



ACS - Arquivos de
Ciências da Saúde
Journal of Health Sciences

Arq. Ciênc. Saúde. 2016 jul-set; 23(3)



ISSN 1807-1325
E-ISSN 2318-3691

ARQUIVOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE(ACS)

Journal of Health Sciences

SUMÁRIO

Editorial.....01

Artigos de Revisão

SÍNDROME DE HIPERMOBILIDADE ARTICULAR NOS PACIENTES COM DISFUNÇÕES DO DIAFRAGMA DA PELVE: REVISÃO DE LITERATURA
Talita Teixeira Leal, Simone Cavenaghi, Laís Helena Carvalho.....03

Relato de Caso

EFICÁCIA DO USO DE CORTICOSTEROIDE SISTÊMICO NO TRATAMENTO DO PÊNFIGO VULGAR ORAL
Victor Yuri Nicolau Ferreira, Tácio Candeia Lyra, Laudence de Lucena Pereira, Marcelo Anderson B. Nascimento, Lélia Batista de Souza, Paulo Rogério Ferreti Bonan.....10

CHILDHOOD POSTERIOR CIRCULATION ISCHEMIC STROKE: AN UNCOMMON CEREBROVASCULAR DISEASE. CASE REPORT
Linoel Curado Valsechi, Raquel Siqueira Leonel de Paula, Manuelina Mariana Capellari Macruz Brito, Lucas Crociati Meguins, Regina Célia Ajeje Pires Albuquerque.....14

Artigos Originais

PALHAÇOTERAPIA: ALTERAÇÃO DO PERFIL ÁLGICO E EMOCIONAL DE PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS
Isabela Rossi, Fernando Batigália, Randolpho dos Santos Júnior.....17

DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PESSOA DEFICIENTE: ANÁLISE DE CONCEITO
Kariane Gomes Cezario.....22

OPINIÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A ATUAÇÃO DOS DISCENTES DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Aimée de Carvalho Leite Menezes, Camila Albuquerque de Brito, Cristiane Costa Reis da Silva.....27

ALEITAMENTO MATERNO: NECESSIDADES E DEMANDAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DAS MÃES NO ALOJAMENTO CONJUNTO
Sabrina Viana Quiles Martins, Maria Rita Rodrigues Vieira.....32

ORIENTAÇÕES EM SAÚDE NO PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR EM USUÁRIOS REINTERNADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Patrícia Faria Camargo, Larissa Delgado André, Neuseli Marino Lamari.....38

SATISFAÇÃO DE CLIENTES E FAMILIARES SOBRE O ATENDIMENTO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA Flávia Ribeiro Martins Macedo, Sergio Valverde Marques dos Santos, Renata Pinto Ribeiro Miranda, Fábio de Souza Terra, Samira Paulinne Lopes Alves.....	44
NÍVEL DE CORRELAÇÃO ENTRE AS BATERIAS MOTORAS EDM, TGMD-2 E MABC-2 E DIFERENÇA ENTRE OS SEXOS Rozana Aparecida Silveira, Pâmella de Medeiros, Fernanda Farias Rocha, Helton Pereira de Carvalho, Kamyła Thais de Freitas, Fernando Luiz Cardoso.....	50
CLASSIFICAÇÃO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM E CARGA DE TRABALHO EM CENTRO DE INFUSÃO DE QUIMIOTERAPIA Célia Alves de Souza, Marcia Galan Perroca, Marli de Carvalho Jericó, Maria Vigoneti Araújo Amerlin, João Junior Gomes.....	56
CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE O EXAME CITOPATOLÓGICO Aléxia Ruanna Oliveira da Nóbrega, Maria Mirtes da Nóbrega, Mona Lisa Lopes dos Santos Caldas, Juliane de Oliveira Costa Nobre.....	62
AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO FUNCIONAL DE IDOSOS LONGEVOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO Marta Moreira Novais, Claudinéia Matos Araújo, Sara Vilas Bôas, Rahab Vieira Prates, Daniela de Souza Pinto, Luciana Araújo dos Reis.....	67
FATORES ASSOCIADOS AO DESEMPENHO MOTOR EM IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA Kamila Aguiar Santos, Luciana Araújo dos Reis.....	73
ESTUDO DE CASO SOBRE TENDÊNCIAS DE MUDANÇAS NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA EM ESCOLAS MÉDICAS Amanda de Almeida Jannuzzi Mendes, Maria Cristina Almeida de Souza, Marcos Alex Mendes da Silva.....	80
PREVALÊNCIA DE DOENÇAS INFECCIOSAS E CRÔNICAS EM CRIANÇAS DE CRECHES PÚBLICAS Stefânia Diniz de Oliveira Costa, Rosane Luzia de Souza Morais, Priscilla Avelino Ferreira Pinto, Kelly da Rocha Neves	85
CAUSAS DE DESLIGAMENTOS E ROTATIVIDADE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE ENSINO Luana Gaino Bertolazzi, Márcia Galan Perroca.....	93
IDOSOS QUILOMBOLAS: PREVALÊNCIA DE SARCOPENIA UTILIZANDO O ALGORITMO PROPOSTO PELO EUROPEAN WORKING GROUP ON SARCOPENIA IN OLDER PEOPLE Luiz Sinesio Silva Neto, Margô Gomes de Oliveira Karnikowski, Neila B Barbosa Osório, Leonardo Costa Pereira, Liana Barbaresco Gomide , João Paulo Chieriegato Matheus	99
PREVALÊNCIA DE OBSTRUÇÃO NASAL EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS RELACIONADOS AO SONO Talita Bottan Bortoluzzi, Ana Carolina de Oliveira, Yasmine Carreira V. Abdo, Isabela Cristina A. de Souza, Vânia Belintani Piatto, Fernando Drimel Molina.....	106

EDITORIAL

A BIOPSYCHOSOCIAL-SPIRITUAL MODEL IN HEALTH

Next year, the biopsychosocial model will reach her 40th birthday!

Engel⁽¹⁾, in 1977, took a major step in favor of the health personnel and their patients, when he advocated that the dominant model of disease, the biomedical model, was insufficient. He proposed a biopsychosocial model useful for research, teaching, and health care.

Nevertheless, even today, its advocates do not implement this model routinely, much less universally. Mc Inerney⁽²⁾, in 2015, emphasized that “medical professionals will need to be familiar with the research identifying the health risks associated with different behavioural and social conditions and not just the biological illness itself. Therefore, it is no longer sufficient for clinicians to state that treatment is successful in terms of its effect on a specific biological illness, but it is now also necessary to know whether the treatment gives significant improvement over the way in which a person lives.”

Analyzing the biopsychosocial model, Borrell-Carrió, Suchman and Epstein⁽³⁾ argued that “it may be that the content and emotions that constitute the clinician’s relationship with the patient are the fundamental principles of biopsychosocial-oriented clinical practice, which then inform the manner in which the physician exercises his or her power”. They added that “the physician’s skills should be judged on their ability to produce greater health or to relieve the patient’s suffering—whether they include creating an adequate emotional tone, gathering an accurate history, or distinguishing between what the patient needs and what the patient says he or she wants”. “Mindfulness, the habits of attentive observation, critical curiosity, informed flexibility, and presence, underlies the physician’s ability to self-monitor, be vigilant, and respond with compassion”.

One criticism to the biopsychosocial model is that it is not an adequately guiding: “reminding us to pay attention to three aspects of illness. Then the question becomes: how do we choose? How do we prioritise one aspect versus another? The biopsychosocial model, as classically advanced, does not guide us on how to prioritise. Consequently, prioritisation happens on the run, with each person’s own preferences, and the model devolves into mere eclecticism, passing for sophistication”⁽⁴⁾.

Sulmasy⁽⁵⁾, in 2002, presented a more comprehensive model of care and research that takes account of patients in the fullest possible understanding of their wholeness—as persons grappling with their ultimate finitude. One may call this a biopsychosocial-spiritual model of care. In other words, this biopsychosocial-spiritual model is not a dualism in which a soul accidentally inhabits a body. Rather, in this model, the biological, the psychological, the social, and the spiritual are only distinct dimensions of the person, and no one aspect can be disaggregated from the whole. Each aspect can be affected differently by a person’s history and illness, and each aspect can interact and affect other aspects of the person. Consequently, when caring for people at the end of their lives, this new model suggests that the patient comes to the clinical encounter with a spiritual history, a manner of spiritual/religious coping, a state of spiritual well-being, and concrete spiritual needs.

Katerndahl e Oyiriaru⁽⁶⁾ developed and validated an instrument to assess each dimension in terms of its specific symptoms and functional condition in primary health care users and obtained promising results.

If these brief notes suggest that there has been no stagnation around the biopsychosocial-spiritual model, it is important, however, to stress that there is a long way to go and much to be done. It is worthwhile to continue exploring the potentialities and limitations to this model in a critical way, which is not always the case. Only by knowing the model limitations, we will be able to train health personnel with a holistic and spiritual view. By any means and wherever we go, we do not walk in the direction of words attributed to Leonardo da Vinci: “Poor is the pupil who does not surpass his master”. We must collaborate daily to improve the model that has been shaping our practice in the last 40 years ...

Referências

1. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
2. Mc Inerney, S. J. (2015). Introducing the biopsychosocial model for good medicine and good doctors. *BMJ*, 324, 1533.
3. Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2, 576-582. doi: 10.1370/afm.245
4. Ghaemi, S. N. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 3–4. doi: 10.1192/bjp.bp.109.063859
5. Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42(Sp. III), 24–33.
6. Katerndahl, D., & Oyiriaru, D. (2007). Assessing the biopsychosociospiritual model in primary care: Development of the biopsychosociospiritual inventory (BioPSSI). *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(4), 393-414.

Rute F. Meneses¹

¹Professora Associada da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa (UFP), Coordenadora do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da UFP, Membro da Comissão de Ética da UFP e Coordenadora do Centro Transdisciplinar de Estudos da Consciência da UFP, Porto, Portugal. Membro da Assembléia de Representantes da Ordem dos Psicólogos Portugueses. *E-mail*: r-meneses@ufp.edu.pt

Síndrome de hiper mobilidade articular nos pacientes com disfunções do diafragma da pelve: revisão de literatura

Joint hypermobility syndrome in patients with disorders of the pelvic floor: literature review

Talita Teixeira Leal¹, Simone Cavenaghi¹, Laís Helena Carvalho¹

Resumo

Introdução: Hiper mobilidade articular é a capacidade de desempenhar movimentos articulares com amplitude maior que a normal. Utiliza-se o termo *Síndrome de hiper mobilidade articular*, quando há uma combinação de sinais e sintomas extraesqueléticos e musculoesqueléticos que incluem um número abrangente de disfunções destacando entre elas a disfunção pélvica. Disfunções do diafragma da pelve é uma ampla expressão que engloba incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos, considerados imensamente prevalentes. **Objetivo:** Atualizar os conhecimentos em relação à associação entre a hiper mobilidade articular e as disfunções do diafragma da pelve na população comum. **Material e Métodos:** Foram selecionados artigos em inglês e português, publicados entre 2010 e 2015, nos bancos de dados eletrônicos PubMed, LILACS e SciELO. **Resultados:** A estruturação deste estudo foi baseada nas referências que apresentam aspectos significativos relacionados à procura e objetivo da pesquisa, sendo composto por 11 estudos que mostraram relevância nos resultados, apontando a existência da relação entre hiper mobilidade articular e alterações do diafragma da pelve. **Conclusão:** Acredita-se que alterações existentes na composição do colágeno pode ser a principal causa da relação entre Hiper mobilidade Articular e Disfunções do Diafragma da Pelve. Em geral, os artigos examinados nesta atualização, tendem a apoiar essa relação. Contudo, futuras implicações desse novo conhecimento para uma melhor prática devem ser consideradas.

Descritores: Instabilidade Articular; Diafragma da Pelve; Colágeno.

Abstract

Introduction: Joint hypermobility is the ability to perform joint movements with greater amplitude than normal. We use the term “hypermobility syndrome joint” when there is a combination of extra-skeletal and musculoskeletal signs and symptoms that include a larger number of detaching disorders, including pelvic dysfunction. Pelvic floor dysfunction is a broad term that encompasses urinary incontinence and prolapse of pelvic organs considered greatly prevalent. **Objective:** Update knowledge of the association between joint hypermobility and dysfunction of the pelvic floor in the common population. **Patients and Methods:** English and Portuguese articles were selected published between 2010 and 2015 in the electronic databases PubMed, LILACS, and SciELO. **Results:** The structure of this study was based on references that present significant aspects related to the demand of our research. It comprises 11 studies showing significance in the results towards the existence of the relationship between joint hypermobility and changes in the pelvic floor. **Conclusion:** It is believed that existing alterations in the collagen composition can be the main cause of the relationship between Articular hypermobility and dysfunction of the pelvic floor. In general, the articles examined in this update tend to support this relationship. However, future implications of this new knowledge for better practice should be considered.

Descriptors: Joint Instability; Pelvic Floor; Collagen.

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto(FAMERP)-SP-Brasil

Con lito de interesses: Não

Contribuição dos autores: TTL delineamento do estudo, elaboração e redação do manuscrito. SC orientação e delineamento do estudo. LHC orientação do projeto.

Contato para correspondência: Talita Teixeira Leal

E-mail: talitateixeiraleals@gmail.com

Recebido: 12/02/2016; **Aprovado:** 06/05/2016

Introdução

Hipermobilidade articular é a capacidade de desempenhar movimentos articulares com amplitude maior que a normal⁽¹⁾. Utiliza-se o termo *Síndrome de hipermobilidade articular*, quando há uma combinação de sinais e sintomas extraesqueléticos e musculoesqueléticos que incluem um número abrangente de disfunções, destacando entre elas a disfunção pélvica⁽²⁾. Disfunção do diafragma da pelve é uma condição que interfere diretamente na qualidade de vida e inclui a incontinência fecal, dor pélvica, disfunções sexuais, incontinência urinária (IU) e prolapso de órgãos pélvicos (POP), sendo os dois últimos considerados imensamente prevalentes⁽³⁾.

Em meio a uma carência literária na genética molecular de IU e POP, despertou-se maior empenho sobre polimorfismos de outro tipo de colágeno I $\alpha 1$ (COL1A1) ou colágeno tipo III $\alpha 1$ (COL3A1). Em diversas populações, variantes comuns nesses genes estavam associados com um aumento dobrado da probabilidade de IU de esforço ou POP, indicando uma plausível causa associada para os distúrbios do diafragma da pelve e hipermobilidade articular⁽⁴⁾.

Esta pesquisa buscou atualizar os conhecimentos em relação à associação entre a hipermobilidade articular e as disfunções do diafragma da pelve na população comum.

A hipermobilidade articular (HA) foi previamente mencionado por Hipócrates como, a incapacidade dos celtas de puxar a corda de um arco ou lançar um dardo, pois teriam “membros frouxos”. É ocasionada pela frouxidão ou comprimento excessivo do tecido, que leva ao aumento da amplitude de movimento além do normal, e pode estar acompanhada de queixas dolorosas⁽¹⁾. Descrita pela primeira vez em 1967, a Síndrome de Hipermobilidade Articular (SHA) identifica-se pela associação da Hipermobilidade Articular (HA) com doenças musculoesqueléticas⁽²⁾ e é caracterizada como uma desordem hereditária do tecido conectivo que pode desencadear luxação, subluxação, artralgia, artrite, tendinite, tenossinovite, ligamentos danificados e fraturas, existindo associação com dor nas articulações e instabilidade⁽⁵⁾ e, geralmente, é avaliada utilizando-se os critérios de Brighton, que inclui a pontuação de Beighton⁽⁶⁾.

Os critérios de Brighton são divididos em critérios maiores e critérios menores. Os critérios maiores incluem duas avaliações e os critérios menores incluem nove avaliações. A SHA será diagnosticada na presença de dois critérios maiores, ou de um critério maior e um critério menor, ou quatro critérios menores. Os critérios menores serão suficientes quando existir um familiar de primeiro grau que sofra claramente da síndrome⁽⁷⁾. A pontuação pelo escore de Beighton é feita por meio da avaliação de nove pontos específicos, atribuindo um ponto a qualquer um dos seguintes: (1) oposição passiva do polegar ao aspecto flexor do antebraço (um ponto para cada lado); (2) dorsiflexão passiva do dedo mínimo, além de 90° (um ponto para cada lado); (3) hiperextensão do cotovelo além de 10° (um ponto para cada lado); (4) hiperextensão do joelho além de 10° (um ponto para cada lado); (5) flexão anterior do tronco com os joelhos estendidos e as palmas descansando no chão (um ponto)⁽⁸⁾. De acordo com essa escala, os indivíduos com

uma pontuação > 4 são considerados portadores de HA⁽⁹⁾. Encontra-se uma dificuldade em avaliar sua prevalência, em decorrência da variação de idade, sexo e etnia e dos inúmeros critérios aplicados para avaliação⁽²⁾. Estima-se que a prevalência da SHA está entre 30% e 60%, sendo mais elevada na população não caucasiana⁽⁶⁾. Profissionais especializados asseguram que a SHA e a Síndrome de Ehlers-Danlos – Tipo Hipermobilidade (SED – TH), são indiscrimináveis no atual diagnóstico. Relatam que a SHA também pode ser conhecida como Síndrome de Hipermobilidade Articular Benigna (SHAB), na qual o termo *benigna* se aplica com a finalidade de diferenciar outras condições mais graves como a Síndrome de Ehlers-Danlos (tipos clássico ou vascular), síndrome de Marfan e osteogênese imperfeita que precisam ser eliminadas durante o diagnóstico da SHA⁽¹⁰⁾. Uma irregularidade na estrutura e repartição do colágeno tipo I, somado a um aumento da proporção do colágeno tipo III, aparenta ser uma causa subjacente da SHAB, o que pode resultar na diminuição da rigidez generalizada e flacidez dos ligamentos⁽¹¹⁾.

O diafragma da pelve é considerado o diafragma musculofascial fixado nos ossos pélvicos que atua funcionalmente no parto vaginal, função sexual e controle da abertura inferior, fornecendo, assim, o apoio estático para órgãos viscerais e durante o fechamento ativo do hiato urogenital, proporcionando os mecanismos de esvaziamento e de continência⁽¹²⁾. Sabe-se que o tecido conectivo dos ligamentos de suporte da parede vaginal é formado por matriz extracelular (MEC), que possui maior predomínio de componentes fibrilares (colágeno e elastina). O colágeno é considerado um fator determinante para as propriedades biomecânicas do tecido, por proporcionar uma resistência ao alongamento⁽¹³⁾. A MEC está em constante remodelação, equilíbrio de síntese e degradação, na qual os fibroblastos são os principais sintetizadores de colágeno tipo I e III e as enzimas metaloproteinases (MMP) são responsáveis em degradar o colágeno. Portanto, um comportamento inadequado dos fibroblastos pode resultar em uma alteração no colágeno e gerar uma ineficiência da contratilidade e diminuição da funcionalidade após o estiramento⁽¹⁴⁾. Os ligamentos uterinos são folhas de tecido conectivo, constituídos basicamente de fibras de colágeno que compõe aproximadamente 70 - 80% do peso seco dos ligamentos, permitindo a essas estruturas alta resistência à tração⁽¹⁵⁾.

