%	71,4%	14,3%	0,0%	0,0%
Erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui apenas por acaso.	0,0%	37,5%	12,5%	37,5%	12,5%
Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	0,0%	42,9%	14,3%	42,9%	0,0%
Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	0,0%	0,0%	25%	75%	0,0%
Nós trabalhamos em “situação de crise” tentando fazer muito e muito rápido.	14,3%	28,6%	14,3%	42,9%	0,0%
Segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	0,0%	0,0%	20%	60%	20%
Os profissionais se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.	0,0%	22,2%	0,0%	66,7%	11,1%
Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	14,3%	28,6%	42,9%	14,3%	0,0%
Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	0,0%	11,1%	11,1%	44,4%	33,3%

Legenda: DF: Discordo Fortemente; D: Discordo; ND: Nenhum dos Dois; C: Concordo; CF: Concordo Fortemente.

Os resultados que se notam dos itens são os seguintes: “Nesta unidade, as pessoas apoiam uma as outras”, 63,6% dos participantes afirmaram que concordam e 27,3% concordam fortemente, totalizando 90,9% de respostas positivas; “Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho”, 44,4% concordam e 22,2% concordam fortemente, totalizando 66,6% de respostas positivas; “Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos sem equipe para concluí-lo devidamente”, 55,6% concordam e 22,2% discordam; “Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito”, 75% dos entrevistados concordam; “Nesta unidade, os profissionais trabalham mais horas do que seria melhor para o cuidado do paciente”, 37,5% discordaram e 37,5% concordaram, 25% responderam “nenhum dos dois”; “Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui”, 66,7 responderam positivamente; “É utilizado o índice de segurança técnica segundo resolução 293/2004”, metade dos participantes discordou e a outra metade concordou; “Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui”, 85,7% responderam negativamente, ou seja, discordam ou discordam fortemente; “Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema”, 42,9% discordam e 42,9% concordam; “Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade”, 75% concordaram; “Nós trabalhamos em ‘situação de crise’ tentando fazer muito e muito rápido”, 49,9% discordam e 42,9% concordam e 14,3% nenhum dos dois, porém, os resultados negativos que se situam em 49,9% dos profissionais que discordam ou discordam fortemente que a chefia permite o processo de trabalho de forma rápida e não padronizada, chama atenção, diante da complexidade das atividades executadas pelos profissionais de enfermagem. A Tabela 2 representa o percentual de respostas das categorias para cada item relacionado à análise.

Tabela 2 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “Expectativas supervisores/chefe”.

	DF	D	ND	C	CF
O meu supervisor chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	0,0%	18,2%	27,3%	45,5%	9,1%
O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente	0,0%	0,0%	27,3%	36,4	36,4%
Sempre que a pressão aumenta meu supervisor quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	9,1%	81,8%	9,1%	0,0%	0,0%
Meu supervisor/gerente não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem rapidamente	9,1%	72,7%	9,1%	9,1%	0,0%

Legenda: DF: Discorda Fortemente; D: Discorda; ND: Nenhum dos Dois; C: Concorda; CF: Concorda Fortemente.

No primeiro item, observa-se que não houve resposta para quem discorda fortemente e 18,2 % discordam que o supervisor/chefe imediato elogia quando presença uma tarefa está sendo realizada de acordo com a segurança do paciente. Em contrapartida, houve resposta pra quem concorda ou que concorda fortemente com tal assertiva, totalizando 54,6%. Tais resultados revelam um percentual maior de respostas positivas em relação às negativas e permite inferir que, culturalmente, o elogio às melhores práticas com o intuito de fortalecer a segurança do paciente ainda não é amplamente utilizado pelos supervisores.

No segundo item, nota-se o mesmo percentual (36,4%) para os que concordam e concordam fortemente que o seu chefe imediato considera as sugestões dos trabalhadores no sentido de melhorar a segurança do paciente e não houve resposta pra quem discorda fortemente ou discorda dessa afirmativa. Apesar do total de 72,8% de respostas positivas, um total de 27,3% de respostas neutras evidencia que, predominantemente, nas unidades pesquisadas, as chefias consideram as sugestões dos trabalhadores.

Em relação ao item “Toda vez que a pressão aumenta, o supervisor/chefe imediato quer que os profissionais trabalhem mais rápido, mesmo que para isso tenham que realizar os procedimentos de forma não padronizada”, os resultados demonstram boas avaliações, sendo que 81,8% discordam e 9,1% discordam fortemente, demonstrando que a chefia preserva os princípios éticos e técnico-científicos do exercício profissional. Porém, não houve resposta para quem discorda ou discorda fortemente que a chefia permite o processo de trabalho de forma rápida e não padronizada, o que chama atenção, diante da complexidade das atividades executadas pelos profissionais de enfermagem, predominantemente, na esfera assistencial, que estão fortemente atreladas a procedimentos complexos e à manipulação de tecnologia dura, o que requer ambientes de trabalho adequados a sua execução.

Diante disso, é apropriado confirmar que o enfermeiro, enquanto coordenador da equipe de enfermagem, não pode perder de vista que no exercício da sua função administrativa deve liderar a equipe com o compromisso de sempre buscar seu aprimoramento técnico-científico e ético. E que diante da complexidade e instabilidade do processo de trabalho em enfermagem, a responsabilidade do enfermeiro deve garantir uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, imprudência e negligência, pautada pela ética profissional por mais que seja desafiador.¹⁷ A Tabela 3 representa o percentual de respostas das categorias para cada item relacionado à análise.

Tabela 3 - Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “área/unidade”.

	N	R	AV	QS	S
Somos informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	0,0%	0,0%	20%	40%	40%
Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	11%	33%	11%	33%	11%
Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros evitando que eles	9,1%	81,8%	9,1%	0,0%	0,0%

aconteçam novamente.					
Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	0,0%	20%	20%	0,0%	60%
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões dos seus superiores	22%	11%	33%	22%	11%
Os profissionais têm receio de perguntas quando algo não está certo	27%	55%	18%	0,0%	0,0%

Legenda: N: Nunca; R: Raramente; AV: Às Vezes; QS: Quase Sempre; S: Sempre.

O primeiro item, que questiona a frequência com que os trabalhadores têm retorno sobre as mudanças implantadas em função de EA notificados, revela que nunca e nem raramente têm retorno, 20% às vezes, 40% quase sempre e apenas 40% afirmaram ter sempre retorno quanto às mudanças implementadas. Esses dados mostram que a cultura da troca de informação, no intuito de gerar conhecimento e desenvolver um poder crítico-reflexivo entre os membros da equipe, ainda apresenta-se incipiente.

Quanto à informação dos erros que ocorrem na unidade, 11% afirmam que nunca são comunicados sobre eles, 33% raramente, 11% às vezes, 33% responderam quase sempre e 11% responderam que sempre são informados com relação aos erros ocorridos na unidade de trabalho. Verifica-se, assim, uma heterogeneidade nas respostas, que pode ser devido às características inerentes das próprias unidades pesquisadas, tais como a chefia/supervisão, as relações hierárquicas e entre os pares.

No item seguinte, que faz menção à discussão entre os trabalhadores de maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer, nota-se que 9,1% nunca discutem, 81,8% raramente, 9,1% às vezes, e não houve resposta quase sempre e sempre para prevenção de erros e promoção da segurança do paciente.

Esse número tão expressivo de profissionais que afirmam não discutirem sempre formas de prevenir que erros voltem a ocorrer está relacionado às respostas da dimensão de aprendizado e melhoria contínua, quanto à avaliação da efetividade das medidas implementadas. A não avaliação pode ser um aspecto desmotivador para a equipe, pois, qual a razão de discutir e implementar mudanças se não avaliar a sua eficácia?

Cabe mencionar que o número representativo de respostas negativas, quanto ao retorno das mudanças implementadas após a notificação de eventos adversos, pode influenciar também na motivação dos trabalhadores para, continuamente, discutirem e potencializarem habilidades para melhorar as práticas e processos em prol da segurança do paciente.

Quanto à liberdade de expressão dos trabalhadores em relação a algo que afete negativamente o cuidado do paciente, 20% afirmam conversar às vezes e 60% sempre. Em contrapartida 20% responderam raramente. Esses dados apontam que a grande maioria dos profissionais sente-se à vontade para discutir eventos que comprometem o cuidado ao paciente.

Em relação ao questionamento de profissionais com mais autoridade, 11% afirmaram questionar sempre que necessário, 22% quase sempre, 33% às vezes, 11% raramente e 22% nunca. No que se trata do receio que os profissionais têm de fazer perguntas quando algo parece não estar certo, os resultados

demonstram que 22% nunca sentem medo, 11% raramente, 33% às vezes, 22% quase sempre e 11% sempre demonstram ou percebem medo na equipe.

Os resultados apontam para a relevância das relações de poder, sendo importante a construção de relações de trabalho cada vez mais lineares e respeitadas, nas quais cada membro da equipe tem seu papel e colabora para o bom funcionamento do serviço.

As equipes que funcionam adequadamente determinam uma série de estratégias, enfatizando, principalmente, programas de treinamento em gestão de recursos humanos, para melhorar a comunicação e o trabalho em equipe.¹⁸⁻¹⁹ As primeiras estratégias concentram-se em formas de diminuir os níveis de autoridades, e esses esforços podem incluir técnicas simples, como fazer o líder apresentar-se, saber o nome dos outros profissionais, admitir as suas limitações e aceitar de forma natural informações e alertas de todos os membros que compõe a equipe. A Tabela 4 representa o percentual de respostas das categorias para cada item relacionado à análise.

Tabela 4 – Distribuição das frequências das respostas da dimensão de cultura de segurança do paciente: “sobre sua instituição”.

	DF	D	ND	C	CF
A direção da ILPI propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	0,0%	0,0%	0,0%	70%	3,0%
Há uma boa cooperação entre unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	0,0%	0,0%	17%	50%	0,0%
As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	0,0%	60%	20%	20%	0,0%
O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	0,0%	22%	44%	11%	22%
É comum a perda de informações importantes sobre os cuidados com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	0,0%	33%	30%	33%	30%
Muitas vezes é desejável trabalhar com profissionais de outras unidades do ILPI.	17%	33%	17%	40%	40%

Legenda: DF: Discordo Fortemente; D: Discordo; ND: Nenhum dos Fois; C: Concordo; CF: Concordo Fortemente.

No primeiro item, observa-se que não houve resposta para discordam fortemente e discordam de que a administração da ILPI propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente. Em contrapartida, 70% responderam quase sempre e 3% que sempre propicia um clima de trabalho, fato que se refere à administração hospitalar como motivador e propiciador de um clima de trabalho saudável, que favoreceria segurança aos usuários do serviço.

Quanto à cooperação entre as unidades da ILPI, 60% discordam que haja uma boa cooperação, 20% são indiferentes e 20% concordam que as unidades cooperam entre si. Esse resultado positivo reflete que as unidades da ILPI conseguem cooperar para o alcance do melhor atendimento ao usuário.

Nesse enlace, no terceiro item do comprometimento do cuidado quando o paciente é transferido, 22% discordam, 44% adotam uma posição neutra ao item e 33% concordam que haja implicação do cuidado.

Em relação à perda de informação sobre o cuidados com o idoso durante a passagem do plantão, 66% concordam que há perda, 30% são indiferentes e 33% discordam que haja prejuízo na passagem de plantão.

No que se refere ao item “Muitas vezes é desejável trabalhar com profissionais de outras unidades da ILPI”, 40% concordam fortemente que é desejável trabalhar, 17% são indiferentes e 17% discordam fortemente.

Conclusão

O estudo assegurou descrever a percepção dos trabalhadores de enfermagem a respeito das dimensões de cultura de segurança do paciente, tal como identificar os fatores intervenientes que influenciam essa. Diante disso, algumas considerações, no que tange à assistência, à gerência e ao ensino e pesquisa, tornam-se pertinentes, com o propósito de contribuir com a instituição pesquisada e com novos estudos na temática abordada.

No que tange a respeito à gerência, o estudo possibilitou, para nós, o *agir* do enfermeiro enquanto supervisor da equipe de enfermagem, a visibilidade de que o enfermeiro exerce atividades que enlaçam e mobilizam a equipe para a segurança do paciente. Sendo assim, ratifica-se que o enfermeiro deve atuar pautado em conhecimentos advindos das dimensões técnico-científica, ético-política e socioeducativa, que favoreçam o cuidado seguro.

No que se refere, a administração de ILPI deve absolver a compreensão de que a segurança dos pacientes é um componente extremamente relevante de qualidade em saúde, tornando-se fundamental que a organização e seus gestores ampliem a segurança e considerem a aproximação sistêmica para busca da melhoria em seus processos.

Nesta percepção, a instituição deve viabilizar meios para que a segurança do paciente seja efetivada, como exemplo, a implantação de Comitês de Segurança do Paciente, os quais devem assegurar efetivamente os processos de prestação de cuidado de forma construtiva, contribuindo para as tomadas de decisões e a disseminação das melhores práticas assistenciais. Outra iniciativa seria a sensibilização dos profissionais da instituição, para que estes se tornem corresponsáveis com os aspectos que englobam a segurança do paciente, e nessa iniciativa, a educação continuada da instituição seria de grande atuação.

Evidencia-se, ainda, a importância da execução de um sistema de gerenciamento de riscos, com o objetivo de incentivar a segurança e prevenir eventos adversos, ressaltando a implantação de um sistema de informe de erros e eventos adversos, confidencial e reservado, propiciando um estímulo nas notificações e o aperfeiçoamento nos fatores causais desses eventos.

Descrever sobre segurança do paciente se destina refletir na exatidão de aclarar a questão do ensino como base para compor recursos humanos com competências para lidar com o assunto. Desse modo, acredita-se ser preciso a transversalidade do teor nos currículos de graduação multidisciplinares, tal qual nos cursos de formação técnica, com intenção de proporcionar as interações que cercam a segurança do paciente.

Agradecimento

Pesquisa Financiada pelas Faculdades Integradas Promove de Brasília e Centro Universitário ICESP Brasília por meio do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa – NIP. Edital 02/2017.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Ministério da Saúde: Brasília, DF; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
2. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2012 Dez [citado ago 27, 2019]; 21(4): 539-48. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt.
3. Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Carvalho DF. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 187-212.
4. Jirapaet V, Jirapaet K, Sopajaree C. The nurses' experience of barriers to safe practice in the neonatal intensive care unit in Thailand. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35(6): 746-54. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2006.00100.x
5. Miranda DR, Nap R, de Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G; TISS Working Group. Therapeutic Intervention Scoring System. Nursing activities score. *Crit Care Med*. 2003; 31(2): 374-82.
6. Queijo AF. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing Activities Score (NAS). São Paulo. Dissertação [Mestrado] - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.
7. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 293, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas [citado jul 13, 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html
8. Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Editora Yendis; 2009. 87 p.
9. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. (AHRQ publication no 04-0041)
10. Bohomol E. Envolvimento do paciente no gerenciamento de risco hospitalar. In: Feldman LB. Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. São Paulo: Martinari; 2008. p. 327-38. 2.
11. VanGeest JB, Cummins DS. An educational needs assessment for improving patient safety: results of a national study of physicians and nurses [Internet]. EUA: The National Patient Safety Foundation; 2003.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.HTML
13. Claro CM, Kroczek DVC, Toffolito MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011; 45(1): 167-72.
14. Roque KE, Melo ECP. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. *Esc. Anna Nery*. 2012 jan/mar; 16(1): 121-7.
15. DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. Newbury Park, CA: SAGE Publications; 1991.

16. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Comissão de Business Intelligence. Departamento de Tecnologia da Informação; 2011.
17. Lara SR, Berti HW. Dimensão ética do gerenciamento em enfermagem. *CuidArte, Enferm*; 2011 [citado mar 12,2018]; 5(1):7-15. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=20569&indexSearch=ID>
18. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.
19. Silva AEBC. Análise de risco do processo de administração de medicamentos por via intravenosa em pacientes de um Hospital Universitário de Goiás. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Autor correspondente:

Elias Rocha de Azevedo Filho
QN 01 Conjunto 11 Casa 30 Riacho Fundo I. Brasília,
Distrito Federal, Brasil.
eliaspresley2@gmail.com

Uso de EPI's pelos profissionais de saúde da atenção básica de um município de Goiás

Use of PPE by primary care health professionals in a municipality of Goiás

Gisele Oliveira Garcez¹, Laiana Miranda Tavares², Luciane de Lima Paiva Bernardes³, Patrícia Vieira Ramos Dutra⁴, Priscilla Siqueira do Valle⁵, Alice da Cunha Morales Álvares⁶

Como citar:

Garcez GO, Tavares ER, Bernardes LLP, Dutra PVR, Valle OS, Álvares ACM. Uso de EPI's pelos profissionais de saúde da atenção básica de um município de Goiás. REVISA. 2019; 8(4): 418-26. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p418a426>

REVISA

1. Instituto Sírio Libanês. São Paulo, São Paulo, Brasil.

2 Faculdade LS. Taguatinga, Distrito Federal, Brasil.

3 Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

4 Faculdade Centro Goiano de Ensino, Pesquisa e Pós-Graduação. Goiânia, Goiás, Brasil.

5 Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

6 Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

Recebido: 18/07/2019
Aprovado: 10/09/2019

RESUMO

Objetivo: compreender o entendimento dos profissionais de saúde básica de um município de Goiás, no que se refere a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual, focado nos Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros dos postos de saúde. **Método:** foram elaborados questionários sobre a mesma abordagem para esses profissionais, refletindo na parcialidade de retorno dos questionários entregues, embora não influenciou no estudo pretendido, por se tratar de uma pesquisa por amostragem. **Resultados:** Foram submetidos ao estudo por meio deste recurso, 13 (treze) Técnicos de Enfermagem e 20 (vinte) Enfermeiros. Diante do recurso utilizado, seguiu-se a pesquisa a luz de autores que abordam o tema em estudo. **Conclusão:** embora pareça lógico, algumas intervenções precisam ser feitas no sentido de melhorar o uso dos EPIs em meio aos profissionais que constituem o sistema de saúde desde um município até a configuração nacional, pois o entendimento é que o todo se constitui por unidades.

Descritores: Saúde; Técnicos de Enfermagem; Enfermeiros; EPIs.

ABSTRACT

Objective: to know the understanding of basic health professionals in a city of Goiás state, regarding the use of Personal Protective Equipment, focused on Nursing Technicians and Nurses in health posts. **Method:** questionnaires were elaborated on the same approach for these professionals, reflecting on the partial return of the questionnaires delivered, although it did not influence the intended study, as it was a sample survey. **Results:** Through this resource, 13 (thirteen) Nursing Technicians and 20 (twenty) Nurses were submitted to the study. Given the resource used, the research followed the light of authors addressing the subject under study. **Conclusion:** although it seems logical, some interventions need to be made in order to improve the use of PPE among professionals who constitute the system. from a municipality to the national configuration, because the understanding is that the whole is constituted by units.

Descriptors: Health; Nursing Technicians; Nurses; PPE.

ORIGINAL

Introdução

Tratar do assunto que envolve proteção é algo desafiador, uma vez que proteger nem sempre é o instinto humano de primeira manifestação. Daí resultam-se tantos problemas sociais.¹ No que se refere a profissionais de saúde existe uma certa urgência em discutir sobre utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pelo fato de se configurar nessa função ações de instantâneas na maioria das vezes e com viés de perigo a saúde do profissional e/ ou do paciente. Seu objetivo é a proteção do funcionário, podendo se estender ao paciente ou de materiais que deseje impedir a contaminação, sendo que seu uso está intimamente ligado a atividade que se desenvolve.¹

Qualquer atividade profissional desenvolvida no contexto hospitalar é considerada de risco, e expõe a vida do trabalhador pelas diversas doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.¹

Segundo as Normas Regulamentadoras- NRs, que tratam dos cuidados preventivos e médicos voltados ao trabalho é de cunho obrigatório em empresas da esfera privada, pública e pelos órgãos similares de administração, seja direta e indireta, assim como órgãos dos Poderes Legislativo e judiciários, uma vez que possuam empregados regidos pela consolidação de Leis do Trabalho- CLT. Dentro dessas normas se destacam a NR 32 que apresenta aspectos que tratam da segurança e saúde do trabalhador em serviços ligados a saúde.²

Foi na década de 80 com a proliferação de AIDS/HIV que no âmbito hospitalar passou-se a se preocupar com a exposição dos profissionais da saúde e se pensou na necessidade de proteger esses profissionais, adotando precauções padrão como medida de segurança.³ A exposição em larga escala de riscos físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos, aliada ao baixo investimento em medidas preventivas é que constitui o cenário com maior probabilidade de infecção hospitalar e riscos de acidentes laborais.¹

Assim sendo, os usos de EPIs em conjunto com medidas de proteção coletivas são de suma importância para prevenção de acidentes e patologias relacionadas a suas funções. Em se tratando da equipe de enfermagem, este grupo está mais exposto a tais riscos por ter contato direto com o paciente, manipulando agulhas e materiais de diferentes opções de perfuro cortantes, utensílios, substâncias e situações de contato estrito com sangue e outros líquidos orgânicos contaminados por uma variedade de situações insalubres que podem desencadear doenças.⁴

Vale salientar que as utilizações de EPIs não descartam os riscos já mencionados, uma vez que todo esse contexto de contágio se configura o ambiente de trabalho desses profissionais da saúde. A tentativa desse uso, é tentar reduzir as possibilidades de dano.⁵ No entanto é comum desuso desses equipamentos pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem conforme se configura no desenvolvimento do estudo em torno dessa discussão com estes profissionais, na tentativa de compreender as causas de um comportamento que contradiz sua formação.

O objetivo desse estudo foi analisar o conhecimento dos profissionais que atuam na atenção básica do município de Cidade Ocidental-GO sobre a importância do uso de equipamentos de proteção individual - EPIs no uso de sua função.

Método

A pesquisa é caracterizada como descritiva e exploratória, com abertura quantitativa. Foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Cidade Ocidental. A escolha do local se deu por ter maior incidência do foco de estudo.

Sendo assim a população da pesquisa foi composta por cinco alunos do Curso de pós-graduação em enfermagem do trabalho de uma faculdade privado do entorno de Brasília. A amostra constituiu por 13(treze) Técnicos em Enfermagem com idade entre 25 e 58 anos de idades, que varia com tempo de experiência de 05(cinco) meses a 20 (vinte) anos de experiência e 20(vinte) Enfermeiros com idade que varia de 23(vinte e três) a 52 (cinquenta e dois) anos e experiência profissional desde os recém chegados, com apenas um mês até os que acumulam 15 anos de atuação. Todos atuam em Unidades Básicas de Saúde do município de Cidade Ocidental- GO.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário composto por oito questões que concorrem para o interesse do que se pretende pesquisar.

As entrevistas foram realizadas no mês de agosto de 2019, em dias úteis, de acordo com a disponibilidade do público da pesquisa nos turnos variados, com base nos preceitos éticos em pesquisa quando envolve seres humanos, detectados pela Resolução 466/12 CNS, que trata do mesmo assunto ao envolver seres humanos em pesquisa.

Resultados e Discussão

Aqui serão desenvolvidos e analisados os dados coletados durante a pesquisa realizada de acordo com os objetivos propostos.

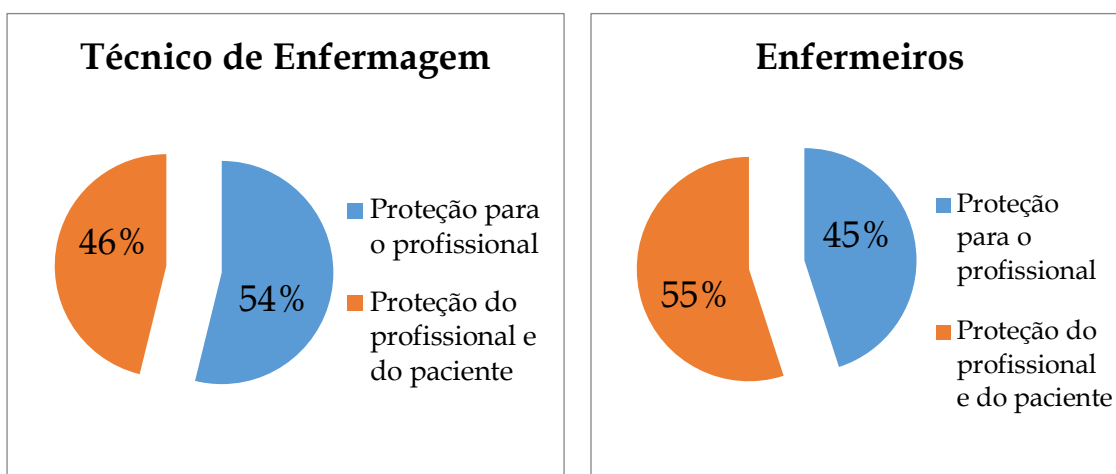


Figura 1 - Resposta dos profissionais da saúde: Técnicos de Enfermagem (n = 13) e Enfermeiros (n=20) sobre o que é equipamento de proteção individual (EPI).

A figura 1 mostra que dos Técnicos de Enfermagem (n=13) ao serem questionados sobre a funcionalidade dos EPIs houve uma margem de empate, pois dos entrevistados, 54% (n=07) responderam que o EPI é para proteger o

profissional; 46% (n= 07) dizem que é para o cuidado do profissional e do paciente. Já entre os Enfermeiros que foram submetidos a pesquisa (n=20) também apresentaram uma margem de resultados próximos, 45% (n=09) responderam que o EPI é para proteção do profissional; 55% (n= 11) entendem que é para proteção do profissional e do paciente. De acordo com a norma regulamentadora (NR6), equipamento de proteção individual é todo o dispositivo ou produto, de uso individual, utilizado pelo trabalhador, destinado a protegê-lo de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e sua saúde no trabalho. O que demonstram que ambos os profissionais estão divididos na funcionalidade dos equipamentos de proteção individual, o que vem gerar um dispositivo de alerta para estes profissionais que precisa de acordo com a Norma Reguladora ser instrumento de proteção para o profissional. Embora haja casos em que essa proteção também atinge o paciente, no caso de luvas estéreis, passagem de sonda vesical, que serve de barreira microbiológica de proteção tanto do profissional como do paciente.⁶

Ao ser questionados sobre a importância do uso desses equipamentos, todos consideram importante, no entanto ao ser submetido ao questionário, observa-se a fragilidade do entendimento real da funcionalidade desses equipamentos, porém essas equipes estão diretamente ligadas a riscos eminentes que não deverão abrir mão desses instrumentos.

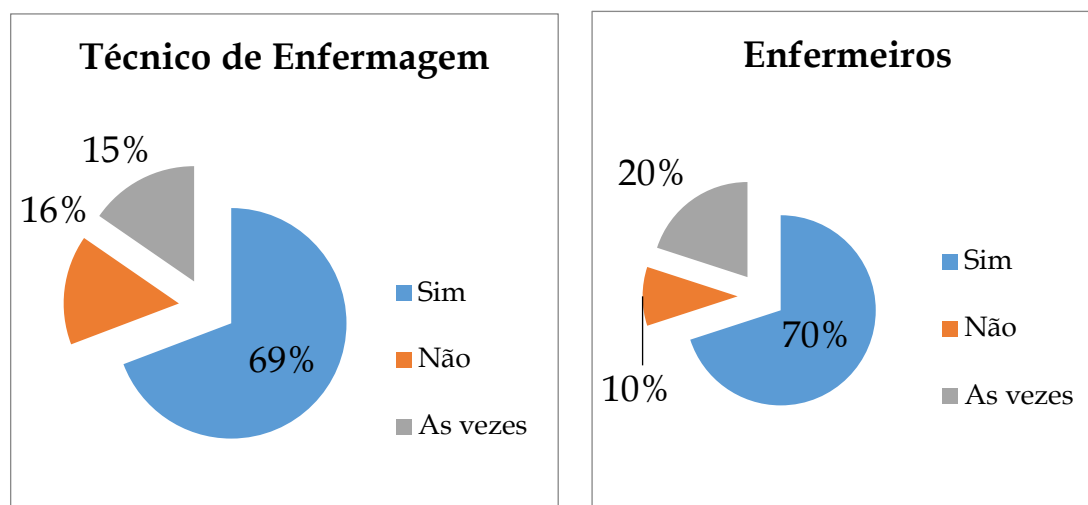


Figura 2- Resposta dos profissionais da saúde: Técnicos de Enfermagem (n = 13) e Enfermeiros (n=20) sobre se utiliza equipamento de proteção individual (EPI) em todas as ações por eles desenvolvidas

A figura 2 mostra que dos Técnicos de Enfermagem (n=13) ao serem indagados sobre a utilização dos EPIs em todo o tempo, houve um apontamento para cumprimento dessa norma em maior escala, pois dos entrevistados, 69% (n=09) declararam usar em todos os procedimentos; 15% (n= 02) responderam que não usam em todos os procedimentos e 1% (n=02) relatam que usam as vezes. Já entre os Enfermeiros que responderam ao questionário (n=20) seguem a mesma proporção, 70% (n=14) responderam que utilizam os EPI em todos os procedimentos; 10% (n= 02) responderam que não é comum o uso em sua atividade e 20% (n=04) revelam que utilizam esses instrumentos as vezes.

Ainda, no que concerne ao empregador, este é obrigado cumprir todas as

regras no âmbito da legalidade e regulamentação para prevenir quaisquer acidentes de trabalho no exercício da função destes profissionais da saúde, no entanto segundo esse mesmo autor é preciso que o próprio empregador precisa fazer valer o seu direito, na utilização desses equipamentos de maneira efetiva, uma vez que existe uma norma que regulamenta, sem que haja necessidade de recusa injustificada, já que se encontra disponível em seu ambiente de trabalho e levando em consideração que os profissionais em questão estão diretamente expostos a situações que podem colocar sua saúde em risco, não havendo nada que justifique o desuso.⁷

Tabela 1- EPIs mais utilizados pelos profissionais Técnicos de Enfermagem.

Que utilizam			Que não utilizam	
Óculos	08	61%	04	30%
Avental descartável	04	30%	04	30%
Touca	09	69%	03	23%
Máscara	11	84%	00	--
Luvax	13	100%	00	--
Jaleco	13	100%	00	--

Ao analisar a tabela, o resultado está bem refletido na realidade desses profissionais, pois ao que se apresentam, os itens com adesão em massa foi o uso de luvas e jaleco, havendo pouco uso da touca e avental descartável segundo a justificativa é que o uso do jaleco, dispensa o avental descartável. O uso da touca é entendido pelos entrevistados como item para procedimentos mais complexos. Já em se tratando dos óculos alguns entendem como item desnecessário, há quem declare que não há disponibilidade desse recurso em sua unidade, há quem revele que até há, mas não em quantidade individual. Nesse grupo, 23% (n=03) dizem usar todos os itens apresentados. Segundo a Agência de Vigilância Sanitária (2.000), órgão regulador e recomenda que haja precaução padrão que configura a higienização das mãos antes e depois do uso das luvas, assim como quaisquer acesso sangue, membranas mucosas ou secreções, situações em que o uso desse recurso torna-se indispensável, assim como avental e óculos na intenção de proteger o profissional da saúde, desde partes mais específicas como, boca, olho e nariz até partes expostas da pele e vestimentas.

Respondendo a mesma questão observa-se que os Enfermeiros (n=20) se apresentam conforme Figura 3 a seguir, aonde dos profissionais entrevistados, declaram usar com frequência os itens: óculos: 35% (n=07), avental descartável: 60% (n=12), touca: 50% (n=10), máscara: 85% (n=17), luvas: 100% (n=20) e jaleco: 95% (n=19), mas quando questionado sobre os que nunca utilizam o resultado foi: óculos: 35% (n=07), touca: 30% (n=06) e máscara: 5% (n=01), os demais não aparecem. Logo se percebe que há uma contradição aonde pessoas com tal grau de instrução se esquivam de meios que concorrem para sua proteção, que se não incorporada em sua rotina, vai desestabilizar a saúde pública, pois independente do procedimento, uso dos equipamentos aqui em questão, são elementos que asseguram além de proteção, legítima a tarefa, partindo do pressuposto que há normas específicas para tal.

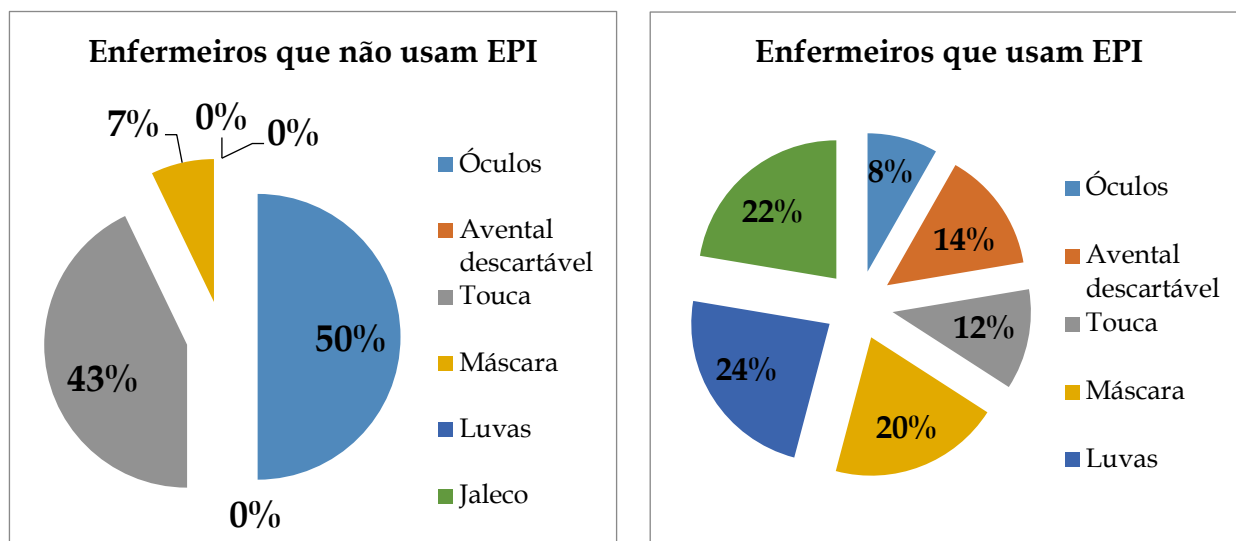


Figura 3- Comparativo entre enfermeiros que utilizam e não utilizam os EPIs.

Em se tratando dos Enfermeiros submetidos a pesquisa, observa-se que a proporção segue a mesma dos Técnicos da área, com uso maior de Jaleco, luvas e máscaras. Aparecem com menor utilização, óculos, avental descartável e touca, por considerarem desnecessários em suas atividades. Houve item com duplicidade de resposta e desses 25% (n=05), 10% (n=02) não responderam e 5% (n=01) admitiu não usar nenhum.

A formação acadêmica e profissional, assim como a posição social devem ser averiguados a luz da pesquisa, já que a lógica é que quanto maior a instrução e nível social, maior a adesão desses equipamentos de proteção individual.⁸

É preciso também considerar que embora apresente esses índices, trata-se de pessoas adultas e gerenciá-las não é definitivamente tarefa fácil, pois o entendimento das teorias entrelaçados com sua prática é o que determina o profissional que se torna, por este motivo é que todos os órgãos e suas representações responsáveis por esse público necessitam de uma discussão contínua por meio de treinamentos e capacitações que fortaleçam as fragilidades do grupo, refletindo na oferta de um serviço cada vez melhor.

A partir das respostas apresentadas nos questionários, observa-se que os profissionais de segurança com maior tempo de trabalho e experiência, dão menor atenção ao uso dos equipamentos de proteção individual, o que o expõem a maiores riscos, isso se dá em função da autoconfiança e destreza atingidos ao longo da execução de suas tarefas se comparado aos recém contratados. Quando questionados sobre os motivos que refletem nessa ação, os apontamentos é para o fato desses equipamentos trazer desconforto em alguns casos, o uso e retirada de forma repetitiva, além da ausência desses recursos em seu ambiente de trabalho.

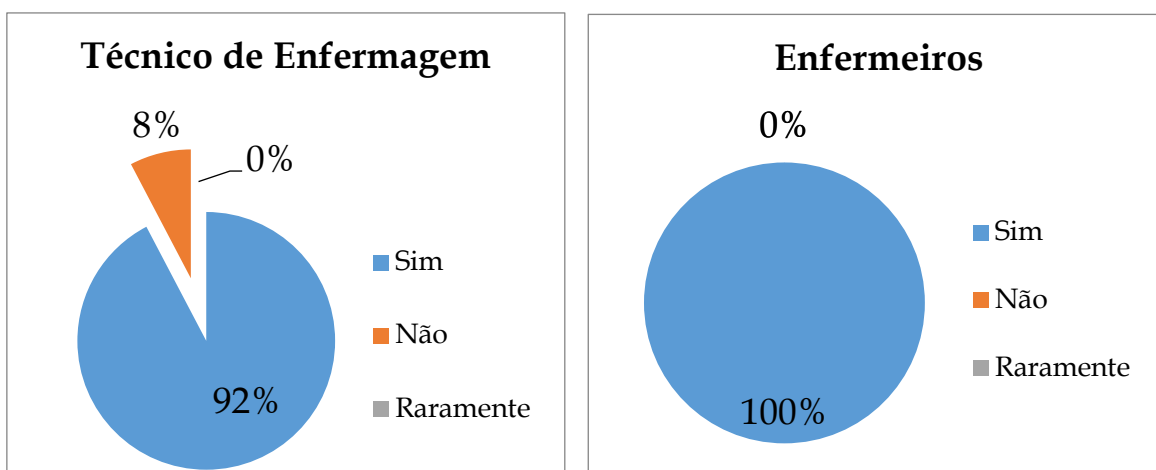


Figura 4 - Resposta dos profissionais da saúde: Técnicos de Enfermagem (n = 13), sendo 92% (n=12) para respostas afirmativas e apenas 7% (n=01) para negatividade de orientação e Enfermeiros (n=20) ao serem indagados sobre ter recebido orientações sobre EPIs durante sua período de estudo, foi afinado para o conhecimento sobre o assunto em sua formação, conforme se apresenta na figura acima.

O curioso nesse item é que quase todos revelam ter recebido esclarecimentos em torno do tema, com exceção de um técnico de enfermagem que respondeu que não foi atendido sob esse foco. Ao passo que todos revelam ter conhecimentos, observa-se que ainda há quem não use, representando uma fraqueza na função dos profissionais em discussão. Porém partindo do pressuposto que todos tem conhecimentos sobre o assunto, há como partir de um eixo mais profundo, sem a necessidade de abordar questões de base, o que torna o trabalho mais linear e prático.

Articular a equipe técnica de saúde e experiências educativas, atingir objetivos da instituição pré-determinado a partir de políticas públicas, administrar recursos materiais e humanos, planejar atividades são ações imprescindíveis ao bom funcionamento da instituição. Distribuir funções e atribuições requer uma gestão democrática onde proporcione até a participação da comunidade no ambiente que o compõem.

Sendo o grupo de enfermagem a linha de frente do sistema de saúde, precisam de uma sintonia em prol de uma precaução para resguardar a si e aos envolvidos no processo ou procedimento em administração. No entanto não se pode descartar a possibilidade de quaisquer acidentes em prol dos materiais manipulados por este grupo. Os EPIs tem o papel de reduzir falhas e minimizam as sequelas.⁵

Os centros da formação dos profissionais do campo da saúde precisam está focada na população, suas necessidades sanitárias a fim de contemplar a gestão social de políticas públicas, uma vez que toda ação realizada por tais profissionais, uma vez que seu trabalho ser voltado para o público e daí a importância de considerar problemas reais e se responsabilizar por problemas crescentes.⁹ Assim sendo a formação dos enfermeiros precisam considerar aspectos relevantes a sua função sem esquecer que é totalmente voltada para o público. Considerando que o cenário da investigação ser unidades básicas de saúde, a questão técnica é de grande relevância, no entanto o lado humano precisa permear essa relação, uma vez que os pacientes na maioria dos casos

trazem feridas que vão além do corpo.

É importante também observar que embora os índices na prestação de saúde pública se apresentarem cada vez em alarme crescente, as unidades básicas de saúde na Cidade Ocidental, são consideradas como ambiente de laços estreitos por atender uma comunidade específica e haver um acompanhamento de grupos considerados de risco, minimizam o impacto social e financeiro do sistema de saúde.

Considerações finais

Enfermagem é uma área de trabalho muito voltada para o cuidado com o outro num contexto de anormalidades, o que configura sérios riscos à saúde desse profissional, no entanto a medida preventiva seria o uso constantes dos Equipamentos de Proteção Individual e por se tratar de pessoas adultas, a partir dos estudos realizados, observa-se que há toda uma logística organizacional aonde o empregador é obrigado com base em leis ofertar, existe uma orientação desde a época acadêmica desses profissionais, como sendo conhecimentos básicos na grade, seja na formação técnica ou superior, no entanto observa-se que ainda há uma resistência ao cumprimento dessa norma, por considerar que nem sempre há necessidade da inserção desse recurso no cumprimento de suas funções. Em se tratando do público que respondeu a pesquisa, técnicos de enfermagem e enfermeiros de postos de saúde de Cidade Ocidental-GO, observa-se após análise que não há o uso de EPIs como de fato precisa ocorrer, observa-se um empenho nesse sentido de ferramentas óbvias nas classes em questão, que é o uso do jaleco e luvas de maneira mais efetiva, entendendo-se a partir das teorias em relação ao assunto como insuficientes ao profissional da saúde.

As práticas cautelares trazem procedimentos, ações proativas e talentos que podem cooperar para uma melhoria na atividade e na resolução positiva de problemáticas mais comuns, concorrendo para o crescimento de práticas de boas relações no espaço hospitalar ou unidade básica. Esses equipamentos são ferramentas simples e recursos de profundas necessidades nas relações de grupo, pois elas dão um destaque especial ao desenvolvimento de valores importantes aos seres envolvidos, tais como o respeito, a confraternidade, a interligação, a responsabilidade individual e coletiva e a autodisciplina, pois a saúde tem papel importante na organização da sociedade, mas também se modifica em função dela e essa é uma das tarefas atribuídas grupo que a compõe.

É complexo o julgamento desse comportamento, portanto não se pode desprezar o fato de a maioria desse público, e ser natural dentro do que se configura a classe, são a jornada de trabalho intensa. A sobrecarga e o tempo de serviço desses profissionais de saúde acabam por comprometer o entendimento do uso de EPIs versus sua necessidade. Nesse sentido é importante direcionar maiores discussões voltadas para uma política de melhoria nas condições de trabalho, maior valorização desses profissionais, capacitando-os incansavelmente para importância do uso dessas ferramentas em seu cotidiano até que se torne comportamento natural, reduzindo assim riscos à saúde dos mesmos e de terceiros envolvidos em sua organização de trabalho. Não se pode desprezar o fato que no que concerne aos gestores dessa área, além dos

investimentos supracitados, a importância de fazer com que os profissionais da saúde se sintam motivados em cumprir o seu papel dentro das normatizações estabelecidas e por todos conhecidas.