O colágeno é identificado como uma proteína fibrosa, cujos tipos I e III são os principais responsáveis pela integridade estrutural do pavimento pélvico. O colágeno tipo I proporciona maior resistência à tração, em função de suas fibras mais longas e mais grossas. O colágeno tipo III, concede elasticidade ao tecido e flexibilidade dentro da pelve, sendo assim, o mais prevalente⁽¹⁴⁾.

Alguns estudos realizados para investigar a epidemiologia dos distúrbios do diafragma da pelve preconizam que, algumas mulheres podem ser fenotípica ou genotipicamente propensas a desenvolver essas alterações que podem apresentar-se como sintomas do trato urinário, sintomas sexuais e sintomas intestinais⁽¹⁶⁾. Uma em cada nove mulheres passará

por procedimento invasivo para tratamento de incontinência urinária ou prolapso de órgãos pélvicos e 30% precisarão de cirurgia adicional em virtude da recidiva dos sintomas⁽¹²⁾.

O POP é definido como a descida de um ou mais dos seguintes: parede vaginal anterior, parede vaginal posterior e vértice da vagina (colo do útero/útero) ou abóbada (braçadeira) após histerectomia. De acordo com o exame físico, o POP pode ser quantificado em 5 estádios, indo de 0 (ausência de POP) até o IV (POP total)⁽¹⁷⁾, caracterizando-se por uma condição comum em mulheres adultas que apresentam fatores de risco, como idade, paridade, parto vaginal e aumento de pressão intra-abdominal, apresentando uma prevalência de até 37%. Estudos apontam que uma alteração na composição da matriz extracelular (MEC) pode ser uma das possíveis causas de base molecular e bioquímica, para o desenvolvimento do POP⁽¹⁸⁾. Pode-se ainda, apontar uma associação do POP com uma diminuição no teor total de colágeno, no qual os níveis de colágeno tipo I são minimamente alterados e os níveis de colágeno tipo III são aumentados, levando, assim, a uma queda da relação entre colágeno tipo I/III⁽¹⁹⁾.

A IU é definida como perda involuntária de urina que interfere negativamente na qualidade de vida e chega a apresentar uma prevalência de 12,8% a 46%. Algumas anormalidades genéticas intrínsecas na síntese de colágeno, que variam entre as formas mais graves de doenças do tecido conectivo, podem deixar o tecido mais elástico, resultando em problemas no diafragma da pelve⁽²⁰⁾.

Já a Disfunção Evacuatória Retal, é um termo amplo que engloba a insatisfação do indivíduo com sua capacidade evacuatória, podendo ter relação com qualquer etiologia inespecífica, inclusive com distúrbios do tecido conectivo que apresenta associação entre a abertura retal e/ou prolapso retal⁽²¹⁾.

Estudos atuais mostram também um possível vínculo entre a Hiper mobilidade Articular Generalizada com o refluxo-vesicouretral (RVU) ou constipação de trânsito lento (CTL), relacionando mudanças na composição do tecido conectivo, seguida pela diminuição do apoio estrutural⁽²²⁾.

O conhecimento da relação da Síndrome de Hiper mobilidade Articular com as disfunções do diafragma da pelve é de grande importância científica, educacional e prática, uma vez que constatadas estas duas condições faz-se necessária intervenção preventiva e terapêutica precoce, que assegurem a reabilitação e a reconstituição da qualidade de vida e do bem-estar físico, psicoemocional e social dessas pacientes.

Material e Métodos

O presente estudo caracteriza-se como revisão narrativa da literatura, pois cita uma seleção de publicações científicas que baseiam e apresentam o contexto do tema abordado. O ponto norteador da pesquisa foi identificar periódicos, internacionais e nacionais, que mostrem conhecimento sobre a Síndrome de hiper mobilidade articular nos pacientes com disfunção do diafragma da pelve (IU e/ou POP). As buscas foram realizadas pelo autor principal do trabalho, entre maio e agosto de 2015 e, baseou-se no que tem publicado

na atualidade sobre a temática e, com isso, conduziu-se uma revisão de literatura na base de dados LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde), PUBMED (*National Library of Medicine*) e na biblioteca eletrônica SciELO (*Scientific Electronic Library Online*).

Os descritores utilizados para a realização das buscas estão de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Hiper mobilidade Articular, Diafragma Pélvico, Colágeno, Disfunções, bem como suas diferentes possibilidades de combinações. Em consequência do fato de o tema ser relativamente recente e pouco abordado na literatura, o estudo abrangeu publicações no intervalo de cinco anos, buscando atualizar o que se tem mais de recente. Os critérios de inclusão foram artigos publicados no período de 2010 a 2015, nos idiomas português e inglês, e que estão disponíveis de forma completa em meios eletrônicos.

E como critérios de exclusão foram artigos que não apresentavam apontamentos evidentes e significativos sobre a hiper mobilidade articular e as disfunções dos músculos do diafragma da pelve. Os artigos foram avaliados e, os resultados encontrados, foram associados de acordo com o conteúdo, sendo então organizado, lido e relido para identificar na literatura os objetivos do estudo.

Resultados

Inicialmente, foram encontrados nas bases de dados 560 publicações, a partir dos descritores utilizados. Foram avaliados conforme a sequência que se apresentavam na base de dados e analisados por seus respectivos resumos. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade e excluídos 530 estudos, restaram ainda 30 estudos. Ao serem lidos e relidos na íntegra, foram excluídos mais 20 artigos, por não abordarem temática significativa da relação existente entre a SHA e disfunções do diafragma da pelve. Ao final de toda análise, foram selecionados 10 artigos que apoiam a contextualização da problemática proposta.

Dos artigos encontrados e analisados, um relata o caso de uma nulípara de 20 anos que apresentou incontinência urinária inexplicável e que após exame de vídeo-urodinâmica, constatou-se que a disfunção era decorrente da hiper mobilidade uretral, visto que transtornos de colágeno podem afetar os tecidos de suporte da uretra, resultando na incontinência urinária de esforço⁽²³⁾.

Em outro estudo comparando crianças com (n=113) e sem disfunção miccional (n=113), encontrou-se maior prevalência de hiper mobilidade articular generalizada (HAG), no grupo de paciente com disfunção miccional (45%, n= 51), maior prevalência nas meninas em ambos os grupos (caso e controle) e maior prevalência de HAG entre crianças de 5-10 anos, no grupo caso (n= 40). Evidenciou-se que a infecção do trato urinário (ITU) era mais frequente no grupo de pacientes e entre as meninas do subgrupo de HAG, porém, entre os meninos do subgrupo HAG, a manifestação mais prevalente foi a constipação⁽²²⁾.

Em um estudo que dividiu 120 mulheres em dois grupos (caso e controle) de 60 teve o intuito de identificar se a prevalência

de IU na população com SHAB é maior do que em mulheres sem SHAB. Encontraram maior prevalência de IU naquelas com SHAB (73,3%, n=44), quando comparadas com o grupo controle (48,3%, n=29), sendo que a incontinência urinária de urgência (IUU) foi mais significativa do que a incontinência urinária de esforço (IUE). Importante destacar que, durante análise estatística dos domínios do questionário de qualidade de vida entre os grupos, a frequência, noctúria, urgência, urge incontinência, enurese noturna, incontinência durante relação sexual, infecção do trato urinário e dor na bexiga, apresentaram diferença estatisticamente significativa, com um valor de $p < 0,05^{(20)}$.

Por outro lado, em uma análise da associação entre transtornos do colágeno e POP, dividiram 90 mulheres submetidas à histerectomia, em grupo controle (n=30), grupo com POP (n=30) e grupo com POP/IUE (n=30). Constataram que os níveis de expressão do colágeno tipo I do grupo POP e grupo POP/IUE nos ligamentos sacrais foram 29,03% e 41,89%, respectivamente, e nos ligamentos dos tecidos uretrais foram 24,43% e 31,14%, respectivamente, ambos inferiores quando comparados com o grupo controle. Os níveis de expressão de colágeno tipo III do grupo POP e grupo POP/IUE, nos ligamentos sacrais foram 10,84% e 39,35%, respectivamente, e nos ligamentos dos tecidos uretrais foram 15,74% e 35%, respectivamente, ambos também menores quando comparados com o grupo controle, indicando que a redução do teor de colágeno nos tecidos conectivos pode ser uma possível causa de POP e IUE⁽¹⁸⁾.

Em contrapartida, um estudo avaliou as relações entre SHA, sintomas do trato urinário inferior (LUTS) e POP, entre mulheres que se apresentaram para investigação e tratamento de LUTS. Foram avaliadas 270 mulheres e a prevalência para SHA foi de 31,1% (n=84), sendo que os sintomas urinários relatados não apresentaram diferença significativa entre as mulheres com SHA e nem entre as mulheres com SHA e sem SHA. Contudo, a análise da SHA mostra uma tendência para desenvolvimento de POP, que só se tornou significativa após ajuste para a associação negativa apresentada entre a idade e a SHA⁽⁴⁾.

Com a finalidade de avaliar a associação entre o POP, distúrbios relacionados com o colágeno e a prevalência de POP nos membros da família, dividiram mulheres em 2 grupos (grupo POP = 110 e grupo controle = 100) para realizar análise. Notaram que, varizes (n= 15), hiper mobilidade (n= 12), prolapso retal (n= 13) e a presença de pelo menos um distúrbio relacionado ao colágeno (n= 31) mostraram-se mais prevalentes no grupo com POP, quando comparados ao grupo controle. Além disso, as mães e as irmãs do grupo POP foram consideradas altamente mais propensas a desenvolver prolapso (quatro vezes e nove vezes, respectivamente)⁽²⁴⁾.

Partindo do intuito de associar uma deficiência na composição do colágeno no tecido vaginal de mulheres, dividiram-nas em três grupos: grupo controle pré-menopausa (n= 2-5), grupo pré-menopausa com POP (n= 1-5) e grupo menopausa com POP (n= 3-12) e avaliaram a rigidez tecidual da parede vaginal anterior e posterior dos casos em menopausa

(31.00±23.62 e 40.31±44.47, respectivamente) e casos em pré-menopausa (18.51±15.07 e 22.37±8.50, respectivamente), que demonstrou valor significativamente maior que aquela do grupo controle (-0.66±7.05 e -0.66±7.05, respectivamente), indicando que o tecido mais rígido está associado com o POP. Não houve diferença estatística na expressão da proteína de colágeno tipo I, porém, apontando que a proteína de colágeno tipo III, no tecido do grupo controle foi maior do que nos casos de menopausa anterior⁽¹³⁾.

Objetivando investigar a relação entre a hiper mobilidade articular, prolapso geniturinário e a recorrência em mulheres, um total de 43 mulheres concordou com o estudo e foram divididas em dois grupos, baseados na prevalência de hiper mobilidade articular. As mulheres com hiper mobilidade articular tinham prolapso mais recorrente (47%, n= 7/15) quando comparadas com o grupo não hiper móvel (25%, n= 7/28), e maiores níveis séricos de vários metabólitos de colágeno foram encontrados no grupo de hiper mobilidade, indicando anormalidades no tecido conectivo subjacente como a predisposição para o prolapso genital⁽¹⁵⁾.

A partir do propósito de diferenciar se o prolapso de órgãos pélvicos e disfunção sexual seria mais grave nas mulheres afetadas com hiper mobilidade do que na população comum, foram recrutadas 120 mulheres, as quais foram divididas em grupo com SHAB (60) e grupo controle (60). Determinaram então, que de acordo com a queixa da paciente, a prevalência do prolapso não foi clinicamente significativa entre o grupo com SHAB e o grupo controle. A disfunção sexual se apresentou mais significativa no grupo com SHAB (27%, n= 16), quando comparado ao grupo controle (10%, n= 6). No grupo com SHAB, o grau de prolapso é apontado como mais grave em função do fato de a maioria das mulheres (73,3%, n= 44) apresentou prolapso clinicamente significativo (POP-Q estágio ≥ 2), em comparação com apenas 35% (n= 21) do grupo controle. Porém, o impacto na qualidade de vida não apresenta diferença entre os dois grupos. O estudo também mostrou que, parte significativamente da população de estudo, 61,7%, n= 37 do grupo SHAB, tinha dificuldade para evacuar, existindo maior incidência de prolapso no compartimento posterior⁽⁵⁾.

Confirmando esse achado, um estudo investigou a prevalência de SHA na população em geral e em pacientes que se apresentavam para investigação fisiológica anorretal. A prevalência para SHA foi de 32,5% nos 200 pacientes encaminhados para investigação de sintomas autorrelatados da disfunção evacuatória retal, no qual os pacientes com SHA relataram maior duração (SHA: 75%; não SHA: 58%), maior prevalência de dor abdominal (SHA: 75%; não SHA: 53%), menor frequência intestinal (SHA: 23%; não SHA: 12%) e distensão abdominal que poderia estar associada a náuseas e vômitos (SHA: 48%; não SHA: 33%). Relataram também maior frequência no uso de auxílio manual para defecação (SHA: 69%; não SHA: 50%) e utilização de laxantes orais para aliviar os sintomas de constipação (SHA: 55% não SHA: 37%)⁽²¹⁾. Partindo-se de todos esses apontamentos teóricos, é essencial a realização do acompanhamento na integridade física e emocional do paciente. A seguir são apresentados os dez estudos pesquisados (Quadro 1).

Quadro 1. Estudos sobre síndrome de hiper mobilidade articular e disfunções do assoalho pélvico

Estudo	Fonte	População/Pesquisa	Relação SHA/DAP	Conclusão
Smith MD, <i>et al.</i> 2012	Scielo	Relato de caso – Nulípara com IU inexplicável	Hiper mobilidade uretral	Transtorno no colágeno afeta suporte da uretra – gera IUE
Kajbafzadeh, <i>et al.</i> 2013	Pub-med	Prevalência de LUTS (IU) na população com SHAB	Maior prevalência nas crianças com disfunção	Maior prevalência de ITU no grupo HAG e nas meninas
Mastorou-des H, <i>et al.</i> 2013	Pub-med	Prevalência de LUTS (IU) na população com SHAB	Maior prevalência de IU em mulheres com SHAB	Questionário Qualidade de Vida – significativo em quase todos os domínios
Han L, <i>et al.</i> 2014	LI-LACS	Associação entre POP e transtornos do colágeno	Colágeno tipo I e III alterados no grupo POP	Redução do teor de colágeno – possível causa POP e IUE
Derpapas A, <i>et al.</i> 2014	Scielo	Relação entre SHA e sintomas urinários	LUTS sem diferença entre grupos com e sem SHA	SHA mostrou tendência para desenvolvimento de POP
Lammers K, <i>et al.</i> 2011	Pub-med	Associação do POP com distúrbios do colágeno	Varizes, hiper mobilidade, prolapso retal, colágeno	Mães e irmãs do grupo POP maior propensão de POP
Zhou L, <i>et al.</i> 2012	LI-LACS	Avaliar rigidez tecidual em pequenas amostras	Sem diferença significativa nas proteínas de colágeno	Maior rigidez tecidual no grupo em menopausa
Knuuti E, <i>et al.</i> 2010	Pub-med	Relação HA e POP em mulheres	Maior recorrência de POP em mulheres com HÁ	Anormalidades do tecido conjuntivo - POP
Mastorou-des H, <i>et al.</i> 2012	Scielo	Gravidade de POP e disfunção sexual em SHAB	POP sem diferença e disfunção sexual significativa	POP mais grave na SHAB e dificuldade evacuatória
Mohammed SD, <i>et al.</i> 2010	Pub-med	Prevalência SHA população comum/ investigação	Prevalência de 32,5% para SHA	Maiores queixas evacuatórias em pacientes com SHA

Discussão

A busca de novos estudos sobre hiper mobilidade articular se mostra cada vez mais notável nos últimos anos, por estar relacionada a alterações relevantes em grande parte dos sistemas do corpo humano, incluindo as disfunções do diafragma da pelve. A maioria dos autores abordam a relação da SHA e as disfunções do diafragma da pelve, apontando na maioria das vezes o POP e a IU, sendo necessárias mais pesquisas e estudos que apontem mais evidências entre as disfunções sexuais e disfunções evacuatórias relacionadas com a SHA.

A falta de consciência da SHA entre os profissionais de saúde, juntamente com o apoio social, é um ponto fundamental que precisa ser trabalhado, dando um destaque importante para o diagnóstico correto, visando facilitar o acesso a cuidados de saúde adequados, nos quais o portador da síndrome será capaz de compreender e dar sentido a seus sintomas, obter tratamento adequado e, posteriormente, encontrar formas de autogerenciar a condição⁽⁶⁾.

Associado aos fatores de risco ligados com a saúde e a vida, estudos recentes propõem um possível componente genético para as disfunções do diafragma da pelve. Embora as consequências moleculares, que codificam geneticamente o pavimento pélvico, ainda sejam discutidas, pressupõem-se que o mecanismo seja o efeito que ocorre sobre o metabolismo dentro da matriz extracelular⁽²⁵⁾.

Na maioria dos estudos aqui apresentados, é possível notar que a incidência e epidemiologia das disfunções do diafragma da pelve são bem definidas. O sexo feminino, idade avançada, menopausa e predisposição genética são os principais fatores de risco, podendo incluir ainda a obesidade, gravidez e paridade, ressaltando que os mecanismos relacionados à “falha” do diafragma da pelve ainda não são totalmente compreendidos⁽¹²⁾. Geralmente a SHA se manifesta na infância ou no início da idade adulta, podendo ser um marcador precoce de risco⁽⁴⁾ e resultar em alterações do diafragma da pelve em mulheres⁽²⁰⁾.

Além da identificação dos principais fatores de relação das disfunções do diafragma da pelve com a SHA, o presente estudo identificou a ausência de pesquisas que divulguem sugestões de prevenção. Pode ser decorrente do fato de a SHA não ser bem esclarecida entre os profissionais de saúde. Porém, os níveis de atenção primária à saúde não visam a prevenção de disfunções do diafragma da pelve, que são umas das principais causas de procura médica pelas mulheres.

Embora a temática ainda necessite de certezas, em vez de hipóteses experimentais, de um modo em geral, as pesquisas apontam que as principais consequências da relação entre SHA e diafragma da pelve estão relacionadas com a qualidade de vida dessas mulheres, necessitando de investimentos para divulgação e informatização da população alvo.

Conclusão

Verifica-se grande interesse na condição de hiper mobilidade articular (HA) da espécie humana nas últimas décadas. Também conhecida como extremo da amplitude do movimento normal e tendo como causa primária a frouxidão ligamentar, a HA torna o indivíduo mais suscetível aos efeitos do trauma pela sua relação

direta com a desordem do tecido conectivo.

Os transtornos de colágeno podem se manifestar de diversas maneiras, inclusive como causas de disfunções do diafragma da pelve. A IU e o POP mostram uma predisposição genética anormal para a remodelação da matriz extracelular, em virtude da alteração do metabolismo de colágeno e elastina. Partindo-se do que está descrito na literatura, acredita-se que alterações existentes na composição do colágeno podem ser a principal causa da relação entre HA e disfunções do diafragma da pelve. Em geral, os artigos examinados nesta atualização tendem a apoiar esta relação.

Futuras implicações desse novo conhecimento para uma melhor prática são consideráveis. Novas análises genéticas que procurem uma base da desordem da síntese de colágeno na população que apresenta IU e POP são necessárias para confirmar essa possível associação.