Essa discussão precisa adentrar as instituições que formam os profissionais da saúde, seja em nível técnico e/ou superior, de forma que os docentes possam conduzir seu trabalho de forma a priorizar conhecimentos que se concretizem na prática através de métodos inovadores, enquanto os estudantes se identifiquem como protagonistas e ao mesmo tempo sujeito desse processo de aquisição do conhecimento, sem perder de vista que a formação é necessária, porém jamais estática. É um processo que se inicia nos bancos escolares e precisam encontrar aplicação no exercício de sua função, sem perder de vista que essa relação teórico-prática precisa ser um território fértil para o desenvolvimento da educação contínua no aspecto saúde.

Quando uma sociedade chega um estágio avançado no nível cultural, há também uma preocupação de como transmitir conhecimento acumulado por esse povo. Ou seja, passar conhecimento adiante é também pensar numa condução linear com foco no produto final, que é a consolidação do processo de ensino-aprendizagem. A questão do uso dos EPIs precisa muito mais que uma ação ser o resultado de uma educação pautada em toda teoria até aqui desenvolvida.

Referências

1. Rocha FLR, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Perigos potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos: conhecê-los para preveni-los. Ver Latinoam. Enferm. 2004;12(3):511-7.
2. ANVISA. Agência nacional de vigilância sanitária. Curso básico de controle de infecção hospitalar; 2000. [acesso em: 09 out. 2012]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/7840045/Controle-de-InfecCAo-Hospitalar-Manual-Anvisa>
3. Vasconcelos BM, Reis ALRM, Vieira MS. Uso de equipamentos de proteção individual pela equipe de enfermagem de um hospital do município de Coronel Fabriciano. Rev Enferm Integrada. 2008;1(1):99-111.
4. Nishide VM; Benatti MCC, Alexandre NC. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. Rev Latinoam Enferm. 2004;12(2):204-11.
5. Talhaferro B, Barboza DB, Oliveira AR. Adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual pela enfermagem. Rev Ciênc Méd. 2008;17:157-66.
6. Lacerda AR. Controle de infecção em centro cirúrgico: Fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003.
7. Araújo WT. Trabalho: manual de segurança do trabalho. São Paulo: Difusão Cultural do Livro; 2010.
8. Simão SAF et al. Adesão da equipe de enfermagem ao equipamento de proteção individual em uma unidade de emergência hospitalar. Int J Biosafety and Biosecurity. 2010;1:42-7.
9. Brasil. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Autor correspondente:

Alice da Cunha Morales Álvares
Rua Acre, Quadra 02. Lotes 17/18, s/n - Setor de
Chácra Anhanguera. CEP: 72870-508. Valparaíso de
Goiás, Goiás, Brasil.
alicealvares@senaaires.com.br

Avaliação da técnica de aperto de punho como interferente pré-analítico na dosagem do potássio

Evaluation of the wrist tightening technique as a pre-analytical interference in the potassium dosage

Kênya Oliveira Guerra¹, Lerison Adriano Ferreira Fernandes², Eloisa Elena Cangiani³, Breno Silva de Abreu⁴,
Karina Ribeiro Modesto⁵

Como citar: Guerra KO, Fernandes LAF, Congiani EE, Abreu BS, Modesto KR. Avaliação da técnica de aperto de punho como interferente pré-analítico na dosagem do potássio. REVISA. 2019; 8(4): 427-38. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p427a438>

REVISA

1. Universidade Paulista de Brasília, Faculdade de Biomedicina. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

2. Universidade Católica de Brasília. Departamento de Ciências Genômicas e Biotecnologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

3. Faculdade União Cultural do Estado de São Paulo. Araçatuba, São Paulo, Brasil.

4. Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

5. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

Recebido: 14/07/2019
Aprovado: 14/09/2019

RESUMO

Objetivo: avaliar as alterações do potássio em relação a frequência de aperto de punho pelos participantes da pesquisa, buscando contribuir para um melhor entendimento sobre os aspectos quantitativos em relação ao uso da técnica de aperto de punho durante a flebotomia, para verificar com que frequência o aperto de punho poderá contribuir para a elevação do potássio. **Método:** Foram realizadas duas coletas sanguíneas de cada indivíduo. Em um primeiro momento, mantendo as mãos relaxadas durante flebotomia e, segundo, bombeando o punho durante o procedimento de flebotomia para avaliar as alterações do potássio em relação a frequência de aperto de punho. **Resultados:** De um modo geral, observa-se que houveram alterações em praticamente todas as dosagens e que indivíduos poderiam ter sido diagnosticados incorretamente com uma hipercalemia, podendo ser submetidos a tratamentos desnecessários. **Conclusão:** A técnica de aperto de punho durante a flebotomia deve ser evitada, pois uma significativa porcentagem dos casos apresentou uma elevação de potássio não condizente com o nível sérico de potássio normal do indivíduo.

Descritores: Potássio; Aperto de punho; Flebotomia; Pré-analítica; Pseudohipercalemia.

ABSTRACT

Objective: To evaluate potassium alterations in relation to wrist grip frequency by the research participants, seeking to contribute to a better understanding of the quantitative aspects regarding the use of wrist grip technique during phlebotomy, to verify how often wrist may contribute to potassium elevation. **Method:** Two blood samples were collected from each individual. At first, keeping the hands relaxed during phlebotomy and secondly, pumping the fist clenching the phlebotomy procedure to evaluate potassium changes in relation to the frequency of wrist tightening. **Results:** In general, it was observed that there were changes in practically all dosages and that individuals could have been misdiagnosed with hyperkalemia and could be submitted to unnecessary treatments. **Conclusion:** The technique of wrist tightening during phlebotomy should be avoided, since a significant percentage of the cases presented a potassium elevation that does not correspond to the individual's normal serum potassium level.

Descriptors: Potassium; Fist clenching; Phlebotomy; Pre-analytical; Pseudohyperkalemia.

ORIGINAL

Introdução

O potássio é o cátion com mais concentração dentro das células, atua na regulação de muitos processos metabólicos celulares e participa da excitação neuro-muscular. Índices elevados (hipercalemia) e diminuídos (hipocalemia) de potássio sérico podem trazer diversos distúrbios. A hipercalemia ocorre no choque transfusional, na insuficiência renal aguda, na insuficiência cardíaca congestiva, nos traumatismos com necrose tubular e na acidose grave. A hipocalemia é observada quando há perda de potássio através do trato gastrointestinal (vômitos, diarréias e fístulas), na doença de Cushing, pelo uso de diuréticos, no aldosteronismo primário, no pós-operatório, nos tratamentos prolongados com cortisona e seus análogos sintéticos e na alcalose.¹

Por ser predominantemente intracelular, cerca de 98% do total, uma pequena liberação de potássio pode afetar significativamente sua concentração extracelular medida. A relação entre potássio intracelular e extracelular é de aproximadamente 40:1 e um pequeno aumento nessa proporção de apenas 2,5% pode aumentar a concentração de potássio sérico em 0,1 mEq/L. Os constituintes do sangue (glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas) e células musculares podem liberar potássio intracelular tanto devido a técnicas de coleta defeituosas quanto por estados de doença.¹⁻²

A pseudohipercalemia é um aumento artificial da concentração de potássio no soro quando não há evidência clínica de desequilíbrio eletrolítico ou anormalidades no eletrocardiograma. Em geral, é caracterizada por uma elevação da concentração sérica de potássio em mais de 0,4 mmol/L em comparação com a concentração plasmática, desde que essas amostras sejam obtidas sob rigorosas técnicas, permaneçam a temperatura ambiente e sejam testadas dentro de 1 hora a partir da coleta.³⁻⁴

Durante os processos de coleta pode haver liberação de potássio pelas células sanguíneas ocasionando a sua elevação, portanto a pseudohipercalemia pode ser provocada por uma série de fatores e variáveis que podem estar relacionados também a erros pré-analíticos⁴.

Estima-se que aproximadamente 60-70% das decisões clínicas são baseadas em resultados gerados pelos laboratórios e o potássio está entre os dez analitos mais comumente testados.⁵ O nível de potássio no sangue é capaz de se elevar devido a diversos fatores que podem causar uma pseudohipercalemia (tabela 1), sendo que na maior parte dos casos essa elevação pode ser consequência dos cuidados pré-analíticos do paciente, onde se realiza a punção venosa de forma inadequada, como o prolongamento superior a 1 minuto de garrote e movimentação de abrir e fechar o punho.⁶

Tabela 1 - Fatores que resultam em níveis falsamente elevados de potássio⁴

Fatores
Hemólise
Aperto de punho
Uso prolongado do torniquete
Separação tardia
Recentrifugação
Técnica de coleta inapropriada (venopunção traumática)
Agitação excessiva

Erros pré-analíticos são capazes de gerar uma falsa elevação dos níveis de potássio, que podem tanto esconder uma hipocalcemia aumentando um potássio anormalmente baixo de um paciente hipocalcêmico para o intervalo de referência, mascarando doenças renais ou alcalose metabólica, quanto elevar falsamente níveis normais sujeitando os pacientes a tratamentos desnecessários.⁷

Uma das causas pré-analíticas mais comuns de aumento de potássio, levando a uma pseudohipercalemia, é devido ao uso prolongado do torniquete e a técnica de aperto de punho e/ou ato de bombear antes ou durante a punção venosa.⁸

A contração dos músculos do antebraço durante o aperto do punho repetido provoca a liberação de potássio, uma vez que há uma redução na electronegatividade intracelular durante a despolarização das células musculares, o que favorece a liberação de potássio em vez de sua absorção podendo causar, conseqüentemente, uma pseudohipercalemia^{9,10}. Este efeito pode levar a um aumento de 1-2 mmol/L de potássio com um aumento de até 2,7 mmol/L, o que foi observado em um indivíduo saudável devido ao aperto do punho durante a flebotomia.¹¹⁻¹²

As plaquetas liberam potássio durante a coagulação, resultando em concentrações de potássio mais elevadas (de $0,36 \pm 0,18$ mmol/L) no soro, em comparação com o plasma.¹³ A pseudohipercalemia é suspeita, quando o valor laboratorial do potássio medido é elevado, mas o paciente não apresenta sinais de hipercalemia, como um eletrocardiograma anormal.

Em um estudo, realizado por Gambino e Willeford⁸, verificou-se o aumento de 1,04 mmol/L de potássio durante uma coleta realizada com o bombeamento e aperto de punho em comparação com a coleta simultânea, do outro braço, sem o bombeamento. Os mesmos autores, realizaram estudos em que analisaram amostras de 29 voluntários saudáveis em dois momentos diferentes: primeiro, mantendo a mão relaxada durante a flebotomia e, segundo, abrindo e fechando o punho no momento da coleta. Os resultados mostraram que o bombeamento de punho proporcionou um aumento médio de 17% (0,7 mmol/L) nos resultados de potássio, com um intervalo de 0,0 mmol/L a 1,5 mmol/L, em comparação com a coleta sem o bombeamento.⁸

Em 1990, Don, et al⁹, apresentaram um caso em que um professor universitário foi hospitalizado devido a uma aparente hipercalemia. Após várias investigações e diante da discrepância entre os valores encontrados, descobriu-se que o problema estava no momento da coleta sanguínea, pois a mesma era realizada utilizando a técnica de bombear com o aperto de punho.⁹

A liberação de resultados de potássio elevados deve ser uma grande preocupação para laboratórios clínicos, principalmente quando ocorrer a suspeita de pseudohipercalemia, já que algumas variáveis pré-analíticas podem interferir nesta dosagem. A técnica de abrir e fechar a mão durante a flebotomia traz alterações significativas nos níveis de potássio? Fazer uma comparação entre esses valores, diminuir a incidência de pseudohipercalemia e minimizar erros pré-analíticos. O estudo tem grande valia e relevância pois, visa a minimização de erros, evitando que pacientes sejam submetidos a tratamentos errados ou desnecessários.

Este projeto tem por objetivo avaliar as alterações do potássio em relação a frequência de aperto de punho pelos participantes da pesquisa, buscando

contribuir para um melhor entendimento sobre os aspectos quantitativos em relação ao uso da técnica de aperto de punho durante a flebotomia, para verificar com que frequência o aperto de punho poderá contribuir para a elevação do potássio, a interferência desse procedimento pré-analítico e sua significância no que diz respeito aos resultados gerados pelos laboratórios.

Método

Essa pesquisa foi aprovada pela Plataforma Brasil, sob o número de parecer 2.077.737, de 23 de maio de 2017.

Recrutamentos dos indivíduos

Todos os participantes da pesquisa foram instruídos sobre os processos e desenvolvimento do projeto, na qual concordaram em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram recrutados 50 estudantes do curso de Biomedicina, da Universidade Paulista (UNIP) de Brasília, do gênero masculino e feminino aleatoriamente, com idade entre 18 e 25 anos. Fatores de exclusão: pacientes com histórico prévio ou atual de alguma doença hematológica, insuficiência renal aguda, insuficiência cardíaca congestiva, acidose, que façam uso de diuréticos, pós-operatório, tratamentos prolongados com cortisona e seus análogos sintéticos e/ou alcalose.

Coleta do sangue periférico

Foram realizadas duas coletas sanguíneas de cada participante da pesquisa. Em um primeiro momento foi coletado 5 mL de sangue total a partir da venopunção da fossa cubital de cada indivíduo, mantendo as mãos relaxadas durante flebotomia. Após um minuto, foi realizada a coleta de 5 mL de sangue total com o bombeamento de punho (abrindo e fechando a mão) durante o procedimento de flebotomia. Essas coletas foram feitas em tubos à vácuo livre de anticoagulante e fatores de coagulação. O soro (não hemolisado) foi separado por centrifugação a 3100 rpm por 10 minutos, imediatamente após a coagulação do sangue no tubo coletor.

Os riscos para os participantes da pesquisa não excedem aos riscos inerentes à prática de coleta sanguínea, que podem incluir: dor, hematoma, ou outro desconforto no local da coleta. Raramente desmaio ou infecções no local da punção podem ocorrer. Todos os participantes da pesquisa foram informados sobre os riscos no momento da coleta sanguínea.

Divisão dos grupos

Na segunda coleta para avaliar as alterações do potássio em relação a frequência de aperto de punho os 50 participantes da pesquisa foram divididos em 5 (cinco) grupos, cada grupo contendo 10 (dez) indivíduos. Onde, os grupos se diferem na quantidade de aperto de punho. Sendo que o primeiro grupo realizou a técnica de aperto de punho 5 (cinco) vezes, o segundo grupo realizou a técnica 15 (quinze) vezes, o terceiro grupo 25 (vinte e cinco) vezes, o quarto

grupo 35 (trinta e cinco) vezes e, por último, o quinto grupo realizou a técnica de aperto de punho 45 (quarenta e cinco) vezes durante a flebotomia. Como segue a tabela abaixo.

Tabela 2 – Representação da divisão dos grupos

Grupos	Quantidade de aperto de punho
Primeiro	5 apertos de punho durante a flebotomia
Segundo	15 apertos de punho durante a flebotomia
Terceiro	25 apertos de punho durante a flebotomia
Quarto	35 apertos de punho durante a flebotomia
Quinto	45 apertos de punho durante a flebotomia

Medição de potássio

A dosagem do potássio foi realizada através do equipamento Roche Diagnostics AVL 9180 Series Electrolyte Analyzers, que utiliza o método eletrodo seletivo AVL 9180 do Laboratório Santa Rita.

Comparação dos resultados

É recomendado que cada laboratório constitua, na população atendida, sua própria faixa de valores de referência. Para orientação é sugerido os seguintes valores: Soro 3,6 - 5,0 mmol/L.¹⁴

Os valores de potássio impetrados por meio da dosagem, obtido das duas amostras do sangue periférico de cada participante da pesquisa, uma com o movimento de punho e a outra com as mãos relaxadas, foram colocados em tabelas e figuras para melhor visualização e comparação com auxílio do programa Microsoft Office Excel.

Local de estudo

O desenvolvimento de bancada deste projeto ocorreu nas dependências da Universidade Paulista de Brasília. A estrutura local está em nível de excelência na região onde se encontra. A universidade conta com um grupo de nível técnico, superior e de pós-graduados capazes de auxiliar no desenvolvimento das atividades necessárias para a execução do projeto em questão. Onde, as coletas foram realizadas e supervisionadas pela Dra Eloisa Elena Cangiani no Laboratório Escola da Universidade Paulista de Brasília.

Resultados

A população amostral foi composta por 50 estudantes do curso de Biomedicina da Universidade Paulista – UNIP.

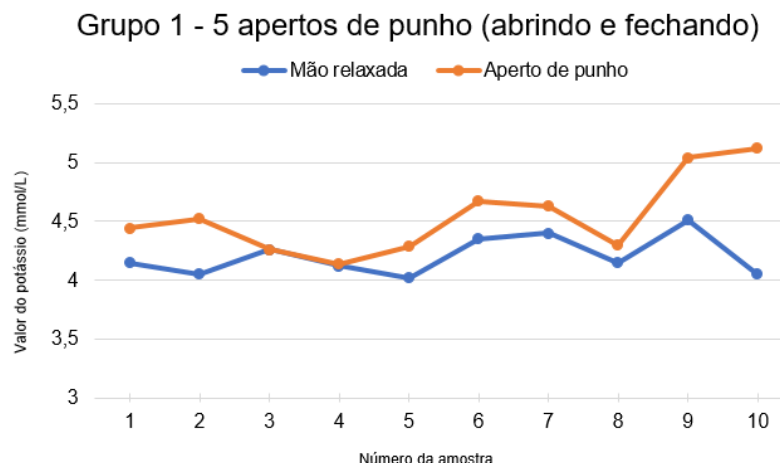


Figura 1 – Dosagem de potássio com a mão relaxada e, posteriormente com cinco apertos de punho.

Inicialmente observa-se que no grupo 1 (Figura 1), onde foram realizados cinco apertos de punho, 90% apresentaram aumento entre as dosagens e o indivíduo 3 não apresentou alteração. O maior aumento observado foi de 1,07 mmol/L, sendo que a diferença entre as dosagens variou de 0,0 à 1,07 mmol/L. A média do aperto de punho foi de 4,54 mmol/L enquanto a média com a mão relaxada foi de 4,20 mmol/L, com um desvio padrão do aperto de punho de 0,33 mmol/L (tabela 3).

Tabela 3 – Dosagem com 5 apertos de punho

Amostra	Mão relaxada	Aperto de punho	Diferença
1	4,15	4,44	0,29
2	4,05	4,52	0,47
3	4,26	4,26	0
4	4,12	4,14	0,02
5	4,02	4,29	0,27
6	4,35	4,67	0,32
7	4,4	4,63	0,23
8	4,15	4,3	0,15
9	4,51	5,04	0,53
10	4,05	5,12	1,07
Média Mão Relaxada			4,206
Média Aperto de Punho			4,541
Desvio Padrão Mão Relaxada			0,166879864
Desvio Padrão Aperto de Punho			0,330031985

Também verificamos que 80% apresentaram aumento na dosagem sérica de potássio no grupo 2 (Figura 2), onde foram realizados 15 apertos de punho. O maior aumento observado foi de 1,27 mmol/L e que os indivíduos 5 e 9 não apresentaram alteração. As diferenças observadas variaram de 0,00 a 1,27 mmol/L, no indivíduo 3. A média com a mão relaxada foi de 4,29 mmol/L e a média com o aperto de punho foi de 4,79 mmol/L com um desvio padrão de 0,412 mmol/L (tabela 4).

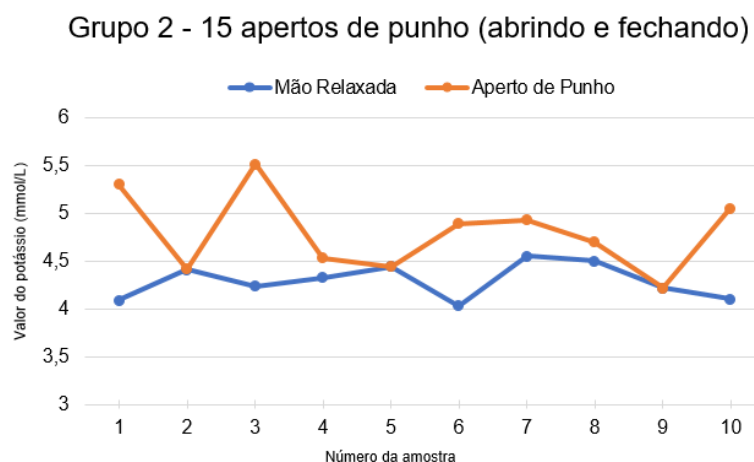


Figura 2 – Dosagem de potássio com a mão relaxada e, posteriormente com quinze apertos de punho.

Tabela 4 – Dosagem com 15 apertos de punho

Amostra	Mão Relaxada	Aperto de Punho	Diferença
1	4,09	5,3	1,21
2	4,41	4,42	0,01
3	4,24	5,51	1,27
4	4,33	4,53	0,2
5	4,44	4,44	0
6	4,03	4,89	0,86
7	4,55	4,93	0,38
8	4,5	4,7	0,2
9	4,22	4,22	0
10	4,1	5,05	0,95
Média Mão Relaxada			4,291
Média Aperto de Punho			4,799
Desvio Padrão Mão Relaxada			0,182966299
Desvio Padrão Aperto de Punho			0,412968925

No grupo 3 (Figura 3), com a realização de 25 apertos de punho, houve alteração em 90% das amostras analisadas, onde o maior aumento observado foi de 0,97 mEq/L e apenas o indivíduo 4 não apresentou nenhum aumento. A média com a mão relaxada foi de 4,12 mmol/L enquanto a média com o aperto de punho foi de 4,57 mmol/L (tabela 5). Esse foi o grupo que apresentou menor diferença entre as dosagens.

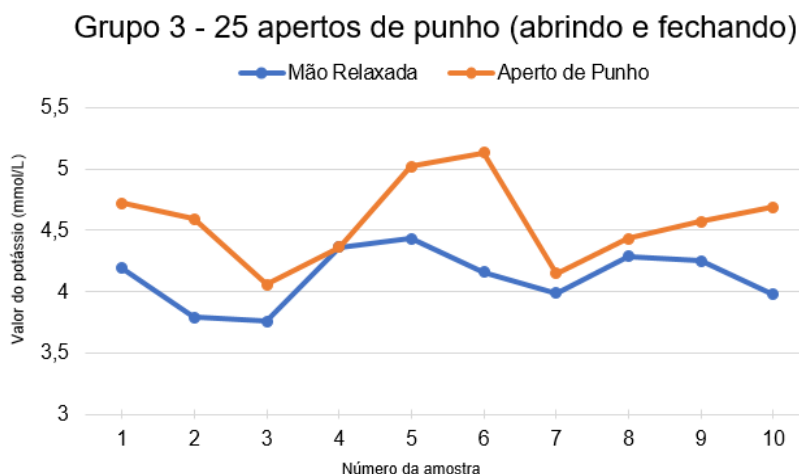


Figura 3 – Dosagem de potássio com a mão relaxada e, posteriormente com vinte e cinco apertos de punho

Tabela 5 – Dosagem com 25 apertos de punho

Amostra	Mão Relaxada	Aperto de Punho	Diferença
1	4,19	4,72	0,53
2	3,79	4,59	0,8
3	3,76	4,06	0,3
4	4,36	4,36	0
5	4,43	5,02	0,59
6	4,16	5,13	0,97
7	3,99	4,15	0,16
8	4,29	4,43	0,14
9	4,25	4,57	0,32
10	3,98	4,69	0,71
Média Mão Relaxada			4,12
Média Aperto de Punho			4,572
Desvio Padrão Mão Relaxada			0,231180545
Desvio Padrão Aperto de Punho			0,34214357

Observa-se que no Grupo 4 (Figura 4), onde realizou-se 35 apertos de punho os níveis séricos de potássio elevaram-se em 80% das amostras analisadas, 20% não apresentaram nenhuma alteração e o maior aumento observado foi de 1,73 mmol/L no indivíduo 2. A média com a mão relaxada foi de 4,19 mmol/L e a média com o aperto de punho foi de 4,85 mmol/L com um desvio padrão de 0,69 mmol/L (tabela 6). Observa-se que 30% dos indivíduos no grupo 4 apresentaram diferenças acima de 1,00 mmol/L entre as dosagens.

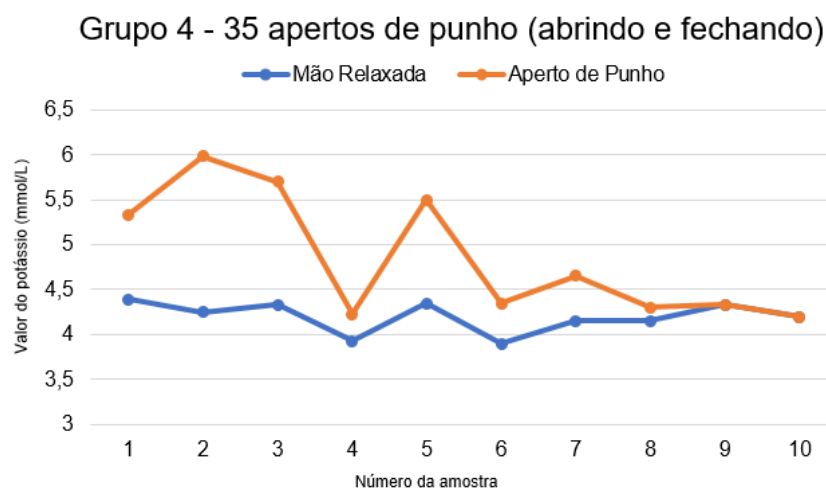


Figura 4 – Dosagem de potássio com a mão relaxada e, posteriormente com trinta e cinco apertos de punho

Tabela 6 – Dosagem com 35 apertos de punho

Amostra	Mão Relaxada	Aperto de Punho	Diferença
1	4,39	5,33	0,94
2	4,25	5,98	1,73
3	4,33	5,7	1,37
4	3,93	4,23	0,3
5	4,35	5,5	1,15
6	3,9	4,35	0,45
7	4,15	4,65	0,5
8	4,15	4,3	0,15
9	4,33	4,33	0
10	4,2	4,2	0
Média Mão Relaxada			4,198
Média Aperto de Punho			4,857
Desvio Padrão Mão Relaxada			0,17086707
Desvio Padrão Aperto de Punho			0,692949413

No grupo 5 (Figura 5), onde foram realizadas 45 apertos de punho, também observou-se que 90% das dosagens apresentaram aumento, o indivíduo 7 não apresentou nenhuma alteração. O maior aumento observado foi de 3,0 mmol/L, esse aumento foi verificado no indivíduo 10, porém, vale ressaltar que, sua segunda amostra, com o aperto de punho, apresentou hemólise. A média com a mão relaxada foi de 4,39 mmol/L e a média com o aperto de punho foi de 5,29 mmol/L com um desvio padrão de 1,06 mmol/L (tabela 7). Observa-se que 40% dos indivíduos do grupo 5 apresentaram dosagens de potássio com o aperto de punho acima do valor de referência, que é 5,0 mmol/L.

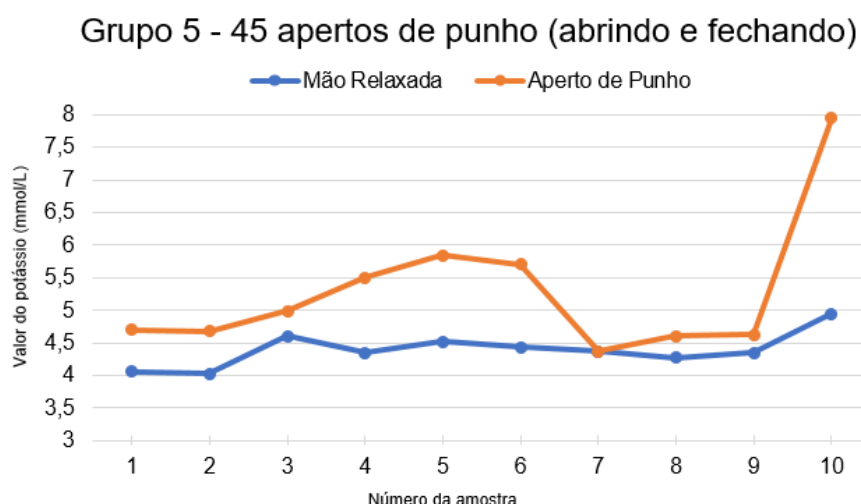


Figura 5 – Dosagem de potássio com a mão relaxada e, posteriormente com quarenta e cinco apertos de punho

Tabela 7 – Dosagem com 45 apertos de punho

Amostra	Mão Relaxada	Aperto de Punho	Diferença
1	4,06	4,7	0,64
2	4,03	4,68	0,65
3	4,6	4,99	0,39
4	4,35	5,5	1,15
5	4,52	5,84	1,32
6	4,43	5,7	1,27
7	4,37	4,37	0
8	4,27	4,6	0,33
9	4,35	4,62	0,27
10	4,95	7,95	3
Média Mão Relaxada			4,393
Média Aperto de Punho			5,295
Desvio Padrão Mão Relaxada			0,265122613
Desvio Padrão Aperto de Punho			1,063100811

Discussão

Sabe-se que o movimento muscular libera potássio, e que o exercício do antebraço resulta em um aumento do potássio no sangue retirado a veia. A quantidade que o potássio pode aumentar e o fato de que esse aumento é de significado clínico, podendo levar a uma pseudohipercalemia, não é geralmente reconhecido¹².

Observa-se que não foram encontrados níveis de potássio diminuídos em relação a flebotomia com a mão relaxada e a flebotomia realizada depois da movimentação do punho. Condizendo que a técnica de aperto de punho na maioria das ocasiões, independentemente da quantidade de aperto de punho, pode levar a uma falsa hipercalemia.

Podemos perceber que os resultados mostram que um valor falso de

potássio pode ser esperado em quase todas as dosagens após o exercício de abrir e fechar a mão durante a flebotomia, já que 86% das dosagens realizadas com o aperto de punho apresentaram-se aumentadas em relação a dosagem com a mão relaxada. Quando as veias são de difícil acesso, é comum o profissional solicitar ao paciente a movimentação do punho para melhor visualização das veias e quando isso é combinado com a punção da veia cubital, o nível de potássio pode aumentar consideravelmente.

Observa-se ainda que a elevação do potássio devido ao movimento de abrir e fechar a mão durante a flebotomia independe da quantidade de apertos de punho, visto que em todos os grupos houve aumento, em maior ou menor proporção.

Foi verificado que sete dos cinquenta indivíduos não apresentaram alterações entre as duas dosagens, o que pode ser justificado pelo fato de que quando o garrote não é aplicado de maneira suficiente para prender a circulação sanguínea os níveis séricos de potássio permanecem inalterados em comparação a coleta com a mão relaxada e o aperto de punho.

Também foi observado que o indivíduo 10 do grupo 5 apresentou uma diferença de 3,0 mmol/L entre as duas dosagens, a maior variação entre todos os grupos. Verificamos que sua segunda amostra com a realização do movimento de abrir e fechar a mão encontrava-se hemolisada e esta hemólise altera significativamente os valores de potássio, devido a passagem do mesmo para o plasma através da ruptura dos glóbulos vermelhos, o que pode justificar essa grande elevação.¹²

Alterações em outros eletrólitos não foram extensivamente investigadas no presente estudo. Não se espera que o sódio e o cloreto sejam alterados, uma vez que os níveis circulantes destes íons são comparativamente elevados e seriam pouco alterados pelo aperto de punho.

Conclusão

O movimento de punho resultou em níveis séricos de potássio alterado em 86% dos casos. Aumento acima de 1 mmol/L de potássio sérico em 20% das amostras em estudo. Em 30% dos soros dosados foram observadas uma pseudohipercalemia, ou seja, antes da movimentação do punho os valores obtidos na dosagem de potássio eram considerados normais e posteriormente a técnica de aperto de punho, apresentou um potássio superior a 5,0 mmol/L (valor de referência). Esse procedimento demonstrou causar erros significativos na dosagem do potássio na prática da flebotomia para melhor visualização das veias.

As alterações do potássio em relação a frequência de aperto de punho pelos participantes da pesquisa, são independentes da quantidade de aperto de punho, sendo que as diferenças e médias de todos os grupos estão próximas.

Finalmente, levando em consideração que os níveis normais de potássio sérico variam de 3,5 a 5,0 mmol/L, observa-se que 30% dos participantes da pesquisa, de um modo geral, poderiam ter sido diagnosticados incorretamente com uma hipercalemia, podendo ser submetidos a tratamentos desnecessários.

Portanto, o presente estudo indica que a técnica de aperto de punho abrindo e fechando a mão durante a flebotomia deve ser evitada, pois uma

significativa porcentagem dos casos apresentaram uma elevação de potássio não condizente com o nível sérico de potássio normal do indivíduo.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES).

Referências

1. Asirvatham J, Moses V, Bjornson L. Errors in Potassium Measurement: A Laboratory Perspective for the Clinician. *N Am J Med Sci*. 2013;5(4):255-259.
2. Walker H, Hall W, Hurst J. Clinical Methods: The History, Physical and Laboratory Examinations. 3rd ed. Chapter 195. Boston: Butterworths; 1990. Serum Potassium Clinical Methods NCBI.
3. Sevastos N, Theodossiades G, Archimandritis A. Pseudohyperkalemia in Serum: A new Insight into an Old Phenomenon. *Clin Med Res*. 2008;6(1):30-32.
4. Meng Q, Wagar E. Pseudohyperkalemia: A new twist on an old phenomenon. *Crit Rev Clin Lab Sc*. 2014 Oct:1-11.
5. Forsman R. Why is the laboratory an afterthought for managed care organizations? *Clinical Chemistry*. 1996;42(5):813-816.
6. Stankovic A, Smith S. Elevated serum potassium values: the role of preanalytic variables. *Am J Clin Pathol*. 2004;121:105-112.
7. Asirvatham J, Moses V, Bjotnson L. Errors in Potassium Measurement: A Laboratory Perspective for the Clinician. *N Am J Med Sci*. 2013;5(4):255-259.
8. Baer D, Ernst D, Willeford S, Gambino R. Investigating elevated potassium values. *MLO*. 2006 nov:24-31.
9. Don B, Sebastian A, Cheitlin M, Christiansen M, Schambelan M. Pseudohyperkalemia caused by fist clenching during phlebotomy. *The new England Journal of Medicine*. 1990 mai:1290-1292.
10. Narayanan S, Guder W. Preanalytical Variables and Their Influence on the Quality of Laboratory Results. *eJIFCC*. 2001;13.
11. Narayanan S. The preanalytic Phase. *Am J Clin Pathol* 2000;113:429-452.
12. Skinner S, Adelaide M. A cause of erroneous potassium levels. *The Lancet*. 1961 march:478-480.
13. Hartmann R, Auditore J, Jackson D. Studies on thrombocytosis Hyperkalemia due to release of potassium from platelets during coagulation. *J Clin Invest*. 1958;37:699-707.
14. Potássio. [Bula]. Goiânia: Doles Reag. Equip. para Laboratórios Ltda.

Autor de Correspondência

Kênya Oliveira Guerra,
Rua 04 chácara 286 lote 21. CEP:72006-280. Vicente Pires,
Brasília, Brasil.
kenya.og@hotmail.com

Violência vivenciada por trabalhadores de um centro de atenção psicossocial em álcool e outras drogas

Violence experienced by workers of a psychosocial care center on alcohol and other drugs

Fernanda Silveira de Souza¹, Rosana Ribeiro Tarifa², Ricardo Henrique Soares³, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira⁴

Como citar: Souza FS, Tarifa RR, Soares RH, Oliveira MAF. Violência vivenciada por trabalhadores de um centro de atenção psicossocial em álcool e outras drogas. REVIS. 2019; 8(4): 439-50. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p439a450>

REVIS

1. Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, SP, Brasil.

2. Faculdade Anhanguera. Sumaré, SP, Brasil.

3. Tribunal de Justiça de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

4. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Recebido: 12/07/2019
Aprovado: 19/09/2019

RESUMO

Objetivo: Descrever as situações de violência vivenciadas por trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas e as consequências dessa violência em seu cotidiano. **Método:** Trata-se de estudo quantitativo descritivo e exploratório aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CAAE: 62471416.3.3001.0086 e 62471416.3.0000.5392) que foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial do município de São Paulo. Fez-se análise descritiva dos dados com o software R Studio Versão 3.4.3, pacote Rcmdr versão 2.4.4. **Resultados:** Mais de 96% dos entrevistados relatam ter sofrido alguma situação de violência enquanto trabalhavam no serviço em que a pesquisa foi realizada, a maioria em forma de agressão verbal. Suas reverberações foram divididas entre atitudes de fuga, busca de apoio e adoecimento. **Conclusão:** Revela-se crucial explorar essa temática para compreender fatores implicados nessa violência, formas de minimizá-la ou de minimizar seu impacto na vida dos trabalhadores de saúde.

Descritores: Psicologia; Violência no trabalho; Saúde do trabalhador; Saúde Mental; Centros de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Objective: To describe the situations of violence experienced by workers of a Psychosocial Care Center on Alcohol and Other Drugs and the consequences of this violence in their daily lives. **Method:** This is a descriptive and exploratory quantitative study approved by the Research Ethics Committee (CAAE: 62471416.3.3001.0086 and 62471416.3.0000.5392) and conducted in a Psychosocial Care Center in the city of São Paulo. Descriptive data analysis was performed using R Studio Version 3.4.3 software, Rcmdr version 2.4.4 package. **Results:** More than 96% of respondents report having experienced some violence while working in the service in which the survey was conducted, mostly in the form of verbal aggression. Their reverberations were divided into flight, seeking support, and illness. **Conclusion:** It is crucial to explore this theme to understand factors implicated in this violence, ways to minimize it or minimize its impact on health workers' lives.

Descriptors: Psychology; Workplace Violence; Occupational Health; Mental Health; Centers for Psychosocial Care.

ORIGINAL

Introdução

No final da década de 1970 iniciou-se no Brasil dois movimentos de luta por mudanças no modelo assistencial em saúde às pessoas com transtorno psíquico: a Reforma Psiquiátrica e o Movimento Antimanicomial¹. O modelo assistencial existente era um modelo clássico da psiquiatria, com base no sistema hospitalocêntrico, que usa o isolamento de pacientes como principal estratégia de cuidado.¹

Após profundas mudanças no paradigma assistencial na área de Saúde Mental, tem-se um modelo assistencial pautado na Reabilitação Psicossocial, de base teórica italiana¹. A reformulação do modelo assistencial no Brasil é resultado de importantes discussões e mudanças no campo político e assistencial de Saúde Mental no Brasil¹. Atualmente a atenção psicossocial tem base comunitária e é centrada nas necessidades singulares de cada sujeito.¹

A substituição do modelo hospitalocêntrico para o modelo assistencial de base comunitária evoluiu até a formação de Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) para suprir as necessidades da população que habita em determinado território². A RAPS se propõe a articular os diversos pontos de atenção à saúde existentes em um território, oferecendo um cuidado efetivo e integral.²

Na assistência em Saúde Mental incluem-se serviços de saúde destinados às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. A oferta de uma rede de cuidado para pessoas com demandas decorrentes do uso e da dependência de SPA é fundamental, visto que atualmente 250 milhões de pessoas consomem essas substâncias no mundo, dentre elas, 11,8% (29,5 milhões) apresentam problemas em decorrência de abuso, embora apenas 1/6 dessa população esteja em tratamento.³

No Brasil, levantamento nacional sobre uso de álcool e drogas concluiu que 50% da população do País consome bebidas alcoólicas, sendo que o uso abusivo de álcool é encontrado em 3,87% da população total⁴. Em relação ao uso de substâncias ilícitas (cocaína, maconha, crack, ecstasy, entre outros), 31,1% da população já fez uso alguma vez na vida e 18,2% consumiram alguma dessas substâncias no último ano.⁴

Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPSad) são um exemplo de serviço de saúde de base territorial existente no Brasil para prestar assistência às pessoas com problemas decorrentes do abuso de substâncias psicoativas⁵. Essa assistência apresenta demandas para suprir necessidades em diferentes aspectos da vida das pessoas, por isso instituiu-se diferentes modalidades de serviços para o CAPSad, entre elas a modalidade tipo III.

Os CAPSad III oferecem cuidado 24 horas ao dia e disponibilizam hospitalidade noturna às pessoas em situações de crise⁵. Em todas as modalidades de CAPSad são realizadas, diariamente, diferentes atividades individuais e em grupo com uma equipe multiprofissional, ou seja, com profissionais de diferentes formações acadêmicas.⁵ Trabalhar em equipe multiprofissional pode ser desafiador, ainda mais na área da saúde, pois é necessário conhecer a si próprio e buscar, por meio da empatia, compreender o outro, aceitando-o em sua integralidade.⁶ Portanto, promover cuidado de excelência é resultado de construção constante, diária, e que pode ter muitos obstáculos, entre os quais está a violência no ambiente de trabalho.

A violência é uma manifestação de agressividade que pode se expressar de diferentes maneiras, entre elas na forma verbal, física, sexual, psicológica, institucional, estrutural entre outras.⁷ As agressões no ambiente podem ser divididas em três grupos: violência externa, violência interna e violência provocada pelo cliente.⁸

Define-se por violência externa aquela provocada por uma pessoa não pertencente à instituição.⁸ Essa violência reflete a agressividade que ocorre em torno do serviço (podendo adentrá-lo fisicamente ou não) e tem relação direta com a localização geográfica do serviço de saúde, ou seja, instituições localizadas em áreas municipais com maior periculosidade estão mais vulneráveis a situações de violência externa.⁸

A violência interna ocorre entre os trabalhadores da mesma organização, sejam eles de cargos equivalentes na hierarquia institucional ou não.⁸ Já a violência provocada pelo cliente é aquela em que o agressor é a pessoa que recebe cuidados.⁸ Serviços de saúde com ações assistenciais desenvolvidas em contato direto e intenso com a sua clientela estão mais vulneráveis a esse último tipo de violência.

Profissionais da saúde são considerados vulneráveis às situações de violência, pois atuam em ambientes de risco.⁸⁻⁹ Alguns dos principais fatores de risco são⁸⁻⁹:

- Contato direto e intenso com um possível agressor;
- Instituição de saúde localizada em região com alto índice de violência externa;
- Atendimento a pacientes psiquiátricos que podem apresentar agitação psicomotora;
- Assistência às pessoas intoxicadas por abuso de substâncias psicoativas.

Ocorrências constantes de situações violentas no trabalho podem trazer graves consequências aos profissionais de saúde como: desgaste profissional, sofrimento, adoecimento, afastamento do trabalho, diminuição da eficiência dos cuidados e da qualidade de vida do trabalhador.¹⁰⁻¹¹

No Brasil, o fenômeno da violência nas redes de atenção à saúde é aceito como parte da rotina de trabalho, essa naturalização dos fenômenos violentos contribui para a falta de providências e transformações do ambiente de trabalho.¹⁰⁻¹¹ Sendo assim, este estudo descreve brevemente o perfil sociodemográfico de trabalhadores de um CAPSad III, identifica a incidência de situações de violência provocadas pelos clientes desse serviço, as reverberações dessas situações de violência para os trabalhadores.