Referências

1. Neves JCJ, Cibinello FU, Vitor LGV, Beckner D, Siqueira CPCM, Fujisawa DS. Prevalence of joint hypermobility in preschool children. *Fisioter Pesqui.* 2013;00(0):1-6.
2. Miller SMC, Lamari MM, Lamari NM. Síndrome de Ehlers-Danlos tipo hiper mobilidade: estratégias de inclusão. *Arq Ciênc Saúde.* 2015;22(1):21-7.
3. Cartwright R, Kirby AC, Tikkinen KA, Mangera A, Thiagamorthy G, Rajan P, et al. Systematic review and metaanalysis of genetic association studies of urinary symptoms and prolapse in women. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(2):199.e1-24. doi: 10.1016/j.ajog.2014.08.005.
4. Derpapas A, Cartwright R, Upadhyaya P, Bhide AA, Digesu AG, Khullar V. Lack of association of joint hypermobility with urinary incontinence subtypes and pelvic organ prolapse. *BJU Int.* 2015;115(4):639-43. doi: 10.1111/bju.12823.
5. Mastoroudes H, Giarenis I, Cardozo L, Srikrishna S, Vella M, Robinson D, et al. Prolapse and sexual function in women with benign joint hypermobility syndrome. *BJOG.* 2013;120(2):187-92. doi: 10.1111/1471-0528.12082.
6. Terry RH, Palmer ST, Rimes KA, Clark CJ, Simmonds JV, Horwood JP. Living with joint hypermobility syndrome: patient experiences of diagnosis, referral and self-care. *Fam Pract.* 2015;32(3):354-8.
7. Mayán D. La valoración de Brighton (Asociación Síndromes de Ehlers-Danlos e Hiperlaxitud). *J Rheumatology.* 2000;27:1777-9.
8. Castori M, Morlino S, Dordoni C, Celletti C, Camerota F, Ritelli M, et al. Gynecologic and Obstetric Implications of the Joint Hypermobility Syndrome (a.k.a. Ehlers-Danlos Syndrome Hypermobility Type) in 82 Italian Patients. *Am J Med Genet A.* 2012; 158A(9):2176-82. doi: 10.1002/ajmg.a.35506.
9. Sanches SHB, Osório FL, Udina M, Santos RM, Crippa JAS. Associação entre ansiedade e hiper mobilidade articular: uma revisão sistemática. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(1):53-68.
10. Russek LN, Errico DM. Prevalence, injury rate and, symptom frequency in generalized joint laxity and joint hypermobility syndrome in a "healthy" college population. *Clin Rheumatol.* 2016;35(4):1029-39. doi: 10.1007/s10067-015-2951-9.
11. Greenwood NL, Duffell LD, Alexander CM, McGregor AH. Electromyographic activity of pelvic and lower limb muscles during postural tasks in people with benign joint hypermobility syndrome and non hypermobile people. A pilot study. *Man Ther.* 2011;16(6):623-8. doi: 10.1016/j.math.2011.07.005.
12. Bitti GT, Argiolas GM, Ballicu N, Caddeo E, Cecconi M, Demurtas G, et al. Pelvic floor failure: MR imaging evaluation of anatomic and functional abnormalities. *Radiographics.* 2014;34(2):429-48. doi: 10.1148/rg.342125050.
13. Zhou L, Lee JH, Wen Y, Constantinou C, Yoshinobu M, Omata S, et al. Biomechanical properties and associated collagen composition in vaginal tissue of women with pelvic organ prolapse. *J Urol.* 2012;188(3):875-80. doi: 10.1016/j.juro.2012.05.017.
14. Lim VF, Khoo JK, Wong V, Moore KH. Recent studies of genetic dysfunction in pelvic organ prolapse: the role of collagen defects. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2014;54(3):198-205. doi: 10.1111/ajo.12169.
15. Knuuti E, Kauppila S, Kotila V, Risteli J, Nissi R. Genitourinary prolapse and joint hypermobility are associated with altered type I and III collagen metabolism. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(5):1081-5. doi: 10.1007/s00404-010-1518-x.
16. Knoepp LR, McDermott KC, Muñoz A, Blomquist JL, Handa VL. Joint hypermobility, obstetrical outcomes, and pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J.* 2013;24(5):735-40. doi: 10.1007/s00192-012-1913-x.
17. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002;21(2):167-78.
18. Han L, Wang L, Wang Q, Li H, Zang H. Association between pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence with collagen. *Exp Ther Med.* 2014;7(5):1337-41.
19. Durnea CM, Khashan AS, Kenny LC, Durnea UA, Smyth MM, O'Reilly BA. Prevalence, etiology and risk factors of pelvic organ prolapse in premenopausal primiparous women. *Int Urogynecol J.* 2014;25(11):1463-70. doi: 10.1007/s00192-014-2382-1.
20. Mastoroudes H, Giarenis I, Cardozo L, Srikrishna S, Vella M, Robinson D, et al. Lower urinary tract symptoms in women with benign joint hypermobility syndrome: a case-control study. *Int Urogynecol J.* 2013;24(9):1553-8. doi: 10.1007/s00192-013-2065-3.
21. Mohammed SD, Lunniss PJ, Zarate N, Farmer AD, Grahame R, Aziz Q, et al. Joint hypermobility and rectal evacuatory dysfunction: an etiological link in abnormal connective tissue? *Neurogastroenterol Motil.* 2010;22(10):1085-e283. doi: 10.1111/j.1365-2982.2010.01562.x.
22. Kajbafzadeh AM, Sharifi-Rad L, Seyedian SSL, Mozafarpour S, Paydary K. Generalized joint hypermobility and voiding dysfunction in children: is there any relationship? *Eur J Pediatr.* 2014;173(2):197-201.
23. Smith MD, Hussain M, Seth JH, Kazkaz H, Panicker JN. Stress urinary incontinence as the presenting complaint of benign joint hypermobility syndrome. *JRSM Short Rep.* 2012;3(9):66.

24. Lammers K, Lince SL, Spath MA, Van Kempen LC, Hendriks JC, Vierhout ME, et al. Pelvic organ prolapse and collagen-associated disorders. *Int Urogynecol J.* 2012;23(3):313-9. doi: 10.1007/s00192-011-1532-y.
25. Colaco M, Mettu J, Badlani G. The scientific basis for the use of biomaterials in stress urinary incontinence (SUI) and pelvic organ prolapse (POP). *BJU Int.* 2015;115(6):859-66. doi: 10.1111/bju.12819.

Talita Teixeira Leal é fisioterapeuta pela União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO), aperfeiçoamento em Fisioterapia (FAMERP/2015), especialização em Fisioterapia Musculoesquelética em andamento pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), residência Multiprofissional em Reabilitação Física em andamento pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: talitateixeiraleals@gmail.com

Simone Cavenaghi é fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), coordenadora e docente de Cursos de Pós Graduação *Lato Sensu* em Fisioterapia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), preceptora do Aprimoramento/Aperfeiçoamento em Fisioterapia e Residência Multiprofissional da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME/FAMERP). E-mail: sicavenaghi@gmail.com

Lais Helena Carvalho é fisioterapeuta, doutora pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), chefe do Serviço de Fisioterapia e Supervisora do Aprimoramento/Aperfeiçoamento da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME/FAMERP), coordenadora e docente dos Cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Fisioterapia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: carvalhohlais@hotmail.com

RELATO DE CASO**Eficácia do uso de corticosteroide sistêmico no tratamento do pênfigo vulgar oral***Therapeutic effectiveness of systemic steroid on oral pemphigus vulgaris treatment*

Victor Yuri Nicolau Ferreira¹; Tácio Candeia Lyra¹, Laudenice de Lucena Pereira², Marcelo Anderson Barbosa Nascimento², Lélia Batista de Souza², Paulo Rogério Ferreti Bonan¹

Resumo

Introdução: O pênfigo vulgar é uma doença autoimune, caracterizada pela presença de lesões ulcerativas e bolhosas em pele e mucosas. Os objetivos deste trabalho são relatar um caso de pênfigo vulgar oral, com ênfase no tratamento e abordar algumas características clínicas e histopatológicas da doença. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 38 anos, feoderma, compareceu ao serviço especializado em diagnóstico oral da cidade de João Pessoa – PB, com queixa de múltiplas lesões ulceradas na cavidade oral, disfagia, disfonia e perda acentuada de peso com dois meses de evolução. As hipóteses foram pênfigo vulgar e pênfigoide das membranas mucosas. Foi realizada uma biópsia incisional na “túnica mucosa jugal”, na qual foi confirmado o diagnóstico de pênfigo vulgar. O tratamento de escolha, inicialmente, foi a administração sistêmica de prednisona 80 mg, cuja remissão das lesões ocorreu a partir das primeiras semanas e a dosagem reduzida gradativamente até a dose atual de 2,5 mg. **Conclusão:** Observou-se efetividade do tratamento de escolha após remissão de todas as lesões na cavidade oral.

Descritores: Pênfigo; Tratamento; Diagnóstico; Mucosa Oral.

Abstract

Introduction: Pemphigus vulgaris is an autoimmune disease characterized by ulcerative and bullous lesions on skin and mucous membranes. The aim of this paper is to report a case of oral pemphigus vulgaris, emphasizing the treatment and discuss some clinical and histopathologic features of this disease. **Case Report:** The patient is a 38-year-old male, feodermic, who was referred to a specialized service in oral diagnosis in the city of João Pessoa – Paraíba State, complains of multiple ulcerative lesions in the oral cavity, dysphagia, dysphonia, and marked weight loss. The diagnostic hypotheses were pemphigus vulgaris and mucous membrane pemphigoid. An incisional biopsy was performed on buccal mucosa and the diagnosis of the pemphigus vulgaris was made. Initially, the treatment of choice was systemic administration of prednisone 80 mg. In the first weeks, a remission of the oral lesions occurred. The dosage was gradually reduced to the current dose of 2.5 mg/day. **Conclusion:** Treatment was effective, once there was remission of all oral lesions.

Descriptors: Pemphigus; Treatment; Diagnosis; Mouth Mucosa.

Introdução

O pênfigo representa um grupo de doenças autoimunes e incomuns que se caracterizam pela presença de lesões bolhosas e ulceradas na pele e em mucosas⁽¹⁾. O termo “pênfigo” geralmente engloba quatro subtipos: vulgar, vegetante, eritematoso e foliáceo. Desses, o primeiro se destaca na Odontologia em razão da maior prevalência de acometimento da cavidade

oral (aproximadamente 70%). A doença é mais comum em indivíduos de meia idade e não há predileção por sexo⁽¹⁻²⁾. As lesões do pênfigo vulgar (PV) se desenvolvem em virtude de uma alteração no sistema imunológico do paciente, no qual ocorre a produção de autoanticorpos contra a desmogleína 1 e 3, proteínas encontradas nos desmossomos que auxiliam na adesão das células epiteliais. As lesões orais de PV, normal-

¹Universidade Federal da Paraíba(UFPB)-João Pessoa-PB-Brasil

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte(UFRN)-Natal-RN-Brasil

Con lito de interesses: Não

Contribuição dos autores: VYNF concepção, planejamento e elaboração do manuscrito. TCL concepção, planejamento e elaboração do manuscrito. LPL orientação e planejamento do manuscrito. MABN planejamento e obtenção de dados importantes para elaboração do manuscrito. LBS orientação e obtenção de dados importantes para elaboração do manuscrito. PRFB orientação, planejamento e revisão.

Contato para correspondência: Victor Yuri Nicolau Ferreira

E-mail: nicolau.vy@gmail.com

Recebido:17/11/2015; **Aprovado:** 15/01/2016

mente, são os primeiros sinais dessa doença, antecedendo as lesões cutâneas. Além disso, são as lesões mais resistentes ao tratamento, sendo as últimas a sofrerem remissão⁽³⁻⁴⁾.

Clinicamente, o pênfigo vulgar oral é caracterizado pela presença de múltiplas e extensas ulcerações, cobertas por uma pseudomembrana, antecedidas por lesões bolhosas⁽²⁻⁴⁾. Vesículas e bolhas raramente são visualizadas na cavidade oral, em decorrência da fragilidade da camada epitelial que circunda a lesão bolhosa. Os locais mais acometidos são a “mucosa jugal”, ventre da língua e gengiva. O envolvimento da pele e de outras mucosas são frequentemente relatados^(1,5). As lesões são bastante dolorosas, e os pacientes costumam relatar dificuldade na mastigação, fonação e deglutição⁽⁴⁾.

Outras doenças, como o penfigoide das membranas mucosas, líquen plano e eritema multiforme normalmente apresentam características clínicas semelhantes, sendo bastante comum a presença de lesões ulceradas multifocais, por isso, devem sempre ser incluídas no diagnóstico diferencial do PV^(3,6).

Microscopicamente, é possível observar a presença de uma fenda intraepitelial, que ocorre como resultado da acantólise das células epiteliais. No interior da fenda, é possível visualizar múltiplas células dispersas e arredondadas, denominadas de células de *Tzanck*. O tecido conjuntivo subjacente costuma apresentar infiltrado inflamatório crônico. O diagnóstico clínico deve ser confirmado com o exame histopatológico e, em alguns casos, complementado com a imunofluorescência⁽²⁻⁷⁾. Exames sorológicos de imunofluorescência, principalmente a direta, podem ser utilizados para uma melhor confirmação diagnóstica. O tratamento de escolha é o uso de corticosteroides sistêmicos com ou sem associação com outras drogas imunorreguladoras como a azatioprina^(1-2,8). Inicialmente, altas doses do medicamento devem ser utilizadas, e a partir disso, deve ser reduzida gradativamente até a resolução das lesões. É importante que o paciente seja avaliado periodicamente em virtude das alterações que esses medicamentos podem induzir, como diabetes melito, osteoporose, alterações no humor e ulcerações no trato gastrointestinal^(2,4).

Os objetivos do nosso trabalho são destacar a eficácia da terapia adotada no caso descrito, bem como abordar as características clínicas e histopatológicas da doença.

Relato de Caso

Paciente D.S.M, sexo masculino, 38 anos, feoderma, compareceu ao serviço especializado em diagnóstico oral da cidade de João Pessoa-PB, queixando-se de “muitas feridas na boca que não cicatrizam e o impediam de se alimentar e escovar os dentes”. Durante a anamnese, o paciente relatou ter boa saúde geral, que as lesões surgiram sem causa aparente, apresentavam mais de 2 meses de evolução e prejudicavam sua qualidade de vida, por provocar bastante dor durante a fala e a alimentação, resultando em importante perda de peso. Durante o exame físico extraoral, não foram detectadas alterações dignas de nota. No exame intraoral, foram observadas múltiplas e extensas lesões ulceradas de bordas irregulares, por vezes, crateriformes na mucosa jugal bilateral, lábio inferior, palato mole e vestibulo da boca (Figuras 1-3).



Figura 1. Lesão ulcerada de contornos irregulares na mucosa do lábio superior. João Pessoa/PB, 2015



Figura 2. Lesão ulcerada extensa e de contornos irregulares na “túnica mucosa jugal”. João Pessoa/PB, 2015



Figura 3. Lesões ulceradas e erosivas no palato mole e região retromolar. João Pessoa/PB, 2015

O sinal de Nikolsky foi positivo, havendo a comprovação de fragilidade epitelial. Foi realizada uma biópsia incisional na mucosa jugal e o espécime foi enviado para análise histopatológica, sendo comprovada a presença de uma fenda intraepitelial com células de *Tzanck* em seu interior, e o tecido conjuntivo adjacente apresentava intenso infiltrado inflamatório crônico (Figura 4).

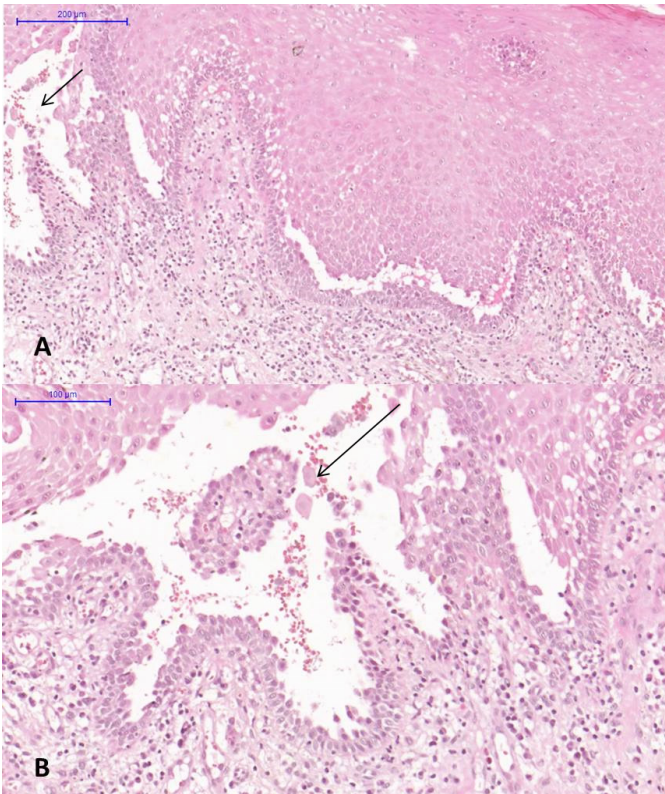


Figura 4. Aspecto histológico da lesão, demonstrando a presença de fenda intraepitelial (seta menor) e células de Tzanck no interior da fenda (seta maior). A – 100x, B- 400x (HE). João Pessoa/PB, 2015

De acordo com essas características clínicas e microscópicas, o diagnóstico de pênfigo vulgar foi definido.

Inicialmente, foi prescrito propionato de clobetasol a 0,05% em solução para bochecho 3 vezes ao dia, além de um comprimido ao dia de Azatioprina 50mg. O paciente fez uso da terapia por 3 semanas e retornou para atendimento, não apresentando significativa melhora. As medicações foram suspensas, e foi prescrito prednisona 80 mg ao dia, pela manhã. Em apenas duas semanas de tratamento, observou-se significativa melhora nas lesões e a partir disso a dose do medicamento foi sendo reduzida em 10 mg a cada 15 dias. O paciente se encontra em acompanhamento há mais de um ano, não apresenta efeitos colaterais, observados a partir de exames complementares ao tratamento com corticosteroide e,

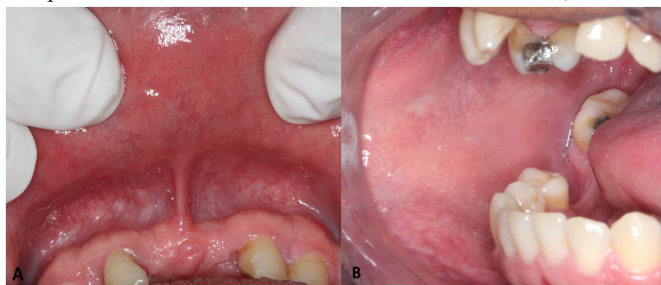


Figura 5. Aspecto clínico da túnica mucosa da boca do paciente, após 1 ano de tratamento com corticosteroide sistêmico. João Pessoa/PB, 2015

Conclusão

A terapia com corticosteroide sistêmico foi muito efetiva. Houve remissão de todas as lesões orais, cujo protocolo padrão é direcionado na progressiva redução das doses. Compete ao Cirurgião Dentista estar atento ao diagnóstico histopatológico adequado, a fim de que seja estabelecida uma terapia eficaz, e controle da doença.

Referências

1. Strowd LC, Taylor SL, Jorizzo JL, Namazi MR. Therapeutic ladder for pemphigus vulgaris: emphasis on achieving complete remission. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64(3):490-4. doi: 10.1016/j.jaad.2010.02.052.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
3. Venugopal SS, Murrell DF. Diagnosis and clinical features of pemphigus vulgaris. *Dermatol Clin.* 2011;29(3):373-80. doi: 10.1016/j.det.2011.03.004.
4. Regezi JÁ, Sciuba, JJ, Jordan RCK. *Patologia oral: correlações clinicopatológicas.* 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
5. Robati RM, Rahmati-Roodsari M, Dabir-Moghaddam P, Farnaghi A, Mahboobi-rad F, Rahimi H, et al. Mucosal manifestations of pemphigus vulgaris in ear, nose, and throat; before and after treatment. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67(6):e249-52. doi: 10.1016/j.jaad.2011.06.022.
6. Rebouças DS, Cerqueira LS, Costa TF, Ferreira TG, Naves RC, Zerbini LPS. Pênfigo vulgar a importância do conhecimento do cirurgião dentista para um correto diagnóstico. *Rev Bahiana Odontol.* 2015;4(3):174-81.
7. Shrivastava S, Nayak S, Nayak P, Sahu S. Oral Pemphigus Vulgaris: a case report. *IJSS Case Reports Reviews.* 2015;1(8):17-9. DOI: 10.17354/cr/2015/05.
8. Martin LK, Werth VP, Villaneuva EV, Murrell DF. A systematic review of randomized controlled trials for pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64(5):903-8. doi: 10.1016/j.jaad.2010.04.039..

Victor Yuri Nicolau Ferreira é graduando do Curso de Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba. E-mail: nicolau.vy@gmail.com

Tácio Candeia Lyra é graduando do Curso de Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba. E-mail: taciocanlyra@gmail.com

Laudenice de Pereira Lucena é cirurgiã dentista, doutoranda em Patologia Oral pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), vice coordenadora do curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). E-mail: nicelucena@hotmail.com

Marcelo Anderson Barbosa Nascimento é cirurgião dentista, doutorando em Patologia Oral pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: marcelo.mabn@gmail.com

Lélia Batista de Souza é cirurgiã dentista, doutora em Patologia Oral pela Universidade de São Paulo (USP), professora titular

o Departamento de Odontologia e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: leliabsouza@gmail.com

Paulo Rogério Ferreti Bonan é cirurgião dentista, doutor em Estomatopatologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), professor da disciplina de Estomatologia na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: pbonan@yahoo.com

RELATO DE CASO**Childhood posterior circulation ischemic stroke: an uncommon cerebrovascular disease. Case report*****Acidente vascular cerebral de circulação posterior na infância: uma doença cerebrovascular incomum. Relato de Caso***

Linoel Curado Valsechi¹, Raquel Siqueira Leonel de Paula¹, Manuelina Mariana Capellari Macruz Brito¹,
Lucas Crociati Meguins¹, Regina Célia Ajeje Pires Albuquerque¹

Abstract

Introduction: Stroke is characterized as a sudden onset of neurological deficit that results from a cerebrovascular event. The most commonly identified causes of ischemic stroke in children are cerebral arteriopathies, congenital, or acquired cardiac diseases, sickle cell disease, and thrombophilias. In children, due to the low incidence and absence of specific methods to assess and measure correctly this entity, stroke recognition is usually delayed. **Case Report:** A 20 months-old girl was admitted to the emergency department presenting a history of two episodes of vomits, irritability, continuous crying, and strabismus that started suddenly. On neurological assessment, it was found divergent strabismus with right medial rectus muscle palsy and reduced right pupillary reflex to light associated with instable gait. Brain magnetic resonance imaging (MRI) showed an ischemic lesion on the right pontomesencephalic region. The patient received clinical support. On the fifth day, she was discharged with a prescription of aspirin, good clinical conditions, stable gait, and persistence of the divergent strabismus. **Conclusion:** Posterior circulation ischemic stroke is an important cause of morbidity and mortality on pediatric population and must be remembered to avoid diagnosis delay.

Descriptors: Stroke; Children; Posterior Circulation Artery Ischemia.

Resumo

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é caracterizado por um déficit neurológico súbito, resultado de um evento cerebrovascular. As causas mais comuns de Acidente Vascular Encefálico isquêmico em crianças são arteriopatias cerebrais; doenças cardíacas congênitas ou adquiridas; doença falciforme e trombofilias. Nas crianças, devido à baixa incidência e ausência de métodos específicos para avaliar e medir essa entidade correntemente, o reconhecimento do Acidente Vascular Encefálico é atrasado. **Relato de Caso:** Uma criança do sexo feminino de 1 ano e 8 meses foi admitida na Emergência apresentando história de dois episódios de vômitos, irritabilidade, choro inconsolável e estrabismo de início súbito. Ao exame neurológico apresentava estrabismo divergente com paralisia do músculo reto medial direito e redução do reflexo pupilas ao estímulo luminoso à direita, associado à marcha instável. Ressonância Magnética do encéfalo (RM) demonstrou lesão isquêmica na região pontomesencefálica à direita. A paciente recebeu suporte clínico e no quinto dia recebeu alta hospitalar com receita de aspirina, em boas condições clínicas, estabilidade da marcha e com persistência do estrabismo divergente. **Conclusão:** Acidente Vascular Encefálico isquêmico de circulação posterior é uma importante causa de mortalidade e morbidade na população pediátrica e deve ser lembrada para evitar o atraso no diagnóstico.

Descritores: Acidente Vascular Encefálico; Criança; Isquemia Arterial da Circulação Posterior.

¹Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto-(FUNFARME)/Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto(FAMERP)- São José do Rio Preto-SP-Brasil.

Con lito de interesses: Não

Contribuição dos autores: RCAPA orientação do relato de caso. LCM relato do caso e revisão literatura. MMCMB coleta de dados e revisão literatura. RSLP coleta de dados e revisão literatura. LCV elaboração do manuscrito.

Contato para correspondência: Linoel Curado Valsechi

E-mail: lcvalsechi@gmail.com

Recebido:20/10/2015; **Aprovado:** 15/01/2016

Introduction

Stroke has been identified as an important childhood disorder and with different risk factors, outcomes, and presentations of those from adults⁽¹⁻⁴⁾. It presents an incidence ranging from 0.2 to 7.9/100,000 children/year with a mortality rate reaching 0.6 to 5.3/100,000 pediatric strokes/year. More than half of the survivors will develop some neurologic or cognitive deficit creating an important social and economic problem⁽⁵⁻⁹⁾. However, posterior circulation ischemic stroke is an uncommon cerebrovascular event in pediatric population with limited published data on English literature regarding the possible risk factors and outcomes⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

The aim of the present report is to describe the case of a pediatric patient with arterial ischemic stroke of the vertebrobasilar circulation and to discuss the current knowledge of the clinical approach to this patient.

Case Report

A 20 months-old girl was admitted to the Emergency Department presenting a history of two episodes of vomits, irritability, continuous crying, and strabismus that started suddenly. The mother noted the events on the morning of the same day. The patient's medical and family history was negative for any infectious, metabolic, and/or vascular disease. She was presenting an appropriate neuropsychomotor development. The general clinical examination of the patient revealed a body temperature of 93,92°F (37,4°C), blood pressure of 110x70mmHg, normal cardiorespiratory examination, and no edema on limbs. On neurological assessment, we found divergent strabismus with right medial rectus muscle palsy and reduced right pupillary reflex to light associated with instable gait. The remaining of the neurological examination was essentially normal. Laboratorial blood examination and computed tomography of the brain were found within normal range. Brain magnetic resonance imaging (MRI) showed an ischemic lesion on the right pontomesencephalic region (Figures 1, 2, and 3).

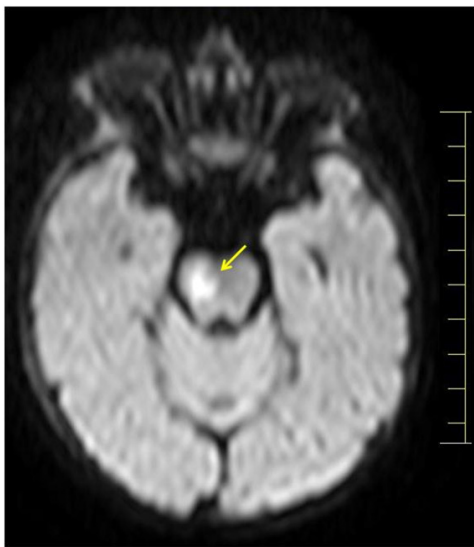


Figure 1. Axial Diffusion-Weighted MRI of the brain showing acute ischemic stroke on the right side of the pons (Arrow)

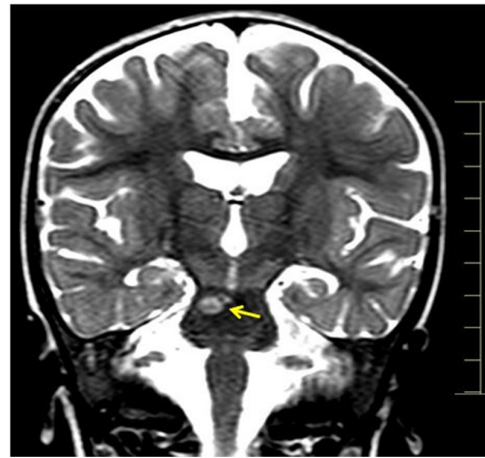


Figure 2. Coronal T2/TSE-Weighted MRI of the brain showing acute ischemic stroke on the right side of the pons (Arrow)

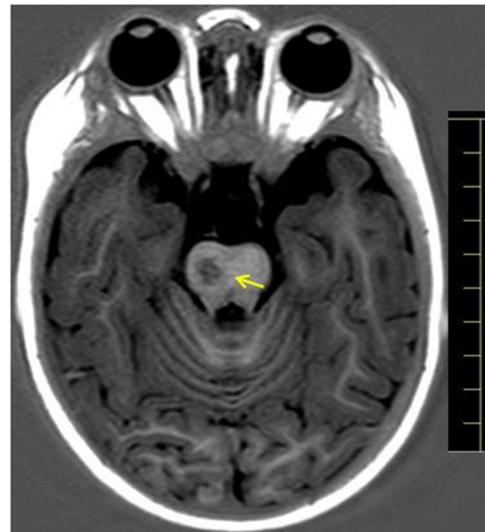


Figure 3. Axial T1/IR-Weighted MRI of the brain showing acute ischemic stroke on the right side of the pons (Arrow)

MRI angiography did not show any vascular steno-occlusive lesion. Laboratorial hypercoagulability investigation did not reveal abnormalities. Transthoracic echocardiogram showed anatomical cardiac chambers and no anomalous communication. As no other clinical abnormality was found, a diagnosis of acute ischemic stroke of the posterior arterial circulation was made, and the neurologic symptoms were attributed to it. The patient received clinical support and, on the fifth day, she was discharged with a prescription of aspirin, in good clinical conditions, with stable gait, and persistence of the divergent strabismus. After 2 months, the patient presented complete recovery of the right medial rectus muscle movement. She is currently being followed on outpatient appointments.

Discussion

Arterial ischemic stroke in childhood is a notable cause of long-term disability with many children often living for many years with significant neurological sequelae⁽¹²⁾. Usually different from those of adult patients, many risk factors are pointed as potential

etiologies related to the mechanisms of arterial ischemic stroke in children⁽¹³⁾. However, important questions concerning the clinical recognition, best treatment options, and outcomes remain unsolved. In the present study, we discuss potential etiologies and risk factors, clinical presentation, and possible clinical approach of pediatric patients with arterial ischemic stroke, particularly those affecting the posterior arterial circulation. The most commonly identified causes of ischemic stroke in children are cerebral arteriopathies, occurring in as many as 50% to 80% of all pediatric cases, congenital, or acquired cardiac diseases, sickle cell disease, and thrombophilias⁽¹⁴⁾. Vertebral arterial dissection is the most frequently identified etiology of posterior circulation acute ischemic stroke in childhood with important recurrence rate⁽¹¹⁾. However, arterial ischemic stroke affecting the vertebrobasilar circulation may be of undetermined cause in around 10% of pediatric patients⁽¹⁰⁾. In the present case, we did not find any possible risk factor or cause to explain the cerebrovascular event. The clinical presentation of arterial ischemic stroke differs greatly among prenatal, perinatal, postnatal, and childhood stroke. Hemiparesis or hemiplegia is found in about 65% of all initial clinical presentation of pediatric patients with ischemic stroke. This is the most important initial presentation. Cranial nerve involvement is uncommon and seen in about 1.8% of patients⁽¹³⁾. On the present study, our patient showed right oculomotor nerve palsy that evolved well and, after 2 months of follow-up, presented complete recovery. There are no randomized controlled studies describing the best evidence therapy to pediatric patients presenting acute ischemic stroke of the posterior arterial circulation. However, initial management should emphasize supportive measures, such as stabilization of airways, administration of oxygen, and maintenance of euglycemia^(12,14). Data regarding the efficacy of secondary prevention strategies in childhood stroke are extremely limited. However, acetyl salicylic acid (ASA) is widely used⁽¹³⁾. In our case, the patient was discharged and instructed to take ASA daily.

Conclusion

In conclusion, childhood posterior circulation ischemic stroke is an important cause of morbidity and mortality on pediatric population and must be remembered to avoid diagnosis delay.

References

1. Mallick AA, O'Callaghan FJ. Risk factors and treatment outcomes of childhood stroke. *Expert Rev Neurother*. 2010;10(8):1331-46. doi: 10.1586/ern.10.106.
2. Munot P, Crow YJ, Ganesan V. Paediatric stroke: genetic insights into disease mechanisms and treatment targets. *Lancet Neurol*. 2011;10(3):264-74. doi: 10.1016/S1474-4422(10)70327-6.
3. Beslow LA, Jordan LC. Pediatric stroke: the importance of cerebral arteriopathy and vascular malformations. *Childs Nerv Syst*. 2010;26(10):1263-73. doi: 10.1007/s00381-010-1208-9.

4. Bejot Y, Benatru I, Rouaud O, Fromont A, Besancenot JP, Moreau T, et al. Epidemiology of stroke in Europe: geographic and environmental differences. *J Neurol Sci*. 2007;262(1-2):85-8.
5. Satoh S, Shirane R, Yoshimoto T. Clinical survey of ischemic cerebrovascular disease in children in a district of Japan. *Stroke*. 1991;22(5):586-9.
6. Giroud M, Lemesle M, Gouyon JB, Nivelon JL, Milan C, Dumas R. Cerebrovascular disease in children under 16 years of age in the city of Dijon, France: a study of incidence and clinical features from 1985 to 1993. *J Clin Epidemiol*. 1995;48(11):1343-8.
7. Arias E, Anderson RN, Kung HC, Murphy SL, Kochanek KD. Deaths: final data for 2001. *Natl Vital Stat Rep*. 2003;52(3):1-115.
8. Lynch JK. Epidemiology and classification of perinatal stroke. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2009;14(5):245-9. doi: 10.1016/j.siny.2009.07.001.
9. Lynch JK, Nelson KB. Epidemiology of perinatal stroke. *Curr Opin Pediatr*. 2001;13(6):499-505.
10. Mackay MT, Prabhu SP, Coleman L. Childhood posterior circulation arterial ischemic stroke. *Stroke*. 2010;41(10):2201-9. doi: 10.1161/STROKEAHA.110.583831.
11. Ganesan V, Chong WK, Cox TC, Chawda SJ, Prengler M, Kirkham FJ. Posterior circulation stroke in childhood: risk factors and recurrence. *Neurol*. 2002;59(10):1552-6.
12. Jordan LC, Hillis AE. Challenges in the diagnosis and treatment of pediatric stroke. *Nat Rev Neurol*. 2011;7(4):199-208. doi: 10.1038/nrneuro.2011.23.
13. Yilmaz A, Teber S, Bektaş O, Akar N, Uysal LZ, Aksoy E, et al. Treatment challenges in pediatric stroke patients. *Stroke Res Treat*. 2010;2011:1-9. doi:10.4061/2011/534362.
14. Bernard TJ, Goldenberg NA. Pediatric arterial ischemic stroke. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2010;24(1):167-80. doi: 10.1016/j.hoc.2009.11.007.

Linoel Curado Valsechi é médico residente do segundo ano do serviço de neurocirurgia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: lcvalsechi@gmail.com

Raquel Siqueira Leonel de Paula é médica neurologista pediátrica formada pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

Manuelina Mariana Capellari Macruz Brito é médica neurologista, com subespecialização em distúrbio do movimento pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP).

Lucas Crociati Meguins é médico neurocirurgião, doutor em Epilepsia, com subespecialização em neurocirurgia vascular pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

Regina Célia Ajeje Pires Albuquerque é médica neurologista pediátrica com mestrado na área de Ciências da Saúde e chefe do serviço de Neurologia Pediátrica do Hospital de Base de São José do Rio Preto (FUNFARME).

Palhaçoterapia: alteração do perfil algico e emocional de pacientes geriátricos hospitalizados

Clown therapy: alteration of the pain profile and emotional profile of hospitalized geriatric patients

Isabela Rossi¹, Fernando Batigália¹, Randolph dos Santos Júnior¹

Resumo

Introdução: Os idosos ao serem internados em hospitais tornam-se suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos mentais, necessitando portanto, de atividades que atuem de modo distrativo, promovendo bem-estar emocional e diminuição da sensação dolorosa. Nesse contexto, as atividades lúdicas, em especial a palhaçoterapia, apresentam-se como uma alternativa de baixo custo para minimizar essa problemática. **Objetivos:** Caracterizar a população idosa internada em um hospital terciário, avaliar a presença de sintomas ansiosos e depressivos nessa amostra, bem como se há melhora no estado emocional e diminuição da percepção de dor desses pacientes, após as intervenções dos “palhaços-doutores”. **Casuística e Métodos:** Participaram do estudo 35 idosos internados no Hospital de Base de São José do Rio Preto, sendo aplicados questionários (ficha de identificação, Inventário de Ansiedade Geriátrica, Escala de Depressão Geriátrica, escala unidirecional de dor, autoavaliação do estado emocional), por uma acadêmica previamente treinada, 1 hora antes e 1 hora após as intervenções lúdicas. Os dados obtidos foram posteriormente comparados e analisados de forma descritiva e qualitativamente pelo teste estatístico de Wilcoxon. **Resultados:** Notou-se no perfil dos idosos analisados, prevalência de participantes do sexo masculino (57,5%), frequente histórico de internações anteriores (85,7%) e presença sintomas de ansiedade (40%). Em relação às alterações percebidas, antes e após as intervenções houve significativa diminuição da sensação de dor ($P=0,001$) e melhora no estado emocional dos entrevistados, diminuindo as autoanálises de preocupação, ansiedade e tristeza, aumentando alegria e animação. **Conclusão:** Os dados indicam que a palhaçoterapia é um método capaz de reduzir a sensação dolorosa, bem como promover a melhoraria do estado emocional de pacientes idosos internados.

Descritores: Hospitalização; Idoso; Dor; Humor; Terapia do Riso.