Método

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e exploratório, cuja coleta de dados foi realizada por meio de um formulário online elaborado pelos autores e digitalizado para formato eletrônico na aplicação *Google Formulários*, portanto todas as respostas automaticamente passaram a compor uma planilha de dados exportada em formato compatível com o *software Microsoft Excel*. O formulário foi auto aplicado, embora um auxiliar da pesquisa estivesse disponível para auxílio no computador utilizado pelos profissionais de saúde para responder ao formulário da pesquisa.

O campo do estudo foi um CAPSad de modalidade III situado em uma

área de elevada periculosidade no município de São Paulo (São Paulo, Brasil). A região ocupa um dos três primeiros lugares no ranking municipal relacionado a furtos, tráfico de entorpecentes e homicídios.¹² A área de abrangência do referido CAPSad III contempla cerca de 450.850 habitantes e possui a maior quantidade de pessoas em situação de rua das subprefeituras municipais de São Paulo.¹³

Em todas as etapas do desenvolvimento do estudo atentou-se para critérios éticos, conforme Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.¹⁴ Antes do início da coleta de dados o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação de dois Comitês de Ética em Pesquisa. Os pareceres favoráveis ao desenvolvimento do estudo receberam os respectivos protocolos: CAAE: 62471416.3.3001.0086 e 62471416.3.0000.5392.

O critério de inclusão de participantes no estudo foi ser trabalhador no CAPSad que serviu de campo para a coleta de dados. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2017. Foram consideradas perdas de dados os casos em que os trabalhadores estavam afastados do trabalho por algum motivo ou não consentiram em participar do estudo. A análise de dados foi feita com o apoio do *software R Studio* versão 3.4.3 (30.11.2017)¹⁵, pacote *Rcmdr* versão 2.4-4.¹⁶

Resultados

Fez-se coleta de dados com 58 profissionais de diferentes formações, o que representa 98% do total de profissionais no serviço. Não foi possível realizar entrevista com três profissionais, pois estavam afastados do trabalho (dois por problema de saúde e um em decorrência de agressão sofrida no local de trabalho). No que se refere aos dados sociodemográficos, a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (53,5%), de raça não branca (56,9%), estado civil casado ou com companheiro (58,62%), formação técnica de nível médio (49,1%) e sem experiência de trabalho anterior ao CAPSad III (91,2%), conforme tabela 1. Quase todos os entrevistados (57 entrevistados - 96,55%) informaram já ter vivenciado alguma situação de violência causada por usuários do CAPSad III enquanto trabalhavam.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos entrevistados. São Paulo, São Paulo (Brasil), 2017 (n=58)

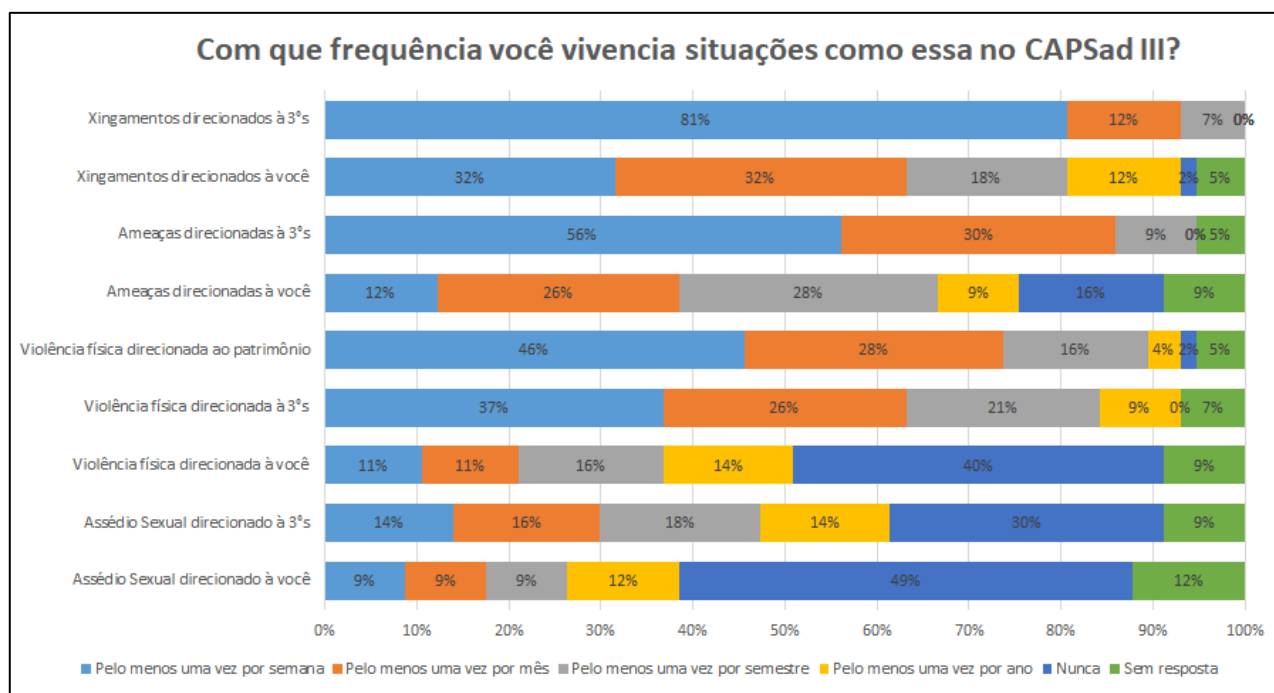
Variáveis		Frequências	
		n	%
Sexo	Masculino	27	46,5
	Feminino	31	53,5
Raça	Branca	25	43,1
	Não branca ou não informada	33	56,9
Estado civil	Sem companheiro ou não informado	34	59,7
	Com companheiro	4	7,0
Atribuição	Nível técnico	28	49,1
	Nível superior	16	28,1

Tempo de trabalho no CAPSad	Menos de um ano	17	29,8
	Mais de um ano	4	7,0
Experiência anterior ao CAPSad	Não	52	91,2
	Sim	5	8,8

Os tipos de violência mais observadas pelos profissionais foram as verbais (xingamentos e ameaças), sendo que 81% dos xingamentos e 56% das ameaças ocorreram pelo menos 1 vez por semana. Relatou-se que casos de violência física e sexual ocorrem pelo menos uma vez por semestre (37% dos entrevistados relataram violência física e 27% relataram violência sexual).

Situações de violência física direcionada a outras pessoas foram presenciadas pelo menos uma vez por mês por 63% dos entrevistados. Embora 92% dos entrevistados tenham relatado que já vivenciou alguma situação de violência física direcionada a outros trabalhadores. Verificou-se ainda que 74% dos entrevistados presencia ao menos uma situação de violência contra o patrimônio ao mês (Quadro 1).

Quadro 1 – Frequência com que cada entrevistado vivencia diferentes situações de violência no CAPSad III, São Paulo, São Paulo (Brasil), 2017 (n=57*)



* n=57 de 58, pois refere-se aos profissionais que relataram ter vivenciado situação de violência.

Ao serem perguntados sobre o tipo de violência que mais os afeta, 42% dos entrevistados mencionaram a violência física direcionada a si mesmo como mais prejudicial. O segundo tipo de agressão mais prejudicial citado foi a ameaça direcionada a si (28%), seguida da violência física direcionada a terceiros (16%). Outras formas de violência citadas como muito prejudiciais foram a violência física direcionada ao patrimônio (7%), as ameaças direcionadas a terceiros (2%) e o assédio sexual direcionado a si (2%).

Segundo os entrevistados, as situações de violência sofridas têm diferentes reverberações, aqui divididas em três grupos: a) Busca de apoio; b) Atitude de fuga e; c) Adoecimento. A maior parte dos entrevistados (96,5%) selecionou ao menos uma reverberação considerada resultante das situações de violência no serviço. Somente 3,5% dos entrevistados não selecionou nenhuma resposta a esse item (tabela 2).

Tabela 2 - Reverberações que as situações de violência podem gerar nos trabalhadores do CAPSad, São Paulo, São Paulo (Brasil), 2017 (n=57*)

Variável	Frequências	
	n	%
Atitudes de Fuga	Distanciamento dos usuários mais agressivos	24 42,10
	Faltas no trabalho	22 38,59
	Diminuição na produtividade	20 35,08
	Considerar mudança de trabalho	20 35,08
	Aumento de intervalos	17 29,82
Busca de Apoio	Conversas com colegas de trabalho	33 57,89
	Conversa com familiares	22 38,59
	Psicoterapia	9 15,78
	Frequência a cultos religiosos	5 8,77
	Prática de esportes	3 5,26
	Entretenimento cultural	2 3,50
	Comunicar a gestão	2 3,50
Adoecimento	Faltas em decorrência de uma doença	28 49,12
	Alteração prejudicial no padrão de sono	15 26,31
	Alteração prejudicial na alimentação	10 17,54
	Intensificação do uso do cigarro	5 8,77
	Intensificação do uso de bebidas alcoólicas	4 7,01
	Intensificação do uso de medicamentos psicotrópicos	4 7,01
	Intensificação do uso de drogas ilícitas	1 1,75

Observação: Foi permitido que os entrevistados selecionassem mais de uma alternativa.

* n=57 de 58, pois refere-se aos profissionais que relataram ter vivenciado situação de violência.

Discussão

Este estudo corrobora a literatura científica por apontar a existência de atos violentos sofridos pelos profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho e consequências negativas advindas desses atos, como adoecimento, afastamento do serviço e desgaste profissional.¹⁷

Os dados sugerem que os profissionais de saúde ocupam o papel de observadores da situação de violência com uma frequência maior do que são alvo das agressões, independentemente do tipo de violência (física, verbal ou

sexual). Uma explicação para isso poderia ser o fato de que, numericamente, existem muitos profissionais, aumentando a probabilidade do profissional ocupar o lugar de observador de situações de violência. Outra possibilidade é que os profissionais se aproximam do local em que uma situação de violência está acontecendo para tentar manejar o ocorrido, criando mais observadores do que vítimas diretas da agressão.

Destaca-se, nos resultados, o fato de que a grande maioria (96,55%) dos entrevistados ter sofrido situação de violência independente de seu perfil sociodemográfico, ou seja, todos os trabalhadores, neste estudo, poderiam ser considerados vulneráveis a situações de violência. Por uma condição histórica e estrutural seria de se supor que os profissionais do sexo feminino estariam mais vulnerável às situações violentas no cotidiano do serviço.¹⁷⁻¹⁸ Mas, no presente estudo, aparentemente, profissionais sofreram situações violentas no ambiente de trabalho, independente do sexo.

No que se refere às reverberações das situações de violência, as mulheres relataram com mais frequência o comportamento de se afastar dos usuários mais agressivos do serviço como atitude de resposta às situações de violência vivenciadas (48% mulheres e 35% dos homens).

Dentre os comportamentos intensificados frente às situações de violência na categoria “busca por apoio”, destaca-se uma conduta coletiva de cooperação entre os membros da equipe, especificamente na busca de apoio por meio de “conversas com colegas de trabalho”, o que pode fortalecer o vínculo entre os trabalhadores e melhorar o enfrentamento do sofrimento atrelado ao viver situação de violência no ambiente de trabalho.

Para que ocorra a cooperação é necessária a construção de relações de confiança entre os profissionais.¹⁹ Entretanto¹⁹:

“ Em um coletivo de trabalho, só concedemos nossa confiança de maneira duradoura a nossos colegas se tivermos uma ideia precisa da maneira como eles trabalham [...] Cada um deve, assim, tornar visível aos demais a maneira como trapaceia, a forma como toma liberdades com as regras e mesmo se respeita o espírito dessas regras. O que implica, entre outras coisas, um certo desempenho, uma representação, uma dramaturgia, passando por uma gestualidade e um discurso específicos”.¹⁹

Ainda em relação à categoria “busca por apoio”, aparentemente, o uso da palavra, conversando com colegas, amigos e familiares se destaca como de primordial importância. A palavra direcionada à um terceiro pode adquirir uma dupla função, inicialmente de promover uma descarga, um alívio para quem fala e em seguida, associações.²⁰ Ou seja, quando se oferece a escuta livre de preconceitos, viabiliza-se uma elaboração simbólica do acontecimento que foi difícil para quem fala.²⁰

Os dados sugerem, portanto, que a disponibilidade de escuta qualificada pode ser fundamental para um serviço de saúde mental, tanto em relação aos usuários do serviço, quanto aos funcionários. Amparar os profissionais poderia ser um meio de proporcionar diminuição do sofrimento, do adoecimento e das atitudes de fuga, tendo um impacto direto na qualidade dos serviços ofertados.

Disponibilizar escuta qualificada pode requerer mudanças na estrutura de uma organização. Lancetti descreve as situações de trabalho no CAPSad como inconstantes, ora repetitivas, ora explosivas, o que leva à exigência de

plasticidade psíquica dos profissionais, de modo a permitir a mobilidade e flexibilidade de afetos e pensamentos²¹. Para que tal plasticidade seja viável, reforça-se a importância dos investimentos nos espaços de escuta qualificada para os trabalhadores da saúde mental, como a supervisão e a psicoterapia, dentro ou fora do serviço.²¹

Na categoria atitudes de fuga se destaca o “distanciamento dos usuários mais agressivos” e as “faltas no trabalho” como comportamentos intensificados por situações de violência. Esses comportamentos podem ser considerados condutas reativas e individuais em face da violência vivenciada, configurando-se em exemplos de desvio de regras, porquanto desassiste o usuário que, embora identificado como agressor, tem o direito de ser atendido pela equipe profissional do serviço de saúde.

Compreender o motivo específico de cada violência dos usuários do serviço só é viável com aproximação ao sujeito e promoção de espaços de escuta qualificada. Poder-se-ia, nesse sentido, compreender o ato violento como uma tentativa de expressão quando outras estratégias de comunicação falharam.²⁰ O sujeito, não podendo, ou não conseguindo fazer uso da palavra para manejar uma situação, encontraria no ato violento uma vazão àquilo que a palavra não pode mediar.^{20,22}

Instruir os profissionais sobre o manejo de situações de violência, conscientizá-los sobre possíveis estratégias de enfrentamento, apoiar os clientes do serviço de saúde para que busquem outras formas de comunicação, promover atividades que estimulem uma comunicação não violenta tanto por profissionais, quanto por clientes da instituição, além de outras estratégias, poderiam contribuir para cessar ou diminuir a ocorrência de situações de violência.

A última categoria das respostas frente à violência é o “adoecimento”, que pode ser encontrado em maior ou menor gravidade. Quando o adoecimento é leve, em muitos casos, gera cansaço e fraqueza corporal, o que interfere na qualidade do trabalho dos profissionais. Além disso, quando a gravidade é maior, pode ser necessário o afastamento do trabalho (Faltas em decorrência de uma doença - 49%), o que gera uma sobrecarga de demandas e, novamente, interfere na qualidade do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde.²³

Ser vítima constante de violência no trabalho aparenta gerar um ciclo vicioso em que a sobrecarga dos profissionais enquanto sujeitos individuais e coletivos gera uma indisponibilidade da plasticidade psíquica, diminuindo a qualidade do trabalho e a possibilidade do uso da palavra como mediador. Assim, abre-se espaço para e abrindo espaço para os usuários do CAPS responderem as diferentes situações com atos violentos.

Estudo desenvolvido sobre indicadores de qualidade de vida no trabalho sugere que a segurança no trabalho é apenas um aspecto da percepção de qualidade de vida no trabalho.²⁴ Outros indicadores são: 1) a oportunidade de uso de competências; 2) o relacionamento com os colegas, supervisores e gestores; 3) os salários e benefícios; 4) os afetos positivos; 5) o comprometimento organizacional e 6) a satisfação no trabalho.²⁴ Contudo, todas as variáveis são atravessadas e impactadas pela ocorrência de situações de violência no trabalho, demonstrando a importância fundamental dessa discussão. Esses indicadores poderiam ser, por exemplo, objeto de

planejamento da gestão organizacional dos serviços de saúde em que se pretende promover enfrentamento eficaz de situações de violência.²⁴

Ademais, sobre o campo de coleta de dados, o serviço em estudo encontra-se em uma das regiões de mais elevada periculosidade no município e atende uma grande quantidade de pessoas em situação de rua, fatores de risco importantes para situações de violência.⁸⁻⁹ Nesse sentido, a prática de ações violentas poderia ser meramente uma reprodução do que se vive, se vê e se aprende nas ruas que pertencem ao território de abrangência do CAPSad, inclusive como meio de sobrevivência.

Tendo em vista, ainda, os resultados do estudo e a hipótese aqui lançada de que haveria um ciclo vicioso em que ações de resposta à violência repercutem em mais atos de violência, elaborou-se um fluxograma explicativo da relação entre os resultados desta pesquisa e seu objeto de estudo (Figura 1).

Figura 1 – Ciclo vicioso formado pela violência



Conclusão

Observa-se uma resposta positiva dos profissionais de saúde em relação ao apoio de seus colegas de trabalho face às situações de violência que experienciam em seu cotidiano. Contudo, também estão presentes respostas de fuga e adoecimento, apontando para as falhas no processo de trabalho, ou seja, afastando-se do objetivo do serviço que é oferecer cuidado.

Longe de colocar os agressores como vítimas, espera-se que os resultados deste estudo possibilitem discussões amplas a respeito das situações de violência que ocorrem num serviço que deveria ser de promoção de cuidado e não de sofrimento. Nesse sentido, considera-se que o sofrimento afeta tanto os profissionais de saúde, como seus clientes. Além disso, não se pode permitir que a violência em ambientes de saúde seja naturalizada, pois ela pode gerar reverberações que interverem em toda dinâmica de trabalho.

Uma possível saída para toda situação e melhoria das condições de trabalho poderia envolver a disponibilidade de supervisão profissional, suporte para situações críticas, apoio da gestão, revisão do dimensionamento do trabalho e psicoterapia destinada aos profissionais que trabalham em locais

com elevados fatores de risco para situações de violência.

Com base nisso, sugere-se a realização de estudos com foco para a visão dos usuários sobre o tema em estudo. Explorar por diferentes ângulos essa temática poderia auxiliar numa compreensão aprofundada do que gera essas situações de violência nos ambientes de saúde para posterior planejamento de estratégias que promovam melhora nas relações interpessoais entre o profissional de saúde e seus clientes.

Agradecimentos

Agradecemos à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pela promoção da Residência Multiprofissional em Álcool e outras Drogas que possibilitou a elaboração desse trabalho.

Referências

1. Onocko-Campos RT, Díaz ARG, Dahl CM, Leal EM, Serpa Junior OD de. Methodological challenges in the use of focus groups with people with severe mental illness. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 Jul 13 [cited 2018 Jul 25];33(6):e00187316. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000604002&lng=en&tlng=en
2. de Assis JT, Barreiros GB, Conceição MIG. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jul 25];16(4):584-96. Available from: <http://www.redalyc.org/html/2330/233029839007/>
3. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2017. United Nations publication; 2017.
4. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro SS, Castello G. II Levantamento Nacional de álcool e outras drogas (LENAD). Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/Universidade Federal de São Paulo, editor. São Paulo; 2014.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. *Diário Of da República Fed do Bras*. 2012;45.
6. dos Santos I, Caldas CP, Erdmann AL, Gauthier J, de Figueiredo NMA. Cuidar da integralidade do Ser: Perspectiva estética/ sociopoética de avanço no domínio da enfermagem. *Rev Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2018 Jul 25];20(1):9-14. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22678&indexSearch=ID>
7. Martins KO. A Contribuição de Martín-Baró para o Estudo da Violência: uma apresentação The Contribution of Martín-Baró to Understand Violence: an overview La Contribución de Martín-Baró Hacia una Comprensión de la Violencia: una visión general La Contribution de M. 2014 [cited 2018 Jul

- 25];14:569–89. Available from:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v14n31/v14n31a10.pdf>
8. Contrera-Moreno L, Contrera-Moreno MI. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. *Rev Bras Enferm*. 2004;
9. Claro HG, de Oliveira MAF, Bourdreaux JT, Fernandes IFAL, Pinho PH, Tarifa RR. Drug use, mental health and problems related to crime and violence: Cross-sectional study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(6).
10. Vasconcellos IR de, Abreu AM, Maia E de L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2012 [cited 2018 Jul 25];33(2):167–75. Available from:
<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/19996>
11. Machado MH, Dos Santos MR, De Oliveira E, Wermelinger M, Vieira M, Lemos W, et al. CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMAGEM. *Enferm em Foco [Internet]*. 2016 Jan 27 [cited 2018 Jul 25];7(ESP):63. Available from:
<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/695>
12. São Paulo, Secretaria do Estado de Segurança Pública de São Paulo, Estadual G. Criminalidade Bairro a Bairro [Internet]. 2017. Available from:
<http://infograficos.estadao.com.br/cidades/criminalidade-bairro-a-bairro/>
13. São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Epidemiologia e Informação. Saúde em Dados [Internet]. São Paulo, Brasil; 2016. Available from:
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEIInfo_Dados_2016.pdf
14. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Of da União [da] República Fed do Bras*. 2013;150(112).
15. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [Internet]. Vienna, Austria; 2017. Available from: <https://www.r-project.org/>
16. Fox J, Bouchet-Valat M. Rcmdr: R Commander [Internet]. 2018. Available from: <https://cran.r-project.org/web/packages/Rcmdr/index.html>
17. Souza IAS, Pereira MO, Oliveira MAF de, Pinho PH, Gonçalves RMD de A. Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2015 [cited 2018 Jul 25];28(5):447–53. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/284535120>
18. Lima GHA, Gha L, Sma S. Psychological violence in the nursing work. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2015 [cited 2018 Jul 25];68(5):535–41. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680508i>
19. Athayde M. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. *Cad Saude Publica [Internet]*. 2005 Jun [cited 2018 Jul 25];21(3):989–90. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300039&lng=pt&tlng=pt
20. Kegler P, Macedo MMK. Narrativas do excesso: A potencialidade da palavra em psicanálise. *Tempo Psicanalitico [Internet]*. 2016 [cited 2018 Jul 25];48(1):171–90. Available from:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v48n1/v48n1a11.pdf>
21. Lancetti A. Contrafissura e plasticidade psíquica. São Paulo Hucitec. 2015;28–9.

22. Marin I da SK. Violências. Escuta; 2002.
23. Mendonça SHA, Araújo LS. Esgotamento profissional e qualidade de vida no trabalho: uma revisão integrativa. PSICOLOGIAS [Internet]. 2016 Apr 28 [cited 2018 Jul 25];2(0):1-19. Available from: <http://revistas.ufac.br/revista/index.php/psi/article/view/472>
24. Silva CA da, Ferreira MC. Dimensões e Indicadores da Qualidade de Vida e do Bem-Estar no Trabalho. Psicol Teor e Pesqui [Internet]. 2013 [cited 2018 Jul 25];29(3):331-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v29n3/v29n3a11.pdf>

Autor de Correspondência

Fernanda Silveira de Souza
Rua Pereira Estéfano 114. Apto 1102. CEP: 04144-070.
Vila da Saúde, São Paulo, São Paulo, Brasil.
fsouza1908@gmail.com

Prevalência de desmame precoce e fatores relacionados em crianças do Distrito Federal e entorno

Prevalence of early weaning and related factors in children of the Federal District and surroundings

Vitor Frazão Neri¹, Anna Letícia Lira Alves¹, Lucas Costa Guimarães¹

Como citar: Neri VF, Alves ALL, Guimarães LC. Prevalência de desmame precoce e fatores relacionados em crianças do Distrito Federal e entorno. REVIS. 2019; 8(4): 451-9. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p451a459>

REVIS

1. Universidade Paulista,
Instituto de Ciências da Saúde.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Recebido: 12/07/2019
Aprovado: 19/09/2019

RESUMO

Objetivo: Verificar a prevalência de desmame precoce em crianças menores de um ano de idade e identificar fatores sociais correlacionados com essa prática. **Método:** Estudo transversal realizado no período de fevereiro a setembro de 2017. A amostra foi composta por 235 mães de crianças com idade entre 0 a 12 meses que estavam em centros de saúde para a realização de consultas de rotina. Foi aplicado um questionário com questões abordando características maternas, da criança e sobre o aleitamento materno. Os dados foram analisados no software IBM SPSS Statistics®, versão 22.0. **Resultados:** A prevalência de desmame precoce foi de 52,4% ($p < 0,01$), os principais motivos alegados pelas mães para o desmame precoce foram “retorno ao trabalho” com 20,3% ($p < 0,01$) e “leite fraco/não sustenta” com 13,3% ($p < 0,01$). Os dados foram analisados considerando 5% de significância estatística e intervalo de confiança de 95%. **Conclusão:** A maioria das mães tem consciência da importância do aleitamento materno exclusivo, mas fatores sociais influenciam diretamente no desmame precoce. O retorno das mães ao trabalho e a insegurança de achar que o leite é fraco e não sustenta a criança são problemas frequentes. **Descritores:** Aleitamento materno; Desmame precoce; Nutrição do lactente

ABSTRACT

Objective: To verify the prevalence of early weaning in children under one year of age and to identify social factors correlated with this practice. **Method:** Cross-sectional study conducted from february to september 2017. The sample consisted of 235 mothers of children aged 0 to 12 months who were in health centers for routine consultations. A questionnaire was applied with questions addressing maternal, child and breastfeeding characteristics. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics® software, version 22.0. **Results:** The prevalence of early weaning was 52.4% ($p < 0.01$), the main reasons given by mothers for early weaning were “return to work” with 20.3% ($p < 0.01$) and “Weak / non-sustaining milk” with 13.3% ($p < 0.01$). Data were analyzed considering 5% of statistical significance and 95% confidence interval. **Conclusion:** Most mothers are aware of the importance of exclusive breastfeeding, but social factors directly influence early weaning. Mothers' return to work and the insecurity of thinking that milk is weak and not supporting the child are frequent problems. **Descriptors:** Breastfeeding; Early weaning; Infant nutrition

ORIGINAL

Introdução

A criança tem nos primeiros meses de vida o período de maior fragilidade, as mudanças adaptativas da vida extrauterina são muitas e o bebê necessita de proteção e cuidados adequados para o seu crescimento e desenvolvimento ideal.¹

A amamentação é fundamental para satisfazer as necessidades do lactente. O leite materno oferece todos os nutrientes que a criança necessita nos primeiros seis meses de vida. Fornece também células de defesa, que contribuirão para o sistema imunológico da criança, ajudando-a em sua fisiologia, na defesa contra infecções e contribuindo para o seu desenvolvimento cognitivo e motor.²

Além de suprir as necessidades nutricionais e imunológicas do lactente através do leite materno, o ato de amamentar é também um modo de envolver profundamente a afetividade da mãe com o filho, influenciando positivamente na saúde física e emocional de ambos¹. Diante de todos esses benefícios, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) indicam o aleitamento materno exclusivo (AME) nos seis primeiros meses e de forma complementar até os dois anos, e que não há benefício nenhum em se introduzir alimentos complementares antes dos seis meses, pelo contrário, essa prática pode estar ligada a diversos problemas futuros, como obesidade, diabetes, hipertensão, colesterol alto e alergias.^{1,3-4}

A amamentação é uma importante estratégia preventiva de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo uma medida eficaz e econômica nos problemas de morbimortalidade infantil¹. Desde a década de 80 o governo brasileiro investe em políticas relacionadas ao incentivo da amamentação, foi no ano de 1981, com a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que de fato o governo começou com essa prática no Brasil. O PNIAM tinha como estratégia identificar os obstáculos da amamentação, fazer campanhas nacionais e treinamentos de profissionais⁵. Desde então, diversos são os esforços com programas e campanhas do governo que buscam incentivar o aleitamento materno.¹

No Brasil, a interrupção precoce do AME vem diminuindo gradualmente com o passar dos anos. Estudos demonstram que a prevalência da amamentação tanto exclusiva quanto complementar cresceram nas últimas décadas, mas apesar desse crescimento, a prevalência de desmame precoce continua alta e ainda fora do preconizado pela OMS.⁶⁻⁸ Esse estudo teve como objetivo verificar a prevalência de desmame precoce, além identificar os principais fatores que condicionam essa prática.

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi verificar a prevalência de desmame precoce em crianças menores de um ano de idade, identificando os principais motivos sociais relacionados com essa prática.

Método

Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado com mães de crianças entre 0 a 12 meses de idade, de ambos os sexos, residentes em três regiões administrativas do Distrito Federal (Guará, Planaltina e Candangolândia) e duas cidades do estado de Goiás (Planaltina e Valparaíso),

no período de fevereiro a setembro de 2017.

A amostra foi composta por 235 mães, que foram convidadas a participar do estudo enquanto aguardavam atendimento no centro de saúde. Foram excluídos do estudo pacientes acompanhados por outro responsável, que não a mãe, pelo fato de poder gerar inconsistência nas respostas.

Os dados correspondentes foram obtidos por meio de um questionário produzido pelos próprios autores da pesquisa. O questionário aplicado continha questões que abordavam características maternas (idade, escolaridade, situação profissional, estado civil, renda familiar, número de filhos e realização de pré-natal); da criança (sexo e idade); sobre o aleitamento materno (conhecimentos, como obteve informações, duração do aleitamento materno exclusivo, causa que levou ao desmame ou interrupção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis de vida da criança e quanto ao aleitamento materno no momento); e alimentação infantil (recebimento de informações e frequência alimentar).

A análise dos dados foi realizada no *software* SPSS Statistics v. 22, após a tabulação dos dados em planilha do Microsoft® Excel 2016. Os resultados foram apresentados por meio de estatística descritiva simples e aplicação dos testes *t* de student e qui-quadrado, considerando 5% de significância estatística e intervalo de confiança de 95%. Nas questões que foram realizadas associações entre a característica materna e o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, foram consideradas apenas as mães de crianças que já haviam completado seis meses de vida, sendo a amostra total dessas questões 172 mães.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/SES-DF) sob número do parecer 1.767.710, CAEE: 56428916.6.0000.5553. As mães foram informadas quanto aos objetivos do estudo e a forma de participação, as que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.⁹

Resultados

Na tabela 1, constam informações sociais a respeito das mães investigadas na pesquisa. Foi encontrado um maior índice de desmame precoce em mães com idade entre 20-30 anos (57,7%), ensino médio completo (44,4%), empregadas (52,2%), casadas (56,6%) e com renda mensal média entre R\$ 1.000-R\$ 2.000 (45,5%).

Tabela 1. Informações a respeito das características sociais de mães avaliadas em centros de saúde de Planaltina-DF, Guará-DF, Candangolândia-DF, Planaltina-GO e Valparaíso-GO, no período de fevereiro a setembro de 2017.

Informações	AME até os 6 meses		Valor <i>p</i> *
	SIM N (%)	NÃO N (%)	
Idade das mães (N= 172)			0,81
<20	16 (19,5%)	16 (17,7%)	
20 - 30	46 (56,0%)	52 (57,7%)	
31 - 40	18 (21,9%)	20 (22,2%)	
41 - 50	2 (2,4%)	2 (2,2%)	

Escolaridade (N= 172)			0,01
Ens. Fund. Incompleto	2 (2,4%)	11 (12,2%)	
Ens. Fund. Completo	4 (4,8%)	5 (5,5%)	
Ens. Médio Incompleto	22 (26,8%)	21 (23,3%)	
Ens. Médio Completo	51 (62,1%)	40 (44,4%)	
Ens. Superior Incompleto	-	5 (5,5%)	
Ens. Superior Completo	2 (2,4%)	6 (6,6%)	
Pós-Graduação	1 (1,2%)	2 (2,2%)	
Situação profissional (N= 172)			0,14
Empregada	23 (28%)	47 (52,2%)	
Dona de casa	36 (43,9%)	32 (35,5%)	
Desempregada	22 (26,8%)	9 (10%)	
Outro	1 (1,2%)	2 (2,2%)	
Estado civil (N= 172)			0,62
Solteira	30 (36,5%)	28 (31,1%)	
Casada	41 (50%)	51 (56,6%)	
Divorciada	1 (1,2%)	1 (1,1%)	
União estável	10 (12,1%)	9 (10%)	
Outro	-	1 (1,1%)	
Renda familiar (R\$) (N= 172)			0,20
<1.000	20 (24,3%)	22 (24,4%)	
1.000 até 2.000	34 (41,4%)	41 (45,5%)	
2.001 até 3.000	19 (23,1%)	21 (23,3%)	
3.001 até 4.000	5 (6,0%)	3 (3,3%)	
4.000 ou +	4 (4,8%)	3 (3,3%)	

* Teste t de student; AME: Aleitamento materno exclusivo.

A maioria das mães (98,3%) afirmaram ter realizado o pré-natal durante a gestação; 95,3% ($p < 0,01$) das mães disseram ter recebido informações posteriores ao parto sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses; 98,7% ($p < 0,01$) das mães disseram fazer o acompanhamento regular das crianças no serviço de saúde indo a todas as consultas (tabela 2).

Tabela 2. Dados relacionados ao acompanhamento materno no serviço de saúde de crianças avaliadas em centros de saúde de Planaltina-DF, Guará-DF, Candangolândia-DF, Planaltina-GO e Valparaíso-GO, no período de fevereiro a setembro de 2017.

Informações	N	%	Valor p*
Realizou o pré-natal durante a gestação? (N= 235)			<0,01
Sim	231	98,3%	
Não	4	1,7%	
Após o nascimento da criança, recebeu orientações sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida da criança? (N= 235)			<0,01
Sim	224	95,3%	
Não	11	4,7%	
Acompanhamento de saúde da criança, frequência das consultas. (N= 235)			<0,01
Regular	232	98,7%	
Quando precisa	3	1,3%	
Em consultas de controle de saúde da criança, recebeu orientações sobre como iniciar a introdução alimentar da criança? (N= 235)			<0,01
Sim	197	83,8%	
Não	38	16,2%	

*Valor teste qui-quadrado

Em relação a duração do aleitamento materno exclusivo (tabela 3), somente 47,6% ($p < 0,01$) das mães disseram ter amamentado de forma exclusiva até o sexto mês ou mais. O motivo de desmame precoce prevalente na pesquisa foi o de retorno ao trabalho antes de completar o sexto mês de amamentação (20,3%), seguido do motivo de leite fraco e/ou não sustenta (13,3%).

Tabela 3. Duração do aleitamento materno exclusivo e fatores que influenciaram o desmame precoce de crianças avaliadas em centros de saúde de Planaltina-DF, Guará-DF, Candangolândia-DF, Planaltina-GO e Valparaíso-GO, no período de fevereiro a setembro de 2017.

Informações	N	%	Valor de p*
Duração do aleitamento materno exclusivo (período em que a criança recebe apenas leite materno, sem a ingestão de qualquer outro líquido ou sólido, com exceção de vitaminas, minerais e/ou medicamentos. (N=172)			<0,01
Não foi amamentada	7	4%	
1 mês	3	1,7%	
2 meses	5	2,9%	
3 meses	17	9,8%	
4 meses	26	15,1%	
5 meses	31	18%	
6 meses	80	46,5%	
7 meses ou +	2	1,1%	
< 1 mês	1	0,5%	
Causas que levaram ao desmame ou interrupção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida da criança. (N=172)			<0,01
Aleitamento materno exclusivo até o sexto mês	82	47,6%	
Trabalho	35	20,3%	
Leite fraco e/ou não sustenta	23	13,3%	
Largou o peito	7	4%	
Leite secou	6	3,4%	
Orientação médica	5	2,9%	
Outros	4	2,3%	
Não informou	3	1,7%	
Orientação da família/amigos	3	1,7%	
Nunca mamou	2	1,1%	
Erro inato do metabolismo da criança	2	1,1%	

* Teste qui-quadrado

A tabela 4 demonstra o conhecimento das mães sobre questões relacionadas ao aleitamento materno e seus benefícios. A maioria das mães (95,7%) afirmaram acreditar que o leite materno contém todos os nutrientes que a criança precisa até os seis meses; 95,3% relataram acreditar que o leite materno é tão rico em nutrientes quanto os outros tipos de leite; 71,9% disseram saber que o leite materno protege a criança contra doenças; 53,6% ($p < 0,08$) disseram acreditar que o ato de amamentar também a protege contra doenças.

Tabela 4. Teste de conhecimento sobre o aleitamento materno de mães avaliadas em centros de saúde de Planaltina-DF, Guará-DF, Candangolândia-DF, Planaltina-GO e Valparaíso-GO, no período de fevereiro a setembro de 2017.

Informações	N	%	Valor de p*
Contém todos os nutrientes que a criança precisa até os 6 meses. (N=235)			<0,01
Sim	225	95,7%	
Não	10	4,3%	
É tão rico em nutrientes quanto os outros tipos de leite. (N=235)			<0,01
Sim	224	95,3%	
Não	11	4,7%	
Protege a criança contra doenças, como diarreia e infecções respiratórias. (N=235)			<0,01
Sim	169	71,9%	
Não	66	28,1%	
É o suficiente para alimentar e saciar a sede do bebê. (N=235)			<0,01
Sim	201	85,5%	
Não	34	14,5%	
Amamentar protege a mãe contra doenças, como câncer de mama. (N=235)			<0,08
Sim	126	53,6%	
Não	109	46,4%	

*Valor p no teste t student

Discussão

Como demonstrado na tabela 1, a idade materna com a maior prevalência de desmame precoce foi de 20 a 30 anos (57,7%), sendo essa, uma faixa etária biologicamente adequada para a gestação, mas que ao mesmo tempo é um período que pode trazer diversas dificuldades para a mãe, como inserção no mercado de trabalho, estudos e outros fatores sociais que podem influenciar negativamente na amamentação. Alguns autores associam maior idade materna a um maior índice de AME, sendo esse, um fator relevante para a amamentação.¹⁰

Vários estudos buscaram investigar a associação entre a escolaridade materna com o tempo de amamentação exclusiva. Em uma pesquisa de revisão, de 2015, foram analisados 27 artigos (20 transversais e 7 de coorte), e na maioria deles a baixa escolaridade associou-se ao desmame precoce.¹¹ Numa pesquisa, feita em creches públicas de São Paulo, concluiu-se que mulheres com um maior nível de escolaridade demoram mais tempo para interromper o AME, e ofertar precocemente alimentos industrializados para seus filhos.¹²

Nessa pesquisa, verificou-se que a maioria das mães N=107 (62,2%) possuem no mínimo o ensino médio completo, dessas 107 mães, 54 (50,4%) amamentaram de forma exclusiva até o sexto mês. Já no grupo de mães que possuíam menos escolaridade (inferior ao ensino médio completo), a prevalência de AME foi menor, das 65 mães, apenas 28 (43%) amamentaram de forma exclusiva até o sexto mês. Conclui-se que a escolaridade teve leve relevância no desmame precoce.

No que diz respeito a situação profissional das mães, o grupo que teve a maior prevalência de AME foi o de donas de casa (43,9%). Já o grupo de mães

com o maior índice de desmame precoce foi o das mães que estavam empregadas (52,2%). Esses dados corroboram achados de outros estudos, que também verificaram uma taxa mais elevada de desmame precoce em mães que precisam trabalhar no período de AME.¹³⁻¹⁵

Em relação ao estado civil, um estudo de revisão bibliográfica, de 2014, analisou 20 artigos e concluiu que mães casadas ou em uma união estável geralmente tem maior prevalência de amamentação¹⁶, o que não foi repetido nessa pesquisa. No momento da pesquisa, 111 mães estavam casadas ou em uma união estável, e a maioria (54%) interrompeu o AME antes dos seis meses.

A renda familiar não mostrou ser um fator determinante no desmame precoce, em todas as faixas de renda houve um grande equilíbrio entre as mães que cumpriram o AME e as que não cumpriram.

A tabela 2 demonstra que a maioria das mães realizaram o pré-natal durante a gestação (98,3%), o que é muito satisfatório e mostra a consciência das mães em relação aos cuidados com a gestação. O pré-natal é de extrema importância, pois é o acompanhamento da gestante, possibilitando uma descoberta precoce de possíveis problemas tanto da mãe quanto do filho, serve ainda de aprendizado em diferentes aspectos, incluindo a amamentação.¹⁷

Constatou-se também, que a maioria das mães (95,3%), receberam orientações dos profissionais de saúde sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade da criança, o que mostra que as mães têm ciência da importância da amamentação exclusiva. Outro ponto importante é que 98,7% das mães da pesquisa disseram fazer o acompanhamento regular das crianças em consultas periódicas, o que é uma medida protetiva e preventiva para o lactente.

Também foi possível verificar que 83,8% das mães tiveram alguma orientação de profissionais da saúde sobre como iniciar a alimentação complementar da criança. Saber introduzir a alimentação complementar de forma correta é muito importante para a criança, pois a introdução precoce de alguns alimentos pode gerar diversos problemas para a criança, como por exemplo infecções, alergias e diarreias, que nessa fase podem ser fatais.¹

Em relação a duração do aleitamento materno exclusivo das crianças, verificou-se que a maioria das mães (52,4%) não respeitaram o preconizado pela OMS e interromperam o AME em seus filhos antes dos seis meses. Apenas 47,6% das mães cumpriram o AME até o sexto mês. Em um outro estudo¹⁸, de 2015, feito no Paraná, a taxa de desmame precoce foi de 50%. Em 2009, uma pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal¹⁹ verificou que na região centro-oeste a prevalência de desmame precoce em crianças menores de seis meses de vida era de 55% e que no Brasil a média de desmame é de 59%. Médias ainda muito altas e distantes do preconizado, mas de maneira geral o quadro é positivo e está em ascensão, as pesquisas demonstram que nos últimos anos a média de amamentação no Brasil progrediu bastante. Entre os anos de 1974 e 1989, já foi possível observar um aumento na média do aleitamento materno no Brasil, passando de 2,5 meses para 5,5 meses.⁶⁻⁷

Em seu estudo mais recente, o brasileiro Cesar Victora⁸, aponta para uma grande evolução na média brasileira de amamentação, o levantamento mostra que em 2006 a média de amamentação (complementar) no Brasil já era de 14 meses. O artigo demonstra também, baseado em dados de um relatório de

2015, do Fundo das nações unidas pela infância (UNICEF), outros dados importantes: 68% das crianças brasileiras são amamentadas na primeira hora de vida, 50% continuam sendo amamentadas até 1 ano de idade e 25% até os 2 anos de idade.

Segundo Victora⁸, esse aumento se deve às políticas de aleitamento materno aplicadas no Brasil, fatores como a licença maternidade de seis meses nas empresas cadastradas no programa empresa cidadã; a lei NBCAL, que limita a venda de substitutos do leite materno; o Hospital Amigo da Criança e os diversos bancos de leite humano espalhados pelo Brasil, contribuem diretamente para uma maior consciência social da importância do aleitamento materno.