Abstract

Introduction: When admitted to the hospital the elderly becomes susceptible to develop mental diseases. Therefore, they need recre-ational activities, which promote emotional well-being and reduce pain sensation. Ludic activities, especially the clown therapy, are presented as a low-cost alternative to remedy this problem. **Objectives:** Characterize the hospitalized elderly in a tertiary hospital, evaluate the presence of anxious and depressive symptoms in this sample, and verify if there is an improvement in the emotional state and a decrease in the perception of pain in these patients after the intervention of the clowns-doctors. **Patients and Methods:** The study included 35 elderly patients admitted to the Hospital de Base of São José do Rio Preto, who answered a questionnaire, which was applied by a previously trained academic. The questionnaire contained the following: identification, Geriatric Anxiety Inventory, Geriatric Depression Scale, Unidirectional Pain Scale, and self-assessment of emotional state. The questionnaire was applied 1 hour before and 1 hour after the interventions. Data were subsequently compared and evaluated descriptively and quali-quantitatively using the Wilcoxon statistical test. **Results:** It was observed in the profile of elderly, a prevalence of male subjects (57.5%), a frequent history of previous admissions (85.7%), and the presence of anxiety symptoms (40%). Regarding the changes observed before and after the intervention, there was a significant decrease in pain sensation ($P = 0.001$) and an improvement in the emotional state of the respondents, decreasing worry autoanalysis, anxiety, and sadness, but increasing the joy and excitement. **Conclusion:** Data suggest that the clown therapy is a method to reduce pain sensation and promote the improvement of the emotional state in hospitalized elderly patients.

Descriptors: Hospitalization; Aged; Pain; Humor; Laughter Therapy.

¹Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto(FAMERP)-São José do Rio Preto-SP-Brasil

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: IR concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção, análise e interpretação dos dados e redação e revisão crítica. FB concepção e planejamento do projeto de pesquisa, redação e revisão crítica. RSJ concepção e planejamento do projeto de pesquisa.

Contato para correspondência: Isabela Rossi

E-mail: bela_rossi24@hotmail.com

Recebido: 19/04/2016; **Aprovado:** 15/06/2016

Introdução

O processo de envelhecimento guarda em si, alterações estruturais limitantes não somente do funcionamento dos órgãos e tecidos básicos, mas de diversos sistemas fisiológicos como o imunológico, cognitivo e sensitivo⁽¹⁾. Ademais, funções executivas e o próprio papel social dessa faixa etária são modificados, tornando esses, antes pessoas⁽²⁾.

Dessa forma, ao serem inseridos em ambiente hospitalar, hostil e impessoal, somam o sofrimento físico e psicológico, advindo do próprio processo de envelhecimento ao da doença que lhes acomete⁽³⁾, tornando-os passíveis e frágeis, aumentando a suscetibilidade às doenças crônico-degenerativas e psiquiátricas, como depressão e ansiedade e, conseqüentemente, apresentam internações mais frequentes e prolongadas^(1,3-4). Nesse contexto, programas que atuam de modo distinto nas diversas áreas do conhecimento, com o objetivo de promover o bem-estar geral e a humanização, como as atividades lúdicas intra-hospitalares⁽⁵⁾, tornam-se uma alternativa de baixo custo para minimizar essa problemática.

Dentre essas práticas, podemos incluir a terapia dos palhaços, que se baseia em técnicas teatrais, humorísticas e distrativas, desconstrói o ambiente de tensão hospitalar e produz efeitos positivos, não só no estado emocional dos pacientes, como também na sua saúde, aumentando a capacidade cognitiva, adesão aos tratamentos e diminuindo o tempo das internações⁽⁶⁾.

Em 1908, o “Le Petit Journal” fez o primeiro relato sobre a prática, retratando dois homens vestidos de palhaço, brincando com crianças em um hospital em Londres. Posteriormente, a palhaçoterapia expandiu-se para diversos países como a França, Alemanha, Espanha, África do Sul, China, Belarus, Austrália, entre outros⁽⁷⁾. No Brasil, seu principal representante são os Doutores da Alegria⁽⁸⁾, fundada em 1991 por Wellington Nogueira, uma organização com inúmeros representantes nos estados de São Paulo, Recife e Rio de Janeiro, que buscam levar alegria à todos os indivíduos presentes no ambiente hospitalar, tanto pacientes e acompanhantes quanto os próprios profissionais da saúde⁽⁹⁻¹⁰⁾. Há vários séculos, filósofos e estudiosos como Aristóteles e Freud, acreditavam que a alegria, o humor e o riso, mecanismo fundamental de atuação desses grupos, promoveriam saúde, bem-estar e defesa psicológica às adversidades⁽¹¹⁾. Consistindo assim em um mecanismo inato de enfrentamento de situações estressantes, dolorosas e amedrontadoras⁽¹⁰⁾. Recentemente, pesquisas corroboraram as especulações anteriores, apontando o riso, como equivalente à prática de exercícios aeróbicos, promovendo analgesia, melhora da circulação sanguínea, relaxamento e oxigenação dos tecidos, estimulando o sistema imunológico a produzir endorfinas, anticorpos e diminuindo a produção de hormônios do stress. Conseqüentemente, fornecendo subsídios para aumento da tolerância à dor, enfrentamento de situações de medo e diminuição da ansiedade^(9,11).

Todavia, apesar das inúmeras análises qualitativas e descritivas da atuação dos “palhaços-doutores”, principalmente em alas pediátricas, ainda há poucos estudos que analisem quantitativamente essa atuação. Dessa forma, esse estudo tem por objetivo caracterizar a população idosa internada em um hospital terciário, assim como seu perfil de ansiedade e depressão. Além disso,

avaliar se essas intervenções lúdicas contribuem para a diminuição da dor melhora do estado emocional desses pacientes.

Casuística e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem descritiva e quali-quantitativa, sendo a amostra composta por 35 pacientes geriátricos, internados no setor de Geriatria e Cardiologia do Hospital de Base da Fundação Faculdade Regional de Medicina, durante o período de agosto a novembro de 2013. O projeto contou com a anuência do Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, parecer 336.498, de acordo com as normas regulamentares 466/12 de pesquisa com seres humanos.

Usou-se como base do estudo, um grupo de palhaçoterapia composto por acadêmicos dos Cursos de Medicina e Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, cujas atuações eram realizadas por duplas ou trios de palhaços, interagindo individualmente com os pacientes em seus respectivos leitos. Essas intervenções ocorreram às segundas-feiras, das 18:00 às 20:00 horas, durando em média de 30 a 40 minutos com cada enfermo. A seleção dos sujeitos da pesquisa foi aleatória, incluindo indivíduos com idade superior a 65 anos, com condições físicas e psicológicas para efetuar respostas conscientes dos questionários e entrevistas. Foram excluídos pacientes desses setores com doenças ou transtornos mentais e físicos, crônicos ou não, cuja sintomatologia inviabilizasse a formulação de respostas conscientes. Dessa forma, os inclusos nesses critérios foram convidados a participar do estudo, sendo sua autorização efetivada após a leitura e assinatura do termo de Consentimento Livre e Pós-esclarecido. Em seguida, uma acadêmica previamente treinada por uma psicóloga, visando não induzir as respostas dos participantes, bem como evitar fazer referências ao grupo de palhaçoterapia, administrou os instrumentos sem aplicações individuais e orais com duração em média de 30 minutos para cada paciente. Os instrumentos aplicados foram: Ficha de identificação: composta por uma entrevista dirigida, na qual abordou-se aspectos como identificação pessoal (nome do paciente, idade, número do quarto, data da avaliação, presença ou não de acompanhante, e em casos afirmativos o nome do mesmo), a motivação e duração dessa e das internações anteriores (caso houvesse), procedimentos realizados, frequência de visitas familiares, alimentação e o relacionamento com a equipe de saúde, familiares e companheiros de quarto. Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)⁽¹²⁾: escala composta por 20 itens, a serem respondidos apenas com concordância ou discordância dos enunciados, visando a análise da presença de sintomas ansiosos na amostra; e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS)⁽¹³⁾, contendo 15 assertivas respondidas de modo semelhante às anteriores, visando avaliar a presença de sintomas depressivos nessa faixa etária.

Escala Unidirecional de Dor Numérica e de Faces de Wong-Baker: instrumento através da qual o paciente autoavaliava-se numericamente, em escala de 0 a 10, sendo o valor 0 atribuído a ausência total de dor e 10 sua máxima expressão no momento da entrevista.

Auto análise emocional⁽¹⁴⁾: composta por uma única assertiva na

qual o indivíduo avaliava seu estado emocional naquele momento, sendo apresentadas as opções: calmo, ansioso, preocupado, triste, alegre ou animado, impreterivelmente nessa ordem.

A aplicação dos instrumentos 1 e 2 ocorreu somente uma vez, 1 hora antes da atuação do grupo de palhaçoterapia, enquanto os instrumentos 3 e 4 foram aplicados duas vezes, 1 hora antes e 1 hora após a ação do grupo.

Todos os dados coletados foram armazenados em planilha do Microsoft Excel® 2007, sendo as respostas agrupadas em categorias semelhantes e tratadas em função de índices absolutos e percentuais por meio de tabelas. As demais foram analisadas de forma descritiva e os instrumentos aplicados, antes e depois das intervenções, foram analisados comparativamente de forma qualitativa e pelo teste de Wilcoxon Pareado, considerando o P significativo igual ou menor a 0,05.

Resultados

No período de estudo, foram entrevistados 37 pacientes, sendo dois deles excluídos da pesquisa por não apresentarem os critérios de inclusão durante a reaplicação dos instrumentos.

Dos 35 pacientes incluídos, 15 (42,8%) eram mulheres e 20 (57,1%) homens, com média de idade de $69,7 \pm 8,17$. Sendo que 5 (14,2%) não apresentavam internações anteriores.

Em relação à sintomatologia analisada pelo GAI e pelo GDS, 14 (40%) apresentaram sintomas ansiosos e 6 (17,1%) sintomas depressivos. No total de 3 (8,5%) dos pacientes, não relataram alteração do seu estado emocional após as intervenções lúdicas, sendo autoavaliados como calmos nos dois momentos pesquisados. As demais autoavaliações desses estados emocionais encontram-se nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Estado emocional dos pacientes antes da intervenção lúdica. São José do Rio Preto/SP, 2014

Estado Emocional	N	%
Calmo	21	60,0
Ansioso	9	25,7
Preocupado	3	8,5
Triste	1	2,8
Alegre	-	-
Animado	1	2,8

A sensação de dor antes e após as intervenções foram analisadas estatisticamente pelo teste T pareado para dados não paramétricos (Teste de Wilcoxon), com valor de $P=0,001$.

Tabela 2. Estado emocional dos pacientes após a intervenção lúdica. São José do Rio Preto/SP, 2014

Estado Emocional	N	%
Calmo	10	28,5
Ansioso	-	-
Preocupado	-	-
Triste	-	-
Alegre	19	54,2
Animado	6	17,1

Com base na comparação da sensação de dor antes e após as atuações, os pacientes foram divididos em 4 grupos, assim dispostos: 15 (42,8%) pacientes com diminuição da sensação de dor entre os períodos analisados, 8 (22,8%) não apresentavam alteração da dor, 0 (0%) com aumento da dor e 12 (34,2%) relatavam não apresentar dor tanto antes quanto após as intervenções. Ao comparar esses grupos, percebeu-se que alguns aspectos não apresentavam alterações de prevalência como a presença de acompanhante, sintomas de depressão, ocorrência de internações anteriores, submissão a procedimentos invasivos, recebimento de visitas familiares e os estados emocionais antes e após as intervenções. Entretanto, 8 (57,1%) pacientes que apresentavam diminuição da sensação de dor antes e após a atuação dos “palhaços-doutores,” satisfiziam os critérios para sintomas ansiosos.

Discussão

Dos idosos analisados, houve predominância de pacientes do sexo masculino (57,1%). Assim como demonstra a literatura⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, esses indivíduos apresentam menor preocupação com relação aos sinais e sintomas patológico e tendem a procurar auxílio médico tardiamente. Dessa forma, descobrem comorbidades em estágios avançados, necessitando com maior frequência de hospitalizações para tratamento, quando comparados às mulheres. Observou-se ainda que, 30 dos 35 pacientes avaliados (85,7%), apresentavam internações hospitalares anteriores, de acordo com as pesquisas das literaturas.

Houve grande prevalência de sintomas ansiosos entre os entrevistados (40%), número superior ao notado em estudos anteriores⁽⁷⁾, os quais demonstraram que 33,7% do total de adultos internados em hospitais universitários, apresentam sintomatologia de ansiedade. Porém, esse fato pode ser explicado por se tratar de uma amostra de idosos, cujas características físicas e psicológicas distintas, quando associadas às angústias e sofrimentos normais do processo de hospitalização, os tornam mais suscetíveis a transtornos psiquiátricos, principalmente a ansiedade, depressão e demência⁽²⁻⁴⁾.

Todavia, pacientes depressivos (17,1%) apresentaram menor frequência na amostra, quando comparados aos ansiosos, descrição não compatível com dados da literatura⁽¹⁷⁾, porém justificada, tanto pelo caráter aleatório da amostra quanto pela baixa sensibilidade dos instrumentos utilizados, à aspectos subjetivos.

A associação entre ansiedade e a diminuição da dor após as intervenções foi notada em 8 (57,1%) dos pacientes. Apesar de a literatura não conter dados concretos sobre o fato, principalmente em pacientes idosos hospitalizados, os estudos demonstram a ansiedade como indutor de sensibilização dos neurônios nociceptivos, tornando a sensação de dor em indivíduos ansiosos mais suscetíveis a alteração por fatores externos⁽¹⁸⁾. Porém, a confirmação do esboço apresentado, necessita de outros estudos que avaliem a relação entre a dor e alteração dos sintomas ansiosos após atuação dos “palhaços-doutores”.

Em relação às alterações notadas antes e após a palhaçoterapia, houve uma diminuição das autoanálises de preocupação, ansiedade e tristeza, associada ao aumento da alegria e animação. Em concordância com demais estudos, percebe-se as intervenções lúdicas como desconstrutoras do ambiente hospitalar, inicial-

mente ameaçador e de passividade, para uma nova percepção de domínio, controle e, até mesmo, de conforto⁽¹⁹⁻²²⁾. Relatos dessa experiência de bem-estar proporcionado pelos “palhaços-doutores” são notados em diversos relatos^(6-10,14), dentre os quais cita-se a experiência de um paciente “*Levantou minha autoestima. Ri hoje, coisa que nunca mais tinha feito*”⁽²³⁾ e acompanhantes “*Acredito que os palhaços deveriam vir todos os dias, pois meu filho ficou muito feliz*”⁽²³⁾. A mensuração das queixas de dor dos pacientes seguiu o padrão sugerido pela literatura⁽¹⁸⁾. Para isso, comparou-se estatisticamente essa sensação antes e após a intervenção lúdica, obtendo-se um P altamente significativo, equivalente a 0,001, reiterado principalmente pelo fato de nenhum dos entrevistados apresentar piora da queixa após a intervenção e 15 (42,8%) relataram melhora. A teoria do portão de controle é uma das possíveis explicações para essa alta significância, pois percebe a dor como instrumento de características multifatoriais e complexas, que pode ser potencializada e regulada por fatores neurofisiológicos e psicológico, como o estado emocional do paciente⁽²¹⁾. Ademais, outras fontes percebem que o bem-estar proporcionado pela palhaçoterapia resulta não somente em um processo subjetivo, mas exterioriza-se por meio da melhora na movimentação dos pacientes, no convívio com companheiros de quarto, aceitação das refeições, melhora da resposta ao tratamento^(16,21). Todavia, em virtude do caráter transversal do estudo, não se pode contabilizar esses fatos, o que indica a necessidade de outras análises quali-quantitativas longitudinais sobre a temática.

Conclusão

Diante dos resultados obtidos, conclui-se que, a palhaçoterapia, quando inserida no contexto hospitalar produz benefícios, como a promoção de bem-estar aos pacientes internados, pela alteração positiva do seu estado emocional e melhora da sensação de dor. Todavia, ainda há a necessidade de mais estudos abordando as alterações propiciadas pelos grupos de “palhaços-doutores” a médio e longo prazo, bem como sua relação com os transtornos de humor.

Referências

1. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento humano. 8ª ed. Rio Grande do Sul: Artmed;2006.
2. Pereira VS, Abreu TFL, Ferreira TBRC, Oliveira JPC, Gomes SB. Impacto do processo de envelhecimento nos aspectos psicológicos nos idosos do Brasil. In: 11 Congresso Internacional da Rede Unida; 2014; Fortaleza; 2014.p. 10-13.
3. Storti LB, Fabricio-Whebe SC, Kusumota L, Rodrigues RA, Marques S. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. Texto & Contexto Enferm [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2015 Dez 03];22(2):[aproximadamente 9p.]. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a22.pdf>
4. Barbosa MC, Santos ECC, Calles ACN. Declínio da capacidade de independência funcional em indivíduos idosos hospitalizados. Cad Grad Ciênc Biol Saúde-FITS[periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2015 Jul 23];1(3): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/>

fitsbiosaude/article/view/919

5. Ayres JRCM .Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2015 Jul 23];10(3):[aproximadamente 12 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf>
6. Warren B, Spitzer P. Laughing to longevity-the work of elder clowns. Lancet [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2016 Jan 10];378(9791):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)61280-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)61280-4.pdf)
7. Spitzer P. Essay: hospital clowns-modern-day court jesters at work. Lancet [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2016 Jan 10];368:[aproximadamente 2 p.]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69919-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69919-4/fulltext)
8. Masetti M. Doutores da ética da alegria. Interface Comun Saúde Educ [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2016 Mai 08];9(17):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000200026&script=sci_arttext
9. Oliveira AAP, Paiva DR, Chiesa AM. Clown theatre on hospitalized children: literature review. Rev Enferm UFPI [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 2016 Maio 09];2(5):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1476>
10. Araújo TCCFD, Guimarães TB. Interações entre voluntários e usuários em onco-hematologia pediátrica: um estudo sobre os palhaços-doutores. Estud Pesqui Psicol [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2016 Mai 09];9(3): [aproximadamente 16 p.]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v9n3/v9n3a06.pdf>
11. Capela R. Riso e bom humor que promovem a saúde. RevSimbio-Logias [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2016 Mai 10];4(6):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://186.217.46.3/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/Risobomhumorquepromovem.pdf>
12. Martiny C, Silva ACDO, Nardi AE, Pachana, NA. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). Rev Psiq Clín [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2016 Jan 10];38(1): [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n1/a03v38n1.pdf>
13. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2016 Fev 16];39(6):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n6/26986.pdf>
14. Mussa C, Malerbi FEK. O efeito do palhaço no estado emocional e nas queixas de dor de adultos hospitalizados. Psicol Rev Fac Ciênc Hum Saúde [periódico na Internet]. 2012[acesso em 2015 Ago 24];21(1):[aproximadamente 21 p.]. Disponível em:
15. Júnior VAO, Martins VS, Marin MJS. Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família e a presença de transtornos mentais comuns. Rev Bras Geriatr Gerontol [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 2016 Mai 14];19(1):[aproximadamente 13 p.]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo>

oa?id=403844773003

16. Gullich II. Prevalência de ansiedade em pacientes internados num hospital universitário do sul do Brasil e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2015 Ago 24];16(3):[aproximadamente 14 p.]. Disponível em: http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v16n3/pt_1415-790X--rbepid-16-03-00644.pdf

17. Queiroz MYFD, Machado RIL, Cordeiro M, Oliveira SMD, Oliveira JCCD, Carvalho JMD, et al. Influência da palhaçoterapia na assistência à criança hospitalizada. *EFDeportes.com, Rev Digital* [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 2016 Maio14] ;18(190):[aproximadamente 1 p.]. Disponível http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10236/1/2014_art_gscerqueira.htm

18. Dantas FRA, Ferreira LDO, Silva KAW, Alves JA. A contribuição do lazer no processo de hospitalização: um estudo de caso sobre os benefícios do projeto risoterapia. *LICERE-Rev Progr Pós-grad Interdisciplin Estud Lazer*[periódico na Internet]. 2014 [acesso em 2015 Out 12];17(2): [aproximadamente 33 p.]. Disponível em: <https://seer.lcc.ufmg.br/index.php/licere/article/view/578>

19. Caires S, Almeida I, Antunes C, Moreira C, Melo AS. Vantagens da presença dos doutores palhaços no contexto hospitalar: as expectativas dos profissionais de pediatria. *Indagatio Didactica* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2015 Out 15];5(2):[aproximadamente 17 p.]. Disponível em: <http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/viewArticle/2492>

20. Castro M. Prevalência de ansiedade, depressão e características clínico-epidemiológicas em pacientes com dor crônica. *Rev Baiana Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 2016 Mai 13];30(2):[aproximadamente 13 p.]. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1361/962>

21. Vidor LP. Associação da ansiedade com inibição intracortical e modulação descendente da dor na síndrome dolorosa miofascial [tese de doutorado na Internet]. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014. [acesso em 2016 Maio 14]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/97725/000920911.pdf?sequence=1>

22. Jablonski B, Rangé B. O humor é só-riso? Algumas considerações sobre os estudos em humor. *Arqu Bras Psicol* [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 2015 Out 30];36(3): [aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/viewFile/19011/17745>

23. Matos ASDS. Ansiedade, depressão e coping na dor crônica [dissertação de mestrado na Internet]. Cidade do Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2012. [acesso em 2015 Nov 18]. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3360/3/DM_16676.pdf

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Isabela Rossi é acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: bela_rossi24@hotmail.com

Fernando Batigália é médico, professor doutor da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: batigalia@famerp.br

Randolfo dos Santos Júnior é psicólogo atuante no serviço da Clínica da Dor, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: randolfojr@yahoo.com.br

Desenvolvimento de habilidades para promoção da saúde na pessoa deficiente: análise de conceito

Development of skills for health promotion in disabled persons: concept analysis

Kariane Gomes Cezario¹

Resumo

Introdução: O desenvolvimento de habilidades pessoais é uma das estratégias da promoção da saúde. As pessoas com deficiência demandam atenção às suas necessidades. **Objetivo:** Analisar o conceito desenvolvimento de habilidades pessoais relativos às pessoas com deficiência, conforme o método evolucionário. **Material e Métodos:** Estudo de análise de conceito que utilizou o modelo evolucionário. Procedeu-se a apreciação das Cartas e Declarações das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde. **Resultados:** Como antecedentes do conceito, a Declaração de Alma-Ata e as Conferências que se referenciavam entre si, enfatizando a Carta de Ottawa. Como atributos essenciais, destacaram-se capacitação da sociedade por meio de ações intersectoriais para promover habilidades pessoais, contudo, sem menção direcionada às pessoas com deficiência, e como eventos consequentes, o empoderamento e a inclusão, deixando margem para que todos os cidadãos, entre estes, as pessoas com deficiência, apropriem-se dessa prática. **Conclusões:** O discurso inicial do conceito não incluiu as pessoas com deficiência, mostrando a necessidade não somente da prática, mas também da reflexão teórica para aprimoramento da assistência a essa clientela e atendimento de suas demandas.

Descritores: Promoção da Saúde; Pessoas com Deficiência; Formação de Conceito

Abstract

Introduction: Personal skill development is one of the strategies for health promotion. Disabled persons demand attention for their needs. **Objective:** Analyze the concept of personal skill development in disabled persons, according to the evolutionary method. **Material and Methods:** This concept analysis study used the evolutionary method. We evaluated Official Letters, as well as declarations of the International Conference on Health Promotion. **Results:** As antecedents for the concept, we identified the Declaration of Alma-Ata and the Conferences, which refer to each other, emphasizing the Ottawa Charter. As essential attributes, we pointed out the community capacity building through intersectoral actions to promote personal skills. However, no mention was directed to disabled persons. We also detected as subsequent events the empowerment and inclusion. We additionally left room for all citizens to appropriate this practice, among these, the disabled persons. **Conclusion:** The initial speech on the concept did not include disabled persons. This showed the need not only for practice, but also for theoretical reflection to improve care for these clients and attendance to their demands.

Descriptors: Health Promotion; Disabled Persons; Concept Formation.

Introdução

A promoção da saúde é concebida como um processo de empoderamento dos indivíduos e comunidades para atuarem diretamente nas ações relacionadas à sua saúde e melhoria da qualidade de vida. Para este fim, a saúde deve ser compreendida numa perspectiva de bem-estar, que abrange os mais variados aspectos, como os biológicos, sociais, culturais, psíquicos e ambientais⁽¹⁾. Desde a sua definição inicial, na Carta de Ottawa (1986), até os dias atuais, a concepção de promoção da saúde recebeu influên-

cia, tanto do aprimoramento reflexivo das pesquisas realizadas por profissionais de saúde quanto das diversas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde. Estas últimas, como as Conferências de Adelaide, Sundsvall e Bogotá, em sua contribuição no aprimoramento e expansão da compreensão de promoção da saúde, concorreram para uma visão direcionada à clientela a quem se promove saúde, buscando expandir seu potencial e diminuir desigualdades e iniquidades sociais⁽²⁾.

Para que essa nova perspectiva de saúde seja contemplada, como

¹Centro Universitário Estácio do Ceará-CE-Brasil

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: KGC coleta de dados, delineamento do estudo e redação do manuscrito.

Contato para correspondência: Kariane Gomes Cezario

E-mail: kariane_gomes@yahoo.com.br

Recebido: 18/04/2016; **Aprovado:** 20/07/2016

uma junção de fatores e não apenas como ausência de doença, torna-se necessário o resgate das cinco estratégias de atuação para a promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço à ação comunitária, reorientação dos serviços de saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais⁽³⁾.

Este último campo, desenvolvimento de habilidades pessoais, relaciona-se diretamente à clientela a ser atendida pelo profissional promotor de saúde. Faz-se esta afirmação, baseada em sua concepção inicial, proposta pela Carta de Ottawa (1986), e que envolve considerações relativas ao desenvolvimento pessoal e social dos cidadãos nos mais diferentes meios e cenários sociais. Visa, assim, um preparo mais adequado da clientela diante do processo saúde-doença, bem como das decisões inerentes ao seu bem-estar e qualidade de vida⁽⁴⁾.

Considerando que as pessoas com deficiência (PcD) também são usuárias dos serviços de saúde e, que, portanto, possuem demandas a serem atendidas pelos profissionais de saúde, seu desenvolvimento de habilidades pessoais também deve ser promovido. Visto que novos conhecimentos proporcionam novas escolhas e práticas, o desenvolvimento de habilidades pessoais favorece o desenvolvimento de habilidades potenciais entre essas pessoas, assim como em todo e qualquer cidadão⁽⁵⁾.

Além disso, como se verifica ao longo das Cartas oriundas das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, também há uma expansão do conceito de desenvolvimento de habilidades pessoais, de acordo com o contexto histórico e de saúde vivenciado em cada Conferência⁽¹⁾. Infere-se daí a necessidade de compreender a trajetória de ampliação e construção desse conceito, pois cabe em especial aos profissionais de saúde auxiliar no desenvolvimento de habilidades pessoais em seus clientes, inclusive nas PcD⁽³⁾.

A necessidade de compreensão de um conceito, para a construção teórica da prática em saúde, dá-se pelo seguinte motivo, ainda que introduzido na literatura com definições e clarificações próprias, o referido conceito exige reflexões que direcionam para outras perspectivas de desenvolvimento e aprimoramento⁽²⁾. Além disso, existe uma tendência atual de considerar os conceitos como dinâmicos ao invés de estáticos, imprecisos ao invés de finitos, absolutos e claros⁽⁶⁾.

No tocante à promoção da saúde de pessoas com deficiência, segundo se constata pela experiência de cuidado à saúde desse público, apesar de ser um campo ainda pouco explorado pelos enfermeiros, nessa clientela requer cuidados diversificados para a promoção da saúde⁽³⁾. Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais, visando à promoção da saúde implica em cuidados de enfermagem a serem promovidos de maneira mais consistente, quanto à adequabilidade à clientela.

Deste modo, objetiva-se no presente estudo analisar a evolução do conceito “Desenvolvimento de habilidades pessoais”, inserido na Carta de Ottawa (1988), de acordo com o Método Evolucionário⁽⁶⁾, trazendo uma reflexão desse conceito em suas relações com a promoção da saúde de pessoas com deficiência. Visto que o Método Evolucionário permite o acompanhamento de um conceito ao longo do tempo, o presente estudo pretende contribuir com a expansão de conhecimento teórico na interface

promoção da saúde e pessoa com deficiência, uma vez que o desenvolvimento de habilidades pessoais é um dos cinco campos prioritários nessa nova perspectiva de saúde.

Material e Métodos

Estudo de análise de conceito, no qual se utilizou o Modelo Evolucionário, composto de seis etapas: Identificação do conceito de interesse e associação de expressões, incluindo os termos substitutos; identificação e seleção do cenário e amostra para a coleta de dados; coleta de dados relevantes para identificar atributos do conceito e a base contextual, incluindo variações interdisciplinares, socioculturais e temporais (antecedentes, consequentes); análise dos dados em relação às características do conceito; identificação de exemplo do conceito, se apropriado; e, finalmente, identificação das implicações e hipóteses para o desenvolvimento do conceito⁽⁶⁾. Utilizaram-se, sucessivamente as quatro primeiras etapas do Modelo proposto, considerando-se redundante construir um exemplo do conceito, pois já se encontra claramente expresso na literatura explorada; o último passo, implicações e hipóteses para o desenvolvimento do conceito estão contemplados nas discussões.

Para a execução da primeira etapa do estudo, identificação do conceito de interesse, delimitou-se como objeto de análise o conceito de desenvolvimento de habilidades pessoais visando à realização de uma reflexão teórica desse conceito junto às pessoas com deficiência. Quanto à segunda etapa da pesquisa, identificação e seleção do cenário e amostra para coleta de dados, delimitou-se que a exploração do conceito “Desenvolvimento de habilidades pessoais” seria restrita à análise criteriosa dos seguintes documentos: Carta de Ottawa, da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Declaração de Adelaide, da Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Declaração de Sundsvall, da Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Carta de Bogotá, que é uma declaração da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Declaração de Jacarta, da Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Declaração do México, da Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Carta de Bangkok, da Sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde⁽⁷⁾. A escolha dos documentos descritos anteriormente ocorreu pelo fato de que o “Desenvolvimento de habilidades pessoais” foi citado primariamente na Carta de Ottawa e retomado ao longo dos anos nos documentos das conferências seguintes.

Para a execução da terceira etapa do Método Evolucionário, constituído da coleta de dados relevantes para identificar atributos do conceito e seu contexto, procedeu-se a leitura minuciosa dos documentos mencionados, seguida de leitura com identificação dos aspectos e eventos anteriores à construção do conceito de desenvolvimento de habilidades pessoais, ou seja, seus antecedentes; posteriormente, detectaram-se as características, expressões e termos diretamente relacionados a este conceito, ou seja, seus atributos; e, finalmente, buscou-se, na compreensão das inferências que se fizeram a partir do conceito, ou seja, seus consequentes, realizar uma reflexão do desenvolvimento de habilidades pessoais de pessoas com deficiência. ⁽⁸⁾ Para a

execução desse fim, adotou-se a seguinte questão norteadora: quais as contribuições trouxeram a evolução do conceito de desenvolvimento de habilidades pessoais para a promoção da saúde da pessoa com deficiência? Ressalta-se que este último passo, constituiu a quarta etapa do modelo evolucionário, a saber, a análise dos dados em relação às características do conceito.

Resultados

Após leitura detalhada das Cartas e Declarações, oriundas das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, identificaram-se, segundo o Método Evolucionário, os antecedentes, os atributos essenciais e consequentes do conceito de desenvolvimento de habilidades pessoais. No quadro a seguir expõem-se esses dados.

Na Tabela 1, observam-se os diversificados aspectos do conceito de Desenvolvimento de habilidades pessoais propostos nas Conferências de Ottawa, no Canadá, e Adelaide, na Austrália.

Tabela 1. Evolução do conceito de Desenvolvimento de habilidades pessoais de acordo com as Cartas da Promoção da Saúde, de 1986 a 2005.

Documento	Antecedentes	Atributos	Consequentes
Carta de Ottawa	- Declaração de Alma; - Saúde para todos no ano 2000.	Capacitar a população para o processo saúde-doença, através de ações intersetoriais.	Redução de diferenças; escolhas saudáveis; capacitar pessoas para PS.
Declaração de Adelaide	- Declaração de Alma-Ata; - Saúde para todos no ano 2000.	Ações com linguagem acessível a todos; Alianças intersetoriais.	Prioridade aos grupos desprivilegiados e vulneráveis; definir metas explícitas na PS.
Declaração de Sundsvall	- Declaração de Alma-Ata; - Saúde para todos no ano 2000; - Carta de Ottawa; - Declaração de Adelaide; - Convocação para a ação: Promoção da Saúde nos países em desenvolvimento; - Nosso Futuro Comum.	Intersetorialidade para promover saúde; Meios para promover saúde: comunidade, casas, trabalho e lazer; Ações devem contemplar: dimensões física, social, espiritual, econômica e política.	Retorno aos governos para investimento em PS; ambiente plenamente favorável; equidade como prioridade básica; recursos para grupos minoritários.
Declaração de Jacarta	- Declaração de Alma-Ata para os cuidados primários em saúde; - Saúde para todos no ano 2000; - Carta de Ottawa; - Declaração de Adelaide; - Declaração de Sundsvall.	Todos os setores influenciam a saúde: economia e comércio; participação e acesso à informação; setores públicos e privados devem promover as habilidades; dar direito de voz às pessoas; métodos tradicionais e inovadores de comunicação; lideranças locais.	Pessoas poderão controlar melhor sua saúde; aumento do potencial de saúde nas famílias e comunidades; aumento da habilidade de pessoas; incentivos em toda a sociedade.
Declaração do México	- Não faz alusão a nenhum documento anterior.	Incentivo às pesquisas para capacitar indivíduos e comunidades.	Maior liderança e participação de toda a sociedade na PS.
Carta de Bangkok	- Saúde para todos no ano 2000; - Carta de Ottawa.	Projetos comunitários; ações dos profissionais de saúde; estratégias para sensibilizar clientela; equidade: mulheres, deficientes e minorias.	Maior controle individual e coletivo sobre a saúde; melhores tecnologias de informação e comunicação.

Todos estes dados, conforme a descrição da metodologia utilizada foram analisados à luz da perspectiva da pessoa com deficiência e sua inserção no discurso da sociedade, inclusive no âmbito da promoção da saúde.

Discussão

Compreende-se como antecedentes de um conceito, os múltiplos acontecimentos, contextos e fenômenos que antecedem a determinado conceito e que auxiliam no entendimento do contexto social do qual o conceito de interesse emerge⁽⁹⁾. Na perspectiva do conceito ora avaliado, desenvolvimento de habilidades pessoais, questionou-se: quais os eventos e/ou fenômenos que promoveram o desenvolvimento desse conceito? E quais as relações dos fenômenos com as pessoas com deficiência?

Como uma das cinco estratégias para as ações de promoção da saúde, o termo e a conceitualização desenvolvimento de habilidades pessoais, surgiu na década de 1980, como conteúdo da Carta de Ottawa, documento-resumo dos propósitos originados na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Essa Carta, por sua vez, remete à Declaração de Alma-Ata, bem como ao documento “Saúde para todos no ano 2000”, ambos lançados no final da década de 1970. Conforme se verifica, em ambos os documentos há uma compreensão inicial de desenvolvimento de habilidades pessoais, pois em seus discursos destaca-se a colaboração dos diversos meios sociais na capacitação dos indivíduos para que possam intervir diretamente no processo saúde-doença⁽⁷⁾. E essa reflexão primária culmina com a divulgação da Carta de Ottawa e com a apresentação dos conceitos de promoção da saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais. Com a sucessão das demais conferências relacionadas à promoção da saúde e a divulgação dos seus documentos, ainda na década de 1980, bem como de 1990 e 2000, observou-se o acréscimo de um evento antecedente, além das próprias declarações posteriores ao documento de Ottawa, a Convocação para a Ação: Promoção da Saúde nos países em desenvolvimento, desenvolvida em Genebra (1989), no contexto de clarificação da compreensão de promoção da saúde⁽⁸⁾.

Consoante se depreende pela leitura e análise desses eventos-documentos, a problemática da pessoa com deficiência e suas necessidades não se constituíram como eventos e/ou fenômenos que contribuíram diretamente para a eclosão do conceito ora apreciado, conforme se denota pela leitura dos documentos. Entretanto, como divulgado, ainda nas décadas de 1970 e 1980 ocorreram, em nível mundial, diversas manifestações em prol dessa clientela, principalmente no tocante à educação e políticas de inclusão na sociedade⁽⁹⁾.

Considerando-se, por exemplo, a Declaração de Alma-Ata, a única menção feita ao contexto da saúde das pessoas com deficiência é a afirmação de que se deve garantir a reabilitação para os indivíduos que necessitarem desse tipo de intervenção⁽⁸⁾. Ainda assim, não existe clareza se há conexão direta com as PcD nessa expressão, pois, reabilitação objetiva principalmente a restauração funcional do cliente e sua reinserção em seu contexto⁽¹⁰⁾. Assim, no caso das pessoas com deficiência, a perspectiva de atuação junto a elas deve levar em conta sempre a deficiência, não como uma doença ou defeito, mas como uma condição de

vida, geralmente irreversível, na qual se deve priorizar a promoção da saúde e a qualidade. E, neste âmbito, com ênfase no setor saúde, os setores sociais devem estar abertos à acessibilidade e inclusão, considerando suas características⁽⁵⁾.

Percebe-se, deste modo, que o intuito do desenvolvimento das habilidades e o consequente empoderamento dessas pessoas, também clientes dos serviços de saúde, sobre as decisões a serem tomadas sobre sua própria saúde, não foram considerados como eventos relevantes no desenvolvimento desse conceito. Identificou-se, nos textos dos documentos consultados, uma preocupação crescente com o contexto da sociedade em geral, porém, sem uma abordagem direta à causa das PcD.

Os atributos essenciais de um conceito expressam sua natureza, características e ideias atribuídas a ele pelo seu autor. Segundo se depreende, ao fazer a identificação de tais atributos, deve-se partir da sua definição inicial e percorrer a literatura, dentro da amostra teórica de interesse, até se chegar a uma descrição coesa desses aspectos⁽¹¹⁾.