Na tabela 3, encontra-se os principais motivos que levaram ao desmame precoce, vale ressaltar que apenas 47,6% das mães da pesquisa amamentaram de forma exclusiva até o sexto mês. O principal motivo argumentado pelas mães foi o de retorno ao trabalho (20,3%), que atualmente é um dos grandes problemas para o não cumprimento do AME até os seis meses, como já vem sendo evidenciado em outros estudos.^{13,16} O segundo motivo mais frequente da pesquisa foi o de “Leite fraco/não sustenta”, com 13,3%. Inúmeros estudos também evidenciam a frequência desse argumento^{13,16}, que é extremamente comum, mas que na verdade não tem fundamento e são extremamente raras as intercorrências que realmente impossibilitam o desmame por conta dessa justificativa.¹⁴

A tabela 4 contém questões sobre o conhecimento das mães em relação ao aleitamento materno. Verificou-se que 95,7% das mães disseram saber que o leite materno contém todos os nutrientes necessários para a criança até os seis meses. A maioria das mães (71,9%) disseram acreditar que o leite materno protege a criança contra doenças, como diarreia e infecções respiratórias, 85,5% também acreditam que o leite materno é o suficiente para saciar a fome e a sede do bebê até os seis meses de vida. Fica claro que a maioria das mães tem consciência dos benefícios do AME, mas acabam não cumprindo o prazo adequado.

A questão que mais dividiu a opinião das mães foi em relação a prevenção do câncer de mama, 53,6% disseram acreditar que amamentar contribui para prevenir o câncer de mama e 46,4% disseram que não existe correlação. A amamentação contribui diretamente na prevenção do câncer de mama, em uma pesquisa Inglesa, concluíram que a ocorrência da doença caía 4,3% a cada doze meses de amamentação, quanto maior o tempo de amamentação maior será a proteção.²⁰

Conclusão

Os achados desse estudo demonstram que a maioria das mães recebem orientações do serviço de saúde a respeito da importância do AME até o sexto mês de idade da criança e mesmo assim a maioria não cumpre o que preconiza a OMS e desmama a criança antes do sexto mês, levando a uma alta prevalência de desmame precoce.

Entre os principais motivos para o desmame precoce, o retorno ao trabalho e a insegurança de achar que o leite é fraco e não sustenta a criança, persistem entre os motivos mais frequentes. Vale salientar a responsabilidade e a importância que os profissionais de saúde têm sobre o aleitamento materno, sempre incentivando, orientando e cobrando para aumentar a

segurança das mães e consequentemente aumentar a média de amamentação, tanto de forma exclusiva até o sexto mês, quanto de forma complementar até os dois anos ou mais.

Referências

1. Brasil. Ministério da saúde. Cadernos de atenção básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da saúde, 2015.
2. Brasil. Ministério da saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. Gomes AT, Novaes TG, Silveira KC, Souza CL, Lamounier JA, Netto MP, et al. Excess weight and factors associated in preschool of southwest of Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2017; 17(2): 365-373.
4. Pereira PF, Alfenas RC, Araújo RM. Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence. *J Pediatr (Rio J)*. 2014; 90(1):7-15.
5. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80(5):119-125.
6. Bemfam. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Amamentação e situação nutricional de mães e crianças. Rio de Janeiro, 1997.
7. Venancio SI, Monteiro CA. A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo. 1998; 1(1):40-49.
8. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet (United K)*. 2016; 387(10017):475-90.
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
10. Margotti E, Epifanio M. Exclusive maternal breastfeeding and the Breastfeeding Self-efficacy Scale. *Rev Rene*. 2014; 15(5):771-9.
11. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira ML. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49:91.
12. Toloni, MHA, Longo-Silva G, Alvarenga AP, Konstantyner T, Taddei, JAAC. Preditores da introdução de alimentos industrializados na infância: estudo em creches públicas. *O Mundo da Saúde, São Paulo* - 2017;41(4):644-651.
13. Oliveira AK, Melo RA, Maciel LP, Tavares AK, Amando AR, Sena CRS. Práticas e crenças populares associadas ao desmame precoce. *Av Enferm*. 2017; 35(3):303-312.
14. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(1): 22-7.
15. Demitto MO, Antunes MB, Bercini LO, Rossi RM, Torres MM, Lopes TCR, et al. Prevalência e fatores determinantes do aleitamento materno exclusivo. *Revista Uningá*. 2017; 52(1):29-33.
16. Fialho FA, Lopes AM, Dias IMAV, Salvador M. Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. *Rev Cuid*. 2014; 5(1): 670-8.
17. Viellas EF, Domingues RM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2014; 30(1):85-100.
18. Suelen EHMS, Wisniewski D. Aleitamento materno x Desmame. *Revista Uningá*, 2015; 22(1): 14-19.
19. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da saúde, 2009.
20. Collaborative Group On Hormonal Factors In Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*, 2002; 360(9328):187-95.

Autor de Correspondência

Vitor Frazão Neri

Qa 4, MR, casa 07, Setor oeste. CEP: 73750-340.
Planaltina, Goiás, Brasil.

frazao.vitor@outlook.com

Desenvolvimento de dinâmica Foto Voz no Método Criativo Sensível

Development of the “Photovoice” dynamic based on the creative and sensitive method

Débora Pereira Cordeiro¹, Raissa Passos dos Santos², Caroline Félix Ribeiro³, Eliane Tatsch Neves⁴

Como citar: Cordeiro DP, Santos RP, Ribeiro CF, Neves ET. Desenvolvimento de dinâmica Foto Voz no Método Criativo Sensível. *REVISA*. 2019; 8(4): 460-8. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p460a468>

REVISA

1. Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa. Hospital Albert Einstein. São Paulo, São Paulo, Brasil.

2. McGill University. Montreal, Canadá.

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

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

Recebido: 19/07/2019
Aprovado: 19/09/2019

RESUMO

Objetivo: Descrever a criação e utilização da Foto Voz como dinâmica do método criativo sensível a partir de uma reflexão sobre a pesquisa qualitativa e o método Photo Voice. **Método:** A DCS Foto Voz seguiu os princípios do Método Criativo Sensível, instrumentalizando a fotografia como produção artística, baseado na técnica do Photovoice, promovendo aos sujeitos espaço para expor os significados das imagens e a partir disso foi gerada a discussão de onde emergiram a produção de dados. **Resultados:** A integração de Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade do Método Criativo Sensível à técnica do Photovoice demonstrou potencialidades para a discussão grupal, tendo em vista que a fotografia fomentou o debate grupal, possibilitando acessar a memória latente e os sentimentos das participantes, o que é valorizado na discussão em grupo no método criativo sensível. **Conclusão:** Foi possível identificar que a utilização da dinâmica Foto Voz a partir do Método Criativo Sensível possui potencial para gerar dados relevantes para a enfermagem, contribuindo com o desenvolvimento de técnicas de produção de dados em pesquisas qualitativas.

Descritores: Saúde da Criança; Pesquisa em Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: To describe the creation and use of “Photovoice” as a dynamic of the creative and sensitive (DCS) method based on a reflection on qualitative research and the Photovoice method. **Method:** The DCS “Photovoice” followed the principles of the Sensitive Creative Method, using photography as an artistic production, based on the technique of Photovoice, providing participants with space to uncover the meanings of the images. Data emerged from the discussion. **Results:** The integration of Creativity and Sensitivity Dynamics of the Sensitive and Creative Method to the Photovoice technique demonstrated potentialities for group discussion, considering that photography fostered group debate, allowing access to the latent memory and feelings of the participants, which is valued in group discussion and in the sensitive creative method. **Conclusion:** It was possible to identify that the use of Photovoice dynamic with the Sensitive and Creative Method has potential to generate relevant data for nursing research, contributing to the development of data production techniques in qualitative research.

Descriptors: Child Health; Nursing Research; Qualitative Research.

ORIGINAL

Introdução

Perpassando disciplinas, campos e temas, a pesquisa qualitativa é em si mesma um campo de investigação, encontrando-se em um grupo complexo de termos, conceitos e suposições e nas diversas perspectivas ou métodos de pesquisa. No entanto, genericamente, a pesquisa qualitativa consiste em um conjunto de práticas, materiais e interpretações que dão ao mundo visibilidade e que possibilitam transformação através de uma série de representações como notas de campo, entrevistas, conversas, gravações e fotografias.¹

Historicamente a pesquisa qualitativa está inserida em uma batalha epistemológica, que em diferentes grupos de discussão interna e externa, pesquisadores tentam concluir que tipo de estudo é mais eficaz e menos suscetível a vieses, comparando estudos qualitativos e quantitativos.² Apesar das fortes discussões, a escolha de pesquisa, se qualitativa ou quantitativa, é primeiramente uma decisão sobre a geração de dados e os métodos de análise, e secundariamente uma escolha sobre delineamento da pesquisa ou de interesses do conhecimento. Desta forma, não existe um “modo ótimo”, ou melhor do que o outro; na verdade o caminho que se busca trilhar em uma pesquisa científica deve ser encontrado através de uma consciência adequada dos diferentes métodos, e de uma avaliação de suas vantagens e limitações, compreendendo seus usos em diferentes grupos, situações sociais, nos diversos tipos de informações e múltiplos problemas sociais.³

Respondendo a questões muito particulares, a pesquisa qualitativa se preocupa com o nível de realidade não mensurável numericamente, portanto trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. Isso torna qualitativas e quantitativas diferentes entre si por natureza; sendo que enquanto cientistas sociais trabalham com estatística apreendendo apenas os fenômenos concretos e visíveis, o pesquisador na abordagem qualitativa aprofunda-se nas ações e relações humanas, que tem seus significados não captáveis estatisticamente por variáveis.³⁻⁴

A pesquisa qualitativa pode ser vista numa abordagem que tende ao naturalismo, interpretativa para o mundo, ou seja, seus pesquisadores encontram seus objetos de estudo em seus cenários naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos a partir dos significados que as pessoas lhes conferem. Esses pesquisadores podem ser descritos como aqueles que se valem do uso de uma ampla variedade de práticas interpretativas interligadas, na constante busca de conseguirem melhor compreender o assunto que está ao seu alcance.¹

Ainda sob uma perspectiva histórica, a pesquisa qualitativa nas décadas de 1920 e 1930 ganhou importância nas disciplinas humanas dos campos da sociologia e antropologia para a investigação e estudo da vida em grupos humanos, que basicamente consistiam em observadores que partiam para um cenário estrangeiro a fim de estudar os hábitos e costumes de outra sociedade ou cultura. Rapidamente esse tipo de pesquisa passou a ser empregada em outras disciplinas sociais e comportamentais como a educação, história, ciência e política, perpassando a área da comunicação, assistência social, na saúde, medicina e também na enfermagem.¹

Ao ter o objeto de estudo centrado nas pessoas inseridas em suas realidades, a pesquisa qualitativa na enfermagem tem potencial para contribuição de melhoria da assistência prestada, sendo as diversas abordagens passíveis de uso nesse tipo de pesquisa indicativos dessas possibilidades. Situações vividas pelo enfermeiro em seu relacionamento com a prática e seus significados, recebem validade através de uma abordagem fenomenológica, que procura compreender o fenômeno no momento em que surge, tornando possível, por exemplo, estudar as relações que o enfermeiro trava em sua atuação profissional, com o usuário, a equipe de saúde, a equipe de enfermagem e gestão. Seja qual for o recurso metodológico a pesquisa qualitativa permite que a enfermagem tenha a tendência a caminhar por meios mais humanistas, o que possibilita uma maior compreensão acerca das pessoas, inserindo assim a saúde em uma análise mais dinâmica, pois abrange estilo de vida, valores políticos, religiosos, culturais, vitais e que são fundamentais nas relações sociais.⁴

Apontando um olhar diferenciado para a prática da enfermagem, a pesquisa qualitativa expande as perspectivas sobre a atuação profissional do enfermeiro no momento em que considera a complexidade e a diversidade do ser humano e suas relações. Possibilitando também que se visualize o invisível, uma vez que se busca perceber a subjetividade do outro. Assim consegue-se compreender fenômenos de interesse para a profissão, que fortalecem seu papel social e também atuam na ampliação e construção do conhecimento.⁵

A fotografia na pesquisa qualitativa

O uso da fotografia pela antropologia e sociologia, possibilitou a visão de mundo do outro, de maneira que primeiramente os estudos visuais eram focados para o diferente, com a intenção de demonstrar as diferenças morfológicas e culturais de diversos povos; depois contando com os avanços das abordagens interpretativas e fenomenológicas nas ciências sociais, o uso da fotografia inseriu-se em um grupo de estudos que focavam mais os sentimentos, as emoções e memórias. Enquanto metodologia, a fotografia, possibilitou a visão desses aspectos podendo ir além das descrições escritas pelos métodos de entrevista. As imagens facilitavam os estudos sobre a subjetividade, tornando possível a busca de diferentes formas de produção do conhecimento. Logo, o uso da fotografia por diversas disciplinas, conduz a reflexão sobre as possibilidades de uso nos estudos qualitativos, na produção e interpretação de dados subjetivos.⁶⁻⁸

Loizos⁹ aponta três enfoques importantes ao se considerar a fotografia como possibilidade metodológica; A imagem acompanhada de som ou não, pode oferecer registros documentais de ações temporais e acontecimentos reais, o segundo aponta que as pesquisas sociais podem empregar como dados primários informações visuais, imagens, que não necessitam de formas, escrita ou números. E por último os múltiplos papéis que “o visual” e a “mídia” desempenham na vida social, econômica e política no mundo atual, sendo esse influenciado pelos meios de comunicação, fazendo que os resultados sejam cada vez mais dependentes de elementos visuais.

Destaca-se, também, a capacidade de que a fotografia tem de evocar memórias. O uso da imagem associada à entrevista, operacionaliza-se como um

instrumento capaz de fazer emergir memórias importantes e passivas, mais do que memórias ativas e presentes, o que normalmente somente a entrevista não conseguiria, ou seja, a fotografia pode auxiliar uma entrevista focal, por exemplo, libertando memórias submersas, tornando os dados mais profundos e subjetivos. Essa operacionalização possibilita a criação de um trabalho cooperativo, uma construção partilhada em que o pesquisador e o entrevistado podem falar juntos, e isso de maneira mais descontraída do que sem o estímulo de uma fotografia.¹⁰

Associada à entrevista semiestruturada, a fotografia foi utilizada como estratégia metodológica para coleta de dados por Rossari e Motta¹¹, em um estudo realizado em Porto Alegre com adolescentes com câncer. Mostrando-se eficiente na obtenção de informações através da fala individual sobre as fotografias que os próprios adolescentes produziram, trazendo um nível profundo subjetivamente, que permitiu a expressão de questões que possivelmente não seriam desveladas utilizando apenas a entrevista, possibilitando esses adolescentes a tornarem visual o que gostariam de falar, mas não sabiam como expressar.

Além disso, Rossari e Motta¹¹ descrevem que os temas revelados a partir das fotografias trouxeram ao estudo reflexões e abstrações muito profundas sobre a temática; concluindo que o uso de metodologias não convencionais que se valem da fotografia devem ser incentivadas, pois através dessa estratégia foi possível captar a diversidade e a complexidade de visões, focalizar a temática do câncer na adolescência, além de propiciar uma aproximação e interação diferenciada com os entrevistados.

Buscando a problematização da autoimagem com pacientes pós-trauma ocular, Lima, Caetano e Pagliuca¹², valeram-se da fotografia como estratégia metodológica, onde os pacientes eram fotografados, seguido de posterior entrevista, cuja questão de pesquisa era:

“Como você está se vendo?”. Os resultados permitiram uma profunda análise sobre a percepção da autoimagem desses pacientes, que ao verem as fotos da própria face depois do trauma, expuseram sentimentos difíceis de serem expressados somente pela fala, mas que foram observados pelos pesquisadores através das reações e emoções, além disso todas as entrevistas foram gravadas e analisadas. Logo, os resultados do estudo demonstraram que o uso da imagem pode produzir no entrevistado a expressão de emoções e sentimentos latentes mais profundos, de maneira que a utilização da fotografia somada a entrevistas e observação, contribui para ampliação e aprofundamento dos resultados obtidos.

Photovoice

Em 1997, Wang e Burris¹³, desenvolveram uma metodologia de fotografia participativa, com foco na promoção da saúde, baseada nas teorias e literaturas da área da educação, na consciência crítica, na teoria feminista, e na fotografia documental, denominada Photovoice, que através de técnicas específicas de fotografia, permite às pessoas que representem e identifiquem suas comunidades. O caráter fundamental do Photovoice é utilizar a fotografia para construir habilidades e confiança, e para atuar como uma plataforma para os participantes dando voz às suas ideias, opiniões e contextos.

O Photovoice já tem sido utilizado em diversos estudos, buscando compreender melhor grupos, pessoas e comunidades. Em Portugal, por exemplo, Carvalhais e Sousa¹⁴, utilizaram o Photovoice como metodologia para um estudo exploratório de abordagem qualitativa, identificar os cuidados de enfermagem prestados à pacientes idosos dependentes em contexto familiar, e descrever os obstáculos enfrentados pelos enfermeiros para oferecer um cuidado mais expressivo. Seis enfermeiros participaram do estudo, fotografando seu cotidiano de assistência domiciliar aos idosos, onde os resultados foram obtidos através da significação que os enfermeiros davam às fotografias relacionando à temática da pesquisa. A pesquisa demonstrou algumas limitações pelo fato de o número de participantes ser reduzido, contudo comprovadamente o método demonstrou eficácia diante dos objetivos, sendo definido pelas autoras como um método rico e que pode transpor alguns limites, aprofundando os resultados.¹⁴

Método Criativo Sensível

A junção de métodos e estratégias de interação grupal advindas da psicologia social e do movimento de mulheres, com método da pedagogia crítico-reflexivo de Freire e ainda aliado ao pensamento de Barbier que vê o sujeito como um ser social e pessoal ao mesmo tempo e que, portanto sua subjetividade manifesta-se no espaço coletivo – ou seja, na intersubjetividade; formam o caminho trilhado por Cabral¹⁵ para construção e denominação do Método Criativo Sensível, o qual conduz esse estudo.

O presente método tem sua força para produção de dados, quando lança mão da arte no processo de criação e no empenho da sensibilidade, numa concepção dialógico-dialético, onde as produções artísticas são compartilhadas em grupo, e os participantes discutem e constroem significado ao que foi produzido, gerando temas e subtemas que são debatidos, analisados e validados no mesmo espaço grupal. Nesse espaço, se confirma o que é comum e particulariza-se o incomum, tornando mais fácil a organização dos dados para análise posterior. É o momento pelo qual o grupo deixa a condição de objeto de estudo e passa a ser sujeito do estudo; sobretudo o que se valoriza é o movimento do diálogo, e a relação dialógico-dialética com os sujeitos e o pesquisador, sendo a discussão de grupo apenas parte do processo e uma etapa subsequente da produção artística.¹⁵

A sensibilidade e criatividade dos sujeitos da pesquisa no espaço grupal conduz a tornarem seus pensamento e conceitos sobre si mesmos, a vida e o mundo, flexíveis e públicos, possibilitando também a queda de temores e o rompimento de preconceitos construídos socialmente. As Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade são desenvolvidas por uma variedade de técnicas grupais, aliadas à criatividade e sensibilidade, que produzem como resultado uma série de reflexões e discussões coletivas no espaço em que são realizadas, logo, há um processo de introspecção e expressão criativa. Já existem outras DCS validadas e Utilizadas em diversos estudos, como por exemplo as DCS Mapa Falante e Corpo Saber.¹⁵

Cabral¹⁵ operacionaliza as DCS em cinco momentos, onde o primeiro corresponde a organização do ambiente e a recepção dos participantes, em segundo momento ocorre a apresentação do grupo, o terceiro dá explicação

sobre a DCS e a exposição da questão de pesquisa, o quarto momento é o da produção artística individual e da enunciação da experiência individual ao grupo, onde são formados os temas geradores, no quinto momento acontecem a coletivização dos temas geradores bem como a análise e validação dos dados. O desenvolvimento desses cinco momentos nas DCS, estão combinados às técnicas já consolidadas de coletas de dados: o processo grupal, a observação participante e a entrevista semiestruturada. Essa maneira conjugada das produções artísticas às técnicas supracitadas, além de preparar os participantes do grupo para o diálogo, facilita a organização do pensamento e da fala, e direcionam o processo de análise dos dados com intervenções do pesquisador apenas como coordenador, reforçando o aspecto central das dinâmicas; a relação dialógica – dialética que se estabelece entre os sujeitos e o pesquisador.

O objetivo desse estudo foi descrever o cotidiano das mães na UTIN, a partir da aplicação da DCS, que tem como produção artística as fotografias produzidas por elas.

Método

Para validação da DCS, foi realizado um estudo que teve como tema o cotidiano de cuidado de mães de recém-nascidos internados na UTI Neonatal.

Os sujeitos foram três mães de RN internados na UTIN. A seleção dos sujeitos foi realizada de maneira intencional, de acordo com os objetivos da pesquisa. Foram convidadas três mães para participarem do estudo de maneira voluntária. Como critérios de inclusão àquelas que tinham seus filhos internados na enfermaria de pré alta da UTIN, que possuíam disponibilidade e permaneciam próximo ao bebê acompanhando a internação de seu filho. Como critérios de exclusão àquelas que possuíam alteração cognitiva ou motora que a impedissem de realizar as fotografias, ou que não permaneciam acompanhando seu filho em alojamento conjunto na unidade.

A pesquisa teve como cenário a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal que se localiza no 6º andar do Hospital Universitário de Santa Maria. É referência no atendimento SUS, de alto e médio risco para 45 municípios que compõem a 4ª e 10ª Coordenadoria Regional de saúde (CRS). Possui 18 leitos, sendo 10 de alto risco, desses, 3 são de isolamento e 8 leitos de médio risco. O espaço físico comporta Recepção, espaço destinado à secretária e local para higienização das mãos, um banheiro para funcionários, uma sala de estar de enfermagem, uma sala de estar da equipe médica e uma sala de lanche. Conta também com uma sala para limpeza e outra para depósito de materiais e um expurgo. A unidade tem três salas de internação: uma com capacidade para sete leitos, outra para três leitos e ainda outra para oito leitos de médio risco. É composto por uma equipe multiprofissional: três secretárias, dois profissionais de serviços gerais, dois profissionais de limpeza, sete médicos neonatologistas, cinco residentes médicos (R2) e três (R1). A equipe de enfermagem é composta de nove enfermeiros e 35 entre auxiliares e técnicos de enfermagem; três fisioterapeutas e um psicólogo. Atualmente conta também com três residentes da Residência Multiprofissional: 1 fonoaudiólogo, 1 enfermeira, além de 1 assistente social. Cabe destacar que a UTIN atende recém-nascidos até 28 dias de vida, prematuros e à termo, portadores de patologias ou que necessitam de cuidados intensivos.

Resultados e Discussão

Produção dos dados por meio da DCS Foto Voz

A DCS Foto Voz seguiu os princípios do Método Criativo Sensível, instrumentalizando a fotografia como produção artística, baseado na técnica do Photovoice, promovendo aos sujeitos espaço para expor os significados das imagens e a partir disso foi gerada a discussão de onde emergiram a produção de dados. Depois que as participantes da pesquisa foram convidadas a participar do estudo, foi-lhes apresentado o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido e o do Termo de Liberação de Imagem, logo após seguiram -se os dois primeiros momentos da DCS, descritos a seguir:

1º Momento: As participantes foram recepcionadas na sala de amamentação na UTIN, as cadeiras estavam dispostas em círculo, e gravadores colocados em posições estratégicas para a captação de som. Logo após a recepção, foi realizada uma técnica descontraída de apresentação onde as participantes puderam se conhecer. E por último, foi-lhes exposto o objetivo da pesquisa, e abriu-se espaço para perguntas para algumas dúvidas e esclarecimentos. Todas tiveram alguma dúvida sobre como poderiam ser realizadas as fotografias, quantas poderiam ser feitas. A produção era livre, e a quantidade de fotografias quantas cada uma julgasse necessárias para responderem aos objetivos da pesquisa. Tendo-se sanados as dúvidas e esclarecimentos, a DCS prosseguiu para os próximos momentos.

2º Momento: Logo após a exposição do objetivo da pesquisa, foi-lhes explicado como se desenvolveria a dinâmica de criatividade e sensibilidade, que utilizou princípios da técnica Photovoice, e como ocorreria a produção fotográfica que o grupo iria realizar. Dada a explicação, foi lançada a questão geradora de debate: *Como é o seu cotidiano na UTIN enquanto mãe?* Essa questão norteou todo o processo de construção do conhecimento durante o desenvolvimento da dinâmica nos momentos seguintes. Assim, foi reservado um período de tempo de dois dias para que cada participante pudesse fazer suas fotografias. No caso desse estudo, as três mães que foram selecionadas, dispunham de câmeras e tablets que foram utilizados na realização das fotografias que retratavam o dia a dia delas durante a internação de seus filhos na UTIN.

3º Momento: Passados os dois dias para a produção fotográfica, o grupo reuniu-se novamente. As mães entregaram as fotografias em formato digital, que foram organizadas em pastas individuais, em notebook pela pesquisadora. Após essa organização, e os gravadores dispostos ligados, foram retomados os objetivos e a questão geradora de debate. Logo após as fotos foram apresentadas no notebook, enquanto o auxiliar de pesquisa passava as fotos, a participante que havia produzido as fotografias as apresentava descrevendo seu cotidiano. A partir disso, então se deu início à discussão grupal e à produção de dados. Nesse momento da DCS, evidenciou-se os princípios da técnica Photovoice, funcionando em seu caráter mais fundamental juntamente com os princípios do Método Criativo Sensível, que é o uso da fotografia para criar confiança e habilidades, em que cada participante da pesquisa pode apresentar sua história aos outros, relacionando ao que os conduziu a

produzirem tais imagens. Enquanto isso, o Método Criativo Sensível se apresenta nos momentos em que os participantes discutem e dão significado ao que foi produzido, gerando temas para o debate que acontece no grupo. Nesse momento, também, foram anotados os pontos convergentes e divergentes, que deram origem aos temas geradores.

Uma das dificuldades encontradas nesse terceiro momento foi que uma das participantes não possuía o cabo USB para transferência das fotos, sendo necessário que a sua apresentação acontecesse no próprio tablet que ela havia utilizado para fazer as fotos. Não impediu a discussão no grupo, inclusive apresentou-se como mais uma possibilidade para apresentação das fotos no futuro, porém foi necessário entrar em contato com a participante e voltar à unidade em outro momento para a transferência digital das fotografias com um cabo USB.

4º Momento: Nesse momento foi instigado o debate, tendo por base os temas geradores que surgiram, por meio do diálogo com os participantes, e que foram decodificados em subtemas, e analisados pelo grupo por meio da discussão coletiva. Foi um momento muito importante na construção coletiva do conhecimento, em que cada sujeito, com voz, a partir das suas experiências expressadas nas fotografias de situações vividas por cada mãe na UTIN, narradas e discutidas nessa construção, possibilitou a elaboração coletiva do conhecimento, que foi objetivo central desse 4º momento.

5º Momento: Por fim, foram retomados os temas e subtemas, realizando-se, assim, a síntese temática. Devolveu-se ao grupo o que foi dito de maneira sintetizada, e o grupo devolveu à pesquisadora as informações confirmando-as ou não o que foi dito. Nesse momento, surgiram também outros temas, e dados que ainda não haviam sido discutidos.

Em síntese, pode-se compreender que a utilização da Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade associada ao Método Criativo Sensível colaborou para que os dados obtidos na presente pesquisa fossem repletos de experiências compartilhadas pelas mães dos RN, o que corroborou para o surgimento de diversos temas e subtemas sobre o assunto. Em virtude da demasia de dados obtidos através da análise de dados, os resultados obtidos na pesquisa serão apresentados em diferente artigo acadêmico, buscando assim analisar e expor de maneira mais detalhada os ricos dados adquiridos nessa pesquisa.

Conclusão

A integração de Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade do Método Criativo Sensível à técnica do Photovoice demonstrou potencialidades para a discussão grupal, tendo em vista que a fotografia fomentou o debate grupal, possibilitando acessar a memória latente e os sentimentos das participantes, o que é valorizado na discussão em grupo no método criativo sensível.

Além disso, a fotografia tornou os resultados visuais, fazendo que o grupo identificasse mais pontos similares em suas situações vividas, o que enriqueceu a vivência durante o estudo. Todavia a execução da DCS também demonstrou algumas limitações, no sentido que a compatibilidade de cabos USB e as formas de obtenção do arquivo digital das fotografias devem ser planejadas de forma a atender a todas as participantes. Entretanto, isso não impediu a realização da DCS e não interferiu nos resultados. A discussão no

grupo foi realizada por meio do uso de *notebook* e *tablet*, nesse caso o uso de outro aparelho revelou-se como uma nova possibilidade para as próximas discussões grupais, tendo sido eficiente igualmente.

Por fim, a utilização da fotografia como produção artística na dinâmica de criatividade e sensibilidade do método criativo sensível possibilitou a obtenção de resultados significativos e ricos a respeito da vivência e experiência de mães com RN internados em UTIN. Pode-se compreender essa associação possui potencial para gerar dados de extrema relevância, contribuindo com o desenvolvimento de técnicas de produção de dados em pesquisas qualitativas.

Referências

1. Denzin NK, Lincoln YS. The Sage handbook of qualitative research. 5th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2018.
2. Burns VF, Macdonald ME, Carnevale FA. Epistemological Oppression and the Road to Awakening: A Boot Camp, a Twitter Storm, and a Call to Action! International Journal of Qualitative Methods. 2018 Mar 12;17(1):1609406918763413.
3. McCusker K, Gunaydin S. Research using qualitative, quantitative or mixed methods and choice based on the research. Perfusion. 2015 Oct;30(7):537-42.
4. Denzin NK, Lincoln YS, MacLure M, Otterstad AM, Torrance H, Cannella GS, Koro-Ljungberg M, McTier T. Critical qualitative methodologies: Reconceptualizations and emergent construction. International Review of Qualitative Research. 2017 Dec 1;10(4):482-98.
5. Teodoro IP, Rebouças VD, Thorne SE, Souza NK, Brito LS, Alencar AM. Interpretive description: a viable methodological approach for nursing research. Escola Anna Nery. 2018;22(3).
6. Edwards E. Anthropology and photography: A long history of knowledge and affect. Photographies. 2015 Sep 28(3):235-52.
7. Hyde K. Sociology through photography. New Directions for Teaching and Learning. 2015 Mar;2015(141):31-42.
8. Winton A. Using photography as a creative, collaborative research tool. The Qualitative Report. 2016;21(2):428-49.
9. Loizos P. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In: BAUER MW, Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Rio de Janeiro: Vozes; 2002: 137-155.
10. Richard VM, Lahman MK. Photo-elicitation: Reflexivity on method, analysis, and graphic portraits. International Journal of Research & Method in Education. 2015 Jan 2;38(1):3-22.
11. Rossari UV, Motta MG. Use of photography as a method of information collection: a qualitative study with adolescents with cancer. Revista gaúcha de enfermagem. 2009 Sep;30(3):500-7.
12. Lima MA, Caetano JÁ, Pagliuca LM. Post-trauma visual impairment: effects on self-image. Rev. enferm. UERJ. 2011;9-13.
13. Wang C, Burris MA. Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. Health education & behavior. 1997 Jun;24(3):369-87.
14. Carvalhais M, Sousa L. Qualidade dos cuidados domiciliares em enfermagem a idosos dependentes. Saúde e Sociedade. 2013; 22:160-72.
15. Cabral IE, Neves ET. Pesquisar com o método criativo e sensível na enfermagem: fundamentos teóricos e aplicabilidade. In: Lacerda MR, Costenaro RGS, editors. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde. 1st ed. Porto Alegre: Moriá; 2015.

Autor de Correspondência

Raissa Passos dos Santos
Rua herbrooke 845. CEP: H3A0G4. Montreal,
Quebec, Canadá.
raissa.santos@mail.mcgill.ca

O direito à saúde e sua (não) efetivação pelas políticas públicas de atenção primária à saúde: uma análise da aplicação do método PCATOOL

The right to health and its (non) implementation by public policies of primary health care: an analysis of the application of the PCATOOL method

Luis Felipe Dias Lopes¹, Faena Gall Gofas², Sandra Leonara Obregon¹, Adriane Fabricio¹, Damiana Machado de Almeida¹, Sirlene Aparecida Takeda Bresciani¹

Como citar: Lopes LFD, Gofas FG, Obregon SL, Fabricio A, Almeida DM, Bresciani SAT. O direito à saúde e sua (não) efetivação pelas políticas públicas de atenção primária à saúde: uma análise da aplicação do método PCATOOL. REVISA. 2019; 8(4): 469-83. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p469a483>

REVISA

1. Universidade Federal de Santa Maria. Departamento de Ciências Administrativas. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

2. Universidade Federal de Santa Maria. Programa de Pós-graduação em Direito. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Recebido: 29/07/2019
Aprovado: 19/09/2019

RESUMO

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se numa proposta de reorganização do sistema de saúde representando o primeiro nível de atenção e a construção de um novo modelo assistencial. Sendo considerada uma estratégia fundamental para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de saúde da população. A questão-problema cinge-se na necessidade de avaliar se as ações de APS estão sendo implementadas de forma eficaz a ponto de suprir as demandas da população local. Para tanto foi realizado um estudo de avaliação, de delineamento transversal, com coleta de dados primários, entre fevereiro e junho de 2015, nas unidades de saúde da atenção primária da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS) do Estado do RS. A pesquisa foi direcionada aos profissionais, por meio da verificação dos atributos acessibilidade e longitudinalidade, através da aplicação do instrumento PCATool-Brasil, no município de Santa Maria/RS, o que permitiu identificar se os aspectos de estrutura e processo dos serviços, até então executados, exigem reafirmação ou reformulação, como forma de orientar o gestor público municipal na elaboração das políticas públicas de APS.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; PCATool-Brasil; Acessibilidade; Longitudinalidade; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The health is a universal right and duty of the state, guaranteed through social and economic policies aimed at reducing the risk of disease and other health problems and the universal and equal access to actions and services for its promotion, protection and recovery. The Primary Health Care (PHC) sets up a proposed reorganization of the health system representing the first level of care and the construction of a new care model. A key strategy for the effectiveness of health systems and ensuring improvements in the health status of the population under consideration. The question, problem gird on the need to assess whether the APS actions are being implemented effectively enough to meet the demands of local people. For such a study was conducted evaluation, cross-sectional design, with primary data collection between February and June 2015, in the health units of primary care of the 4th Regional Coordination of Health (4ªCRS) of the RS State. The research was directed to professionals, by checking the attributes accessibility and longitudinality, by applying the PCATool-Brazil instrument, in the municipality of Santa Maria / RS, which allowed us to identify the aspects of structure and process services, hitherto run, require restatement or reformulation, in order to guide the municipal manager in the elaboration of public policies APS.

Descriptors: Primary Health Care; PCATool-Brazil; Accessibility; Longitudinality; Health strategy.

ORIGINAL

Introdução

No Brasil, os serviços de saúde pública são prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, pois abrange desde o simples atendimento ambulatorial até a mais complexa cirurgia de transplante, garantindo acesso integral e gratuito para a universalidade da população.

Visando dar efetividade aos preceitos do SUS, entre outras políticas públicas, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF), que objetiva à reorganização da atenção primária e é tida, pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, como mecanismo de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica.

A ESF encontra-se em expansão em todo o território nacional e estrutura-se com base no reconhecimento das necessidades em saúde da população, apreendidas a partir do vínculo estabelecido entre os usuários e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território.

A ESF no Brasil surgiu como um desdobramento das medidas de Atenção Primária à Saúde (APS), que configura-se numa proposta de reorganização do sistema de saúde representando o primeiro nível de atenção e a construção de um novo modelo assistencial, sendo considerada uma estratégia fundamental para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de saúde da população.

A APS orienta-se por eixos estruturantes chamados de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural. Esses atributos essenciais dos serviços de APS representam importantes indicadores de qualidade deste nível de atenção, servindo para analisar as potencialidades de diferentes modalidades presentes nos serviços saúde. A análise é feita por meio do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil. O PCATool é capaz de buscar evidências sobre a real efetividade da APS, servindo de fundamento para a definição das políticas públicas.

Considerando a necessidade de avaliar se as ações de APS estão sendo implementadas de forma eficaz, a ponto de suprir as demandas da população local no município de Santa Maria/RS, foi realizado um estudo de avaliação, de delineamento transversal, com coleta de dados primários, entre fevereiro e junho de 2015, nas unidades de saúde da atenção primária da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS) do Estado do RS. A 4ªCRS/RS está localizada na região central do Estado e abrange 32 municípios. A pesquisa foi direcionada aos profissionais de saúde do município, por meio da verificação dos atributos acessibilidade e longitudinalidade, através da aplicação do instrumento PCATool-Brasil, o que permitiu identificar se os aspectos de estrutura e processo dos serviços, até então executados, exigem reafirmação ou reformulação, como forma de orientar o gestor público municipal na elaboração das políticas públicas de APS.

O direito à saúde no contexto do constitucionalismo contemporâneo brasileiro: a estratégia saúde da família - ESF

O direito à saúde está previsto no art. 196 da Constituição Federal,² o qual estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Ainda, na norma constitucional, o direito à saúde integra o rol dos direitos sociais, enumerados no art. 6º, razão pela qual pode ser considerado um direito prestacional, ao passo que, sendo um direito de segunda geração, exige uma atuação positiva por parte do Estado.

A doutrina indica duas vertentes dos direitos sociais, especialmente no que refere ao direito à saúde, que se destaca no texto constitucional: a primeira versa sobre sua natureza negativa, estabelecendo que o Estado e terceiros não podem praticar atos que prejudiquem a saúde de outros; e a segunda diz respeito à natureza positiva, exigindo a promoção de um Estado prestacional para implementar o direito social.³

Os direitos sociais estão elencados entre os direitos constitucionais fundamentais, primando pela proteção do ser humano quando ocorre diminuição da condição de subsistência, a partir da concepção de um Estado intervencionista, capaz de regular e também impor determinadas obrigações, com o objetivo de garantir a todos uma vida digna.⁴

São direitos indispensáveis não apenas à dignidade, mas à própria existência do ser humano, estreitamente relacionados à noção de Estado Social e Democrático de Direito, destinados a garantir a proteção do bem estar geral, das necessidades básicas e redução das desigualdades.⁵

Segundo o entendimento de Silva, em 2007, os direitos sociais “disciplinam situações subjetivas pessoais ou grupais de caráter concreto”, eis que “os direitos econômicos constituirão pressupostos da existência dos direitos sociais, pois sem uma política econômica orientada para a intervenção e participação estatal na economia não se comporão as premissas necessárias ao surgimento de um regime democrático”.⁶

E é através das políticas públicas que se busca dar efetividade aos direitos sociais, as quais devem ser debatidas e formuladas na esfera política, pelos Poderes Legislativo e Executivo, nos três níveis de governo – Federal, Estadual e Municipal, através de planejamento gestacional, capaz de verificar as demandas e carências da população.

Consideram-se políticas públicas os programas de ação governamental que almejam executar ideais pré-determinados. Esses programas devem se valer de meios que estimulem a administração pública a realizar a efetivação de um direito, visto que buscam resolver ou, pelo menos, amenizar problemas coletivos.⁷

No Brasil, as políticas públicas que almejam concretizar o direito à saúde são realizadas pelo Ministério da Saúde, que é “o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros”. Esse Ministério tem por função fornecer condições para a proteção e recuperação da saúde da população, para, assim, reduzir as enfermidades,

controlar as doenças endêmicas e parasitárias, e melhorar a vigilância à saúde, almejando dar uma maior qualidade de vida à população brasileira.⁸

De acordo com informações do site do Ministério da Saúde, os serviços de saúde pública no Brasil são prestados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, que é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, pois abrange desde o simples atendimento ambulatorial até a mais complexa cirurgia de transplante, garantindo acesso integral e gratuito para a universalidade da população.⁸

O SUS foi criado, em 1988, pela Constituição Federal, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros.⁸ De acordo com o art. 198 da norma constitucional, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade”.

Visando dar efetividade aos preceitos do SUS, entre outras políticas públicas, foi criada no Brasil a Estratégia Saúde da Família (ESF), que objetiva à reorganização da atenção primária e é tida, pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, como mecanismo de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, visto que favorece a reorientação do processo de trabalho, com maior possibilidade de aprofundar as diretrizes de atenção básica e de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades.⁹

A ESF encontra-se em expansão em todo o território nacional e estrutura-se com base no reconhecimento das necessidades em saúde da população, apreendidas a partir do vínculo estabelecido entre os usuários e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território.¹⁰

O processo de trabalho é realizado por meio de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, pelo menos: (a) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (b) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (c) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (d) agentes comunitários de saúde. Ainda, acrescentam-se a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, bem como é também almejada a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde. Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição.⁹

A ESF no Brasil surgiu como um desdobramento das medidas de Atenção Primária à Saúde (APS), que pode ser conceituada como:

[...] um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes – atributos – do sistema de

serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural.⁹

A definição operacional da APS, nos últimos anos, vem sendo bastante utilizada pelo Ministério da Saúde. Através desta definição, é possível conceituar os quatro atributos essenciais dos serviços de APS, que são indicados pela literatura internacional:⁹

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitalares, entre outros.
- Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

Verifica-se, também, que de acordo com o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, no entendimento de Starfield, ainda existem outras três características, chamadas atributos derivados, as quais qualificam as ações dos serviços de APS⁹:

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.
- Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
- Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

A APS configura-se numa proposta de reorganização do sistema de saúde representando o primeiro nível de atenção e a construção de um novo

modelo assistencial.¹⁰ Tem sido considerada uma estratégia fundamental para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de saúde da população.¹²

Esses atributos essenciais dos serviços de APS representam importantes indicadores de qualidade deste nível de atenção, servindo para analisar as potencialidades de diferentes modalidades presentes nos serviços saúde.¹³

A análise é feita por meio do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil. O PCATool, inicialmente, foi formulado de acordo com o modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian, em 1966. O modelo toma por base a mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Assim, ante a ausência de ferramentas para medir essas interações na conjuntura da APS no Brasil, o PCATool preenche a referida lacuna, fomentando uma medida de base individual sobre a estrutura e o processo de APS. Cada eixo essencial identificado no instrumento PCATool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção, o que pode ser visualizado pelo atributo acesso de primeiro contato formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo).⁹

Contudo, foi necessário adaptá-lo à realidade brasileira, razão pela qual cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade.⁹

Neste sentido, este instrumento pode buscar evidências sobre a real efetividade da APS, servindo de fundamento para a definição das políticas públicas. Tendo em vista a ausência de outros instrumentos para mensurar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados de APS nos serviços de saúde, o PCATool-Brasil pode ser utilizado em investigações acadêmicas e também como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito rotineiro das equipes de Saúde da Família, assim como pelos diversos níveis de gestão da APS no Brasil, permitindo identificar os aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade no planejamento e na execução das ações de APS.⁹

Método

No presente trabalho, como forma de colocar em prática o método avaliativo de APS PCATool-Brasil, foi realizado um estudo de avaliação, de delineamento transversal, com coleta de dados primários entre fevereiro e junho de 2015 nas unidades de saúde da atenção primária da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS) do Estado do RS. A 4ªCRS/RS está localizada na região central do Estado e abrange 32 municípios.⁹

A amostra incluiu profissionais dos serviços de APS do município de Santa Maria, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostragem ocorreu através do método não-probabilístico de conveniência.