A etapa de identificação dos atributos de um conceito é considerada essencialmente teórica e dá ao pesquisador a possibilidade de visualizar as mudanças sofridas pelos conceitos ao longo do tempo, bem como as tendências emergentes dentro dele. Contudo, embora essa análise forneça frequentemente resultados sutis, os quais dependerão da percepção e capacidade dedutiva do pesquisador, seu uso é relevante, pois acrescentam informações importantes sobre aspectos contextuais dos conceitos, seu estatuto atual, usos emergentes e as indicações para o desenvolvimento futuro⁽⁶⁾. Assim, para nortear esta etapa, adotaram-se os seguintes questionamentos: qual a definição do conceito de desenvolvimento de habilidades ao longo do texto das seis Cartas da Promoção da Saúde? Quais os pontos que fornecem subsídios de aproximação teórica com a temática das pessoas com deficiência?

Na Carta de Ottawa, o conceito de desenvolvimento de habilidades pessoais é lançado como o meio de capacitar os cidadãos para enfrentar o processo saúde-doença e decidir sobre suas práticas em saúde, por meio de diferentes estratégias. Além disso, todos os setores da sociedade devem estar envolvidos com esse compromisso, mediante parcerias entre si e diversificadas. Como se identifica, esse conceito está fortemente atrelado à compreensão de empoderamento.

A promoção dos meios para que os cidadãos e/ou as comunidades possam ter controle sobre suas próprias vidas e, em consequência, sobre as decisões relevantes a serem tomadas, proporcionando assim autonomia, é definida como *empowerment* ou empoderamento⁽¹²⁾. Empoderar os cidadãos em relação aos cuidados da sua própria saúde, com base em várias práticas, é desenvolver suas habilidades para o autocuidado.

Em continuidade à avaliação do conceito, comprova-se, nas Cartas/Declarações principalmente nas décadas de 1980 e 1990, Carta de Ottawa e Declarações de Adelaide, Sundsvall e Jacarta, que o discurso da atuação dos variados cenários da sociedade para desenvolver habilidades na promoção da saúde, é fortemente identificado. Nesse caso, todos os setores são convocados a contribuir, em parcelas maiores ou menores, no empoderamento das populações em relação ao seu processo

saúde-doença. A compreensão de intersectorialidade é definida como ações conjuntas de diferentes setores sociais em prol de necessidades expressas por cidadãos e/ou comunidades e constantemente apresentada ao longo da evolução do conceito⁽¹³⁾. Cada nova Carta/Declaração remete a novas possibilidades de atuação entre diferentes setores para a promoção da saúde. Concernente às pessoas com deficiência, consoante se identifica, apenas na Declaração de Sundsvall, ainda na década de 1980, e na Carta de Bangkok, já na metade da década de 2000, há uma alusão expressa em seu discurso sobre a inclusão das PcD. Contudo, em ambos os documentos, essa clientela está diluída dentro da compreensão de “minorias”, ou seja, esses documentos usam expressamente esse termo referindo-se às mulheres, crianças, desfavorecidos socialmente e às pessoas com deficiência, sem nenhuma ênfase direta a essas últimas.

Portanto, não há uma ênfase direta às PcD dentro dos antecedentes do conceito de desenvolvimento de habilidades pessoais. Ainda como se verifica, nos discursos da promoção da saúde não há evidência das necessidades específicas dessa clientela, embora, atualmente haja um consenso de que esses cidadãos têm o direito de gozar integralmente de todas as oportunidades ofertadas a qualquer pessoa na sociedade⁽¹⁴⁾.

A inexistência de um preceito bem definido nas Cartas da Promoção da Saúde sobre como se pode operacionalizar o desenvolvimento de habilidades pessoais às pessoas com deficiência, denota claramente a não observância do preconizado pelo Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes, do ano de 1982, anterior inclusive à Carta de Ottawa⁽¹⁵⁾. Além disso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, que tomou por base estes dois documentos citados anteriormente, afirma que as PcD também demandam promoção da qualidade de vida, assistência integral à saúde e ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação⁽⁵⁾.

Em acréscimo, desconsidera também a riqueza de estratégias e mecanismos que se podem desenvolver para tornar a saúde acessível para esse público. Neste âmbito, encontra-se o desenvolvimento de tecnologias assistivas, que são todos os recursos e serviços desenvolvidos para facilitar a promoção da saúde do mencionado público, com autonomia e de maneira acessível⁽¹⁶⁾. As consequências, ou eventos consequentes de um conceito, direcionam as situações resultantes e implicações possíveis de serem geradas a partir de determinado conceito⁽¹¹⁾. Questionou-se, portanto: quais as implicações do conceito de desenvolvimento de habilidades pessoais? E quais destes resultantes podem se voltar para as PcD?

A análise das Cartas/Declarações sobre Promoção da Saúde denota como eventos consequentes de um maior e melhor controle do processo saúde-doença pela população. Em virtude de no desenvolvimento das habilidades pessoais estar o empoderamento para o melhor cuidar de si, vislumbra-se com o desenvolvimento de habilidades pessoais está atrelado diretamente a uma maior divulgação das informações em saúde, por meio de estratégias variadas de intervenção em educação em saúde⁽¹⁷⁾. Este último aspecto também é apontado pelos documentos como consequente do conceito trabalhado, pois a demanda por empoderamento acaba por estimular a criação de diferentes meios de se promover

saúde e suas informações.

Conclusão

O conceito de desenvolvimento de habilidades pessoais, proposto inicialmente na Carta de Ottawa, evoluiu em relação a seus atributos essenciais e consequentes ao longo das conferências, num período total de 19 anos, entre 1986 e 2005. Complementarmente, os antecedentes apresentaram-se de forma coesa durante esse período, mas a Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários em Saúde e as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde foram seus principais eventos antecedentes. No tocante aos atributos essenciais, segundo se constatou, o discurso de inclusão das pessoas com deficiência no espectro social a ser atendido e que é proposto pelo conceito, muitas vezes é apenas percebido dentro da argumentação de que as minorias também precisam ter suas habilidades pessoais para o autocuidado em saúde atendidas.

Concernente aos eventos consequentes ao conceito, segundo se verifica, a diminuição das iniquidades em saúde surge como uma preocupação constante no discurso das Cartas da Promoção da Saúde. Infere-se daí o seguinte: também as pessoas com deficiência precisam que suas demandas sejam atendidas e supridas em relação a esses aspectos.

Enfim, a análise evolucionária do conceito de desenvolvimento de habilidades pessoais também propiciou uma compreensão mais aprofundada quanto à inclusão das pessoas com deficiência no discurso da promoção da saúde e do seu empoderamento como uma das consequências dessa prática. Percebe-se, assim, que ainda hoje existem diversos pontos a serem aprimorados para que medidas de desenvolvimento de habilidades pessoais de deficientes sejam incluídas nos discursos teóricos e, principalmente, na prática dos profissionais de saúde.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS - revisão da portaria MS MG n. 687. Brasília (DF); 2014.
2. Bastos LF, Leite SS, Lima MB, Martins MC, Pagliuca LMF, Rebouças CBA. National Policy for Health Promotion: a vision about operational axes. *Intern Arch Med*. 2016;9(4):1-9.
3. Carvalho LV, Áfio ACE, Rodrigues Júnior JC, Almeida Rebouças CB, Pagliuca LMF. Advances in health promotion for people with disabilities and the laws of Brazil. *Health* [periódico na Internet]. 2014 Set [acesso em 2016 Abr 19];6: [aproximadamente 8 p.]. Disponível em: http://file.scirp.org/pdf/Health_2014101015505459.pdf
4. Organização Mundial de Saúde (OMS) [homepage na Internet]. 2016 [acesso em 2016 Abr 19]. Carta de Ottawa; [aproximadamente 16 telas]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília (DF); 2010.
6. Russell AC. Moral distress in neuroscience nursing: an evolutionary concept analysis. *J Neurosci Nurs*. 2012;44(1):15-24. doi: 10.1097/JNN.0b013e31823ae4cb.
7. Ministério da Saúde. Cartas da Promoção da Saúde [monografia na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2002 [acesso em 2016 Abr 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
8. Cahú GRP, Leite AIT, Nóbrega MML, Fernandes MGM, Costa KNFM, Costa SFG. Bullying: concept analysis from Rodgers' evolutionary perspective. *Acta Paul Enferm*. [periódico na internet]. 2012 Abr [acesso em 2016 Abr 19];25(4):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400012>
9. Pagliuca LMF, Mariano MR, Oliveira PMP, Oliveira MG, França ISX, Almeida PC. Repercussão de políticas públicas inclusivas segundo análise das pessoas com deficiência. *Esc Anna Nery*. 2015;19(3):498-504.
10. Bok A, Pierce LL, Gies C, Steiner V. Meanings of falls and prevention of falls according to Rehabilitation Nurses: a qualitative descriptive study. *Rehabil Nurs*. 2016;41(1):45-53. doi: 10.1002/rnj.221.
11. Guo Q, Jacelon CS, Marquard JL. An evolutionary concept analysis of palliative care. *J Palliative Care Med*. 2012;2(7):2-6.
12. Hutchinson K, Roberts C, Daly M, Bulsara C, Kurrle S. Empowerment of young people who have a parent living with dementia: a social model perspective. *Int Psychogeriatr*. 2016;28(4):657-68. doi: 10.1017/S1041610215001714.
13. Higa EF, Bertolin FH, Maringolo LF, Ribeiro TFA, Ferreira LHK, Oliveira VASC. A intersectorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Interface Comum Saúde Educ*. 2015;19(Supl 1):879-91.
14. Pessoa AT, Lima BS, Pagliuca LMF, Oliveira PMP, Sousa LB, Almeida PC, et al. Structural accessibility of gynecological nursing clinics for users with motor disabilities in Basic Health Units. *Open J Nurs* [periódico na Internet] 2015 Out [acesso em 2016 Abr 19];5: [aproximadamente 8 p.]. Disponível em: http://file.scirp.org/pdf/OJN_2015102911044604.pdf
15. Organização das Nações Unidas (ONU). Centro de Documentação e Informação do Portador de Deficiência – CEDIPOD [homepage na Internet] 1992 [acesso em 2016 Abr 19]. Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência; [aproximadamente 51 telas]. Disponível em: <http://www.cedipod.org.br/w6pam.htm>.
16. Ministério da Saúde. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Ata da VII reunião do Comi-tê de Ajudas Técnicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
17. Thompson T, Kreuter MW, Boyum S. Promoting health by addressing basic needs: effect of problem resolution on contacting health referrals. *Health Educ Behav*. 2016;43(2):201-7. doi: 10.1177/1090198115599396.

Kariane Gomes Cezario é enfermeira, com formação em Arteterapia, Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), professora assistente III do Centro Universitário Estácio do Ceará. E-mail: kariane_gomes@yahoo.com.br.

Opinião dos usuários sobre a atuação dos discentes de enfermagem em uma unidade de saúde da família

Users' opinion about the performance of nursing undergraduate students at a family health unit

Aimée de Carvalho Leite Menezes¹, Camila Albuquerque de Brito¹, Cristiane Costa Reis da Silva¹

Resumo

Introdução: De acordo com as Diretrizes Curriculares das Universidades, promovidas pelo Ministério da Educação e Cultura, é necessário que os discentes dos cursos de graduação em saúde, estejam inseridos no sistema de saúde público vigente para adquirir conhecimentos e experiências. **Objetivo:** Identificar e analisar a opinião dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF) sobre a presença e atuação dos discentes de enfermagem na comunidade. **Casuística e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de abordagem qualiquantitativa, sendo entrevistados usuários de uma Unidade de Saúde da Família. Os dados foram coletados por meio de um questionário semiestruturado e analisados descritivamente. **Resultados:** Foram entrevistados 26 usuários, todos do sexo feminino, no qual 11 (42.3%) declararam participação em atividades com discentes, sendo a vacinação a atividade mais desenvolvida com 54.6%; 69.2% relataram que os discentes “agilizam o atendimento” e “ajudam a equipe”, enquanto 11.6% relataram insegurança à atuação dos alunos. **Conclusão:** Os resultados apontaram que, na opinião dos usuários, a contribuição da inserção dos discentes de enfermagem na USF é positiva.

Descritores: Estratégia Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem Primária.

Abstract

Introduction: According to the National Curriculum Guidelines for Universities, established by the Ministry of Education and Culture, it is necessary the insertion of students of health undergraduate courses in the Brazilian public health system to acquire knowledge and experiences. **Objective:** Identify and analyze the opinion of users of a Family Health Unit about the presence and activity of nursing undergraduate students in the community. **Patients and Methods:** This is a cross-sectional, descriptive study with a quali-quantitative approach. We interviewed users of a Family Health Unit. Data were collected through a semi-structured questionnaire, and they were descriptively analyzed. **Results:** We interviewed 26 users, all women. Of these, 11 (42.3%) declared they took part in activities with students. Immunization was the most performed activity (54.6%); 69.2% reported that students “speed-up care delivery” and “help the nursing team”, while 11.6% reported insecurity as for the students’ performance. **Conclusion:** The results showed that, in opinion of the users, the contribution of the insertion of the undergraduate students of nursing in the USF is positive.

Descriptors: Family Health Strategy; Unified Health System; Public Health; Primary Health Care; Primary Nursing

¹Universidade Salvador(UNIFACS)-Salvador-BA-Brasil

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: ACLM concepção e planejamento do projeto de pesquisa, coleta de dados, análise dos dados, discussão dos resultados, redação e revisão crítica. CAB concepção e planejamento do projeto de pesquisa, coleta de dados, análise dos dados, discussão dos resultados, redação e revisão crítica. CCRS orientação do projeto.

Contato para correspondência: Aimée de Carvalho Leite Menezes

E-mail: aimee.carvalho@hotmail.com

Recebido:08/04/2015; **Aprovado:** 21/07/2016

Introdução

De acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção à Saúde está organizada em níveis, sendo eles: Atenção Primária, Média Complexidade e Alta Complexidade. A Atenção Básica, ou dita Primária, constitui o primeiro nível de Atenção à Saúde, que envolve ações e serviços no âmbito individual e coletivo, com objetivo de promover a saúde, prevenir os agravos à saúde, obter diagnósticos e realizar tratamentos para, consequentemente, ter a reabilitação do indivíduo, reduzindo assim os danos à saúde⁽¹⁾.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) faz parte de uma política do Ministério da Saúde (MS) que visa à reorganização da Atenção Básica no Brasil, levando em consideração os princípios do SUS⁽¹⁾. Essa iniciativa do governo tem como objetivo ampliar o acesso da população local aos serviços público de saúde, fazendo com que essas pessoas recebam assistência contínua da equipe, para que assim seja possível conseguir a resolução do agravo à saúde⁽²⁾.

A inserção do enfermeiro na equipe de Saúde da Família promove a consolidação do vínculo desse profissional com a comunidade, uma vez que ele tem explícitas atribuições em dois campos essenciais: na unidade de saúde e na comunidade, prestando permanentemente cuidados e promovendo aspectos de educação⁽³⁻⁴⁾. Isto exige que esse profissional assuma múltiplas funções: educador, prestador de cuidados e consultor, uma vez que está sujeito a constantes solicitações e transformações da sua prática, inserida nas constantes mudanças que ocorrem no seu espaço de trabalho⁽⁴⁾. Tal relação permite à equipe de enfermagem o desenvolvimento de ações efetivas na promoção da saúde da comunidade, uma vez que a aproxima do ambiente de convivência e das relações sociais do indivíduo⁽³⁾.

De acordo com as Diretrizes Curriculares das Universidades, promovidas pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), é necessário que os discentes dos cursos de graduação em saúde estejam inseridos no sistema de saúde público vigente. Assim, muitos graduandos participam do planejamento e execução das atividades nas Unidades de Saúde da Família (USF), juntamente com as equipes de saúde⁽⁵⁾. Isto é necessário para que esses estudantes possam adquirir conhecimentos e experiências e, consequentemente, desenvolvam habilidades⁽⁶⁾.

Diante desses acontecimentos, surge a necessidade de identificar: qual a opinião dos usuários das unidades de saúde, sobre a atuação dos discentes de enfermagem na Unidade de Saúde da Família?

As universidades encaminham para as comunidades, um número cada vez mais elevado de estudantes para atuação nas USF. O elevado número de discentes atuando em uma mesma USF, acaba gerando um grande impacto para as pessoas que necessitam dos serviços disponibilizados na unidade de saúde local. Muitas vezes, esses usuários já sofrem com a diminuição na quantidade de funcionários e de estrutura, mas com a chegada dos estudantes, acredita-se que esses usuários tenham oportunidade de um atendimento mais individualizado. Porém, ao mesmo tempo, existe uma grande probabilidade de acontecer ações e atividades repetitivas direcionadas à promoção de saúde e prevenção de doenças, em virtude do excesso de estudantes no local.

Este estudo tem como objetivo identificar e analisar a opinião dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família do Distrito Sanitário Itapagipe de Salvador sobre a presença e atuação dos discentes de enfermagem na comunidade e, consequentemente, identificar as vantagens e desvantagens da atuação dos discentes junto à USF e quais atividades e ações realizadas são mais interessantes e necessárias para a comunidade. Para assim, com os resultados obtidos, proporcionar um atendimento com mais qualidade à comunidade, melhorando nos aspectos em que forem encontrados erros ou falhas dos graduandos.

Casística e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo, com abordagem quali-quantitativa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer 1.147.887 (CAAE 45385715.0.0000.5033).

Os dados foram coletados em uma USF do Distrito Sanitário Itapagipe, com os usuários. Definiu-se como critérios de inclusão na amostra, pertencer a uma família cadastrada na USF e possuir idade superior a 18 anos. A escolha dos entrevistados se deu pelo tipo de amostragem não probabilística por conveniência, ou seja, foram abordados usuários que se encontravam nas salas de espera, aguardando algum tipo de assistência da equipe de saúde. Todas as pessoas que consentiram em participar voluntariamente da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme determina a resolução CNS n.º466/2012. O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário semi-estruturado, elaborado pelas pesquisadoras, dividido em duas etapas: a primeira com dados sociodemográficos, e a segunda, com questões específicas sobre o objeto do estudo, que abordavam as atividades desenvolvidas pelos estudantes do curso de enfermagem inseridos na USF e quais as vantagens e desvantagens de ter esses estudantes na unidade de saúde. O questionário foi aplicado e preenchido pelas pesquisadoras, entre agosto e setembro de 2015. Enquanto os usuários respondiam verbalmente as questões, as pesquisadoras às transcreviam.

Os dados foram tabulados e analisados por meio de programa Microsoft Excel®, 2013, e apresentados em números absolutos e percentuais. A idade foi dividida em cinco categorias, partindo do valor mínimo, com incrementos de dez anos. Foi utilizada também a técnica de análise de conteúdo, na perspectiva Bardin, que pode ser entendida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens⁽⁷⁾”.

A análise de Bardin é organizada em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A primeira etapa, pré-análise, é a fase da organização propriamente dita; organiza-se o material a ser analisado, com o objetivo de torná-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais. A segunda etapa, exploração do material, a etapa mais longa, é a efetivação das decisões tomadas na pré-análise. É o momento em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma

descrição das características pertinentes do conteúdo. A terceira etapa, tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consiste no tratamento estatístico simples dos resultados, permitindo a elaboração de tabelas que condensam e destacam as informações fornecidas para análise⁽⁸⁾. Para a identificação das falas dos usuários, preservando-se o anonimato, foram utilizadas as denominações “U1, U2 ... U26”.