As variáveis independentes do estudo foram: quantitativa: idade, tempo de trabalho e número de filhos e qualitativas (nominal/categórica) - sexo (masculino e feminino), raça/etnia (branco, negro e outro), estado civil (solteiro,

casado, outro), plano de saúde privado (sim ou não), escolaridade (ensino fundamental e ensino médio).

As variáveis dependentes foram: Acessibilidade (A) e Longitudinalidade (B) da APS pertencentes ao instrumento de pesquisa PCATool-Brasil Versão Profissionais.

As respostas são estruturadas seguindo uma escala do tipo Likert, atribuindo escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo (1= com certeza não; 2= provavelmente não; 3= provavelmente sim; e 4= com certeza sim). Para obter os escores foi calculada a média dos valores dos itens que compõem os atributos e em seguida, o valor obtido foi então transformado (ET) em uma escala entre 0 e 10, através do seguinte cálculo:

$$ET = \frac{(\text{escore} - 1) * 10}{3}$$

Assim, a escala apresenta variáveis quantitativas ordinais e que foram transformadas em variáveis quantitativas contínuas para a análise dos dados. O escore transformado dos atributos foram, então, dicotomizados em duas categorias: Baixo Escore, quando $ET < 6,6$ e Alto Escore, quando $ET \geq 6,6$, sendo esse um valor mínimo para o serviço de saúde ter a presença do atributo em seu serviço de acordo com a avaliação.¹ Somente serão computados os escores transformados para os profissionais que responderam no mínimo 50% das questões relacionadas ao atributo.

Os questionários foram aplicados por mestrandos de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) mediante capacitação. Os dados foram coletados a partir do programa EpiInfo versão 7,0, através de um Tablet. Posteriormente os dados foram transferidos para o programa Microsoft Excel 2013, Windows 8 e analisados com o programa Excel 2013 e SAS versão 9.2.

As variáveis qualitativas foram expressas como frequências absolutas e relativas, e as variáveis quantitativas como médias e desvio padrão.

Este estudo é oriundo de um projeto matricial, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob número do CAAE: 34137314.4.0000.5346, seguindo os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Todos os entrevistados que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

Foram entrevistados 31 profissionais da APS, conforme manual do instrumento de pesquisa.¹ Em relação às variáveis socioeconômicas e demográficas, 74,2% dos entrevistados eram mulheres, a média de idade dos sujeitos foi de 41 anos ($dp = 11$ anos e 8 meses). Quanto à escolaridade, 83,9% dos entrevistados tem o ensino fundamental e os demais ensino médio (17,1%); 96,8% autodenominaram-se brancos e 90,3% possuem plano de saúde. Quanto ao número de filhos, teve-se uma média de 2 filhos, sendo que 38,7% não possuem filhos.

A Tabela 1 mostra a avaliação dos profissionais quanto aos itens que compõem a Acessibilidade na APS, com a finalidade de reconhecer os pontos positivos e as fragilidades existentes em relação ao atributo estudado.

Tabela 1 - Itens que compõem a Acessibilidade da APS de Santa Maria, 2015¹. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Indicadores	Não Respondeu o Suficiente	Escala de Likert: n(%) [*]			
		Não		Sim	
		1	2	3	4
A1 - Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	31 (100,0)	0 (0,00)
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	1 (3,23)	0 (0,00)	1 (3,23)	28 (90,32)	1 (3,23)
A3 - Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	24 (77,42)	4 (12,90)	0 (0,00)	3 (9,68)	0 (0,00)
A4 - Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	19 (61,29)	5 (16,13)	2 (6,45)	5 (16,13)	0 (0,00)
A5 - Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 (12,90)	0 (0,00)	0 (0,00)	26 (83,87)	1 (3,23)
A6 - Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	31 (100,0)	0 (0,00)
A7 - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	1 (3,23)	0 (0,00)	0 (0,00)	29 (93,54)	1 (3,23)
A8 - É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	21 (67,74)	7 (22,58)	2 (6,45)	1 (3,23)	0 (0,00)
A9 - Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo	9 (29,03)	0 (0,00)	11 (35,49)	2 (6,45)	9 (29,03)

enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?

* 1= com certeza não; 2= provavelmente não; 3= provavelmente sim; e 4= com certeza sim

A acessibilidade permite que os usuários cheguem aos serviços de saúde, razão pela qual é considerado um aspecto de estrutura necessário para atingir a atenção ao primeiro contato. O “acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde”.¹¹

A utilização dos serviços de saúde pode ser compreendida como todo o contato direto ou indireto com estes serviços e é resultante da interação entre o comportamento dos indivíduos, os serviços disponíveis e os profissionais de saúde. O comportamento dos indivíduos influencia mais o primeiro contato com o serviço de saúde, enquanto as características dos profissionais influenciam mais a continuidade do cuidado.¹⁴

A partir da avaliação dos profissionais em relação à Acessibilidade da APS em Santa Maria/RS, verificou-se que os itens A1, A2, A5, A6, A7 tiveram um patamar positivo, eis que superiores à média 6,6. Sendo assim, tem-se que há suficiente disponibilidade do serviço de saúde local aos sábados e domingos, sendo, inclusive, disponibilizado o agendamento de consultas por telefone e atendimento imediato, quando necessário.

Contudo, como um aspecto negativo, observou-se, através do item A9, que os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos por médico ou enfermeiro, o que, em casos de maior gravidade, coloca em risco a própria vida do paciente. É um importante aspecto que demanda melhorias.

Os valores obtidos foram calculados conforme ilustração da Tabela 2:

Tabela 2 – Classificação do atributo Acessibilidade da APS de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Classificação	Nº de Profissionais	Percentual
Sem classificação	1	3,23
Baixo (ET < 6,6)	20	64,52
Alto (ET ≥ 6,6)	10	32,26

Apesar de se ter 32,26% dos profissionais obtendo classificação “alto”¹, a média do escore transformado da Acessibilidade (ET_A) foi de 6,10 (dp = 0,79) classificando-se como “baixo”, isso se deve pelo predomínio (64,52%) desse valor no grupo pesquisado.

Uma das medidas que poderiam ser adotadas pelo gestor público para suprir a maior carência, vislumbrada no item A9, da acessibilidade à saúde no município de Santa Maria/RS, seria a contratação de mais médicos e enfermeiros ou, até mesmo, a utilização da mão de obra de estudantes universitários, dos cursos de medicina e enfermagem, nas unidades de APS, de modo que os pacientes não tivessem que esperar mais de 30 minutos para serem atendidos e o pronto atendimento se realizasse de forma eficaz, especialmente em casos de urgência que necessitam encaminhamento imediato à emergência hospitalar.

Criar um ponto de primeiro contato com o sistema de saúde, idealizar cuidados preventivos e curativos em nível de atenção primária e integrar os cuidados primários aos especializados, são características fundamentais para organizar o SUS de forma integrada e possibilitar uma atenção de melhor

qualidade e com menos onerosidade.

Por sua vez, a análise dos itens que compõem a Longitudinalidade, tem por objetivo verificar a existência de uma fonte continuada de atenção e sua utilização ao longo do tempo, refletida e uma relação interpessoal que expresse confiança mútua entre usuários e profissionais.⁹

A Tabela 3 refere-se à avaliação dos profissionais quanto aos itens da Longitudinalidade na APS, destacando-se os pontos positivos e negativos existentes neste atributo.

Tabela 3 - Itens que compõem a Longitudinalidade da APS de Santa Maria, 2015¹. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Indicadores	Não Respondeu o Suficiente	Escala de Likert: n(%)*			
		Não		Sim	
		1	2	3	4
B1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	14 (45,16)	8 (25,81)	2 (6,45)	7 (22,58)	0 (0,00)
B2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	21 (67,74)	10 (32,26)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
B3 - Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	16 (51,61)	15 (48,39)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
B4 - Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	18 (58,06)	4 (12,90)	5 (16,13)	3 (9,68)	1 (3,23)
B5 - Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	22 (70,97)	6 (19,35)	2 (6,45)	1 (3,23)	0 (0,00)
B6 - Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	21 (67,74)	10 (32,26)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
B7 - Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	17 (54,84)	7 (22,58)	4 (12,90)	3 (9,68)	0 (0,00)
B8 - Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	7 (22,58)	7 (22,58)	3 (9,68)	14 (45,16)	0 (0,00)
B9 - Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	21 (67,74)	7 (22,58)	2 (6,45)	1 (3,23)	0 (0,00)

B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	11 (35,48)	10 (32,26)	3 (9,68)	7 (22,58)	0 (0,00)
B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	5 (16,13)	11 (35,48)	2 (6,45)	13 (41,94)	0 (0,00)
B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	21 (67,74)	6 (19,35)	3 (9,68)	1 (3,23)	0 (0,00)
B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	8 (25,81)	9 (29,03)	5 (16,13)	9 (29,03)	0 (0,00)

* 1= com certeza não; 2= provavelmente não; 3= provavelmente sim; e 4= com certeza sim

Verificou-se que os itens B8 e B13, apresentam aspectos positivos, o que indica que os profissionais possuem uma boa observância da realidade dos pacientes.

No entanto, os itens B2, B3, B6, B10 tiveram um patamar negativo, com média inferior a 6,6, o que representa que nem sempre há uma boa comunicação entre o profissional e o paciente, muitas vezes pela diferença de estudo entre ambos e o baixo grau de estudo de alguns pacientes que procuram os serviços de saúde pública.

O item B11 foi positivo e negativo, indicando que necessita um pouco mais de atenção dos profissionais, até mesmo para saber as condições de trabalho que os pacientes estão submetidos, o que apresenta consequências em sua saúde. Os valores obtidos foram calculados conforme ilustração da tabela 4:

Tabela 4 – Classificação do atributo Longitudinalidade da APS de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Classificação	Nº de Profissionais	Percentual
Sem classificação	15	48,39
Baixo (ET < 6,6)	16	51,61
Alto (ET ≥ 6,6)	0	0,00

Para os 16 profissionais que responderam a esse escore a média transformada da Longitudinalidade (ET_B) foi de 2,56 (dp = 1,57) que vem ser classificado como “baixo”, conforme PCATool, em 2010, isso se deve pelo predomínio dos pesquisados serem classificados com “baixo” escore (51,61%).¹

A avaliação negativa dos itens que compõem a Longitudinalidade pressupõe-se a inexistência de uma fonte regular de cuidados e seu uso ao longo do tempo, bem como a ausência de vínculo e confiança entre profissional e usuário.¹¹ Este achado pode estar associado ao baixo tempo de permanência do profissional na unidade de APS¹² que impacta no vínculo do usuário com o serviço. A ausência de perfil dos profissionais para o trabalho na APS, os baixos salários e a falta de compromisso social com o desenvolvimento do sistema

público de saúde também podem ser considerados entraves ao fortalecimento das características da APS.¹⁵

Outros estudos brasileiros apresentam resultados similares em relação à avaliação da Longitudinalidade. Em pesquisa realizada no município de Chapecó (SC), utilizando o PCATool-versão profissional, aplicado aos enfermeiros e médicos dos serviços da APS, demonstrou baixo escore para Longitudinalidade. Outro estudo realizado na região Centro-Oeste do País com usuários e profissionais de saúde apresentou resultados semelhantes.¹⁶

O estabelecimento de vínculo longitudinal não é uma questão tão simples, embora este esteja presente no âmbito da prática do profissional. O atendimento a tal atributo só será possível se for uma prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde.¹² Destaca-se a presença de coerência entre baixo escore para a longitudinalidade.

Considerações finais

A Estratégia Saúde da Família (ESF) objetiva à reorganização da atenção primária, atuando como um mecanismo de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades em saúde da população, apreendidas a partir do vínculo estabelecido entre os usuários e os profissionais de saúde.

No Brasil, a ESF surgiu como um desdobramento das medidas de Atenção Primária à Saúde (APS), sendo considerada uma estratégia fundamental para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de saúde da população. A APS orienta-se por eixos estruturantes chamados de atributos essenciais: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural. Os atributos essenciais dos serviços de APS representam importantes indicadores de qualidade deste nível de atenção, servindo para analisar, por meio do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool-Brasil, as potencialidades de diferentes modalidades presentes nos serviços saúde.

A partir da aplicação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool-Brasil, mediante coleta de dados, entre fevereiro e junho de 2015, nas unidades de saúde da atenção primária da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS) do Estado do RS, direcionada aos profissionais de saúde no município de Santa Maria/RS, por meio da verificação dos atributos acessibilidade e longitudinalidade, foi possível verificar a real efetividade de APS e se as ações até então executadas no município exigem reafirmação ou reformulação.

Em relação à acessibilidade, verificou-se que os questionamentos dos itens A1 (seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?), A2 (seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?), A5 (quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?), A6 (quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?), A7 (quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de

seu serviço o atende naquela noite?), tiveram um patamar positivo, razão pela qual é possível concluir que há suficiente disponibilidade do serviço de saúde local aos sábados e domingos, sendo, inclusive, disponibilizado o agendamento de consultas por telefone e atendimento imediato, quando necessário.

Contudo, como um aspecto negativo, observou-se, através do questionamento do item A9 (na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?), que os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos por médico ou enfermeiro, o que, em casos de maior gravidade, coloca em risco a própria vida do paciente, o que demanda melhorias.

Apesar de se ter 32,26% dos profissionais obtendo classificação “alto”¹, a média do escore transformado da Acessibilidade (ET_A) foi de 6,10 (dp = 0,79) classificando-se como “baixo”, isso se deve pelo predomínio (64,52%) desse valor no grupo pesquisado.

Uma das medidas que poderiam ser adotadas pelo gestor público para suprir a maior carência de acessibilidade no município, vislumbrada no item A9, seria a contratação de mais médicos e enfermeiros ou, até mesmo, a utilização da mão de obra de estudantes universitários, dos cursos de medicina e enfermagem, nas unidades de APS, de modo que o pronto atendimento se realizasse de forma eficaz, e o encaminhamento dos casos de urgência aos serviços de emergência ocorresse de forma imediata. Criar um ponto de primeiro contato com o sistema de saúde, idealizar cuidados preventivos e curativos em nível de atenção primária e integrar os cuidados primários aos especializados, são características fundamentais para organizar o SUS de forma integrada e possibilitar uma atenção de melhor qualidade e com menos onerosidade.

Por sua vez, ao analisar os itens que compõem a Longitudinalidade, verificou-se que os itens B8 (você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?) e B13 (você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?), apresentam aspectos positivos, o que indica que os profissionais possuem uma boa observância da realidade dos pacientes e meios de controle.

No entanto, os questionamentos dos itens B2 (você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?), B3 (seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?), B6 (você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?), B10 (você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?) tiveram um patamar negativo, o que representa que nem sempre há uma boa comunicação e vínculo entre o profissional e o paciente, muitas vezes pela diferença de estudo entre ambos e o baixo grau de estudo de alguns pacientes que procuram os serviços de saúde pública.

O item B11 (você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?) foi positivo e negativo, indicando que necessita um pouco mais de atenção dos profissionais, até mesmo para saber as condições de trabalho que os pacientes estão submetidos, o que apresenta consequências em sua saúde.

A avaliação negativa dos itens que compõem a Longitudinalidade pressupõe a inexistência de uma fonte regular de cuidados e seu uso ao longo do tempo, bem como a ausência de vínculo e confiança entre profissional e usuário. Este achado pode estar associado ao baixo tempo de permanência do

profissional na unidade de APS o que impacta no vínculo do usuário com o serviço.

O resultado do estudo instiga o desenvolvimento de alternativas para a problemática. Medidas que valorizem o profissional da APS, incentivem um maior compromisso social e motivem o desenvolvimento do sistema público de saúde, podem fortalecer as características da APS e melhorar o vínculo entre profissional e paciente.

A partir dos dados observados conclui-se que as políticas públicas de atenção primária à saúde, até então desenvolvidas no município de Santa Maria/RS, não são suficientes para garantir a efetividade que se almeja para o direito à saúde, especialmente no que refere à acessibilidade e longitudinalidade, eis que denota-se carência de profissionais para a realização de atendimento imediato e falha na comunicação entre profissionais e pacientes, itens de extrema importância para fornecer exequibilidade ao direito. Ademais, cumpre ressaltar que os dados coletados foram fornecidos por profissionais de saúde, sendo que, eventual pesquisa realizada entre os pacientes poderia apresentar resultados diferentes.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Brasil. Constituição da República do Brasil de 1988. [citado 2018 dez 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
3. Lenza P. Direito Constitucional Esquematizado. São Paulo: Saraiva; 2009.
4. Castro CAP, Lazzari JB. Manual de Direito Previdenciário. São Paulo: LTR; 2006.
5. Leal MCH, Alves FD. Direitos Sociais, Políticas Públicas e Orçamento: um controle jurisdicional pela reserva do possível no sentido do que é razoável se exigir do Estado. In: Alves FD, Becker FO, Silveira SG. A Administração Pública Municipal e os desafios contemporâneos. São Paulo: PerSe; 2014.
6. Silva JA. Comentário contextual à Constituição. São Paulo: Malheiros; 2007.
7. Bucci, MPD. O conceito de Política Pública em Direito. In: Bucci MPD, organizadores. Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva; 2008.
8. Brasil. Portal do Ministério da Saúde. [citado 2018 dez 07]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>.
9. Brasil. Portal do Departamento de Atenção Básica. Estratégia Saúde Família. [citado 2018 dez 07]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php.
10. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm. 2013;

66 (Esp.): 158-64.

11. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.

12. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (Supl. 1): 1029-42.

13. Marin MJS, Gomes R, Siqueira Junior AC, Nunes CRR, Cardoso CP, Otani MP, et al. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (Supl. 11): 4357-65.

14. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saude Publica*. 2004; 20 (Supl. 2): 190-202.

15. Gomes KO, et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (Supl. 1): 881-892.

16. Stralen CJS, Belisário AS, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (Supl. 1): 148-58.

Autor de Correspondência

Luis Felipe Dias Lopes

Av. Roraima nº 1000. Cidade Universitária.

Bairro Camobi. CEP: 97105-900. Santa Maria,
Rio Grande do Sul,

Brasil. lflopes67@yahoo.com.br

Implementação do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento

Implementation of risk-rated host in an emergency care unit

Herberte Henrique Nascimento Serra¹, Thiago da Silva Santana², Anderson Reis de Sousa³, Joilton Souza Santos¹,
Junilho Santos da Paz¹

Como citar: Serra HHN, Santana TS, Sousa AR, Santos JS, Paz JS. Implementação do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento. REVisa. 2019; 8(4): 484-95. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p484a495>

REVISA

1. Faculdade Maria Milza.
Governador Mangabeira,
Bahia, Brasil.

2. Universidade Estadual de
Feira de Santana. Feira de
Santana, Bahia, Brasil.

3. Universidade Federal da
Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

Recebido: 10/07/2019
Aprovado: 09/09/2019

RESUMO

Objetivo: Analisar o processo de implementação do acolhimento com classificação de risco na unidade de pronto atendimento de uma cidade da região do Recôncavo da Bahia, Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, realizado com oito enfermeiras, em uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas. Realizou-se entrevista individual em profundidade, analisadas pelo método da análise de conteúdo. **Resultados:** As enfermeiras apresentaram entendimento sobre o sistema de Acolhimento com Classificação de Risco, sendo percebida enquanto ferramenta eficaz de organização dos processos de trabalho, fluxos assistenciais e atendimento aos pacientes. Desvelam ainda, sentidos de humanização, atendimento oportuno e adequado às demandas por nível de priorização, delineamento de fluxos e resolução das demandas. A implementação está entrelaçadas por elementos facilitadores, dificultadores e de desafios, quanto à adesão e à operacionalização. **Conclusão:** o Acolhimento com Classificação de Risco é compreendido satisfatoriamente por enfermeiras, e ainda que hajam presença de elementos dificultadores e desafios, contribuições para atuação em Enfermagem e à atenção à saúde dos pacientes têm sido evidenciadas no cotidiano das práticas, carecendo de maior investigação.

Descritores: Acolhimento; Urgências; Serviço de Saúde de Emergência; Tratamento de Emergência.

ABSTRACT

Objective: To assess the implementation process of risk-rated host in the emergency care unit of a city in the Recôncavo da Bahia, Brazil. **Method:** This is a descriptive and qualitative study conducted with eight nurses in a 24-hour Emergency Care Unit. An in-depth individual interview was conducted and they were evaluated by the content analysis method. **Results:** The nurses had an understanding of the Risk Rating Host system, being perceived as an effective tool for the organization of work processes, care flows and patient care. They also reveal senses of humanization, timely and adequate demands attendance by level of prioritization, flow delineation and demands resolution. Implementation is intertwined by facilitating, hindering and challenging elements concerning the adherence and operationalization. **Conclusion:** Risk0rated host is satisfactorily understood by nurses, and although there are presence of hindering elements and challenges, contributions to nursing practice and patient health care have been evidenced in the daily practice, requiring further investigation.

Descriptors: User Embrace; Emergencies; Emergency Health Service; Emergency Treatment.

ORIGINAL

Introdução

Mundialmente, a procura pelos serviços de urgência tem aumentado durante as últimas décadas, levando à necessidade de modificação da organização da assistência. Assim, foram elaborados sistemas de triagem para identificação da prioridade clínica de cada paciente que aguarda atendimento, visando facilitar a igualdade de acesso.¹

Nesse contexto sistemas de triagem têm o objetivo de organizar a demanda de pacientes que chegam à procura de atendimentos em serviços de urgências da atenção hospitalar e pré-hospitalar, identificando os que necessitam de atendimento imediato e reconhecendo aqueles que podem aguardar em segurança o atendimento, antes que haja a avaliação diagnóstica e terapêutica completa¹.

No que se refere o componente pré-hospitalar, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), constituem um serviço de emergência intermediário entre à Atenção Básica e à Atenção Hospitalar, onde se aplica um sistema de triagem, denominado de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Este sistema que opera a partir da seleção de usuários em atendimento prioritário, leva em conta a universalização, igualdade e equidade da atenção à saúde.²

No âmbito desse nível de atenção, o ACCR, configura-se como uma das ações potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção de saúde em rede. O mesmo, pode ser compreendido, enquanto uma tecnologia utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) no sentido de reorientação da política assistencial nos serviços de emergência, articulando os valores de humanização e qualificação da assistência.³

Neste sentido, a triagem estruturada passa a fazer referência a um protocolo de classificação válido, reproduzível e que permite a classificação dos pacientes, baseado nos diferentes níveis de urgência e de priorização da assistência somado à estrutura física e organização profissional e tecnológica adequada.³ Desse modo, acolher remete ao movimento de atender a todos os usuários, assim como, conhecê-los, atribuindo maior valor à escutar de suas demandas, os motivos da busca pelo serviço de saúde, bem como significa lhes dar boas-vindas, para estabelecer uma relação de confiança durante o atendimento.⁴

O acolhimento, sob esta lógica, estrutura-se a partir da noção de uma ação tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.⁵

Embora seja reconhecida a expressiva contribuição do ACCR, estudo avaliativo, realizado em Santa Catarina, Brasil, evidenciou a precarização do mesmo, especialmente, no que se refere ao processo de operacionalização, por parte dos profissionais de saúde.⁶ Quando observada a satisfação de usuários (as) do serviço de saúde, quanto ao ACCR, evidências atuais apontam que há elevado nível de satisfação, em destaque para o acolhimento, confiança, oportunidade, ambiente, considerando conforto, limpeza e sinalização, humanização, considerando cortesia, respeito e interesse, encaminhamentos e agendamentos e expectativas quanto ao atendimento.⁷ No entanto essa perspectiva mostra-se divergente na literatura, ao passo de outro estudo aponta

para as fragilidades no processo de divulgação dos objetivos do ACCR, assim como insegurança e insatisfação por parte dos usuários (as), quanto ao processo de classificação.⁸

Por compreender que se faz necessário investigar o processo de implementação do ACCR, a fim de incentivar lacunas existentes, assim também como potencialidades e desafios para a concretização desse processo, este estudo alinha-se com os objetivos propostos nas diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, ao passo que permite configurar um meio de avaliação da implementação da mesma, contribuindo também com a melhoria das práticas assistenciais e de gestão do cuidado.

Em convergência com esta justificativa, este estudo foi permeado pela questão de investigação, a saber: como se configura a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco, em uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas? Para responder essa indagação, o objetivo deste artigo é analisar o processo de implementação do acolhimento com classificação de risco em uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas.

Método

Estudo descritivo, qualitativo, que buscou apreender o discurso coletivo de profissionais de Enfermagem que atuam em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, frente ao processo de implementação do sistema de acolhimento com classificação de risco.

O estudo foi realizado em uma UPA 24 horas, vinculada à rede pública de saúde, em um município da região do Recôncavo da Bahia. A unidade de saúde lócus do estudo, possui uma capacidade média de atendimento de 150 a 200 pessoas por dia, no qual o acolhimento com classificação de risco é aplicado.

Participaram da pesquisa, sete enfermeiras e um enfermeiro que atuam na UPA 24 horas, sendo incluídas as profissionais que trabalhassem pelo menos um ano na função ocupada, vinculadas ao trabalho assistencial direto aos pacientes e também ao trabalho administrativo de gestão e coordenação do serviço e que tivessem inserção no processo de implementação do acolhimento com classificação de risco. Estas profissionais encontram-se numa faixa etária entre 25 e 35 anos, de raça/cor autodeclarada preta/parda, com tempo de formação variando entre quatro a nove anos. No que se refere à formação, as participantes possuíam pós-graduação *lato sensu* na área de Enfermagem na Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (06), Gestão em saúde (02), Hemoterapia (01), Nefrologia (01), Obstetrícia (01), apenas uma participante informou não ter pós-graduação.

Sobre o tempo de formação profissional, as participantes do estudo têm, em média, 6 anos, sete deles possuem dupla jornada de trabalho quer na função de enfermeiro hospitalar, quer no cargo de docente do curso de Enfermagem. No que tange ao processo de trabalho das enfermeiras, todas têm carga horária de 36 horas semanais, com uma média de dois anos na função ocupada. Somente uma participante não possuía outro vínculo empregatício.

Não foram incluídas na pesquisa, as profissionais que estivessem afastadas, quer seja por licença médica e/ou prêmio, quer seja por motivo de férias, ou qualquer outro motivo gerador de afastamento das atividades

ocupacionais, além daquelas que não se encontravam em estado emocional satisfatório para participar da entrevista. No período da coleta de dados, duas participantes recusaram em participar da pesquisa, por motivo não referido.

Como técnica de coleta de dados, realizou-se entrevistas individuais, em profundidade, ancoradas em um instrumento semiestruturado, previamente elaborado, tomando como base a literatura disponível sobre o tema. As entrevistas foram agendadas e ocorreram mediante a conveniência e autorização das depoentes, mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As mesmas, aconteceram em local reservado na referida instituição, em horários opostos aos turnos de trabalho e foram gravadas, sendo posteriormente transcritas na íntegra. Contou-se com o suporte da coordenação de Enfermagem para operacionalização da coleta dos dados, como forma de preservar possíveis impactos gerados à qualidade da assistência prestada durante os turnos do plantão, nem tão pouco a organização das dinâmicas de trabalho das equipes.

O processo de organização dos dados, se deu mediante a cumprimento metodológico proposto pela estrutura teórica da abordagem qualitativa, atendendo os pressupostos da análise de conteúdo, proposta por Minayo⁹. Contou-se com o suporte do software NVIVO, afim de garantir a sistematização e codificação dos dados.

A análise este permeada por três dimensões: pré-análise, em que os dados são classificados e organizados, em comparação dos os pressupostos teóricos e objetivos, exploração do material, codificação e agregação dos dados, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Feito isso, a análise procedeu-se através de uma leitura crítica para a redação final, organização do conteúdo e redação dos conceitos finais⁹.

No que tange a dimensão ética do estudo, o projeto de pesquisa, atendeu as recomendações propostas pelas diretrizes, vigentes, a exemplo da Resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo garantido o sigilo, anonimato, confidencialidade e autonomia das participantes. Além disso, o obteve-se aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer de número: 2.598.581. As participantes foram identificadas no estudo por meio de códigos, representados por E de enfermeira e do número de sequência, exemplo E1, E2 e subsequente.

Resultados

Os achados estão concentrados no conteúdo das narrativas de enfermeiras que desvelam o conhecimento acerca do acolhimento com classificação de risco e o processo de implementação d sistema na UPA.

Categoria temática 01: conhecimento de enfermeiras sobre acolhimento com classificação de risco

O conteúdo das narrativas, desvelam sentidos da humanização do atendimento, em especial no momento de recebimento do paciente, na resposta às suas demandas, na chegada até a unidade, e de seu envolvimento e pertencimento no processo assistencial de saúde e doença, fato destacado em razão das fragilidades existente no processo de atenção à saúde e de sensibilidade

dos profissionais. O acolhimento com classificação de risco, é reconhecido pelas profissionais como uma ferramenta, que torna possível classificar pacientes a partir da lógica da ordem de risco, bem como da recepção das queixas e da história clínica e avaliação global, nos primeiros momentos do atendimento.

“Acolhimento é a maneira humanizada de tratar os pacientes quando eles chegam na unidade de saúde. Em razão de uma carência de atenção, quando estes procuram o serviço de saúde é porque os mesmos possuem uma morbidade, mas também de atenção por parte dos profissionais. E a nossa formação é humanizada, e na verdade nós profissionais, temos que empregar o que aprendemos, o que deve ser preconizado na prática”. (ENF 1)

“Com o acolhimento com classificação de risco, os dados coletados por meio do levantamento das queixas dos pacientes, é possível classificá-los. A nível ambulatorial, por exemplo, classificando como pouco urgente, urgente ou a um risco mais elevado, que é classificado como vermelho. Então, a partir dessa coleta de dados a gente tem como classificar e a partir de aí atender mediante a ordem de risco”. No entanto eu percebo alguns entraves, por exemplo, caso eu identifique que o paciente é classificado como azul, eu poderia encaminhá-lo para a Unidade de Saúde da Família, mas é compreendido, como se eu estivesse realizando um diagnóstico médico, e o meu conselho profissional não permite, o que dificulta a minha atuação. (ENF 2)

“Acolher é saber em primeiro momento as queixas dos pacientes, saber a história, verificar se estes, apresentam relação entre a queixa e o histórico. De uma forma geral, é ver o estado global do paciente, tanto físico como psicológico”. (ENF 3)

O acolhimento com classificação de risco, foi objetivado pelo propósito da resolutividade dos problemas de saúde demandados pelos usuários no serviço, serviço este que é visto pelas enfermeiras, enquanto uma porta aberta para o sistema de saúde.

“ACCR é uma ferramenta que vem sendo utilizada por justamente estabelecer prioridades, em especial nas unidades de emergência. A UPA é uma porta aberta aqui para o município e toda a região circunvizinha. Então, de certa forma, é uma ferramenta que você trabalha a humanização do atendimento, oferecendo mais, logo de imediato, a quem mais precisa naquele momento, por isso é ferramenta importante”. (ENF 4)

“Acolhimento é resolver, vem de resolutividade. Ou você resolve, ou a vida do paciente vai embora. Não é escutar o paciente e deixar ele sentado. Eu sou muito prática quando eu estou trabalhando, eu gosto de acolher e resolver os problemas dos pacientes”. (ENF 5)

Categoria temática 02: processo de implementação do acolhimento com classificação de risco

A implementação do acolhimento com classificação de risco, operacionalizador a partir da atuação de enfermeiras, é permeado pela presença de elementos facilitadores, dificultadores e de desafios. Destacam-se entre as facilidades, a capacidade do ACCR, organizar a demanda mediante a priorização

dos casos pela gravidade, toda via, entre as dificuldades, as enfermeiras encontram, a não compreensão dos profissionais quanto à aplicação do ACCR, somados à problemáticas de instalações físicas, estruturais, no que concerne a organização de fluxos, rodízio de profissionais e ausência de materiais e equipamentos. Os desafios estão concentrados na superação das dificuldades de Enfermagem às dificuldades enfrentadas em seu processo de trabalho, partindo do pressuposto da criatividade e sabedoria, como sendo os componentes essenciais para garantir um atendimento qualificado e humanitário.

Subcategoria temática 02 A: elementos facilitadores

“O principal benefício do ACCR é tentar organizar a dimensão da gravidade dos pacientes, conferindo-lhe prioridade no atendimento a quem realmente mais precisa, garantindo assim, a equidade, e isso é um dos princípios do SUS. Agindo desse modo, eu vou garantir mais assistência a quem mais precisa”. (ENF 6)

“Para a Unidade de Pronto Atendimento, o ACCR, melhora a organização do fluxo, e para o enfermeiro, possibilita a prestação de maior assistência para aqueles que realmente estão precisando. (ENF 7)

Subcategoria temática 02 B: elementos dificultadores

“A estrutura física da sala do acolhimento que nós temos para trabalhar não possui um maca. Nós não temos uma balança infantil, ar condicionado, e isso atrapalha o trabalho. É muito barulho de batidas de portas, é muito volumosa a entrada e saída de profissionais a todo momento, e o espaço é muito pequeno para realizar o atendimento, quase não entra uma cadeira de rodas e além disso por ser uma passagem principal de pessoas da sala, os pacientes e acompanhantes tem acesso direto a unidade”. (ENF 1)

“O acesso do paciente até a sala não é bom. O Mesmo não tem privacidade, pois a porta está quebrada. A sala de triagem fica em frente a um banheiro, estando mal estruturada, e também é bem pequena. A recepção já é próxima das salas de atendimento, e necessitava ser mais isolada dessa área”. (ENF 2)

“O usuário não entende o que é a classificação de risco. As pessoas ainda não têm educação suficiente para entender. Eu não vejo paciente aqui na UPA demorar mais de meia hora para entrar e ser atendido, é muito difícil isso ocorrer. Pode acontecer um atendimento mais demorado em um dia de segunda feira, no qual a demanda é maior, mas aqui o atendimento é rápido, no entanto, as pessoas reclamam”. (ENF 5)

“Para os usuários, não há benefícios com o ACCR. Pela falta de informação pela falta de publicização, eles pensam que as cores não representam nada. A cor é vista como uma cor normal, e sem nenhum significado importante”. (ENF 7)

Subcategoria temática 02 C: desafios

“Como toda unidade, aqui também existe as suas dificuldades, e como dizem: a “Enfermagem é muito na base do improviso”, então a gente

sempre tenta improvisar, para ofertar a melhor qualidade no atendimento e garantir a humanização, que é o fundamental". (ENF 8)

"Nós profissionais de Enfermagem, temos que ter sabedoria para poder estar trabalhando diante a tantas dificuldades. Busco superar as dificuldades que eu tenho lidado aqui UPA, para evitar que algo me impeça de realizar o trabalho e prejudicar o meu plantão". (ENF 5)

"A autonomia profissional de Enfermagem aqui é respeitada, em alguns momentos tem sido questionada por médicos, mas a mesma é exercida de forma embasada, então não há um questionamento final. Desde quando eu prove porque classifiquei daquela maneira e justifique o acolhimento, os profissionais médicos passam a respeitar e então, a minha autonomia enquanto enfermeira, passa a ser prevalecida". (ENF 4)

"Comparando com outros lugares onde eu trabalhei, eu acho que a enfermeira tem bastante autonomia no desenvolvimento do seu processo de trabalho, até pela parceria estabelecida com os profissionais médicos. Eu me sinto confortável para opinar, e os médicos também se sentem à vontade de dizer também o que acham, então o trabalho aqui é desenvolvido em conjunto". (ENF 6)

"Tenho sido orientada, juntamente à equipe de Enfermagem, pela coordenação de Enfermagem, e através das reuniões e cursos de capacitação, a respeito da classificação. A secretaria de saúde, também tem direcionado atenção sobre esta tema, por meio das reuniões, o que faz promover maior mobilização municipal sobre o ACCR". (ENF 4)

"O fluxograma de atendimento funciona na unidade, eu e as demais enfermeiras, classificam os pacientes. Toda via, o que mais identificamos, são pacientes de classificação azul e verde. No geral, durante um dia, costumo classificar três pacientes de cor amarelo e um vermelho, os demais seriam pacientes com perfis para serem atendidos na Unidade de Saúde da Família". (ENF 6)

"Em razão da deficiência da atenção ambulatorial, prestamos atendimento a pacientes com perfis pouco urgente. Esse tipo de atendimento gera em média duas horas para ser efetivado, sendo melhor atendido na rede ambulatorial". (ENF 7)

Discussão

A ideia de acolhimento já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde oferecidos pelo sistema público de saúde. Esta experiência é heterogênea como o próprio SUS e carrega consigo, aspectos de caráter positivos e negativos. Reconhecer esta longa trajetória, a respeito do acolhimento, significa legitimar que grande parte dos avanços, atribui-se ao acúmulo prático¹⁰ Sob esse prisma, o acolhimento no campo da saúde deve ser entendido como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços.¹⁰

No âmbito desse contexto, a implementação do ACCR se mostra resolutiva para as questões burocráticas existentes na relação profissional-usuário, em que é estruturado, um protocolo que rege o funcionamento da triagem dos pacientes. Com a intenção de tentar organizar a qualidade dos

serviços de emergência, o Ministério da Saúde adota a classificação de risco como estratégia mudança no trabalho da atenção, gestão e produção do cuidado em saúde, de forma atender os diferentes graus de necessidade dos pacientes.¹¹

Este estudo evidenciou, que há por parte das enfermeiras o entendimento de que o ACCR se mostra um importante dispositivo para qualificar atendimento dentro da UPA. Para tanto, enfermeiras aplicam neste serviço investigado, o Sistema Manchester, para classificarem os usuários no serviço de saúde, pela ordem de prioridade.

O Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR), tem a sua criação proposta por profissionais de Enfermagem e da Medicina do Reino Unido, e vis estabelecer, por meio de estratégias, o atendimento as demandas apresentadas por pacientes nas emergências, embasada por critério clínicos, que determinam a prioridade do mesmo.¹² Por sua vez, o Sistema de Manchester, segue orientado por uma diretriz de ordenamento para o atendimento nas emergências, e valoriza as oportunidades para os pacientes que apresentam condições clínicas de maior complexidade e risco.¹³

Estudo brasileiro que avaliou a qualidade da eficácia do Sistema Manchester, no que tange a análise do tempo que antecede e o tempo empregado na classificação de risco, em dada prioridade para o atendimento e no destino desses pacientes 24 horas após a admissão em uma unidade de emergência, revelou que o tempo envolvido em atividades que o primeiro atendimento médico, permanecer dentro do preconizado. Além disso, a proporção de classificações de menor prioridade e as altas, 24 horas após a classificação, se mostraram elevadas.¹⁴

Neste contexto, o sistema de Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência visa estabelecer uma análise do processo de trabalho com o objetivo de reconhecer e organizar o atendimento de acordo com as necessidades do usuário, substituindo a triagem excludente por um modelo acolhedor.¹⁵ Nota-se que as enfermeiras identificam tal contribuição para a organização dos processos de trabalho, enfatizando em especial, a organização do atendimento para dar respostas à gravidade dos quadros clínicos apresentados, em convergência com os princípios ordenadores do SUS, assim como dos fluxos assistenciais, que quando melhor direcionado, contribui para o desenvolvimento das práticas de Enfermagem e a atuação das enfermeiras.

Por meio do ACCR, a enfermeira formula julgamento clínico e crítico do caso, que se respaldada com a utilização do sistema. E é tomando como bases os elementos desse sistema, que estas profissionais, são capazes de emitir uma decisão clínica, que se expressa por meio de uma cor, que por sua vez, classifica a prioridade de atendimento do usuário e organiza o fluxo das intervenções.²

O conteúdo presente nas narrativas das enfermeiras, mostra que ainda há por parte dos usuários do serviço, uma cultura de dependência dos mesmos, em especial das emergências, fazendo com que a UPA se sobrecarregue com surgimento desordenado de demandas de saúde, consideradas não urgente. A UPA é o local destinado a prestar assistência aos usuários com ou sem risco, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. A mesma, visa melhorar a assistência dos usuários, por meio da garantia da organização assistencial, articulação dos serviços e definição fluxos e referências resolutivas.¹⁶ Por consequência, a UPA, se mostra enquanto aparece uma iniciativa resolutiva para os problemas da superlotação das unidades de emergências hospitalares.¹⁷

Mesmo estando bem estruturada, em termos de organização da rede de atenção, os serviços públicos de emergência, costumeiramente encontram-se sobrecarregados, em geral, por problemas que poderiam ser resolvidos num outro nível de atenção, a exemplo da Atenção Básica. Tal problemática, está demarcada pelo uso inadequado destes serviços, e esta situação diminui a rapidez do atendimento e afeta negativamente a qualidade do serviço emergencial prestado, aumentando os custos com o setor da saúde e impactando à resolutividade das demandas apresentadas.¹⁸

Ratificando o conteúdo da narrativa apresentada por uma das participantes do estudo, que enfatiza a decisão do Conselho Regional de Enfermagem do Estado da Bahia, e do Conselho Regional de Medicina, do referido estado, fica definido por meio de resoluções, que todo paciente que tiver acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo, sob nenhuma justificativa, ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico. Tal decisão, não implica em barreiras na autonomia da atuação em Enfermagem, mas respalda lhes, mediante ao cumprimento rigoroso de seu exercício profissional, que não prevê, uma vez estando em um serviço de urgência, a alta de um paciente, sem a avaliação médica.¹⁹⁻²¹

Os benefícios do processo de classificação de risco do paciente, pois o foco desse processo é atender o paciente de forma mais humana e precisa, funcionando como um dispositivo ou meio para as unidades de pronto atendimento conduzirem seu trabalho conforme seus objetivos.¹⁶ Nessa ótica, objetivo central do ACCR, é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.²²

Para a atuação das enfermeiras, o ACCR, possibilita o alcance do sucesso na classificação de risco, e se mostra como sendo um instrumento essencial, capaz de guiar a avaliação promovida por esta profissional. A sustentação do processo classificador de risco, vale-se de parâmetros subjetivos e objetivos, tempos e fluxos, que se tornam passíveis de alterações em cada setor determinado, e são esses frequentemente utilizados por enfermeiras, considerando que estas possuem competências para este gerenciamento, toda via, não se pode perder de vista que o sucesso do ACCR, está também relacionado a uma efetiva implantação, junto a rede assistencial (estruturada e organizada).²³

Em contrapartida o entendimento para os usuários não é tão evidente, que por vezes, desconhecem a lógica do ACCR. Nessa ótica, a realização do ACCR de maneira isolada, não possibilita o surgimento de melhorias na qualidade assistencial, fazendo emergir a necessidade da construção de pactuações, sejam elas internas ou externas, como forma de viabilizar a operacionalização dos processos.²⁴

Experiências de implementação do ACCR, já consolidadas no mundo, tem sido evidenciadas no território brasileiro, entretanto as mesmas se mostram ainda pouco visibilizadas, carecendo da necessidade de ampliação, para que se conheça os possíveis avanços, formas de construções, entreves e facilidades.^{25,26} A enfermeira opera nesse processo de maneira singular, e mostra-se uma peça

chave para que haja o funcionamento adequado e eficiente, deste dispositivo de produção do cuidado nas situações de urgência e emergência. Desse modo, implica ressaltar, que enfermeiras devem prestar assistência segura e com qualidade.²⁷

Conclusão

Esta pesquisa teve como objetivo principal analisar o processo de implementação do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento de uma cidade do recôncavo baiano.

O processo de implementação do ACCR, é permeado pela presença de facilidades, que estão sustentadas pelas contribuições do ACCR, quanto à melhoria dos processos assistenciais e de gestão para o serviço, tal como da garantia da resolubilidade, priorização e da qualidade no atendimento ofertado. Toda via, está intrínseca a presença de variados elementos dificultadores, que partem desde de uma desensibilização da comunidade, ausência de pertencimento, enfraquecimento da participação social no Sistema Único de Saúde, tal como da fragilidade na educação em saúde e no empoderamentos dos sujeitos.

Além disso, destaca-se que as dificuldades que as enfermeiras enfrentam para implementarem o ACRR, estão concentradas nos fatores estruturais, que expressam limitações de ordem arquitetônico, a partir das falhas na organização dos setores de atendimento, assim como de administração do serviço e da gestão do cuidado ofertado aos pacientes a nível de média complexidade. Somados às facilidades e dificuldades, as enfermeiras buscam implementar o ACCR, buscando superar desafios reais e existente em sua prática profissional. Esses desafios são suscitados pelo convívio com as dificuldades no processo de trabalho, que fazem com que as enfermeiras exercitem competências outras, tal como a criatividade e o pensamento crítico, na tomada de decisão durante o atendimento e a oferta de cuidados de Enfermagem na UPA.

Dessa forma, a partir deste estudo, foi possível conhecer a compreensão de enfermeiras frente ao ACRR, bem como identificar as nuances do processo de implementação do ACCR, e identificar a presença de lacunas e desafios existentes nesse processo. Este conhecimento possibilita que profissionais de Enfermagem e de demais áreas da saúde, assim como docentes, pesquisadores (as) gestores (as), administradores (as) de saúde, bem como formuladores (as) de políticas públicas, movimentos sociais, conselhos fiscais e gestores (as) públicos, tenham acesso à essas evidências, como forma de substancias as ações a serem implementadas no âmbito da formação e da gestão dos serviços, dos recursos humanos e dos custos com o setor saúde.

O estudo limitou-se a investigar a atuação de enfermeiras, não sendo analisadas nas narrativas de demais profissionais da equipe de saúde, a exemplo das (os) técnicas (os) de Enfermagem e dos (as) profissionais da medicina. Toda via, compreende que as enfermeiras desenvolvem ações de coordenação e supervisão do cuidado, e por consequência dos serviços de saúde, julgou-se relevante apreender os conteúdos dessa categoria profissional.

Vale ressaltar a essencialidade da enfermeira no processo de produção do cuidado em saúde, em especial no âmbito das urgências e emergências, a exemplo das UPA, por exercerem uma atuação de gestora das unidades. Neste sentido, este estudo avança no conhecimento científico, na medida em que evidencia o contexto do trabalho da enfermeira na rede de atenção à saúde, no âmbito público, desvelando achados relevantes para o campo da saúde coletiva e do cuidado de Enfermagem.

Referências

1. Acosta, AM, Duro, CLM, LIMA, MADS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, p.182-182, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400023>. Acesso em: 09 maio 2017.
2. Nascimento, ERP do et al (Org.). Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, n. , p.84-85, 10 jan. 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf> Acesso em: 09 maio 2017.
3. Shiroma, LMB, Pires, DEP de. Classificação de risco em emergência - um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enfermagem em Foco* 2011; 2(1):14-17. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/67/54>>. Acesso em: 09 maio 2017.
4. Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2012 jul / sep;14(3):541-9. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/13462/13376>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
6. Vieira HPM, Pereira do, NER, Echevarría-Guanilo, ME, Brüggemann OM, Malfussi LBH. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. *Rev. esc. enferm. USP [Internet]*. 2018 [cited 2019 Nov 26] ; 52: e03318. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100400&lng=en. Epub Apr 12, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017001303318>.
7. Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):427-432. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000400008>
8. Oliveira JLCde, Gatti AP, Barreto MS, Bellucci JJA, Góes HLF, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. *Texto contexto - enferm. [Internet]*. 2017 [cited 2019 Nov 22] ; 26(1): e0960014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100301&lng=en. Epub Feb 06, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000960014>.
9. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. 2012 Mar [cited 2019 Nov 26] ; 17(3): 621-626. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.
10. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (DF): MS; 2009
11. Souza, CC, Toledo, AD, Tadeu, LFR, Chianca, TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*. 2011, vol. 19, n.1, pp. 26-33. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf
12. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency triage: Manchester Triage Group. 2nd ed. Oxford: Blackwell; 2006.
13. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Sistema Manchester de Classificação de Risco: classificação de risco na urgência e emergência. 1. ed. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.
14. Anzilio Franciele, Dal Soler Bárbara Elis, Silva Bárbara Amaral da, Tancini Thaíla, Beghetto Mariur Gomes. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. *Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]*. 2016 [cited 2019 Nov 22] ; 37(4): e64753. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400417&lng=en. Epub Feb 23, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.64753>
15. Zem S, Montezeli KK, Peres, JHAM. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, vol. 13, núm. 4, 2012, pp. 899-908. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027983020.pdf>
16. Oliveira, DA, Guimarães, JP. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de

- emergência. Caderno Saúde e Desenvolvimento, Viçosa, v. 2, n. 2, p.27-28, 2013. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/197>>. Acesso em: 2 maio 2017.
17. Uchimura LYT, Viana ALD, Silva HP, Ibañez N. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. SAÚDE DEBATE | Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 972-983, OUT-DEZ 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00972.pdf>
18. Carret, MLV. Demanda do serviço de saúde de emergência: características e fatores de risco para o uso inadequado. 2007. 231 f. Tese (Doutorado)- Curso de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2007. Disponível em: <http://pct.capes.gov.br/teses/2007/969454_5.PDF>. Acesso em: 15 jun. 2018.
19. Bahia. Conselho Regional de Enfermagem - COREN. Nota conjunta: coren-ba e cremeb esclarecem sobre o accr - acolhimento com classificação de risco. 2014. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/nota-conjunta-coren-ba-e-cremeb-esclarecem-sobre-o-accr-acolhimento-com-classificacao-de-risco_29672.html>. Acesso em: 19 jun. 2018.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. DISPONÍVEL EM: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
21. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução 423/2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html
23. Silva TF, David HMSL, Caldas CP, Martins EL, Ferreira S. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, N. ESPECIAL 4, P. 249-260, DEZ 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe4/0103-1104-sdeb-42-spe04-0249.pdf>
24. Inoue KC, Murasaki ACY, Bellucci Júnior JA, Rossi RM, Martinez YDE, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. Rev Min Enferm [Internet]. 2015 [citado 2016 set. 15];19(1):13-20. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/982> [Links]
25. Damasceno, FPC, Silva, LG, Menezes, MO, Silva, DP. Acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência: perspectivas para enfermagem. Ciências Biológicas e da Saúde | Aracaju | v.2 | n.2 | p. 45-58 | out 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/1181/1011>
26. Costa MAR, Silva VGLG, Bellucci Júnior JA, Inoue KC, Sales CA, Matsuda LM. Admittance of risk-classified cases: assessment of hospital emergency services. Esc Anna Nery [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 15]; 19(3):491-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/en_1414-8145-ean-19-03-0491.pdf [Links]
27. Camara et al. O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão. Revista Humano Ser - UNIFACEX, Natal-RN, v.1, n.1, p. 99-114, 2015. file:///C:/Users/anderson.sousa/Downloads/628-1448-1-SM.pdf

Autor de Correspondência

Anderson Reis de Sousa
Escola de Enfermagem da Universidade Federal
da Bahia. R. Basílio da Gama, 241. CEP: 40110-907.
Canela. Salvador, Bahia, Brasil.
son.reis@hotmail.com

Polimorfismo do gene CYP2D6 1846 G/A em associação com o Acidente Vascular Encefálico/Aneurisma em uma população do Distrito Federal (Brasil)

CYP2D6 1846 G/A gene polymorphism in association with Hemorrhagic Stroke/Aneurysm in patients from the Federal District (Brazil)

Lígia Canongia de Abreu Duarte¹, Caroline Ferreira Fratelli¹, Calliandra Maria Souza Silva², Luzitano Brandão Ferreira³,
Hélia Carla Souza³, Izabel Cristina Rodrigues da Silva²

Como citar: Duarte LCA, Fratelli CF, Silva CMS, Ferreira LB, Souza HC, Silva ICR. Polimorfismo do gene CYP2D6 1846 G/A em associação com o Acidente Vascular Encefálico/Aneurisma em uma população do Distrito Federal (Brasil). REVisA. 2019; 8(4): 496-504. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p496a504>

REVISA

1. Universidade de Brasília, Programa de Pós Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

2- Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

3- Centro Universitário de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Recebido: 10/07/2019
Aceito: 09/09/2019

RESUMO

Objetivo: Investigar uma possível associação do gene CYP2D6 1846 G/A em pacientes que possuem AVEH/Aneurisma, residentes no Distrito Federal (Brasil) além de cruzar as informações obtidas com as manifestações clínicas e o prognóstico. **Método:** Tratou-se de um estudo caso-controle de base populacional, envolvendo 81 casos com AVEH e/ou Aneurisma. Para a genotipagem dessas amostras utilizou-se a técnica laboratorial PCR-RFLP e adotou-se o nível de significância de 5%. **Resultados:** Ao associar as frequências genotípicas e alélicas em relação ao AVEH/Aneurisma, percebeu-se que não houve diferença estatística. Em relação à média de glicemia, participantes com genótipo GG, apresentavam índices elevados desse marcador no grupo caso quando comparado ao grupo controle. **Conclusão:** A presença do polimorfismo CYP2D6 1846 G/A deve ser amplamente estudada em pesquisas futuras, pois é necessário esclarecer se tais polimorfismos representam associações ao AVEH/Aneurisma.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral; Polimorfismo Genético; Citocromo P-450 CYP2D6; Hipertensão; Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Objective: To investigate a possible association of the CYP2D6 1846 G/A gene in HS/aneurysm patients residing in the Federal District (Brazil), as well as to crosscheck the information obtained with clinical manifestations and prognosis. **Method:** The investigation was a population-based case-control study involving 81 cases with HS/aneurysm. The samples genotyping employed the PCR-RFLP technique with a significance level of 5%. **Results:** The attempt to associate genotypic and allelic frequencies to the HVA/Aneurysm resulted in no statistical difference. Nevertheless, in patients with the GG genotype and hypertension, the risk for HS increased 44 times. Participants with GG genotype also had statistically higher glycemia mean levels in the case group. **Conclusion:** The presence of the CYP2D6 1846 G/A polymorphism should be extensively, as it is necessary to clarify whether such polymorphisms represent associations with HS and Intracerebral Aneurysm.

Descriptors: Stroke; genetic polymorphism; Cytochrome P-450 CYP2D6; Hypertension; Diabetes Mellitus.

ORIGINAL

Introduction

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) corresponde a uma disfunção neurológica aguda causada pela interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do encéfalo, ocasionando diversas incapacidades, sendo que o acometimento global interfere em atividades diárias da vida do paciente.¹ Estimativas têm demonstrado que mais de um milhão de pessoas têm um AVC todo ano na Europa e que em 2025, esperam que essa estimativa suba para 1,5 milhão, devido ao envelhecimento populacional.²

Essa patologia pode ser dividido em duas categorias que apresentam semelhanças, porém diferem quanto à etiologia, fisiopatologia, tratamento médico e cirúrgico.³

O AVE hemorrágico (AVEH) é uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo sendo responsável por 10-15% de todos os casos de AVE.⁴ Essa envolve a ruptura de uma artéria intracerebral, resultando no derramamento de sangue, formando assim um hematoma.⁵ É uma doença multifatorial resultante da combinação de fatores genéticos e ambientais. Esses fatores contribuem para o aumento do risco na ocorrência do AVEH.⁶⁻⁷

O citocromo p450 família 2 subfamília D membro 6 (CYP2D6) está presente no braço longo do cromossomo 22 (22q13.1) e é responsável pela metabolização de diversos fármacos, como beta bloqueadores.⁸ Embora a enzima CYP2D6 seja mais extensivamente estudada devido a sua importância clínica, a evolução da subfamília CYP2D ainda não foi completamente compreendida.⁹ O polimorfismo *CYP2D6**4 G/A resulta em uma capacidade limitada para metabolizar substâncias, tal diminuição prolonga o tempo de exposição a neurotoxinas, podendo levar a ocorrência de AVE.¹⁰

Contudo, o objetivo deste presente estudo foi investigar uma possível associação do gene *CYP2D6* 1846 G/A em pacientes que possuem Acidente Vascular Encefálico e ou Aneurisma Intracerebral, residentes no Distrito Federal (Brasil) além de cruzar as informações obtidas com as manifestações clínicas e o prognóstico.

Método

Sujeitos

Por ser um estudo observacional, descritivo do tipo caso-controle, os participantes da pesquisa foram divididos em dois grupos.

O grupo caso era formado por 81 pacientes, de ambos os sexos e maiores de 18 anos, que possuíam o diagnóstico de AVEH e/ou aneurisma intracerebral. Todos esses pacientes eram residentes do Distrito Federal (Brasil) e tiveram a patologia comprovada por meio de tomografia computadorizada. Neste grupo, dos 81 participantes de pesquisa encontrados, 48 pacientes (59,3%) eram portadores de AVEH e 33 pacientes (40,7%) tinham aneurisma.

Já o grupo controle, era formado por 81 indivíduos que não apresentavam a patologia em questão; de ambos os sexos; maiores de 18 anos e que não possuíam parentesco com o grupamento caso. Para serem inclusos, os

participantes do grupo controle deveriam ter realizado, há pelo menos 15 dias, alguns exames bioquímicos, como por exemplo glicemia sérica.

Logo, neste estudo, a maioria dos participantes de pesquisa eram mulheres, tanto no grupo caso (59,3%) quanto no grupo controle (53,1%). Em relação idade da população estudada, o grupo caso apresentava uma média de 53,49 anos ($\pm 5,94$), enquanto o grupo controle tinha uma média de 52,27 anos ($\pm 5,75$).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS e todos os participantes tiveram o histórico clínico detalhado e a evolução clínica acompanhados.

Métodos laboratoriais

Cada participante, após assinar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), teve 10 mL, de seu sangue venoso, coletado. A partir desse sangue, algumas técnicas genéticas foram aplicadas.

O ácido desoxirribonucleico (DNA) foi extraído do sangue coletado utilizando o Invisorb Spin Blood Mini Kit (250) da Invitex (catálogo #CA10-0005, lote #1031100300) e uma concentração média de 20 ng/ μ L foi alcançada. A genotipagem do polimorfismo do CYP2D6 foi realizada utilizando a técnica de Polymerase chain reaction (PCR) combinada com a análise de restrição do fragmento estudado no polimorfismo. Os primers utilizados na amplificação da CYP2D6 1846 G/A foi Senso 5'- GCC TTC GCC AAC CAC TCC -3' e Antisenso 5'- AAA TCC TGC TCT TCC GAG GC -3'. A amplificação foi realizada utilizando as seguintes condições de termociclagem: 94°C por 5 minutos (denaturação inicial), seguida por 30 ciclos de desnaturação a 94°C por 30 segundos, acompanhada de 60 °C por 15 segundos e 72°C por 20 segundos para o anelamento dos oligonucleotídeos. A extensão final ocorreu a 72°C por 7 minutos (11).

Por fim, Os produtos da PCR de 355 pb foram incubados por 90 minutos a 60°C com a enzima BseBI (*Jena, Alemanha*). O alelo A, ou alelo mutado, não sofreu clivagem pela enzima, tendo assim um fragmento de 355pb. O alelo G apresentou dois fragmentos de DNA, um de 106 pb e outro de 250 pb. Os fragmentos foram visualizados em um gel de agarose a 4%, com brometo de etídio e exposto a luz ultravioleta.

Análise estatística

O grupo controle foi considerado dentro do equilíbrio de Hardy-Weinberg e a frequência dos genótipos e alelos em pacientes com AVEH e/ou Aneurisma foi estimada utilizando o programa SPSS versão 23.0. Para a comparação da distribuição das frequências dos dois grupos, o teste Qui-Quadrado foi utilizado. Associações com probabilidades menores que 5% ($p < 0,05$) foram consideradas.

Também foram estimadas as frequências de características dos participantes da pesquisa, a saber: sexo, tabagismo, etilismo, presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS), e diabetes; por outro lado, as variáveis quantitativas idade e glicemia foram descritas em termos de suas estatísticas-resumo (média e erro padrão).

Resultados

Na tabela 1, as frequências genotípicas e alélicas do polimorfismo CYP2D6 1846 G/A foram descritas. Observou-se que a maioria do grupo caso (74,1%) apresentavam o genótipo GG, enquanto que o mesmo vale para o grupo controle (71,6%). Não houve diferença estatística com relação as demais frequências genotípicas ($P=0,930$). Em relação a frequência alélica, 86,4% dos pacientes com AVEH/Aneurisma possuíam o alelo G, contra 83,3% dos participantes do grupo controle com o mesmo alelo. Tal diferença não foi estatisticamente significativa ($P=0,764$).

Tabela 1- Distribuição genotípica e alélica do polimorfismo CYP2D6 nos grupos caso e controle.

CYP2D6 1846 G/A	Grupos				P*	OR	IC
	AVEH/Aneurisma		Controle				
	N	%	N	%			
GG	60	74,1	58	71,6	0,930	NA	NA
GA	17	21,0	19	23,5			
AA	4	4,9	4	4,9			
Total	81	100,0	81	100,0			
GG	60	74,1	58	71,6	0,729	1,13	0,56-2,27
GA+AA	21	25,9	23	28,4			
Total	81	100,0	81	100,0			
G	137	86,4	135	83,3	0,764	1,09	0,60-1,98
A	25	15,4	27	16,7			
Total	162	100,0	162	100,0			

NA = Não se aplica; *Teste de qui-quadrado.

Na tabela 2 avalia-se a diferença na proporção de indivíduos segundo características clínicas (HAS, Diabetes, tabagismo e etilismo) associadas ao polimorfismo CYP2D6 1846 G/A. Contudo, não houve associação entre os genótipos e a presença de HAS ($P= 0,867$), diabetes ($P= 1,00$), tabagismo ($P= 0,938$) e etilismo ($P= 0,332$).

Tabela 2- Distribuição das características clínicas: HAS, Diabetes, tabagismo e etilismo conforme o polimorfismo CYP2D6 nos participantes do estudo.

		CYP2D6 1846 G/A				P*	OR	IC
		GG		GA+AA				
		N	%	N	%			
HAS	Yes	50	42,4%	18	40,9%	0,867	1,062	(0,526 – 2,146)
	No	68	57,6%	26	59,1%			
Diabetes	Yes	2	1,7%	1	2,3%	1	0,741	(0,066 – 8,386)
	No	116	98,3%	43	97,7%			

Tabagismo	Yes	41	34,7%	15	34,1%	0,938	1,029	(0,496 - 2,135)
	No	77	65,3%	29	65,9%			
Alcoolismo	Yes	33	28,0%	9	20,5%	0,332	1,510	(0,655 - 3,482)
	No	85	72,0%	35	79,5%			

*Teste de Qui-quadrado.

A tabela 3 mede a associação entre as características clínicas e a ocorrência de AVE, nos diferentes genótipos. Sendo que, 76,7% dos participantes do grupo caso portadores do genótipo GG apresentavam HAS, contra 6,9% do grupo controle com o mesmo genótipo. Entre os participantes com genótipo GG, o risco para AVE aumentava 44 vezes no grupo caso com HAS ($P<0,001$; $OR=44$; 13,65 - 144,17). 66,7% dos participantes do grupo caso com genótipo GA+AA eram hipertensos, contra 17,4% do grupo controle com o mesmo genótipo. O risco para AVEH/Aneurisma em pacientes com HAS e com genótipo GA+AA aumentou em 10 vezes, quando comparado ao grupo controle ($P=0,002$; $OR=10$; 2,32 - 38,87).

Table 3. Clinical characteristics associated with the occurrence of HS/ Aneurysm by GG and GA + AA genotype of CYP2D6 polymorphism.

		CYP2D6 1846 G/A											
		GG						GA+AA					
		Grupos						Grupos					
		AVEH/Aneurisma		Controle		P	OR (IC)	AVEH/Aneurisma		Controle		P	OR (IC)
		N	%	N	%			N	%	N	%		
HAS	Yes	46	76,7	4	6,9	<0,001*	44,36 (13,65 - 144,17)	14	66,7	4	17,4	0,002*	9,50 (2,32 - 38,87)
	No	14	23,3	54	93,1			7	33,3	19	82,6		
	Total	60	100,0	58	100,0			21	100,0	23	100,0		
Diabetes	Yes	2	3,3	0	0,0	0,496	2,0 (1,67 - 2,40)	1	4,8	0	0,0	0,477	2,15 (1,56 - 2,96)
	No	58	96,7	58	100,0			20	95,2	23	100,0		
	Total	60	100,0	58	100,0			21	100,0	23	100,0		
Tabagismo	Yes	24	40,0	17	29,3	0,223	1,61 (0,75 - 3,46)	8	38,1	7	30,4	0,592	1,41 (0,40 - 4,92)
	No	36	60,0	41	70,7			13	61,9	16	69,6		
	Total	60	100,0	58	100,0			21	100,0	23	100,0		
Alcoolismo	Yes	17	28,3	16	27,6	0,928	1,04 (0,46 - 2,32)	5	23,8	4	17,4	0,716	0,71 (0,34 - 6,48)
	No	43	71,7	42	72,4			16	76,2	19	82,6%		
	Total	60	100,0	58	100,0			21	100,0	23	100,0%		

* Teste qui quadrado.

Depois de verificar as frequências genotípicas e alélicas e a associação do polimorfismo com as manifestações clínicas da doença, a tabela 4 avalia a diferença de médias de glicemia entre os grupos de estudo nos diferentes genótipos. Avaliando o genótipo GG, a média de glicose no grupo caso foi 106 mg/dL, contra 96 mg/dL do grupo controle, quanto a essas diferenças de médias foi obtida diferença estatística ($P=0,004$) e a glicemia média foi maior no grupo caso do que no grupo controle.

Tabela 4- Análise da glicemia nos grupos de estudo conforme o perfil genético no polimorfismo CYP2D6.

	CYP2D6 1846 G/A									
	GG					GA+AA				
	Grupos					Grupos				
	AVEH/Aneurism a		Controle		P	AVEH/Aneurism a		Controle		P
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Glucose (mg/dL)	106	21	96	7	0,004*	107	27	96	7	0,126

*P<0.05.

Discussão

O AVE é a segunda maior causa de mortalidade global entre as doenças cardiovasculares, especialmente em adultos e idosos. Na América Latina, o Brasil permanece como um dos países com maior risco de morte prematura por AVE.¹² De acordo com o Relatório de Saúde da OMS, 5,5 milhões de pessoas morrem por ano em decorrência do AVE. Em todo o mundo, enormes quantias de dinheiro e materiais estão envolvidas no tratamento desta doença. No entanto, métodos para identificar pessoas com alto risco de ocorrência do AVE são limitados e os mecanismos moleculares envolvidos neste trabalho são fundamentais para resolver tal problema.¹³

Neste estudo, a incidência de AVEH e/ou aneurisma foi ligeiramente maior em mulheres (59,3%, n= 48) do que em homens (40,7%, n = 33), sendo que a média de idade do grupo caso foi de 53 anos.

Silva⁶, analisaram aspectos topográficos e epidemiológicos dos pacientes, bem como, o nível de gravidade na admissão e alta hospitalar e situação clínica do paciente após um ano da alta. Dos 148 pacientes com diagnóstico de AVEH, 77 (52%) eram do sexo masculino e 71 (48%) do sexo feminino. A faixa etária variou de 20 a 92 anos de idade, tendo maior número de casos no sexo masculino. Do total de casos houve 57 óbitos (38,5%), com maior número de mortes nas faixas de 40 a 59 com pequena diferença entre os gêneros, sendo a taxa de letalidade foi maior para o sexo feminino (43,7%) nas faixas de 40 a 59.

O citocromo P450 (CYP representa uma grande família de hemoproteínas. Biologicamente, participam do metabolismo de alguns componentes endógenos, como hormônios e colesterol.¹⁴ O gene CYP2D6 codifica a enzima CYP2D6. Essa enzima é pertencente ao sistema citocromo p450, expressa não somente no fígado mas também no SNC, tendo assim um papel central na catalização de metabólitos de fármacos e toxinas biológicas. A mutação CYP2D6*4 é causada pela transição de G para A, o que resulta em uma capacidade limitada para metabolizar substâncias. A diminuição da atividade de CYP2D6 pode prolongar o tempo de exposição a neurotoxinas, induzindo a danos nas células do SNC. Tal hipótese pode ser suspeita por desempenhar papel na patogênese do AVE, doenças de Parkinson e doença de Alzheimer.¹⁵

No presente estudo o polimorfismo CYP2D6*4 não evidenciou diferença estatística quanto aos diferentes genótipos (tabela 1). Contudo, foi possível observar que entre os participantes com genótipo GG, o risco para AVE

aumentava 44 vezes no grupo caso com HAS ($P<0,001$, $OR=44$, 13,65-144,17), e entre os participantes com genótipo GA+AA o risco para AVEH/Aneurisma em pacientes com HAS aumentou em 10 vezes (tabela 3). O genótipo parece ter influência quando dividiu-se os grupos de estudo (tabela 3), mas não quando se considerou todos os participantes de pesquisa (tabela 2), sendo que o genótipo dominante parece favorecer mais fortemente o risco de hipertensão.

Os fatores de risco que estão ligados ao AVE são: Hipertensão arterial, diabetes melitus, sedentarismo, doenças cardíacas, tabagismo, obesidade e predisposição genética.¹⁶ Na hipertensão arterial sistêmica, apesar da disponibilidade de medicamentos anti-hipertensivos com diferentes mecanismos de ação, grande parte dos hipertensos tratados, os níveis ideais de pressões sanguíneas não são alcançados. O polimorfismo CYP2D6 faz com que pacientes possam ser caracterizados como metabolizadores ultrarrápidos, metabolizadores intermediários ou metabolizadores lentos de drogas. Estes últimos correspondem a 7% a 10% da população de indivíduos caucasianos.¹⁷

Em um estudo Egípcio por ALI et al. (2013), foram comparados casos de hipertensão e controles em relação às variantes alélicas genotípicas do gene CYP2D6, os casos de hipertensão mostraram presença do genótipo homozigoto dominante significativamente maior em comparação aos controles ($P=0,01$). Esse fenômeno também se manifestou entre os casos de subgrupos com obesidade que apresentaram formas homozigóticas mutantes significativamente menores do que os controles obesos ($P=0,040$), casos com lesões cardíacas ($P=0,008$) e complicações ($P=0,010$).¹⁸

Neste trabalho, a dosagem de glicose média foi mais alta no grupo caso quando comparada ao grupo controle em ambos genótipos, GG ($P=0,004$) e GA+AA ($P=0,126$) do polimorfismo CYP2D6. Em um estudo de caso controle, foi estudado o polimorfismo do CYP2D6 associado ao desenvolvimento do diabetes mellitus tipo 2, na população da Bósnia e Herzegovina. Neste estudo, demonstrou-se que não havia uma relação do genótipo e o diabetes na população indicada. Logo, os autores citam como limitação da pesquisa as diferenças nas características étnicas, seja estilo de vida, fatores ambientais, antecedentes genéticos, além do número de participantes da pesquisa, que eram 37 participantes no grupo caso e 44 no grupo controle.¹⁹

Conclusão

A presença da Hipertensão Arterial Sistêmica é um fator de risco para a ocorrência de AVEH/Aneurisma. Além disso, foi possível perceber que existe um aumento na glicemia em pacientes diagnosticados com a patologia estudada.

Quando foi analisado as frequências genotípicas e alelicas do polimorfismo CYP2D6 1846 G/A, percebeu-se que não houve diferença estatística com a distribuição em associação a patologia.

Ao analisar a ocorrência de AVEH/Aneurisma, em diferentes genótipos, com as características clínicas (Hipertensão Arterial, Diabetes, Tabagismo e Etilismo), entre os participantes com genótipo GG, o risco de AVEH aumentava em 44 vezes no grupo com HAS, sendo que o risco para o desfecho em pacientes com HAS e genótipo GA+AA aumentou em 10 vezes quando comparado ao grupo controle.

Em relação a variável glicemia, a sua média foi maior no grupo caso do que no grupo controle, sendo que, no genótipo GG, a maior média de glicose no grupo caso, foi estatisticamente significativa.

A presença do polimorfismo CYP2D6 1846 G/A deve ser amplamente estudado em pesquisas futuras, e os resultados desta pesquisa podem ser úteis a outros estudos de associação a doenças ligadas a genes. A influência possível sobre a expressão dos genes desta pesquisa continua a ser elucidada, portanto mais estudos de associação, em outras populações, devem ser realizados para esclarecer se tais polimorfismos representam associações ao AVEH e Aneurisma Intracerebral.

Agradecimento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. FAP-DF.

Referências

1. Medeiros C, Fernandes S, Lopes J, Cacho E, Cacho R. Effects of mirror therapy through functional activities and motor standards in motor function of the upper limb after stroke. *Fisioter e Pesqui.* 2014;21(3):264-70.
2. Wajngarten M, Silva GS. Ischaemic Heart Disease , Stroke and Risk Factors Hypertension and Stroke : Update on Treatment Ischaemic Heart Disease , Stroke and Risk Factors. *Radcliffe Cardiol.* 2019;14(2):111-5.
3. Montaner J, Mendioroz M, Delgado P, García-Berrocso T, Giralt D, Merino C, et al. Differentiating ischemic from hemorrhagic stroke using plasma biomarkers: The S100B/RAGE pathway. *J Proteomics* [Internet]. 2012;75(15):4758-65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jprot.2012.01.033>
4. Mota DVN, Meireles ALF de, Viana MT, Almeida R de C de A. Mirror therapy for upper limb rehabilitation in chronic patients after stroke. *Fisioter em Mov.* 2016;29(2):287-93.
5. Kumar A, Aakriti, Gupta V. A review on animal models of stroke: An update. *Brain Res Bull* [Internet]. 2016;122:35-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brainresbull.2016.02.016>
6. Silva MV DA. Aspectos clínicos e epidemiológicos dos casos de acidente vascular encefálico hemorrágico intraparenquimatoso: perfil epidemiológico em uma série monocêntrica no Distrito Federal. 2013.
7. Hopewell JC, Clarke R. Emerging Risk Factors for Stroke: What Have We Learned from Mendelian Randomization Studies? *Stroke.* 2016;47(6):1673-8.
8. Bezerra LS, Santos-Veloso MAO, Bezerra Junior NDS, Fonseca LC Da, Sales WLA. Impacts of Cytochrome P450 2D6 (CYP2D6) Genetic Polymorphism in Tamoxifen Therapy for Breast Cancer. *Rev Bras Ginecol e Obstet.* 2018;40(12):794-9.
9. Yasukochi Y, Satta Y. Molecular evolution of the CYP2D subfamily in primates: Purifying selection on substrate recognition sites without the frequent or long-tract gene conversion. *Genome Biol Evol.* 2015;7(4):1053-67.
10. De Leon J, Armstrong SC, Cozza KL. Clinical guidelines for psychiatrists for

the use of pharmacogenetic testing for CYP450 2D6 and CYP450 2C19. *Psychosomatics*. 2006;47(1):75-85.

11. Nepomnyashchikh DL, Vavilin VA, Aidagulova S V., Makarova SI, Karavaeva Y, Shchepotina EG, et al. Cytochrome P450 2D6 polymorphism is a molecular genetic marker of liver cirrhosis progression. *Bull Exp Biol Med*. 2012;152(5):633-6.

12. da Silva JK, dos Anjos KF, Santos VC, Boery RNS de O, Santa Rosa D de O, Boery EN. Intervenções para cuidadores de sobreviventes de acidente vascular cerebral: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42(4):1-9.

13. Gu L, Wu G, Long J, Su L, Yan Y, Chen Q, et al. The role of TNF- α 308G>A polymorphism in the risk for ischemic stroke. *Am J Med Sci*. 2013;345(3):227-33.

14. Hernández FL. Estudio de las bases genéticas de la diabetes tipo 2: Identificación de variantes de baja frecuencia mediante secuenciación masiva. Universidad politécnica de Calencia. 2019.

15. Lu Y, Qin X, Li S, Zhang X, He Y, Peng Q, et al. Quantitative assessment of CYP2D6 polymorphisms and risk of Alzheimer's disease: A meta-analysis. *J Neurol Sci*. 2014;343(1-2):15-22.

16. Ramos JM. Análise De Equilíbrio E Funcionalidade Em Indivíduos Hemiparéticos Pós-Ave. *Ciências Biológicas e Saúde Unit* [Internet]. 2018;5(1):103-16. Available from:

http://www.scielo.br/pdf/eins/v16n1/pt_1679-4508-eins-S1679-45082018AO4247.pdf

17. Sandrim VC, Tanus-Santos JE. O conhecimento em farmacogenômica pode auxiliar no controle da pressão arterial em pacientes com hipertensão de difícil controle? *J Hypertens*. 2008;15(1):34-6.

18. Ali AAA, Wassim NM, Dowaidar MM, Yaseen AE. Genetic polymorphism of CYP2D6 gene among Egyptian hypertensive cases. *J Basic Appl Zool* [Internet]. 2013;66(4):228-33. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jobaz.2012.12.002>

19. Semiz S, Dujic T, Ostanek B, Prnjavorac B, Bego T, Malenica M, et al. Analysis of CYP2C9*2, CYP2C19*2, and CYP2D6*4 polymorphisms in patients with type 2 diabetes mellitus. *Bosn J Basic Med Sci*. 2010;10(4):287-91.

Autor Correspondente

Izabel Cristina Rodrigues da Silva.
Campus Universitário, no number, Centro
Metropolitano. CEP: 72220-275. Brasília,
Distrito Federal, Brasil.
belbiomedica@gmail.com

Implantação do Ponto de Coleta Reversa de Medicamentos em uma Instituição de Educação Superior do Distrito Federal

Implementation of the Reverse Drug Collection Point in a Higher Education Institution of the Federal District

Michelle Couto Fernandes¹, Patrícia Francisca Pereira de Sales¹, Rossana Soares de Almeida², Alice da Cunha Morales Álvares², Eloísa Elena Cangiani², Lunilva Aurélio Pedrosa Sallet²

Como citar: Fernandes MC, Sales PFP, Almeida RS, Álvares ACM, Cangiani EE, Sallet LAP. Implantação do Ponto de Coleta Reversa de Medicamentos em uma Instituição de Educação Superior do Distrito Federal. REVISA. 2019; 8(4): 505-11. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p505a511>

REVISA

1. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Departamento de Farmácia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

2. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Departamento de Farmácia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Recebido: 10/07/2019
Aprovado: 09/09/2019

RESUMO

Objetivo: proporcionar à comunidade acadêmica e social as práticas corretas de armazenamento e descarte dos medicamentos vencidos, em desuso e/ou inapropriados na instituição de ensino superior no DF. **Método:** A coleta dos medicamentos ocorreu no período de um ano, entre 2018 e 2019. Foi realizada a abertura da caixa de coleta permanente na Instituição de Educação Superior e a contagem manual de todos os medicamentos descartados. Os medicamentos foram relacionados em uma planilha de acordo com a classificação de bioequivalência, vias de administração, formas farmacêuticas, validade, preparação e classe terapêutica. **Resultados:** Desta forma, o ponto ativo fixo de coleta de medicamentos descartados na Instituição de Educação Superior proporciona um grande impacto social e ambiental, colaborando tanto com orientações na sociedade quanto promovendo uma ação permanente de auxílio aos órgãos governamentais a promoverem ações de correto destinação de medicações que tenham sido descartados. No período de 1 (um) ano, de um total de 922 unidades, sendo 84 medicamentos distintos, a predominância foi de medicamentos similares. Dentre as vias de administração, os medicamentos administrados via oral foram os mais descartados. Além disso, observa-se que esse ponto foi instalado há 1 ano, ou seja, em agosto de 2018, e foram contabilizados medicamentos desde 2012, ou seja, a população tem o hábito em armazenar esses medicamentos mesmo vencidos em domicílio. **Conclusão:** Constatou-se a necessidade de melhor esclarecimento sobre o assunto através de campanhas de incentivo e orientação, quanto ao destino adequado para resíduos de medicamentos e promoção ao uso racional de medicamentos, a fim de conscientizar a sociedade a utilização moderada dos medicamentos e a implementação de pontos de coleta acessíveis à população. **Descritores:** Farmácia; Educação Superior; Medicamentos.

ABSTRACT

Objective: To provide the academic and social community with the correct storage and disposal practices for expired, disused and/or inappropriate medicines in the higher education institution in the Federal District. **Method:** The collection of medicines took place within one year, between 2018 and 2019. The permanent collection box was opened at the Higher Education Institution and the manual counting of all discarded medicines. The drugs were listed in a spreadsheet according to bioequivalence classification, routes of administration, pharmaceutical forms, validity, preparation and therapeutic class. **Results:** Thus, the fixed active point of collection of discarded medicines in the Higher Education Institution provides a great social and environmental impact, collaborating with orientations in the society as well as promoting a permanent action of assistance to the government agencies to promote actions of correct destination of medications that have been discarded. In the period of 1 (one) year, out of a total of 922 units, being 84 different drugs, the predominance was similar drugs. Among the routes of administration, the drugs administered orally were the most discarded. In addition, it is observed that this point was installed 1 year ago, that is, in August 2018, and medicines have been counted since 2012, that is, the population has the habit of storing these medicines even at home. **Conclusion:** There was a need for better clarification on the subject through incentive and orientation campaigns, as to the appropriate destination for drug residues and promotion of the rational use of medicines, in order to make society aware of the moderate use of medicines and implementation of collection points accessible to the population. **Descriptors:** Pharmacy; College education; Medicines.

ORIGINAL

Introdução

O descarte incorreto de medicamentos é uma prática recorrente da população que apresenta riscos à saúde pública. As principais vias para desprezo dos medicamentos são o lixo comum e as redes de esgoto. Maior parte da população (86%) descarta medicamentos não mais utilizados e/ou vencidos em lixo doméstico, na pia ou em vasos sanitários e o armazenamento desses resíduos é realizado indevidamente.¹ A Vigilância Sanitária regulamentou a RDC nº 222/2018² que dita as boas práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (GRSS). Nela, é estabelecida rota final de medicamentos descartados que devem ser depositados em aterro de resíduos perigosos sem esclarecer sobre a coleta e o descarte domiciliar desses medicamentos de uso humano e/ou veterinário.

A prática correta do descarte de medicamentos pode ser gerida por meio da educação em saúde à sociedade. A orientação à população sobre o descarte de medicamentos visando reduzir o impacto ambiental ainda é escasso. A coleta acontece isoladamente por estabelecimentos que disponibilizam pontos de coleta acessíveis à população. A RDC nº 222/2018² enfatiza a obrigatoriedade de um ponto ativo para a coleta de medicamentos em desuso e/ou vencidos a cada 30 mil habitantes. Esse ponto deve estar identificado e o transporte ao local de tratamento adequado é de responsabilidade de indústrias farmacêuticas.

Neste sentido, se faz necessária implantação de um ponto de coleta ativo na Instituição de Educação Superior considerando o compromisso dessa Instituição com políticas públicas e a educação em saúde. O ponto de coleta objetiva proporcionar à comunidade acadêmica e social as práticas corretas de armazenamento e descarte dos medicamentos vencidos, em desuso e/ou inapropriados.

Método

A coleta dos medicamentos ocorreu no período de um ano, entre agosto de 2018 a agosto de 2019. Foi realizada a abertura da caixa de coleta e a contagem manual de todos os medicamentos descartados. Os medicamentos foram relacionados em uma planilha de acordo com a classificação de bioequivalência, vias de administração, formas farmacêuticas, validade, preparação e classe terapêutica.

Resultados e Discussão

O local permanente de descarte de medicamentos e o controle do impacto sócio ambiental da Instituição de Educação Superior atende os termos do correto descarte dos resíduos de medicamentos. No Brasil, é normatizado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Meio Ambiente que os autores envolvidos em atividades que geram resíduos dessa natureza deem a disposição final adequada.³

O descarte de medicamentos justifica-se na dispensação de medicamentos além da quantidade exata para o tratamento do paciente, na interrupção ou mudança de tratamento, na distribuição aleatória de amostras grátis e o gerenciamento inadequado de estoques de medicamentos por parte

das empresas e dos estabelecimentos de saúde.² A destinação final dos medicamentos é tema relevante na saúde pública devido às diferentes propriedades farmacológicas dos medicamentos, que, inevitavelmente, se tornarão resíduos e não poderão mais ser utilizados.³ A maioria da população, geralmente, acumula em suas residências medicamentos provenientes de tratamentos incompletos, por terem sido utilizados tão somente até o desaparecimento dos sintomas, ou até mesmo em decorrência da aquisição de uma quantidade superior à necessária ou prescrita para o tratamento. É preciso ressaltar que, no Brasil, o descarte de medicamentos em desuso, vencidos ou sobras é feito por grande parte da população em lixo comum ou em rede pública de esgoto. Atitudes essas que geram agressão ao meio ambiente, contaminação da água, do solo e de animais, além do risco à saúde de pessoas que possam reutilizá-los por acidente ou mesmo, intencionalmente, devido a fatores sociais ou circunstanciais diversos.²

Desta forma, o ponto ativo fixo de coleta de medicamentos descartados na Instituição de Educação Superior proporciona um grande impacto social e ambiental, colaborando tanto com orientações na sociedade quanto promovendo uma ação permanente de auxílio aos órgãos governamentais a promoverem ações de correto destinação de medicações que tenham sido descartados.

A figura 1 apresenta a quantidade em unidades e em percentagem de medicamentos descartados classificados entre referência, genérico e similar. No período de 1 (um) ano, de um total de 922 unidades, sendo 84 medicamentos distintos, a predominância foi de medicamentos similares. Dentre as categorias de medicamentos, os genéricos são os mais prescritos e vendidos no Brasil, representando um avanço de aproximadamente 63% de prescrições até o primeiro bimestre de 2018, conforme a Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos (Pró Genéricos). A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) estabelece que as prescrições derivadas de atendimentos via Sistema único de Saúde (SUS) sejam pela Denominação Comum Brasileira (DCB), ou seja, prescrição de medicamentos genéricos. Isso baseia-se na adesão dessa categoria mundialmente confiando em seus testes de bioequivalência e biodisponibilidade compatíveis aos medicamentos referência ou éticos.⁴

A Vigilância Sanitária traz que a economia na aquisição de genéricos é de quase 35% sobre o valor de medicamentos éticos. Já os similares, apresentam maior economia sobre os genéricos devido os testes de bioequivalência não serem obrigatórios, induzindo menor gasto para as indústrias farmacêuticas⁵. O lucro sobre a venda de um medicamento similar é maior quando comparado com o referência e genérico.⁵ Essa pode ser uma hipótese para os dados apresentados na figura 1. Uma vez os medicamentos similares apresentando custo menor, o acesso da população aumenta além de que, os genéricos sendo prescritos por profissionais capacitados, o tratamento é adequado à prescrição evitando geração de medicamentos avulsos.

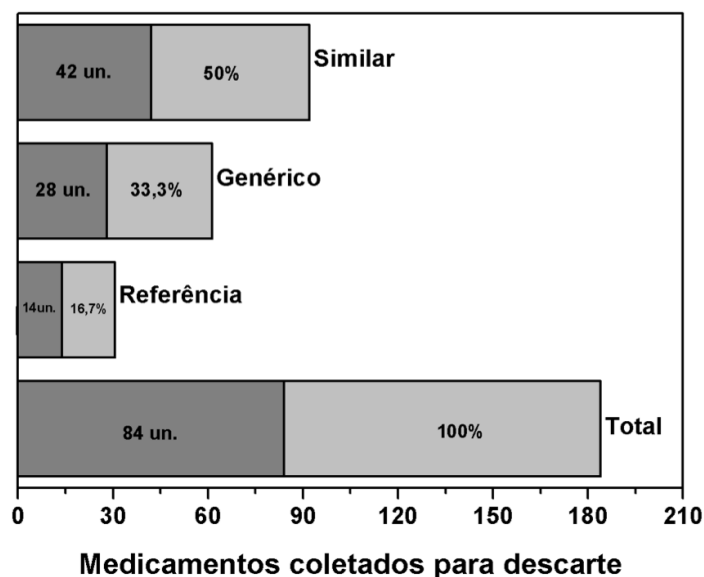


Figura 1- Classificação de medicamentos coletados em uma IES do DF para descarte correto.

Dentre as vias de administração, os medicamentos administrados via oral foram os mais descartados estando apresentados em formas farmacêuticas comprimido, tabletes e cápsulas (Figura 2). A justificativa para esse achado se deve ao fato de que a via oral apresenta maior número de formas farmacêuticas compatíveis como cápsulas, comprimidos não revestidos, revestidos, drágeas, líquido, suspensão, dentre outros além de ser uma via de administração segura e de fácil adesão ao tratamento.⁶ Quando é dita administração segura, considera-se a cinética pela qual o medicamento/fármaco é submetido até estar biodisponível. Em caso de ingestão inadequada, os procedimentos para reversão são viáveis.⁶⁻⁷ Em relação à adesão, a via oral não acarreta dor ao paciente e, como observado, as formas farmacêuticas que evitam a exploração das propriedades organolépticas dos medicamentos predominaram (Figura 2).

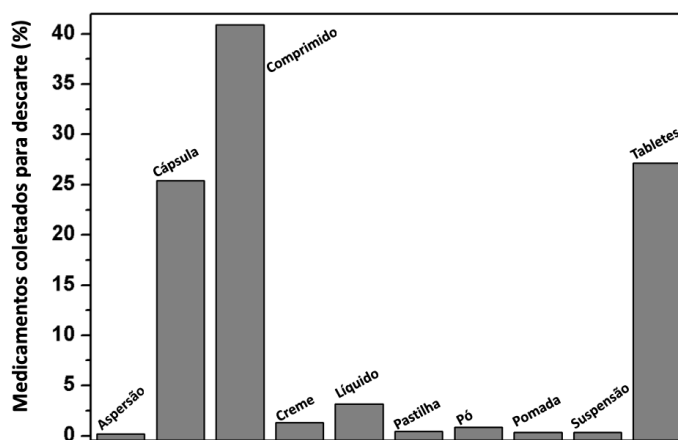


Figura 2- Classificação das formas farmacêuticas de medicamentos coletados em uma IES do DF para descarte correto.

Ganhou atenção o descarte de medicamentos vencidos entre os anos de 2016 a 2019 (Figura 3). A baixa quantidade de medicamentos descartados em anos anteriores pode estar relacionada à prática do descarte incorreto pela

população¹. Além disso, observa-se que esse ponto foi instalado há 1 ano, ou seja, em agosto de 2018, e foram contabilizados medicamentos desde 2012, ou seja, a população tem o hábito em armazenar esses medicamentos mesmo vencidos em domicílio⁸. Uma quantidade próxima entre os medicamentos descartados com validade em 2015, 2020 e data ilegível. O desprezo desses medicamentos antes do vencimento pode estar relacionada à falta de necessidade de uso e foi observado que a maioria desses medicamentos eram amostras grátis⁹.

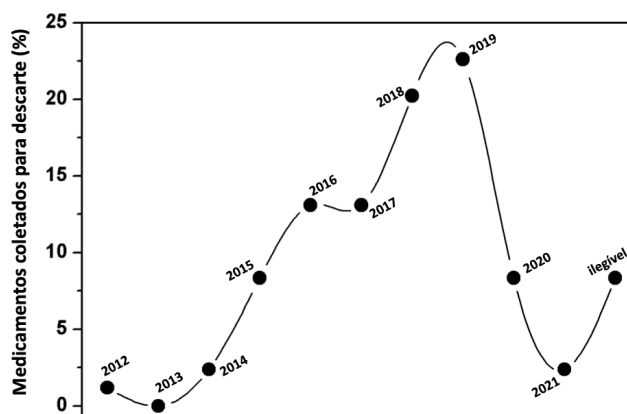


Figura 3- Registro da data de validade de medicamentos coletados em uma IES do DF para descarte correto.

Foram coletados medicamentos fitoterápicos e homeopáticos apesar de minoria e dentre os alopáticos, também foram encontrados medicamentos de uso veterinário (Figura 4). Apesar de no Brasil a prescrição de medicamentos alopáticos permanecer no *ranking*, a adesão da população aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos inseridos na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) é crescente.¹⁰⁻¹²

Medicamentos de uso interno veterinário também foram coletados. Esse achado foi importante no tocante à habilidade dos farmacêuticos na prática da assistência farmacêutica voltada a produtos veterinários de uso interno em clínicas veterinárias ou estabelecimentos de venda de produtos de uso interno para animais. Essa assistência está amparada pela Lei 13.021/14 que obriga a presença de um farmacêutico em quaisquer estabelecimentos que comercializam medicamentos, incluindo clínicas veterinárias.¹³

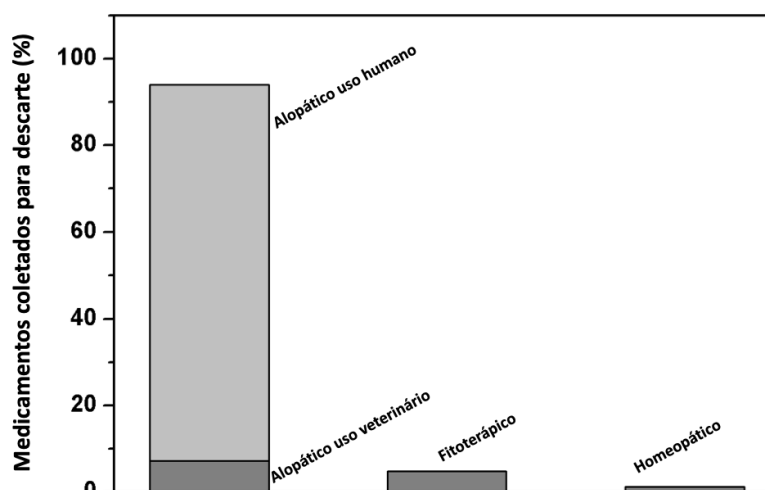


Figura 4- Medicamentos coletados em uma IES do DF para descarte correto a partir da preparação (alopático, fitoterápico e homeopático).

A figura 5 apresenta a relação dos medicamentos coletados por classe terapêutica. Em primeiro lugar, foram contabilizados os polivitamínicos; em segundo, os gastroprotetores como ranitidina e omeprazol; terceiro, psicotrópicos; quarto, anti-inflamatórios e quinto, antimicrobianos. Essas duas primeiras classes citadas podem estar ocupando o *ranking* devido a facilidade de acesso na compra desses medicamentos que são isentos de prescrição médica. Esse resultado é preocupante considerando que excesso de vitamina acarreta danos à saúde.

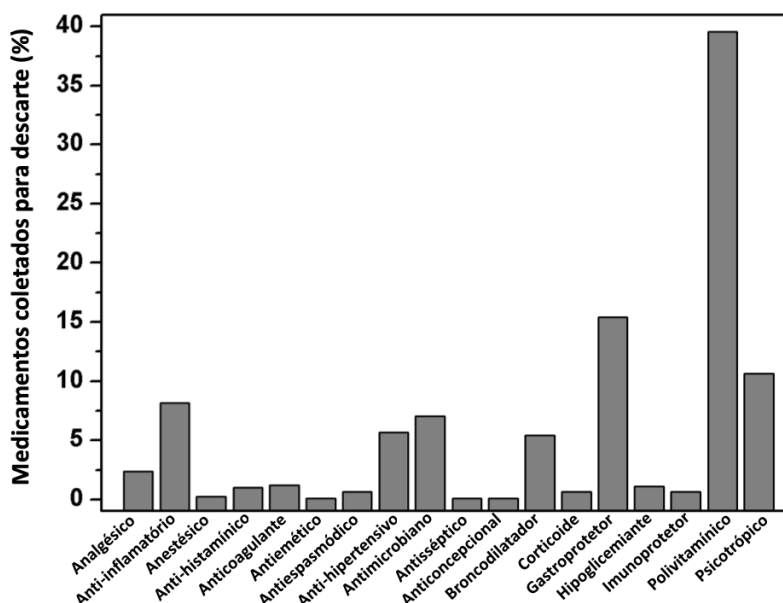


Figura 5- Classes de medicamentos coletados em uma IES do DF para descarte correto.

O descarte de psicotrópicos e antimicrobianos sugere interrupção no tratamento bem como o descarte de anti-inflamatórios sugere automedicação, uma vez que não carece prescrição médica e fica em fácil acesso aos consumidores.¹⁴⁻¹⁵

Considerações Finais

A presente pesquisa é resultante de um projeto de extensão desenvolvido por acadêmicos e docentes de um Centro Universitário localizado no Distrito Federal. Por meio dos resultados, foi possível quantificar as classes de medicações mais descartadas bem como discutir a hipótese da sobra desses medicamentos em virtude da interrupção de tratamento e/ou pela prática da automedicação. O objetivo deste estudo foi apresentar a coleta de forma consciente de medicamentos vencidos, em desuso e/ou inapropriados na instituição de ensino superior. Este estudo apresenta sua importância devido a maioria da população providenciar a destinação de medicamentos em lixo comum e em esgoto doméstico como pias, vasos sanitários e tanque. É de extrema relevância a conscientização da comunidade sobre o descarte correto de medicamentos com linguagem acessível e facilitando o acesso aos pontos de descarte.

Referências

1. Ramos Hayssa Moraes Pintel, Cruvinel Vanessa Resende Nogueira, Meiners Micheline Marie Milward de Azevedo, Queiroz Camila Araújo, Galato Dayani. Descarte de medicamentos: uma reflexão sobre os possíveis riscos sanitários e ambientais. Ambient. soc. [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 Dec 04]; 20(4):145-168.

- Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2017000400145&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4422asoc0295r1v2042017>.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências [site na internet]. 2018 [acessado 2019 Abr 08]. Disponível em: http://portal.imprensa.nacional.gov.br/web/guest/consulta?p_p_id.
 3. Falqueto Elda, Kligerman Débora Cynamon, Assumpção Rafaela Facchetti. Como realizar o correto descarte de resíduos de medicamentos?. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 Oct [cited 2019 Dec 04]; 15(Suppl 2): 3283-3293. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000800034>.
 4. Brasil. Lei nº 9.787 de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 26 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização dos nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 11 de fevereiro de 1999.
 5. Sousa Caissa Veloso e, Mesquita Jose Marcos Carvalho de, Lara José Edson. Análise da decisão de compra de medicamentos frente à existência de produtos substitutos: um estudo no município de Belo Horizonte, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Nov [cited 2019 Dec 04]; 18(11): 3311-3320. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100021>.
 6. Arrais PSD, Fernandes MEP, da Silva Dal Pizzol T, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. Rev Saude Publica. 2016;50(supl 2):13s.
 7. Donaldson, LJ, Kelley, ET, Dhingra-Kumar, N, Kieny, M-P, Sheikh, A. medication without harm: WHO's Third global patient safety challenge. Lancet. 2017;389:1680-681.
 8. Silva, J. M., & Geron, V. L. M. G. (2018). Avaliação de armazenamento de medicamento em domicílio em um bairro de ariquentes / RO. Revista Científica Da Faculdade De Educação E Meio Ambiente, 9(edesp), 491-499. <https://doi.org/10.31072/rcf.v9iedesp.609>
 9. Giselle Margareth Pilla Blankenstein1 Arlindo Philippi Junior. Descarte de medicamentos e a Política Nacional de Resíduos Sólidos. R. Dir. sanit., São Paulo v.19 n.1, p. 50-74, mar./jun. 2018
 10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica* 2012. [acessado 2013 Set 09]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_31.pdf
 11. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Plantas medicinais e Fitoterápicos, 2006. Site: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos-ppnprmf/politica-e-programa-nacional-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos/projetos-apoiados>
 12. Bruning MCR, Mosegui GBG, Vianna CMM. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu – Paraná: a visão dos profissionais de saúde. Cien Saude Colet 2012; 17(10):2675-2685.
 13. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm
 14. Mello AF, Soares LSS, Areda CA, Blatt RC, Galato D. Uma abordagem econômica de processos judiciais de medicamentos impetrados contra um município do sul do Brasil. J. Bras. Econ. Saúde. 2016;1:39-46.
 15. Cruz MJB, Azevedo AB, Cruz HL, Bodevan EC, Araújo LU, Santos DF. Descarte de medicamentos em municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. Vigil Sanit Debate 2017; 5(1):84-90.

Autor de Correspondência

Alice da Cunha Morales Álvares

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal

Av. Pau Brasil- Lote 2. Águas Claras, Distrito Federal, Brasil.

pharmalice@gmail.com

Intercâmbio Acadêmico Internacional na Pós-Graduação em Enfermagem: Relato de Experiência

International Academic Exchange in Nursing Graduate Studies: Experience Report

Luana Prado Figueredo¹, Maria de Fatima do Prado Fernandes², Osmany Alonso Ayala³

Como citar: Figueredo LP, Fernandes MFP, Ayala OA. Intercâmbio Acadêmico Internacional na Pós-Graduação em Enfermagem: Relato de Experiência. REVISA. 2019; 8(4): 512-7. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p512a517>

REVISA

1. Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo, São Paulo, Brasil.
2. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, Brasil.
3. Universidad Del Ciencias Médicas de La Havana, Facultad de Enfermería Lidia Doce, Havana, Cuba.

Recebido: 14/07/2019
Aprovado: 14/09/2019

RESUMO

Objetivo: descrever a experiência discente acerca da mobilidade internacional acadêmica em um programa de intercâmbio em Havana - Cuba, na área de pós-graduação em enfermagem. **Método:** relato de experiência acerca das vivências acadêmicas e pessoais, decorridas durante as atividades realizadas no intercâmbio acadêmico entre Brasil e Cuba entre setembro e outubro de 2018. **Resultados:** a experiência possibilitou a aquisição de conhecimentos científicos ampliados à enfermagem no âmbito da pós-graduação e a formação de vínculos acadêmicos, propiciando o aperfeiçoamento na formação acadêmica, sócio-crítico-cultural e pessoal, a partir da inter-relação teoria-prática. Isso contribui para formação de habilidades interpessoais e profissionais permeadas por aspectos influenciadores e humanista ao cuidado de enfermagem e para o processo de internacionalização do curso de enfermagem. **Conclusão:** a experiência do intercâmbio acadêmico internacional contribui para o amadurecimento pessoal, científico e profissional e este relato visa incentivar os estudantes a idealizarem tal possibilidade que agrega novos saberes acadêmicos.

Descritores: Intercâmbio Educacional Internacional; Educação Superior; Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: describe the student experience about international academic mobility in a postgraduate nursing exchange program in Havana - Cuba. **Method:** experience report about the academic and personal experiences, which took place during the activities carried out in the academic exchange between Brazil and Cuba, from September to October 2018. **Results:** the experience made possible the acquisition of expanded scientific knowledge to nursing in the post-graduation and the formation of academic bonds, providing the improvement in the academic, socio-critical-cultural and personal formation, from the theory-practice interrelationship. Contributing to the formation of interpersonal and professional skills permeated by influential and humanistic aspects of nursing care and the internationalization process of the nursing course. **Conclusion:** the experience of international academic exchange contributes to personal, scientific and professional maturation and this report aims to encourage students to idealize such a possibility that adds new academic knowledge.

Descriptors: International Educational Exchange; Education, Higher; Education Nursing.

Introdução

O intercâmbio educacional internacional é definido como uma troca de saberes que, geralmente, é permeada por diálogos acerca de conhecimentos de interesse comum, entre estudantes e profissionais de ambientes acadêmicos de diferentes países. Ele ainda pode ser patrocinado por alguma organização que tenha finalidade de apoiar a educação adicional.¹

A internacionalização tem estimulado instituições acadêmicas de nível superior a criar espaços, construir condições e adotar iniciativas para ampliar uma mobilidade acadêmica que responda às necessidades educativas que acompanham o mundo globalizado.²

A mobilidade acadêmica é vista como uma estratégia potencial para possibilitar a disseminação de conhecimento, por meio da cooperação internacional, permeada por ações de ensino, pesquisa, extensão, publicação e intercâmbio interinstitucional. Em acordo com os compromissos e objetivos institucionais, percorrem juntos os propósitos de ascensão do seu entorno, a sociedade.³⁻⁴

Nesta direção, a internacionalização ainda espera incentivar e qualificar a autonomia dos discentes-docentes-pesquisadores a partir das oportunidades das socializações interculturais e de um contexto de formação educacional, humanista e transformadora, que o possibilita ser mais qualificado, diferenciado e mais atento às complexidades humanas.⁵⁻⁷ Por outro lado, consolida a capacidade de fortalecer o intercâmbio entre instituições acadêmicas e incentiva a produção científico-intelectual na perspectiva de contribuir com o desenvolvimento e sensibilidade social, em um contexto de atuação em diferentes países.^{2,4}

Por essa razão, este estudo, acerca das vivências em um intercâmbio acadêmico internacional de pós-graduação em enfermagem, visa contribuir com a disponibilização das informações, por perceber a carência de uma divulgação mais acessível e ampla sobre as possibilidades de tal experiência e o incentivo para que os estudantes visem o intercâmbio acadêmico internacional como forma de se relacionar humanisticamente, aperfeiçoar os conhecimentos e qualificarem-se como profissionais em um contexto de trabalho desafiador.

Diante do exposto, o objetivo deste relato é descrever a experiência discente acerca da mobilidade internacional acadêmica em um programa de intercâmbio em Havana - Cuba, na área de pós-graduação em enfermagem. Ressaltam-se as atividades realizadas, vivências pessoais, contatos científicos e atividades desenvolvidas no período de realização deste intercâmbio, o que justifica o estudo.

Método

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência das vivências acadêmicas e pessoais percorridas no intercâmbio acadêmico internacional entre setembro e outubro de 2018. O mesmo ocorreu junto ao programa de pós-graduação da Faculdade de Enfermagem Lúcia Doce da Universidade de Ciências Médicas de Havana, em Cuba (FELD- UCM-H).

Tal experiência foi mobilizada pelo interesse pessoal da aluna, apoio da família e orientadora da tese, bem como pelos consentimentos das

universidades envolvidas. O financiamento foi parcialmente viabilizado pela bolsa do Programa Demanda Social da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES) e, em parte, pelos recursos próprios da estudante.

Resultados e Discussão

O decidir pelo intercâmbio acadêmico aconteceu no último semestre do Curso de Doutorado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Brasil, quando já era, há dois meses, bolsista pela CAPES. A oportunidade veio por meio de um amigo enfermeiro de Angola que havia passado pela experiência durante o seu doutoramento e este intermediou o contato junto a FELD.

Em contato com a FELD, através do professor da pós-graduação e tutor do intercâmbio internacional, foi possível conhecer que o plano de atividades pode ser moldado de acordo com a área temática da investigação científica do estudante.

Outro aspecto positivo é a flexibilidade quanto à carga horária e período para se realizar o intercâmbio. Acredita-se que este seja um ponto diferencial considerando que há estudantes de pós-graduação que são trabalhadores que têm interesse de vivenciar tal experiência e dispõem de curtos períodos para optar por atividades acadêmicas extracurriculares.

Em acordo com a proposta do programa de internacionalização acadêmica, o departamento de pós-graduação da FELD enviou, por e-mail, uma carta de consentimento. O departamento de relações internacionais comunicou o processo dos trâmites administrativos requerendo uma documentação de matrícula discente do curso de doutorado, oficializada pela EEUSP, resumo da tese em investigação, endereço residencial, currículo, passaporte, visto acadêmico e certificado de vacinação da febre amarela.

A autorização do visto acadêmico está inclusa na tramitação administrativa por parte da FELD. Uma vez que a documentação solicitada pelo departamento de relações internacionais é disponibilizada pelo estudante, a universidade providencia a solicitação junto ao Ministério de Educação Superior de Havana. Uma vez aprovado, este comunica o Consulado Cubano do Brasil e a universidade sobre a liberação do visto acadêmico cubano. Este confere ao estudante acesso às universidades e serviços de saúde do país. Assim como o trâmite para o visto acadêmico, há também disponibilidade para o uso do alojamento estudantil com alimentações em suas dependências.

Todavia, cabe ressaltar que ao estudante estrangeiro de pós-graduação, segundo as normas para internacionalização acadêmica de Cuba, é requerido um pagamento para participar das respectivas atividades e fazer uso do alojamento estudantil. Embora não entre em mérito de discussão, cabe esclarecer que esse contexto se difere das normas para estudantes cubanos, cuja educação e demandas de recursos são gratuitas.

Diante deste cenário, manifestei meu interesse e obtive consentimento para vivenciar tal experiência da orientadora da tese de doutorado e da chefe do Departamento de Gerenciamento de Enfermagem da EEUSP, na qual sou matriculada como discente do curso.

Durante a ocasião do intercâmbio na FELD, foi possível participar de

conferências ministradas por professores titulares da pós-graduação e imersos nas principais linhas de investigações científicas em enfermagem, em defesas e pré-defesas de doutorados, em reuniões da comissão de pós-graduação, em aulas de graduação, reunião de pais para alunos de graduação e em aula inaugural para ingressos no programa de *latu sensu*.

As conferências abarcaram assuntos atrelados ao tema de investigação científica de doutorado da estudante, epistemologia, humanismo, transculturalidade e metodologia científica. Elas envolveram ainda o cenário de evidências relacionado à importância e aos resultados de pesquisas de mestrados e doutorados, em ciência da saúde, desenvolvidos junto às instituições acadêmicas de Cuba e em um contexto internacional.

Nestes espaços, tornou-se evidente que investigações acerca da dimensão da espiritualidade, religiosidade e transculturalidade são pouco desenvolvidas no campo de pesquisa da pós-graduação em enfermagem, pois é inexpressiva a procura de enfermeiros que queiram pesquisar sobre esses fenômenos.

Mesmo que tais dimensões sejam existenciais junto aos cuidados de enfermagem, considerando que, de alguma forma, os pacientes possam apresentar suas demandas de espiritualidades e religiosidades durante o processo de adoecimento e recebimento do cuidado de saúde, a atenção do profissional de enfermagem ao paciente e família ainda é pouco expressiva e valorizada nos serviços de saúde.

Quanto a experiência e percepção acerca das atividades, estas foram permeadas por métodos dialéticos e enriquecidas por discussões agregadas de elementos problematizadores. Os moderadores demonstraram intenção de migrar a posição da estudante, de ouvinte para sujeito ativo nas discussões em todas as atividades. Isso possibilitou a interação com pesquisadores e profissionais que trabalham com cuidado humanístico, contribuindo para compreensão do cenário atual das investigações, implicações e possibilidades acerca da dimensão da espiritualidade no cuidado holístico em enfermagem.

A incorporação do sujeito ativo contribuiu para uma melhor reflexão crítica acerca da importância deste diálogo no âmbito da internacionalização, no sentido de ampliar a compreensão e fazer uma enfermagem em diferentes contextos sócio-crítico-científicos, no qual o enfermeiro seja educador e transformador nos campos de atuação em ensino, assistência e pesquisa.

Das experiências compartilhadas, emergiram reflexões sobre as realidades políticas e sociais que as práticas de cuidado em enfermagem acontecem e sobre o quanto ainda são incipientes em diálogos acerca da dimensão da espiritualidade quanto requisito para a contemplação do genuíno cuidado holístico. Para tanto, espaços e diálogos precisam ser ampliados, pois são fundamentais para qualificar o enfermeiro em um profissional apto a lidar com o processo saúde doença de uma forma humanística em que, de fato, o paciente seja identificado e cuidado como elemento central a partir dos seus referenciais que demandam ser importantes, como valores, crenças, pensamentos, família, e etc.

Todavia, um desafio é que a experiência do intercâmbio acadêmico possibilitou compreender que independente dos diferentes contextos políticos, econômicos e sociais a enfermagem ainda precisa avançar em discussões sobre a prática do cuidado holístico de enfermagem, ou seja, humanizado, que

contemple elementos da dimensão da espiritualidade e interculturalidade. Acredita-se que uma possibilidade para ofertar espaços de discussões técnico-científica por meio da criação de grupos de estudos, pesquisas e sua inserção no processo de internacionalização da pós-graduação em enfermagem. Com o desenvolvimento de projetos, a construção e disseminação de conhecimentos conduzirão à formação e instrumentalização dos profissionais que lidam constantemente com o desafio de oferecer um cuidado humanizado, ou seja, com base nos valores humanísticos do paciente e família e sob uma ótica holística⁽⁵⁻⁶⁾.

A oportunidade de vivenciar e aprender em um diferente local e cultura favorece a percepção do estudante enquanto enfermeiro, passando a ter outras perspectivas que poderão influenciar diretamente na prática profissional. A experiência da internacionalização acadêmica tem o potencial para tornar os participantes melhor preparados para trabalhar diante das adversidades inerentes ao cotidiano do enfermeiro, pois amplia sua visão de uma perspectiva local para outra mais sócio-crítica, internacional e global. Isso favorece um crescente processo de amadurecimento pessoal e profissional e atinge uma autonomia para a vida como um todo.⁷

A construção desse conhecimento e a viabilidade de integrá-lo às constantes mudanças observadas nos contextos de cuidado exige uma comparação com os estudos científicos em desenvolvimento, mas sem dúvida da promoção das trocas de experiências com os profissionais daquele meio que contribuirão para o reconhecimento de novos saberes intrínsecos da profissão e para o respectivo contexto de cuidado.⁶ A partir disso, será ressignificado o conceito de cuidado holístico e atribuídas aos enfermeiros novas competências e responsabilidades que podem ser compartilhadas com os demais profissionais da saúde, no universo do princípio da interdisciplinaridade, independente do contexto sociocultural que esses se encontrem.

Conclusão

A experiência acadêmica em Cuba possibilitou um crescimento acadêmico, pessoal e social à pesquisadora. A conquista de amizades, a observação da forma de viver e o convívio, o contato com a língua espanhola, a independência e adaptação dos hábitos em outro país, foram importantes vivências e superações alcançadas durante esse período.

Além disso, oportunizou entendimento sobre o saber fazer em enfermagem na cultura e no modelo de funcionamento do sistema de saúde cubana. Em consonância com os objetivos da internacionalização acadêmica e investimento para o campo técnico-científico que visa contribuir com o avanço e visibilidade da enfermagem, este artigo foi construído e encaminhado para publicação e apresentação de colóquios.

O compartilhamento dessa experiência tem propósito de instigar estudantes de pós-graduação a participarem de programas de intercâmbios acadêmicos como oportunidade de mobilidade e transformação pessoal e profissional.

Agradecimentos

Ao programa de fomento a pesquisa, Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Pessoal e Superior (CAPES), pela bolsa de estudos concedida à estudante.

Referências

- 1.Descriptores em Ciências da Saúde. Disponível em: [http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/.Biblioteca Virtual em Saúde \(BVS\).](http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/.Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).) [Online] Consultado em 11/10/2018.
- 2.Luce MB, Fagundes CV, Mediel OG. Internacionalização da educação superior: a dimensão intercultural e o suporte institucional na avaliação da mobilidade acadêmica. Avaliação Rev Aval Educ Super.2016; 21(2):317-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772016000200002>.
- 3.UNESCO. Declaração Mundial sobre Educação Superior para o Século XXI: visão e ação. Art 11, paragrafo D. 1998. Disponível em:<<http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002253/225383s.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.
- 4.Lima DPC, Medeiros FCLM, Gico VV. Iinternacionalização do da Educação Superior: um estudo de caso no centro universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN). Rev. UNI-RN.2015;14(1/2):175-86. Disponível em: <http://revistas.unirn.edu.br/index.php/revistaunirn/article/view/358>.
- 5.Carvalho DO, Santos NNRC, Silva ARV, Carvalho GCN. Percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado humanizado no ambiente hospitalar.R. Interd.2015;8(3):61-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000480014>.
- 6.Silva R. Pós-graduação e a pesquisa em enFermagem na América Latina: avanços e desafios. RevCuid.2015; 6(2):1019-21. DOI: 10.15649/cuidarte.v6i2.307.
7. Guedes GF, Cavalcante IM, Silva, Püschel VAA. Mobilidade estudantil internacional: a experiência de estudantes de graduação em Enfermagem. Rev Esc Enferm USP.2018; 52:e03358. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017039403358>.

Autor de Correspondência

Luana Prado Figueiredo.
Rua Oswaldo Diniz, 125 – Jd. Satélite. CEP: 04815-330.
São Paulo, São Paulo, Brasil.
luanapra@alumni.usp.br

Parto humanizado de uma residente em enfermagem obstétrica: um relato de experiência

Humanized childbirth of a resident in obstetric nursing: an experience report

Carolina Brandão Furlan¹, Henry Walber Dantas Vieira²

Como citar: Furlan CB, Vieira HWD. Parto humanizado de uma residente em enfermagem obstétrica: um relato de experiência. REVISA. 2019; 8(4): 518-24. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p518a524>

REVISA

1. Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil.

2. Universidade Federal do Amazonas, Escola de Enfermagem de Manaus. Manaus, Amazonas, Brasil.

Recebido: 20/07/2019
Aprovado: 20/09/2019

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência de uma residente em enfermagem obstétrica enquanto parturiente no processo de assistência humanizada ao parto. **Método:** relato de experiência descritivo, vivido pela autora durante o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, nos dias 24 e 25 de outubro de 2015. **Resultados:** parto natural eutócico realizado de forma humanizada, com autonomia da parturiente, em um Centro de Parto Normal de uma Maternidade de Manaus. **Conclusão:** é possível oferecer às mulheres, nas maternidades públicas, o momento do trabalho de parto e parto dignos, promovendo a elas autonomia para que tenham empoderamento durante todo o processo.

Descritores: Enfermagem Obstétrica; Parto Humanizado; Parto Natural; Trabalho de Parto.

ABSTRACT

Objective: to report the experience of a resident in obstetric nursing while a parturient in the humanized care process at childbirth. **Method:** descriptive experience report, lived by the author during the Multiprofessional Health Residency Program, on October 24 and 25 of 2015. **Results:** natural childbirth performed in a humanized way, with parturient autonomy, in a Natural Childbirth's Center of a maternity of Manaus. **Conclusion:** it is possible to offer women, at the public maternities, the moment of the labor and childbirth worthy, promoting their autonomy so that they have empowerment throughout the process.

Descriptors: Obstetric Nursing; Humanized Childbirth; Natural Childbirth; Labor.

Introdução

O Ministério da saúde vem implementando e atualizando políticas públicas de saúde no que concerne a humanização do parto e nascimento.¹ Tomando como alicerce o documento *Care in Normal Birth: practical guide*, lançado em 1996 pela OMS, o Ministério da Saúde lança em 2001 um documento classificando as práticas obstétricas de acordo com a eficácia, utilidade e risco, baseadas nas melhores evidências científicas possíveis.^{1,2}

Em 24 de junho de 2011, através da Portaria 1.459 do Ministério da Saúde, foi instituída a Rede Cegonha no âmbito do SUS, com o escopo de programar uma rede de cuidados que garanta às mulheres o direito a idealização reprodutiva e atenção humanizada a todo o processo gestacional, desde o pré-natal até o período do parto e puerpério, bem como às crianças o direito de um nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis.³

Dentre as pactuações da Rede Cegonha está a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal – CPN – que se trata de unidades de atenção ao parto e nascimento de configuração humanizada e de qualidade, voltadas exclusivamente ao parto normal sem distócia, tendo assistidos no mesmo ambiente as três fases do parto – pré-parto, parto e pós-parto imediato – com comparecimento de acompanhante, garantindo à mulher privacidade, dignidade e autonomia ao dar à luz.^{3,4}

Desde o início deste movimento, as enfermeiras obstétricas no Brasil vêm agrupando essas boas práticas, culminando grande importância para promoção do parto como processo fisiológico, respeitando a natureza e a integridade física e psíquica das mulheres. Assim, os enfermeiros passaram a realizar o gerenciamento, ensino e cuidado direto ao parto.⁵ Desta maneira, foi estimado como primeiro passo para a mudança nesse sistema a inclusão das enfermeiras obstétricas em CPN incorporando as tecnologias não invasivas, baseadas em evidências científicas, a serem realizadas por esses profissionais.⁶ Como forma de habilitar profissionais enfermeiros a agir nos serviços de saúde que aderiram à Rede Cegonha, o Ministério da Saúde e de Educação instituíram por meio de edital, em 6 de setembro de 2012, o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). Este programa visa capacitar enfermeiros obstetras a atuarem com este novo perfil que vem sendo procurado na assistência obstétrica, aliando humanização e assistência baseada nas melhores evidências científicas.⁵

Uma das características da humanização à assistência da gestação, parto e nascimento, é garantir a mulher conhecimento acerca da fisiologia deste processo, para que, empoderada, possa ter autonomia. Dentre as características deste novo perfil profissional na obstetrícia, está a capacidade de estabelecer o empoderamento da mulher, de forma a fazê-la ter conhecimento sobre seu corpo e a fisiologia da gestação e do parto. Dessa forma, pode-se assegurar a ela autonomia e confiança.⁶

O parto divide-se nos seguintes períodos clínicos: Dilatação do colo uterino; expulsão, que é quando a dilatação se torna completa e ocorre o nascimento; dequitação ou delivramento, que é o momento que a placenta é expelida de forma natural e; período de Greenberg, que corresponde ao pós-parto imediato, que se dá na primeira hora após o nascimento, quando há maior risco de hemorragias e complicações.⁷

O enfermeiro(a) proporciona assistência à mulher durante todos os períodos clínicos do parto normal de risco habitual, empregando o conhecimento técnico-científico atualizado, garantindo competência profissional e qualidade do cuidado ao binômio mãe-filho.⁸ A partir de 2010, com o aumento do quadro de enfermeiros obstétricos, os mesmos vêm atuando com autonomia em prol da humanização da assistência ao parto, instigando o empoderamento e protagonismo da mulher durante o processo de nascimento e fazendo o uso de boas práticas preconizadas pelo Ministério da saúde ⁹

Considerando que a assistência a mulher deve ser pautada em evidências científicas, de forma humanizada, este trabalho tem por objetivo relatar a experiência de uma residente em enfermagem obstétrica enquanto parturiente no processo de assistência humanizada ao parto.

Método

O trabalho representa uma experiência de relato descritiva, vivida pela autora. Que se realizou durante o programa de residência multiprofissional em saúde - Enfermagem Obstétrica do Hospital Getúlio Vargas, da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), para capacitação da melhor oferta dos serviços às parturientes. O relato se realizou entre os dias 24 e 25 de outubro de 2015. Foi observado pela pesquisadora o próprio trabalho de parto normal. A pesquisa realizou-se parte em sua residência e outra parte em uma maternidade na qual realizava os processos de acompanhamento ao manejo do parto através do programa já descrito acima.

Resultados e Discussão

Sou enfermeira de formação, tenho 29 anos, hipertensa crônica há 4 anos, sem intercorrências durante todo o período gestacional, participava do quadro do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e Área Profissional em Saúde - Enfermagem Obstétrica.

Apesar de ser usada como justificativa para muitos casos, a hipertensão em qualquer de suas formas na gestação, não é indicação de cesárea. Inclusive, o parto normal é preferível devido aos distúrbios de coagulação poderem complicar o quadro hipertensivo.¹⁰

Dilatação

Na manhã do dia 24 de outubro de 2015, em torno das 08:30 da manhã desloquei-me ao banheiro e percebi que estava começando a eliminar o tampão mucoso, substância gelatinosa que protege e veda o colo uterino durante a gestação. Por volta das 10:00h comecei a notar leves contrações que duravam de 10 a 15 segundos e surgiam em média a cada 30 a 40 minutos. Diante desta circunstância liguei para minha amiga enfermeira obstétrica e parceira no programa de residência e relatei o ocorrido, pois havíamos acordado que a referida me acompanharia e monitoraria durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Continuei fazendo a monitoração da minha pressão arterial e dos batimentos cardíacos que se conservaram sobre valores normais. Por volta das 16:00 h as contrações avançaram tornando-se mais intensas, já com

uma duração de 25 a 30 segundos cada uma e com intervalo de 5 a 6 minutos. Entrei em contato com minha amiga enfermeira e a mesma chegou a minha residência por volta das 17:20h iniciando a avaliação da dinâmica uterina, que consiste na verificação da duração e quantidade de contrações uterinas em um período de 10 minutos, juntamente com a monitoração da Pressão Arterial (PA) e o Batimento Cardíaco Fetal (BCF). Por volta das 19:00h ela realizou o primeiro toque vaginal para verificação de dilatação e altura da apresentação fetal, e constatou 2 cm de dilatação com a bolsa ainda íntegra. Determinei então que tomaria um banho para relaxar e me preparar para o que surgiria depois, durante o banho as contrações estiveram mais intensas, comecei a respirar fundo durante as mesmas e segui para o meu quarto onde se encontravam minha mãe, irmã e a enfermeira. No quarto com o ambiente organizado na penumbra eu prossegui sentada na bola suíça, realizando molejo pélvico para relaxar e desfrutar cada contração que sinalizavam a chegada do meu filho.

De acordo com um ensaio clínico realizado em 2016 por Silva e Shimo, com 95 parturientes, a pouca luminosidade auxilia a uma sequência mais fisiológica das emoções sentidas pela parturiente, como medo, surpresa, raiva e alegria.¹¹

Com intuito de avaliar a influência do uso da bola suíça sobre a fase ativa do trabalho de parto, Lopes, Madeira e Coelho realizaram um estudo com 40 primíparas, divididas em dois grupos, que usaram e que não usaram a bola suíça durante o trabalho de parto. Chegaram à conclusão que esta prática não trouxe diferenças significativas entre os grupos, e que esta constitui uma forma auxiliar para adoção da postura vertical.¹²

A enfermeira progredia e efetuava a monitoração da PA e BCF. Minha dinâmica uterina era devidamente registrada. As contrações cada vez mais intensas e longas, com o intervalo já bastante comprimido, fui perdendo a sobriedade com tanta dor, comecei a dizer que não conseguia mais, que não iria tolerar a dor, minha mãe e minha irmã me encorajavam e apoiavam. Às 23:00 h a enfermeira realizou o segundo toque vaginal, neste eu me encontrava com 7 cm de dilatação e o meu bebê já havia adentrado no canal de parto o que foi constatado com a verificação da altura da apresentação. A enfermeira então informou aos meus familiares que já estava na hora de partir para a maternidade. Enquanto minha família arrumava as coisas no carro, minha amiga entrou em contato com duas outras enfermeiras obstétricas que eram nossas preceptoras do programa de residência informando-as sobre o avanço do meu trabalho de parto, e como o acordado no decorrer da minha gestação, elas partiram ao nosso encontro na maternidade para a realização da assistência ao parto.

Às 00:00 do dia 25 de outubro adentrei a maternidade e fiz a ficha na recepção, passei pelo acolhimento e avaliação médica com posterior rompimento natural da bolsa das águas e fui internada às 00:10h com 9 cm de dilatação. Minhas preceptoras já se encontravam na maternidade, cuidaram do meu processo de internação junto a minha amiga e me levaram para o centro de parto normal na companhia dos meus pais e da minha irmã. Já no setor fui orientada a tomar um banho morno que aliviou minhas contrações e me relaxou muito para o momento do parto, permaneci no banho por 15 minutos, enquanto isso as enfermeiras obtinham com minha amiga as informações do acompanhamento a domicílio e registravam devidamente em meu prontuário.

De acordo com um ensaio clínico realizado com 34 parturientes, que após admissão no pré-parto foram submetidas a 30 minutos de banho morno de chuveiro e em seguida avaliaram a dor através da Escala Visual Analógica, chegou-se à conclusão que houve redução significativa da dor, sem interferência na evolução do trabalho de parto. Sendo assim, considerado um método eficaz no alívio da dor.¹³ Ao sair do banho fui avaliada novamente e já estava com 10 cm de dilatação.

Expulsão

Dirigi-me ao leito onde fiquei na posição semi-deitada e após algumas dolorosas contrações e já quase chegando à exaustão, às 01:55 h do dia 25 de outubro com 37 semanas de gestação, pari meu filho, que veio direto para o meu peito ao nascer, para nos conhecermos e para eu amamentá-lo pela primeira vez, e foi a melhor sensação da minha vida, algo inexplicável e imensurável.

Após o cordão umbilical que nos ligava parar de pulsar, minha mãe fez o corte do cordão umbilical precedido de uma oração abençoando seu neto.

O clampeamento oportuno do cordão se dá quando este para de pulsar, e juntamente com o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida proporcionam benefício instantâneo para o recém-nascido, podendo favorecer a curto e longo prazo a nutrição e saúde do binômio mãe-filho.¹⁴

Dequitação

A placenta foi expelida de forma natural após 10 minutos da expulsão, sem intercorrências.

Período de Greenberg

A primeira hora que se sucedeu ao parto, passei ao lado de minha família e meu bebê, com o devido monitoramento das enfermeiras responsáveis pela assistência ao meu parto. Não houve intercorrências.

Meu filho mediu 49 cm e pesou 2.980gr. Foi assim que iniciei de fato minha jornada de mãe, cercada de carinho e amor de pessoas queridas que foram essenciais para este momento mais importante da minha vida.

Enfermagem Obstétrica e Humanização

A enfermeira obstetra é a profissional que proporciona assistência ao parto normal de forma que a gestante sinta amparo, auxiliando no suporte emocional empático que certifique segurança e confiança durante o período expulsivo, respeita a escolha da parturiente, informa a mesma sobre a mais perfeita posição durante o parto, conforme a necessidade de cada mulher, proporciona privacidade, conforto, silêncio, penumbra durante o processo crucial⁸. O enfermeiro obstétrico é o profissional que dá assistência aos cuidados materno infantil no alojamento conjunto das mulheres, bem como alta hospitalar a mulheres com puerpério fisiológico e recém-nascidos saudáveis.⁴ Em prol da

assistência prestada de forma humanizada a equipe divide conhecimentos, respeitando sempre crenças e diferenças de valores, o fortalecimento da mulher em relação ao seu potencial de conduzir de maneira natural o parto.¹⁵ Para que as mulheres obtenham este tipo de vivência é preciso que a autonomia seja fortalecida, em privado, por meio de um subsídio individualizado e de qualidade, com base em atuais evidências científicas.¹⁶

A experiência do nascimento desejado é desencadeada pela recapacitação do empoderamento. O que agrupa experiências, auto-identidade e essas identidades são edificadas sob a égide da modernidade, relatos de parto revelaram-se reflexivos, muitas vezes denunciadores e pedagógicos, o que nos apresenta a mulher que busca informações sobre parto.¹⁷

Conclusão

É possível oferecer uma assistência que possibilite às mulheres vivenciarem, nas maternidades públicas, o momento do trabalho de parto e parto dignos. A importância da educação em saúde na gestação como possibilidade de prevenir doenças e complicações materno – fetal são fundamentais. Informá-las sobre violência obstétrica, o que pode e o que não se pode realizar, são de responsabilidades do profissional enfermeiro obstétrico, pois é ele quem vai galgar todo o acompanhamento com a parturiente. Para assim, ela realizar seu parto de modo respeitoso e humanizado.

Referências

1. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília, DF, 2001;
2. Organização Mundial da Saúde. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: 1996, 53p.
3. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [portaria na internet], [acesso em 06 set 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
4. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 11, de 07 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. [portaria na internet], [acesso em 06 set 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html
5. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Edital Nº 21, de 06 de setembro de 2012. Institui Processo Seletivo destinado à oferta de Bolsas para o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). [Edital na internet], [acesso em 06 set 2017]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=3&pagina=136&data=06/09/2012>.

6. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: um a revisão da literatura. Cad. Saúde Pública, v. 21, n. 5, p. 1316 - 1327, 2005;
7. Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
8. Davim RMB, Nascimento MLC, Liberalino FN. Maternidade segura: relato de experiência de uma nova prática em natal/rn-brasil. R. Bras. Enferm, Brasília, v. 52, n. 4, p.576-582, out/dez.1999.
9. Almeida AF, Benincá T, Fernandes AP, Lopes RS, Bruggermann OM, Santos EKA. A importância da enfermeira obstétrica na preservação perineal. São Paulo. Siaparto-simpósio internacional de assistência ao parto II, 2015.
10. Amorim MMR, Souza ASR, Katz L, Noronha-Neto C. Planned caesarean section versus planned vaginal delivery for severe preeclampsia. Cochrane Protocol. 2011. Cochrane Database Syst Rev. (11): CD009430.
11. Silva MG, Shimo AKK. Influência da iluminação nas expressões emocionais de parturientes: ensaio clínico randomizado. Acta Paul Enferm. 2017; 30(3):217-26.
12. Lopes TC, Madeira LM, Coelho S. O uso da bola do nascimento na promoção do parto vertical em primíparas durante o trabalho de parto. Rev Min Enferm. 2003;7(2) 134-9.
13. Santana LS, Gallo RBS, Ferreira CHJ, Quintana SM, Marcolin AC. Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. Rev Dor. São Paulo, 2013 abr-jun; 14(2):111-3.
14. Chaparro CM, Lutter C. Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Organização Pan-Americana da Saúde: Washington D.C., dezembro de 2007.
15. Muller E, Rodrigues L, Portella M, Pimentel C, Gayoso D, Onilari D, Pereira R, Silva MM. O relato de mulheres sobre partos e intervenções: reflexões sobre saúde, direitos humanos e cidadania. Programa boa hora. Recipe/PE, 2012.
16. Carlos GAVC, Oliveira DCC, Souza KV, Palhoni ARG. Concepções de gestante participantes de rodas de conversa realizadas como atividade educativa no pré-natal sobre parto. São Paulo. Siaparto - simpósio internacional de assistência ao parto II, 2015.
17. Fonseca LC. Eu não quero [outra] cesárea!: análise crítica do discurso relato de vbac. São Paulo. Siaparto - simpósio internacional de assistência ao parto II, 2015.

Autor de Correspondência

Henry Walber Dantas Vieira
Av. General Rodrigo Octavio Jordão Ramos, 1200.
CEP: 69067-005. Coroado I. Manaus, Amazonas,
Brasil.
henrywvdv@yahoo.com.br

Análise do comportamento aplicada ao transtorno do espectro autista: aspectos terapêuticos e instrumentos utilizados - uma revisão integrativa

Behavioral analysis applied to autistic spectrum disorder: therapeutic aspects and instruments used - an integrative review

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha¹, Ianeska Bárbara Ribeiro do Nascimento², Janderson Castro dos Santos³,
Marcus Vinicius da Rocha Santos da Silva⁴, Iel Marciano de Moraes Filho⁵, Livia Maria Mello Viana⁶

Como citar: Carvalho-Filha FSS, Nascimento IBR, Santos JC, Silva MVRS, Moraes-Filho IM, Viana LMM. Análise do comportamento aplicada ao transtorno do espectro autista: aspectos terapêuticos e instrumentos utilizados - uma revisão integrativa. REVISA. 2019; 8(4): 525-36. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p525a536>

REVISA

1. Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) e Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão (UniFacema). São Luís, Maranhão, Brasil.
2. Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão (UniFacema). São Luís, Maranhão, Brasil.
3. Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão (UniFacema). São Luís, Maranhão, Brasil.
4. Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.
5. Universidade Paulista. Campus Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
6. Secretaria de Saúde do Estado do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

Recebido: 17/07/2019
Aprovado: 17/09/2019

RESUMO

Objetivo: investigar a literatura produzida sobre os aspectos terapêuticos e instrumentos utilizados na Análise do Comportamento Aplicada às pessoas no Espectro do Autismo. **Método:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, realizada em ambiente virtual, nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line - MEDLINE e SciELO - Scientific Electronic Library Online, no período de 2008 a 2018. Foram identificados 10 estudos que atendiam ao objeto de estudo. **Resultados:** a ABA é perfeitamente aplicável às pessoas no Espectro do Autismo, sendo uma ciência que apresenta constructos fortes um corpo de conhecimentos robusto e compreensíveis por pais/cuidadores e professores, desde que devidamente acompanhados por profissionais qualificados. Além do mais, o uso de instrumentos diversos tais como escalas e até games, pode ser muito útil para a aquisição de habilidades essenciais à vida em sociedade e à instalação de comportamentos adequados. **Conclusão:** a ABA se mostrou um processo científico fundamental para identificar as relações funcionais entre o comportamento observável e o contexto ambiental, sendo possível afirmar que a projeção de intervenções baseadas nesta ciência, podem promover uma melhora no bem-estar social e pessoal, ganhos cognitivos, linguagem e aprendizagem. **Descritores:** Análise do Comportamento Aplicada; Autismo; Terapêutica.

ABSTRACT

Objective: to investigate the literature produced on the therapeutic aspects and instruments used in the Analysis of Behavior Applied to people in the Spectrum of Autism. **Method:** It is an Integrative Review of Literature, carried out in a virtual environment, in Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences databases - LILACS, Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line - MEDLINE and SciELO - Scientific Electronic Library Online, in the period from 2008 to 2018. Ten studies were identified that met the object of study. **Results:** ABA is perfectly applicable to people in the Autism Spectrum, being a science that presents strong constructs a body of knowledge that is comprehensible and comprehensible by parents /caregivers and teachers, provided they are duly accompanied by qualified professionals. Moreover, the use of diverse instruments such as scales and even games can be very useful for acquiring the essential skills to life in society and the installation of appropriate behaviors. **Conclusion:** ABA has been shown to be a fundamental scientific process to identify the functional relations between the observable behavior and the environmental context, and it is possible to affirm that the projection of interventions based on this science can promote an improvement in social welfare and personal, cognitive gains, language and learning. **Descriptors:** Applied Behavior Analysis; Autism; Therapy..

Introdução

O Transtorno do Espectro Autista abrange distintas condições como Asperger, TGD-SOE (Transtorno Global do Desenvolvimento sem outras especificações) e Autismo, graduando-os em níveis - leve, moderado ou severo, compreendendo uma tríade: déficits significativos e persistentes na interação e comunicação social e, ainda, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades.¹⁻³

A Análise do Comportamento Aplicada (ABA) investiga as variáveis que afetam o comportamento humano, sendo capaz de mudá-los através da modificação de seus antecedentes (o que ocorreu antes e pode ter sido um possível gatilho para a ocorrência do comportamento) e suas consequências (eventos que se sucederam após a ocorrência do comportamento, e que podem ter sido agradáveis ou desagradáveis determinando a probabilidade de que ocorram novamente). Para estes propósitos, ABA usa métodos experimentais e sistemáticos de observação e mensuração dos comportamentos, os quais são definidos como aquelas ações dos indivíduos que são passíveis de serem observadas e mensuradas.⁴⁻⁵

Assim, a ABA pode ser definida como um sistema teórico para a explicação e modificação do comportamento humano, baseado em evidências científicas, sendo esta

uma abordagem rigorosa, tecnológica e profissional. Portanto, o modelo compreende que o comportamento humano é influenciado pelos estímulos ambientais que o antecedem (denominados antecedentes) e são aprendidos em função de suas consequências. Desta maneira, comportamentos que são seguidos por consequências que são especificamente agradáveis para a pessoa (por exemplo, atenção ou recompensa) tendem a ser repetidos e aprendidos, enquanto comportamentos que tem como consequência situações desagradáveis para o sujeito (por exemplo, uma reprimenda), tendem a não ser repetidos ou não aprendidos.⁶⁻⁷

Ressalta-se que os analistas do comportamento são profissionais qualificados para conduzir a análise do comportamento em sua dimensão, tanto experimental (através da pesquisa), quanto aplicada (através da intervenção); sendo orientados a utilizar intervenções efetivas, utilizando evidências, através de pesquisas experimentais controladas em casos envolvendo comportamentos simples ou complexos e possuem um código de princípios éticos fundamentais para guiar sua prática.⁹

Em relação ao TEA, de modo geral, o tratamento para essas pessoas é intenso e abrangente, havendo necessidade da participação da família/cuidadores da criança/pessoa e uma equipe multiprofissional. Portanto, a partir de uma avaliação realizada por essa equipe, elabora-se um plano terapêutico, que deve respeitar a necessidade e individualidade do paciente e a família poderá, ainda, combinar mais de um método de tratamento consoante o caso em questão. Outrossim, se a criança estiver no contexto escolar, é essencial criar as condições necessárias para que a mesma obtenha as mesmas condições de aprendizagem que os demais estudantes, sendo que a aplicação dos princípios ABA poderão ser estendidos também a este ambiente.⁹

Por esta razão, programas baseados na ABA exigem a verificação detalhada dos fatores socioambientais e sua interferência nos comportamentos da

criança/pessoa com TEA, buscando a possível identificação dos determinantes do comportamento e dos fatores que provavelmente resultarão na sua repetição. Essas informações são essenciais para o delineamento e acompanhamento dos processos de intervenção, incluindo as habilidades verbais e de comunicação em níveis de intensidade da intervenção semelhantes aos destinados às habilidades cognitivas e acadêmicas e às dificuldades de comportamento.⁹⁻¹⁰

Ressalta-se que os programas baseados em ABA se fundamentam na verificação dos fatores que interferem no comportamento da criança/pessoa com TEA, que podem resultar na repetição de comportamentos inadequados. O objetivo desse programa é reduzir tais hábitos e construir outros mais coerentes.¹¹ Entretanto, para que isso aconteça, é importante a participação da família/cuidador no processo, pois a extensão para o ambiente doméstico colabora para o sucesso da intervenção baseada nessa abordagem.²⁻³

Assim, a ABA apresenta importantes ferramentas para o desenvolvimento de habilidades necessárias para a criança/pessoa no Espectro do Autismo alcançar metas como: independência, socialização e sucesso nas atividades acadêmicas, quando for o caso. E por esta razão, é fundamental a realização de um estudo com vistas a se verificar as evidências científicas acerca do uso deste método com crianças que vivem no Espectro do Autismo pode ser muito importante para pais, profissionais de saúde, professores e outras pessoas envolvidas e interessadas na temática.⁹

Convém salientar que existe uma variedade de técnicas cognitivas e comportamentais para mudar o pensamento, o humor e o comportamento, sendo que as mesmas são experiências de aprendizagem que ajudam à pessoa a perceber a ligação entre sua cognição, seu afeto e seu comportamento e visam a identificar, testar a realidade e corrigir as pressuposições mal adaptativas do indivíduo. As principais técnicas utilizadas são: identificação das distorções cognitivas, controle de atividades e agendas, utilização de cartões de autoajuda, treinamento de habilidades, realização de tarefas cognitivas e comportamentais durante as sessões.¹²

Por conseguinte, esta pesquisa procurou responder ao seguinte problema: Quais os aspectos terapêuticos e instrumentos utilizados na Análise do Comportamento Aplicada às pessoas no Transtorno do Espectro Autista? Tendo como objetivo principal investigar a literatura produzida sobre os aspectos terapêuticos e instrumentos utilizados na Análise do Comportamento Aplicada às pessoas no Espectro do Autismo.

Método

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, um tipo de estudo utilizado na Prática Baseada em Evidência que possibilita a inclusão das evidências no exercício das práticas clínicas e fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, por isso, um corpo de conhecimento considerável. Deste modo, esta revisão responde a um ou mais questionamentos e utiliza métodos explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos.¹³ Destaca-se que a Revisão Integrativa é um método específico que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular,

traçando uma análise do conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre determinado tema.¹⁴

O local de realização deste estudo foi o ambiente virtual, nas bases de dados científicas. Por conseguinte, para a investigação, realizou-se um levantamento da produção científica relacionada ao uso da Análise de Comportamento Aplicada em pessoas que estão no Espectro do Autismo, utilizando as seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line - MEDLINE e SciELO - Scientific Electronic Library Online, a partir dos descritores: Análise do Comportamento Aplicada, Transtorno do Espectro do Autismo, Terapêutica, Instrumentos de avaliação, Intervenções precoces, Diagnóstico.

Outrossim, para realização desta investigação, optou-se pela utilização do método *Cochrane Handbook*, produzido pela Colaboração Cochrane, através do curso aberto e gratuito, de revisão sistemática e meta-análise disponibilizado pela UNIFESP Virtual. E a seleção dos estudos que seriam analisados foi realizada com base nos seguintes critérios de inclusão: 1) artigos que associassem os indicadores Análise do Comportamento Aplicada ao Transtorno do Espectro do Autismo; 2) terem sido redigidos na forma de artigo científico; 3) constar nas bases de dados LILACS, MEDLINE e/ou SciELO; 4) serem redigidos em português, inglês ou espanhol e em pesquisas nacionais e internacionais.

Os critérios de exclusão foram: a) terem sido redigidos na forma de capítulos ou livros, teses e dissertações e/ou outra produção que não artigo; b) repetição de um mesmo artigo, encontrado em mais de um banco de dados; c) Revisões de literatura de quaisquer natureza; d) apresentarem ambiguidade a algum critério de inclusão.

As etapas que se sucederam para a realização da pesquisa foram: a escolha do tema, o levantamento bibliográfico preliminar, a elaboração do plano de trabalho, identificação, localização e obtenção das fontes, leitura do material, fichamento, análise, interpretação e redação do texto.

Ressalta-se que para a coleta de dados foi utilizado um instrumento do tipo quadro, ao qual os estudos foram dispostos, com vistas a se organizar e verificar a sua importância e relevância para a investigação e temática em questão. Desta maneira, realizou-se uma análise descritiva das pesquisas, considerando os critérios de inclusão e exclusão, com o propósito de identificar o objetivo central de cada artigo e obter informações que fundamentem o estudo em questão.

Em seguida, depois de reunido o material selecionado, agrupou-se as principais informações, e as mesmas foram utilizadas na elaboração dos resultados e discussões do estudo. A análise foi feita com base na literatura produzida sobre o tema, realizando-se a interlocução entre os autores com vistas a se alcançar o objetivo proposto.

Destaca-se que a busca pelos artigos produziu um total de 10 artigos selecionados por meio da associação dos seguintes descritores através da expressão booleana "AND":

- 1º associação: Análise do Comportamento Aplicada and Autismo - Applied Behavior Analysis and Autism;

- 2º Associação: Análise do Comportamento Aplicada and Tratamento and Autismo – Analysis of Applied Behavior and Treatment and Autism;
- 3º Associação: Análise do Comportamento Aplicada and Instrumentos and Autismo – Applied Behavior Analysis and Instruments and Autism.

Resultados

Por meio da associação dos descritores identificados nesta pesquisa, realizou-se o agrupamento das mesmas para análise dos resultados posteriormente. A primeira associação utilizada “Análise do Comportamento Aplicada and Autismo – Applied Behavior Analysis and Autism”, foram encontrados 155 resultados, destes, observou-se que 128 estudos foram publicados na base de dados LILACS, 27 na SCIELO e enquanto na MEDLINE não foram encontrados nenhum estudo. Tratando-se da segunda associação “Associação: Análise do Comportamento Aplicada and Tratamento and Autismo – Analysis of Applied Behavior and Treatment and Autism”, houve um total de 150 artigos encontrados, no qual 28 pertenciam a base de dados LILACS, não foram encontrados artigos na SCIELO, e na MEDLINE com maior resultado perfazendo um total de 122 estudos publicados. Por fim, através da terceira associação “Análise do Comportamento Aplicada and Instrumentos and Autismo – Applied Behavior Analysis and Instruments and Autism”, pôde-se encontrar 61 referências, dentre elas 49 eram publicações na LILACS, 12 na SCIELO, e nenhuma na MEDLINE. Após a análise usando matriz de síntese, representada na figura 1, foram selecionados 10 artigos para a amostra final, que estavam no período de 2008 a 2018 e com título e conteúdo condizentes ao tema deste estudo. Destes, 04 (40%) estava em português e 06 (60%) em inglês.

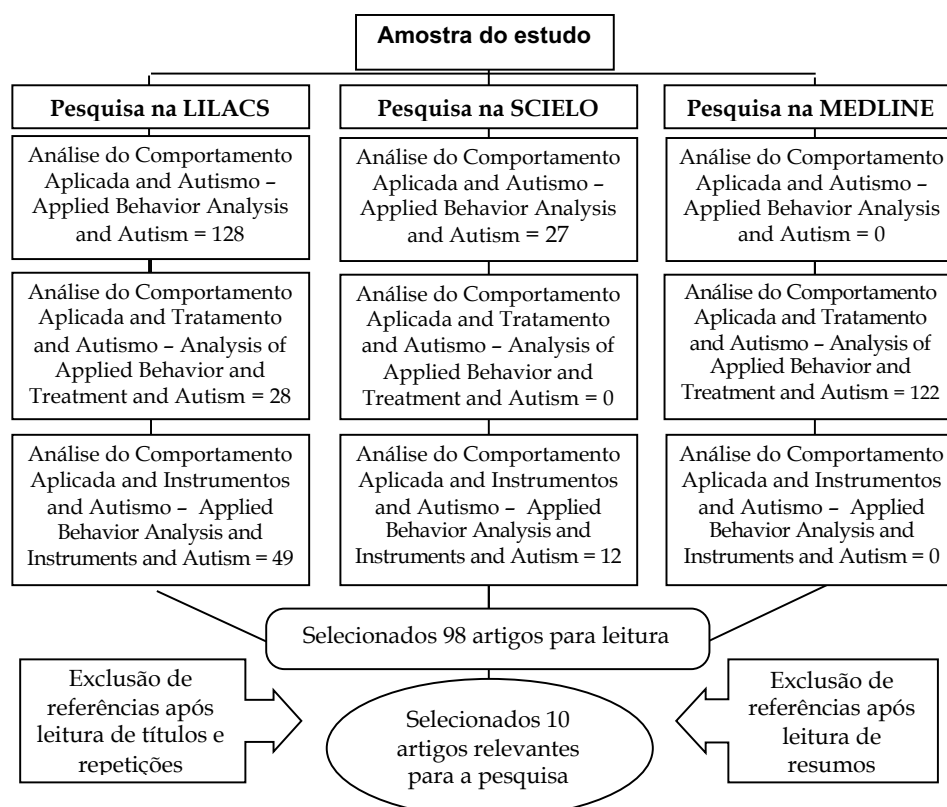


Figura 1 - Disposição sistemática dos trabalhos encontrados em todas as associações.

Na distribuição dos artigos ao longo dos anos estudados, observou-se que o ano de 2013 teve o maior número de publicações, totalizando 03 (30%). Os resultados dos demais anos incluídos no estudo encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos artigos, por ano, no período de 2008 a 2017.

Ano da publicação	N	%
2008	01	10,0
2010	02	20,0
2012	03	30,0
2013	01	10,0
2015	02	20,0
2017	01	10,0
Total	10	100,0

Fonte: Bases de dados, 2018.

Em relação às bases de dados, observou-se que a LILACS foi a base que mais obteve publicações indexadas, totalizando 04 artigos encontrados (40%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos estudos incluídos na amostra referentes à fonte online de publicação. Brasil, 2018.

Fonte online	N	%
LILACS	4	40,0
MEDLINE	3	30,0
SCIELO	3	30,0
Total	10	100,0

Fonte: Pesquisa realizada em bancos de dados online coletada no ano de 2018.

O Quadro 01 representa uma síntese dos estudos utilizados nesta pesquisa após todo o processo de análise realizado, no qual descreve o autor/ano, tipo de estudo, objetivos da pesquisa, a população e amostra e a conclusão do estudo.

Quadro 1. Levantamento dos estudos clínicos e epidemiológicos sobre aspectos terapêuticos e instrumentos utilizados na Análise do Comportamento Aplicada às pessoas no Transtorno do Espectro do Autismo.

Autor/A no	Tipo de Estudo	Objetivos	População e Amostra	Conclusão
ELDEVI K et al., (2010)	Estudo Experimental retrospectivo	Verificar a influência terapêutica da análise comportamental em ambientes pré-escolares em crianças com TEA	309 crianças	Dentro da amostra de intervenção comportamental, o QI e o comportamento adaptativo na ingestão previram ganhos no comportamento adaptativo. Intensidade de intervenção previu ganhos em QI e comportamento adaptativo.
MOTA, (2015)	Estudo experimental	avaliar evidências de sensibilidade para detecção de TEA a partir de um instrumento de observação do comportamento - Child Behavior Checklist (CBCL/1.5-5)	114 Crianças	O CBCL (Child Behavior Checklist), é uma ferramenta capaz de realizar o rastreamento de TEA, destacando-se as escalas de reatividade emocional, retraimento e problemas invasivos do desenvolvimento.

TOMAZ OLI et al., (2017)	Estudo Piloto descritivo	o objetivo deste estudo foi verificar se o Ages & Stages Questionnaires (ASQ) é eficaz para rastrear alterações cognitivas comportamentais em crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).	14 crianças	O ASQ foi capaz de identificar as crianças com comprometimento cognitivo-comportamental e mostrou-se ser um instrumento de fácil aplicação, rápido no preenchimento e com baixo custo, atributos ideais para uma ferramenta de avaliação em cuidados de saúde primários.
MARQUE; BOSA, (2015)	Estudo quase experimental	verificar evidências de validade de critério, do Protocolo de Avaliação para Crianças com Suspeita de TEA consoante observação de comportamento (PRO-TEA).	30 crianças	O PRO-TEA constitui-se como uma medida potencialmente válida para a avaliação de crianças com suspeita de autismo, considerando-se que alguns dos seus itens foram capazes de discriminar crianças com autismo dos controles,
SILVA NETO et al., (2013)	Estudo Longitudinal	Verificar o efeito de um protótipo de um jogo para auxiliar profissionais da área de psicologia que utilizam a metodologia da Análise do comportamento Aplicado - ABA, no ensino da aprendizagem de crianças TEA.	3 Crianças	O G-TEA é uma importante ferramenta no auxílio aos profissionais da psicologia em solucionar as dificuldades de aprendizado das cores em crianças com o Transtorno do Espectro Autista. Além de auxiliar o profissional no ensino das cores para crianças autistas.
ELDEVI K et al., (2012)	Estudo Experimental retrospectivo	Verificar a influência terapêutica da análise comportamental no ambientes pré-escolares em crianças com TEA	31 crianças	as crianças apresentaram maiores escores de QI e escores compostos de comportamento adaptativo.
GRINDLE et al., (2012)	Estudo Experimental retrospectivo	Observar qual a influência terapêutica do programa de Análise de Comportamento Aplicada (ABA)" em um ambiente escolar regular.	11 crianças	As crianças aprenderam novas habilidades até o final de 1 ano e aprenderam habilidades adicionais durante um segundo ano. A análise do grupo de resultados de testes padronizados (QI e comportamento adaptativo) mostrou mudanças de tamanho de efeito moderado a alto ao longo de 1 ano, com mais alterações durante um segundo ano. Também mostrou que os aumentos nas habilidades de linguagem e aprendizagem
PERRY et al., (2008)	Estudo Retrospectivo	Verificar a influência terapêutica do programa IBI (Intervenção Comportamental Intensiva) - que se refere à aplicação de princípios de ABA em um ambiente intensivo - sobre crianças com TEA	332 crianças	O IBI promoveu redução na gravidade do autismo, ganhos nos níveis cognitivo e adaptativo, bem como uma duplicação da taxa de desenvolvimento das crianças.,
FLANAGAN et al., (2012)	Estudo retrospectivo	Verificar a influência terapêutica do programa IBI (Intervenção Comportamental Intensiva) - que se refere à aplicação de princípios de ABA em um	61 Crianças	O grupo IBI teve melhores resultados em todas as áreas medidas, com gravidade do autismo mais branda, maior funcionalidade adaptativa e maiores habilidades cognitivas. Os

		ambiente intensivo – sobre crianças com TEA .		resultados apoiam a eficácia do IBI de base comunitária e sugerem que a idade mais precoce no início do tratamento pode aumentar a probabilidade de melhores resultados em relação às condições de comparação.
PETERS - SCHEFFER et al., (2010)	Estudo retrospectivo	Verificar se a intensidade da supervisão está associada ao desfecho em pré-escolares com autismo que receberam intervenção comportamental intensiva e precoce.	20 crianças	A intensidade da supervisão, juntamente com a intensidade do tratamento e o funcionamento pré-tratamento, são variáveis que podem afetar o desfecho de crianças com autismo que recebem intervenção comportamental precoce e intensiva.

Fonte: Pesquisa realizada em bancos de dados online coletada no ano de 2018.

Discussão

Algumas crianças são identificadas precocemente para avaliação e diagnóstico, seja por causa da preocupação dos pais, seja por meio de vigilância geral de desenvolvimento por profissionais da Atenção Primária. Além deste subgrupo, a população de rastreamento para Atenção Primária inclui outras crianças cujas famílias e provedores ainda não têm preocupações. Estima-se que entre 42% e 55% dos pediatras realizam avaliações regularmente em crianças pequenas para detecção de TEA, com provedores menos propensos a rastrear crianças de grupos étnicos e linguísticos sub-representações. Entretanto, as abordagens atuais que incluem a vigilância pediátrica, a triagem geral do desenvolvimento e a confiança nos pais têm demonstrado que a maioria das crianças com TEA é identificada após os 4 anos de idade, o que retarda o início da terapêutica e diminui as chances de uma intervenção comportamental adequada.¹⁵

Um recente relatório norte-americano demonstrou que a maioria das crianças com TEA nos Estados Unidos é diagnosticada com uma idade média de 4 anos e 5 meses. Em média, a mediana da idade do diagnóstico é um pouco mais cedo para crianças com transtorno autista (4 anos) do que para crianças com os diagnósticos mais amplamente definidos do espectro do autismo, como PDD-NOS (autismo atípico) (4 anos, 2 meses) e Síndrome de Asperger (6 anos, 2 meses).¹⁶

Os defensores da triagem universal dizem que os atrasos no diagnóstico preciso podem contribuir para o sofrimento familiar e limitar o acesso a serviços de intervenção, sobretudo aqueles voltados para a Análise do Comportamento Aplicada, sendo que muitos especialistas consideram importante para melhorar os desfechos de curto prazo e longo prazo das crianças. Outrossim, embora algumas crianças possam ter acesso a tratamentos por meio de intervenções precoces e sistemas médicos enquanto aguardam confirmação diagnóstica, o número de horas de intervenção recebidas sem um diagnóstico de TEA geralmente é substancialmente menor do que muitos especialistas recomendam.¹⁵⁻¹⁷

O fato é que muitas das dificuldades apresentadas por crianças/pessoas no Espectro do Autismo, tais como linguagem e comunicação, que são muito

comuns, podem estar relacionadas à falta de compreensão daquilo que lhes é falado, seja uma solicitação, determinação ou mesmo uma iniciação e/ou prosseguimento em uma conversa ou ainda, por meio de sinais emitidos pela face ou outras partes corpóreas. Por isso, o ensino de habilidades comunicacionais pode favorecer a interação social e funcionamento.

Pesquisa desenvolvida por Mota no ano de 2015¹⁷, realizada com 114 crianças usando o CBCL (Child Behavior Checklist), para rastreamento de TEA, buscou verificar instrumentos utilizados na Análise do Comportamento Aplicada (ABA) às pessoas no Espectro do Autismo. Portanto, a ferramenta mostrou-se eficiente, destacando-se as escalas de reatividade emocional, retraimento e problemas invasivos do desenvolvimento.

Já em outro estudo análogo realizado em 2007¹⁶ realizado com 14 crianças, avaliou a sensibilidade do Ages & Stages Questionnaires (ASQ) para rastrear alterações cognitivo-comportamentais em crianças com TEA. Considerando que o questionário foi capaz de detectar que 86% dos sujeitos apresentam alteração cognitiva, os autores concluíram que o teste ASQ é um bom instrumento para triagem cognitivo-comportamental de crianças com TEA. Além disso, evidenciou-se como um questionário aplicável aos pais com garantia de resposta fiel ao desempenho real de seus filhos, sendo válido como componente de bateria de triagem para a identificação de crianças com risco para Transtornos do Espectro do Autismo.¹⁶

Ainda quanto a triagem do TEA, na pesquisa de Marques e Bosa no ano de 2015, buscou verificar se o Protocolo de Avaliação para Crianças com Suspeita de Transtornos do Espectro do Autismo (PRO-TEA) era uma medida válida para identificação da TEA. Verificaram que o PRO-TEA foi uma medida potencialmente válida para a avaliação de crianças com suspeita de autismo, considerando-se que alguns dos seus itens foram capazes de discriminar crianças com autismo dos controles, mesmo em uma amostra reduzida. Além disso, o custo é relativamente baixo, se comparado a medidas internacionais, devendo esta escala ser útil nos serviços públicos de saúde. Por se tratar de uma medida observacional e direta, o instrumento complementa outros como questionários e entrevistas, baseados em informações obtidas com os pais/cuidadores nos quais se averigua alterações comportamentais importantes.¹⁵

Salienta-se que o conhecimento e uso de instrumentos validados aplicados a pais/mães, cuidadores, professores e profissionais de saúde e às próprias crianças/pessoas no Espectro do Autismo é um fator relevante para que sejam realizadas as avaliações necessárias, bem como, para a identificação das áreas mais afetadas pelas características do transtorno, bem como para o estabelecimento das intervenções e conseqüentemente, a pessoa seja ensinada/orientada na aquisição de competências essenciais, desde atividades psicomotoras como sentar, apanhar brinquedos, movimentar-se adequadamente, até outras mais refinadas como olhar para a(s) pessoa(s) que está(ão) ao seu lado, seguir instruções, realizar leituras e outras.

Uma proposta em relação a temática transcorrida e o uso de um jogo para auxiliar profissionais da área de psicologia que utilizam a metodologia da Análise do comportamento Aplicado - ABA, no ensino da aprendizagem de crianças com TEA. Os resultados desse estudo mostraram que o jogo foi capaz

de auxiliar aos profissionais da psicologia em solucionar as dificuldades de aprendizado das cores em crianças com no Espectro Autista, além de auxiliar o profissional no ensino das cores para crianças autistas. Tais achados corroboram com os resultados de Grindle no ano de 2012, onde a aplicação da ABA trouxe às crianças a oportunidade de aprenderem novas habilidades, bem como ampliarem aquelas conquistadas, sobretudo nas áreas de linguagem e aprendizagem.¹⁹

Enfatiza-se que os programas de computadores, softwares web, aplicativos em tablets ou celulares são ferramentas que podem auxiliar no aprendizado de crianças pessoas no Espectro Autístico. Os recursos digitais são altamente ilustrativos e provocam estímulos visuais, por esse motivo esses recursos podem, com cautela, ser usados de forma pedagógica e no ensino de habilidades, além de possibilitar o brincar funcional que auxilia na experiência de socialização.

Quando se trata de análise do comportamento é necessário criar um ambiente estruturado, profissionais capacitados e um meio didático-pedagógico que possibilite um melhor aprendizado. Nesse contexto, os recursos digitais se tornam aliados no processo ensino-aprendizagem de crianças que vivem no TEA, já que o uso dessas ferramentas, por professores qualificados ou por pais/mães/cuidadores, pode ajudar na cognição, possibilitando o manejo de objetos, interpretar e organizar o conhecimento pessoal, interagir e trabalhar em grupo e resolver problemas, é uma ferramenta que ajuda no aprendizado e socialização.

Deve-se atentar também para os riscos que a utilização excessiva de tais recursos digitais pode apresentar, uma vez que se trata de pessoas que facilmente podem desenvolver e/ou ampliar estereótipos, ecolalias e outros comportamentos inapropriados que ao invés de facilitar a aprendizagem, pode prejudicar, retroceder e/ou retardar a aquisição de habilidades de leitura, escrita e compreensão de mundo.

Foram verificados a influência terapêutica da Análise Comportamental no ambiente pré-escolar de crianças com TEA e observaram que os estudantes submetidos à ABA apresentaram maiores escores de QI e escores compostos de comportamento adaptativo. Resultados semelhantes, porém, com uma amostra maior foram encontrados pelos mesmos autores no ano de 2012. Observaram que a alta intensidade de intervenção, promoveu maiores ganhos em QI e comportamento adaptativo.^{20,21}

Onde a intensidade da supervisão, juntamente com a intensidade do tratamento, o método terapêutico utilizado e o funcionamento pré-tratamento, contribuiu de maneira significativa para a melhoria de comportamentos inadequados e até a extinção de outros inapropriados.^{22,25}

Convém destacar que a indicação do tratamento à pessoa no Espectro Autista dependerá de suas características individuais, sua compreensão acerca do que é solicitado, os ambientes disponíveis e as capacidades funcionais estabelecidas, isto é, o repertório de mandos, tatos também respostas em programas de discriminação de função de ouvinte e de comunicação verbal ou não. Para tanto, é essencial criar um sistema de registro capaz de envolver todas as atividades que a mesma consegue realizar, seja na residência, escola ou outros ambientes terapêuticos e sociais, bem como as pessoas que a cercam.

Na investigação realizada com 332 crianças que foram submetidas ou programa IBI (Intervenção Comportamental Intensiva) - que se refere à aplicação de princípios de ABA em um ambiente intensivo - constatou-se que na saída do programa as crianças obtiveram redução na gravidade dos comportamentos do autismo, ganhos importantes nos níveis cognitivo e adaptativo, bem como uma duplicação da taxa de desenvolvimento das crianças.²³

Resultado semelhante foi em um estudo no ano de (2012), onde o IBI reduziu a

gravidade dos sinais de autismo, maior funcionalidade adaptativa e maiores habilidades cognitivas.^{24,25}

Neste sentido, como observa nos estudos supracitados, é conveniente considerar que a ABA é perfeitamente aplicável às pessoas no Espectro do Autismo, já que se trata de uma ciência que apresenta constructos fortes, um corpo de conhecimentos robusto e compreensível por pais/cuidadores e professores, desde que devidamente acompanhados por profissionais qualificados. Além do mais, o uso de instrumentos diversos tais como escalas e até games, pode ser muito útil para a aquisição de habilidades essenciais à vida em sociedade e à instalação de comportamentos adequados.

Considerações Finais

Através dos achados, pôde-se observar que atrasos no diagnóstico preciso de crianças com TEA podem contribuir para o sofrimento familiar e limitar o acesso a serviços de intervenção, que muitos especialistas consideram importante para melhorar os desfechos de curto prazo e longo prazo das crianças. Embora algumas crianças possam ter acesso a tratamentos por meio de intervenções precoces e sistemas médicos enquanto aguardam confirmação diagnóstica, o número de horas de intervenção recebidas sem um diagnóstico de TEA geralmente é substancialmente menor do que muitos especialistas recomendam, reduzindo a intensidade do tratamento o que retarda o desenvolvimento das crianças e intensifica os comportamentos inapropriados.

Existem atualmente diversos instrumentos para avaliação/triagem de crianças com suspeita de Transtornos do Espectro do Autismo. Este estudo destacou o Ages & Stages Questionnaires; Protocolo de Avaliação para Crianças com Suspeita de Transtornos do Espectro do Autismo e Child Behavior Checklist. Todas essas ferramentas foram utilizadas em triagem de pacientes com TEA, em grandes estudos, mostrando serem eficazes na análise comportamental.

Para mais, a ABA se mostrou um processo científico fundamental para identificar as relações funcionais entre o comportamento observável e o contexto ambiental, sendo possível afirmar que a projeção de intervenções baseadas nesta ciência, podem promover uma melhorara no bem-estar social e pessoal, ganhos cognitivos, linguagem e também aprendizagem.

Dessa forma, entende-se que a utilização dos pressupostos da ABA, aliada à tecnologia em dispositivos móveis e aos métodos educacionais voltados para a individualidade de pessoas com TEA, pode ser utilizada na inclusão e educação de tais indivíduos, proporcionando-lhes maiores capacidades e habilidades, além de representar economia de tempo e recursos por parte dos professores, pais/cuidadores e profissionais de saúde na obtenção e utilização de ferramentas educacionais.

É importante ressaltar que este estudo não esgota a temática, o que deixa claro que novas pesquisas nessa linha possam ser conduzidas, tanto para melhorar e/ou ampliar este trabalho, quanto no sentido de desenvolver novas ferramentas educacionais e de análise do comportamento que facilitem a inclusão socioeducacional, autonomia e aprendizado das pessoas com TEA.

Referências

1. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC [Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 1995]. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas.
2. Carvalho-Filho FSS, Moraes-Filho IM, Santos JC, Silva MVRs, Pereira ND. Entendimento do espectro autista por pais/cuidadores – estudo descritivo. Rev. Cient. Sena Aires. 2018;7(2): 105-16.
3. Carvalho-Filha FSS, Silva HMS, Castro RP, Moraes-Filho IM, Nascimento FLSC. Coping e estresse familiar e enfrentamento na perspectiva do transtorno do espectro do autismo. Rev. Cient. Sena Aires. 2018;7(1): 23-30.

4. SUGAI, G.; LEWIS-PALMER, T.; HAGAN-BURKE, S. Overview of the functional behavioral assessment process. *Exceptionality*. 2000;8(3):149-60.
5. MAYER, G. R.; SULZER-AZAROFF, B.; WALLACE, M. D. Behavior analysis for lasting change. 2. nd. Cornwall-on-Hudson, NY: Sloan Publishing, LLC, 2012.
6. HEFLIN, L. J.; ALAIMO, D. F. Students with autism spectrum disorders: effective instructional practices. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc., 2008.
7. ALBERTO, P. A.; TROUTMAN, A. C. Applied behavior analysis for teachers. 8th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc., 2009.
8. Bailey, J. S. & Burch, M. (2016). *Ethics for Behavior Analysts*, 3rd edition. New York, NY: Routledge, Inc..
9. Vismara LA, Rogers SJ. Behavioral treatments in autism spectrum disorder: what do we know? *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:447-68
10. Sulzer-Azaroff B, Fleming R, Tupa M, Bass R, Hamad C. Choosing objectives for a distance learning behavioral intervention in autism curriculum. *Focus Autism Other Dev Disabl*. 2008;23:29-36.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 156 p.
12. RANGE, B. P. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
13. ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2014;18 (1): 9-12.
14. Botelho L, Cunha C, Macedo M. O MÉTODO DA REVISÃO INTEGRATIVA NOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS. *GeS [Internet]*. 2dez.2011 [citado 27jan.2019];5(11):121-36.
15. Marques, Daniela Fernandes, & Bosa, Cleonice Alves. (2015). Protocolo de Avaliação de Crianças com Autismo: Evidências de Validade de Critério. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(1), 43-51. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015011085043051>
16. Tomazoli LS, Santos THF, Amato CAH, Fernandes FDM, Molini-Avejonas DR. Rastreamento de alterações cognitivas em crianças com TEA: estudo piloto. *Psicologia: teoria e prática*. 2017;19(3): 23-32
17. MOTA, A. Di P. Identificação de transtornos do espectro de autismo com Child Behavior Checklist (CBCL): Evidências de sensibilidade, 2015.
18. Otílio P. da S. Neto, Victor H. V. de Sousa, Gleison B. Batista, Fernando C. B. G. Santana, João M. B. O. Junior. G-TEA: Uma ferramenta no auxílio da aprendizagem de crianças com Transtorno do Espectro Autista, baseada na metodologia ABA. *Proceedings of Computer Games and Digital Entertainment (SBGAMES)*, Brazilian Symposium on. IEEE, pages 16-18. October 2013
19. GRINDLE, C. F. et al. Outcomes of a behavioral education model for children with autism in a mainstream school setting. *Behavior modification*. 2012;36 (3):298-319
20. Eldevik S, Hastings RP, Jahr E, Hughes JC. Outcomes of behavioral intervention for children with autism in mainstream pre-school settings. *J Autism Dev Disord*. 2012;42(2):210-20.
21. Eldevik, S., Hastings, R.P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2009).
22. Peters-Scheffer N, Didden R, Mulders M, Korzilius H. Low intensity behavioral treatment supplementing preschool services for young children with autism spectrum disorders and severe to mild intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*. 2010. 31 (6):1678-1684.
23. Perry GS, Presley-Cantrell LR, Dhingra SS. Addressing Mental Health Promotion in Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *Am J Public Health*. 2010;100(12):2337-2339
24. FLANAGAN, H. E.; PERRY, A.; FREEMAN, N. L. Effectiveness of large-scale community-based intensive behavioral intervention: a waitlist comparison study exploring outcomes and predictors. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2012;6 (2): 673-682.
25. Carvalho-Filho FSS, Silva MVRs, Silva HMC, Moraes-Filho IM, Nunes EKP, Coelho MLO. O cuidado multiprofissional e familiar à pessoa no espectro do autismo: a importância da complementaridade terapêutica. In Nascimento FSC, Brandt AG, Magalhães NRS, Morais JSM, editores. 1ª. ed. Fortaleza: Impreco; 2019. p. 233-252.

Autor de Correspondência

Iel Marciano de Moraes Filho
Universidade Paulista, Departamento de Enfermagem.
Quadra 913, Bloco B - Asa Sul. CEP: 70390-130. Brasília,
Distrito Federal, Brazil.
iefilho@yahoo.com.br