Resultados e Discussão

A faixa etária dos entrevistados variou entre 18 e 64 anos, sendo distribuídas na seguinte forma: 38,5% (10) entre 18 e 29 anos; 19,2% (5) entre 30 e 39 anos; 23,1% (6) entre 40 e 49 anos; 11,5% (3) entre 50 e 59 anos e 7,7% (2) acima de 60 anos. Pode-se observar uma ampla heterogeneidade etária, o que representa um dado favorável para obtenção de maiores opiniões, uma vez que a percepção sobre as atividades desenvolvidas pelos alunos varia também de acordo com a faixa etária do indivíduo.

Dos 26 entrevistados, todos eram do sexo feminino; 30,8% (8) declararam ter vida conjugal e 69,2% (18) eram solteiras, viúvas ou divorciadas. Observa-se que, apesar do PSF ter como centro de atenção a família, constitui-se em um espaço voltado exclusivamente para a população feminina⁽⁹⁾. Isso se dá pelo fato de que a mulher, na maioria das vezes, é aquela que cuida dos afazeres domésticos e dos filhos, ficando sob sua responsabilidade a saúde da família⁽³⁾.

Quanto à ocupação, 50% (13) declararam-se como do lar; 23,1% (6) eram autônomos; 15,4% (4) eram estudantes; 3,8% (1) era desempregada e 7,7% (2) exerciam outras ocupações. Estes dados traduzem o fato de que, em geral, os serviços prestados pela USF funcionam em horários que coincidem com a jornada de trabalho, o que acaba dificultando o acesso da população inserida no mercado formal.

Estudos realizados nas últimas décadas relatam que a situação no mercado de trabalho está diretamente ligada às condições de saúde e à utilização de serviços de saúde. Trabalhadores informais possuem indicadores de saúde menos favoráveis do que os trabalhadores formais⁽¹⁰⁾.

A situação do mercado de trabalho também reflete no grau de escolaridade do indivíduo. Os trabalhadores formais tendem a possuir um grau de escolaridade maior do que os informais e desempregados. Com relação ao grau de escolaridade dos usuários entrevistados, 23,1% (6) declararam possuir 1º grau incompleto; 19,2% (5) possuíam 1º grau completo; 19,2% (5) possuíam 2º grau incompleto; 34,7% (9) possuíam 2º grau completo e 3,8% (1) possuía ensino superior.

Os principais usuários dos serviços prestados na atenção primária, na sua maioria, são aqueles com baixo grau de escolaridade, o que, por muitas vezes, acabou dificultando a compreensão quanto o real objetivo desta pesquisa, traduzindo no baixo índice de adesão.

Em virtude da inserção dos discentes de enfermagem na rotina da USF, interagindo com as equipes de saúde, realizando os procedimentos e trabalhando com a promoção de saúde e prevenção de doença, muitos pacientes do posto de saúde acabam participando de algum tipo de atividade promovida pelos estudantes. Dos usuários entrevistados, 42,3% (11) declararam que haviam participado de alguma atividade desenvolvida pelos alunos de

Enfermagem na unidade de saúde, enquanto 57,7% (14) disseram que não. Com relação a esse primeiro questionamento, destacou-se o número de usuários que negaram ter participado de alguma atividade com os estudantes. Esse número pode ser justificado pelo fato de os usuários não terem conseguido distinguir os estudantes dos profissionais da unidade, decorrente de uma possível má identificação por parte dos acadêmicos.

Durante a entrevista, alguns usuários sentiram-se incomodados com certas perguntas e negaram-se a responder, enquanto em outras, apresentaram mais de uma resposta. Dentre as atividades que os usuários declararam terem sido realizadas pelos alunos, destacam-se as atividades desenvolvidas individualmente, com destaque para a vacinação, com 54,6%; pode-se dizer que esse fato se dá, em função de a vacina possuir um foco preventivo, uma vez que se trata de uma das formas mais importantes de proteção específica contra doenças infecciosas⁽⁵⁾. A Tabela 1 mostra todas as atividades realizadas pelos estudantes na USF.

Tabela 1. Atividades realizadas pelos estudantes na USF. Salvador/BA, 2015

Atividades	N	%
Vacinação	6	54,60
Controle pressão arterial	3	27,30
Sala de espera Preventivo	2	18,20
Pré-natal Administração	2	18,20
IM Visita domiciliar	1	9,10
	1	9,10

Questionados quanto à qualidade do serviço prestado pelos alunos, 10 (90,9%) classificaram como “ótimo” ou “bom”, enquanto 1 (9,1%) classificou como regular, como mostra a Tabela 2. Isto demonstra a boa qualidade da assistência oferecida pelos discentes, o que representa a junção do conhecimento teórico e técnico por parte do estudante, a fim de realizar um procedimento de forma humanizada, visando a total recuperação/prevenção/reabilitação do indivíduo.

Tabela 2. Avaliação dos usuários sobre as atividades desenvolvidas pelos estudantes na USF. Salvador/BA, 2015

Avaliação	N	%
Ótimo	5	45,45
Bom	5	45,45
Regular	1	9,10

Para que o aluno possa alcançar esse discernimento adequado da relação teoria e prática, gerando uma avaliação satisfatória por parte dos usuários e uma contribuição e influência positiva para a unidade na qual realiza o estágio, são necessários o envolvimento efetivo de três personagens: o aluno, o docente e o enfermeiro. Os três devem envolver-se ativamente, cada um exercendo distintamente a sua função. Ao aluno cabe participar efetivamente do processo de transição entre o ser discente e o ser profissional, aproveitando, observando e aprendendo

as atividades e oportunidades que estão sendo vivenciadas. O aluno é o principal agente da sua aprendizagem, enquanto o docente e o enfermeiro têm a função de estimular e facilitar a aprendizagem⁽⁶⁾.

Além das atividades competentes ao enfermeiro dentro da USF, foi questionado quais outras atividades os usuários gostariam que os estudantes realizassem na unidade. Como mostra a Tabela 3, a maioria (65,4%) opinou por palestras e/ou sala de espera. Esse número demonstra que a população está em busca de novos conhecimentos e/ou aperfeiçoamento daquilo que já sabem; alguns temas propostos por eles: Planejamento Familiar; Qualidade de Vida; Educação Sexual e DST. A segunda atividade mais citada foi “campanhas” com 15,4%, alguns temas também foram sugeridos, igualmente as palestras: Hipertensão e Saúde do Homem.

Tabela 3. Atividades que os usuários gostariam que fossem realizadas pelos estudantes na USF. Salvador/BA, 2015

Atividades	N	%
Palestra/Sala de espera	17	65,40
Campanhas	4	15,40
Grupos de Apoio	3	11,50
Dinâmicas Entrevistas	2	7,70
Nenhuma	1	3,80
Não soube responder	1	3,80

O Programa Saúde da Família já preconiza o Controle da Hipertensão Arterial como uma das principais responsabilidades da Atenção Básica a ser executada pela equipe de saúde⁽²⁾. Apesar disso, alguns usuários se sentem carentes de informações relacionadas ao assunto. A Saúde do Homem, que apesar de possuir uma Política Nacional de Atenção Integral, ainda se encontra empobrecida de assistência na realidade das unidades de saúde. O empobrecimento da assistência à saúde do homem tem diversas razões que são simplificadas em dois grupos de causas: barreiras institucionais e barreiras socioculturais. As barreiras socioculturais podem ser caracterizadas pelo fato de que o homem é prisioneiro de antigos valores e conceitos, tendo que estar sempre provando sua virilidade, uma vez que, a sociedade criou a imagem de que ser homem é sinônimo de força e invulnerabilidade⁽⁹⁾.

Em respeito às barreiras institucionais, os indicadores de saúde do país mostram que desde sua criação, as unidades de atenção primária têm grande dificuldade em absorver a demanda masculina, uma vez que, a organização dos seus serviços, as campanhas desenvolvidas, os programas destinados à população e a estrutura dessas unidades disseminam a imagem de que são destinados a todos os gêneros sociais, exceto o homem⁽⁹⁾. Este fato pode ser traduzido na fala de um dos usuários:

“Enfatizar a saúde do homem, o posto só aborda coisas relacionadas à saúde mulher. Vasectomia é um exemplo do que poderia ser abordado.” (U3)

A opinião da realidade das pessoas, das suas condições de vida, cultura e costumes permitem ao estudante construir uma concepção do processo saúde-doença, na qual compreendem os determinantes e as relações das doenças com o modo de vida e trabalho das pessoas. Essa concepção possibilita uma mudança no cuidado à saúde dos usuários, família e comunidade, permitindo um cuidado mais voltado para as ações de vigilância à saúde, o que leva à integralidade no cuidado do paciente, aprimorando, assim, as ações de atenção à saúde⁽¹¹⁾.

Com base na Tabela 4, podemos discutir sobre a real vantagem de ter o estudante de enfermagem na unidade de saúde, segundo a percepção dos usuários. A tabela nos mostra os dados quantitativos obtidos após análise dos depoimentos dos usuários. Podemos constatar que a maioria dos usuários (69,2%) relatou que os alunos “agilizam o atendimento” e “ajudam a equipe”, como observamos nas falas:

“Ajuda os profissionais da unidade e agiliza os procedimentos, além de ajudar as pessoas da comunidade.” (U14)

“Ajuda no andamento das atividades no posto, diminuindo o tempo de espera.” (U17)

Constatamos que o aluno é bem-vindo, bem recebido pelos moradores da comunidade e ajudam os profissionais da unidade a desenvolver suas atividades, agilizando o atendimento, diminuindo o tempo de espera e auxiliando na melhoria da qualidade do serviço prestado na Unidade de Saúde.

Tabela 4. Vantagens da atuação dos estudantes na USF. Salvador/BA, 2015

Vantagem	N	%
Agiliza o atendimento	9	34,60
Ajuda a equipe	9	34,60
Traz conhecimento para a comunidade	4	15,40
Incentiva a equipe	1	3,80
Ajuda a comunidade	1	3,80
Demonstra paciência	1	3,80
Conscientiza a comunidade	1	3,80
Preocupa-se com a satisfação dos usuários	1	3,80

Quando questionados sobre as desvantagens de ter os discentes atuando na comunidade, 69,2% (18) relataram que não havia desvantagem; 19,2% (5) não souberam responder; e 11,6% (3) relataram que havia sim desvantagens, como vemos nas falas abaixo:

“Às vezes eles não têm experiência.” (U1)

“Podem fazer algo errado, por não terem experiência ainda.” (U7)

“Alguns ainda com irresponsabilidade, devido à imaturidade da vida profissional.” (U25)

Podemos observar nestes discursos que alguns usuários se sentem inseguros em relação às atividades que os estudantes podem realizar. Essa falta de confiança pode ser traduzida pelo fato de que os usuários desconhecem as reais habilidades dos

estudantes, o que acaba gerando um medo/temor de o estagiário não saber o que está fazendo.

Apesar de alguns usuários demonstrarem insegurança com as ações realizadas pelos discentes, quando questionados sobre a interferência que os discentes exercem na comunidade, 84,6% (22) classificaram como positiva e 15,4% (4) não souberam responder. Assim, pudemos perceber em suas falas, que toda e qualquer atividade que os estudantes venham a desenvolver em prol da comunidade são de interferência positiva:

“As atividades ajudam a comunidade e não interferem negativamente.” (U20)

“Ajuda a comunidade, melhorando os serviços oferecidos no posto e trazendo informações.” (U10)

Ou seja, todas as atividades realizadas são para benefícios da comunidade, aumentando o conhecimento da população ao trazer discussões e orientações sobre diversos temas, organizando e melhorando os atendimentos à saúde prestados pela unidade e, acima de tudo, apoiando o desenvolvimento da comunidade. Pelos resultados obtidos, percebemos que a inserção dos acadêmicos nos serviços de saúde coletiva é uma excelente oportunidade para conhecer o funcionamento integral de uma USF, a realidade do SUS e seus princípios, bem como os serviços prestados e as necessidades dos usuários, possibilitando maior integração da teoria com a prática, a multidisciplinaridade e a possibilidade de compartilhar saberes⁽¹²⁾.

Conclusão

Pode-se compreender que a inserção dos estudantes na USF traz benefícios para a comunidade e para a população que utiliza os serviços prestados pelo SUS, além de contribuir para o desenvolvimento acadêmico do aluno, uma vez que, o programa de estágio é um processo importante no desenvolvimento e aprendizagem do discente, pois aperfeiçoa suas técnicas e promove oportunidades de vivenciar na prática conteúdos acadêmicos, garantindo desta forma, a aquisição de conhecimentos e atitudes relacionadas com a profissão escolhida.

Portanto, ao se propor ouvir a opinião dos usuários da USF, gerou a possibilidade de avaliar quais as vantagens e desvantagens a população têm ao ter estudantes nos campos de estágio, além de coletar sugestões que podem levar melhorias à dinâmica do trabalho nas comunidades.

No entanto, durante a coleta de dados foi perceptível a baixa adesão dos usuários à pesquisa, pois os mesmos se recusavam a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mesmo sendo explicado para cada um o objetivo da pesquisa e deixando claro que não teria qualquer influência negativa no cadastro ou no atendimento deles na unidade. Além disso, a USF estava passando por problemas internos, apresentava uma quantidade reduzida de funcionários, pois alguns foram destituídos e não houve a reposição, o que consequentemente, reduziu a busca da comunidade pelos serviços de saúde oferecidos pela Unidade.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabe-

lecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

2. Ministério da Saúde. Guia prático Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

3. Santos RM, Ribeiro LCC. Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro. *Cogitare Enferm.* 2010;15(4):709-15.

4. Santos BRL, Moraes EP, Piccinin GC, Sagebin HV, Eidt OR, Witt RR. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. *Rev Bras Enferm.* 2000;53(Esp):49-59.

5. Driusso P, Sato TO, Joaquim RHVT, Moccellini AS, Mascarenhas SHZ, Salvini TF. Percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde sobre a inserção discente nas Unidades de Saúde da Família. *Braz J Phys Ther.* 2013;17(4):367-72.

6. Ito EE. O estágio curricular segundo a percepção dos enfermeiros assistenciais de um hospital de ensino [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2005.

7. Bardin, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

8. Silva AH, Fossá MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. In: IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade. Brasília (DF); 2013.

9. Barbosa CJL. Saúde do homem na atenção primária: mudanças necessárias no modelo de atenção. *Rev Saúde Desenvolv.* 2014;6(3):99-114.

10. Miliquin IOC. Desigualdade no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(7):1392-1406.

11. Almeida FCM, Maciel APP, Bastos AR, Barros FC, Ibiapina JR, Souza SMF, et al. Avaliação da inserção do estudante na Unidade Básica de Saúde: visão do usuário. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36(1 Supl 1):33-9.

12. Pizzinato A, Gustavo AS, Santos BRL, Ojeda BS, Ferreira E, Thiesen FV, et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36(1 Supl 2):170-7.

Aimée de Carvalho Leite Menezes é enfermeira pela Universidade Salvador (UNIFACS) e pós-graduanda em Enfermagem em Pediatria e Neonatologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). E-mail: aimee.carvalho@hotmail.com

Camila Albuquerque de Brito é enfermeira pela Universidade Salvador (UNIFACS). E-mail: milaalbuquerque42@hotmail.com

Cristiane Costa Reis da Silva é enfermeira pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), especialista em Estomatoterapia pela Universidade de Taubaté (UNITAU), mestre em Medicina Interna e Terapêutica e doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), docente na Universidade Jorge Amado (UNIJORGE) e na Universidade Salvador (UNIFACS). E-mail: cristianereisfb@gmail.com

Aleitamento materno: necessidades e demandas de serviços de saúde das mães no alojamento conjunto

Breastfeeding: mother's health needs and demands in rooming-in care

Sabrina Viana Quiles Martins¹, Maria Rita Rodrigues Vieira¹

Resumo

Introdução: O leite materno é um nutriente essencial na vida da criança, sendo rico em nutrientes. O alojamento conjunto é importante para a formação do vínculo binômio mãe-filho e um meio para as mães aprenderem sobre a amamentação. **Objetivo:** Verificar as necessidades das mães sobre a prática do aleitamento materno em uma Unidade de Alojamento Conjunto de um Hospital Materno Infantil. **Casística e Métodos:** Estudo analítico, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido no alojamento conjunto em um Hospital Materno Infantil, em São José do Rio Preto-SP. Fizeram parte do estudo 50 mães em acompanhamento do recém-nascido, internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que consentiram na participação, tendo idade igual ou maior que 18 anos. **Resultados:** Das mães, 52% apresentaram idade entre 21 e 30 anos, 92% realizaram de 6 a 12 consultas no pré-natal, 96% estavam amamentando no momento. Uma grande parte das mães (66%) relatou não ter recebido orientações sobre aleitamento materno no alojamento conjunto. Relataram mais de uma necessidade de intervenção na amamentação, durante o período em que estavam no alojamento conjunto: 41 (82%) cuidados com as mamas, 26 (52%) falta de incentivo ao aleitamento materno, 24 (48%) orientação dos profissionais de enfermagem, 16 (32%) auxílio na hora de colocar o recém-nascido para sugar. **Conclusão:** Apesar de as mães saberem o tempo de amamentação, que o próprio leite é suficiente, não entendem o que seja aleitamento materno exclusivo em livre demanda, por quanto tempo recém-nascido deve sugar o seio, o período de adaptação recém-nascido/mãe na primeira semana e manifestaram algumas necessidades quanto à amamentação. O que leva a perceber que há ainda muitas dúvidas sobre a prática do aleitamento materno.

Descritores: Aleitamento Materno; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Mães; Alojamento Conjunto.

Abstract

Introduction: Breast milk is an essential nutrient in the child's life because it is rich in nutrients. Rooming-in care is important for mother-child bond's formation, and away for mothers to learn about breastfeeding. **Objective:** Verify mothers' needs of the practice of breastfeeding in a rooming-in care at Mother and Child Hospital. **Patients and Methods:** This is an analytical, cross-sectional, and descriptive study with a quantitative approach. It was developed in rooming-in care at a Maternal Child Hospital in São José do Rio Preto-São Paulo. The study included 50 mothers accompanying their newborn admitted to the Unified Health System (SUS), who consented to participate in the study and were aged 18 years and over. **Results:** Of the mothers, 52% were aged between 21 to 30 years; 92% had 6 to 12 prenatal care consultations, and 96% were breastfeeding at the time. Most of the mothers (66%) reported that they did not receive guidance about breastfeeding in rooming-in care. They reported more than one need for intervention on breastfeeding. During their rooming care stay, they reported the following needs: 41 (82%) needed breast care, 26 (52%) reported lack of incentive to breastfeeding, 24 (48%) did not have orientation of nursing professionals, 16 (32%) needed help to make the newborn to suckle. **Conclusion:** Although mothers know the duration of breastfeeding and that their own milk is sufficient, they do not understand what exclusive breastfeeding on demand is. They also do not know for how long the newborn should suck the breast and what the period of newborn-mother adaption in the first week is, among other lacks of knowledge. This led us to note that there are still many unanswered questions about the practice of breastfeeding.

Descriptors: Breast Feeding; Health Services Needs and Demand; Mothers; Rooming-in Care.

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)- São José do Rio Preto-SP- Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: SVQM delineamento do projeto, coleta de dados, análise e discussão dos resultados, conclusão e elaboração do manuscrito. MRRV orientação do projeto, da análise dos resultados, discussão e conclusão, etapas de execução e elaboração do manuscrito.

Contato para correspondência: Sabrina Viana Quiles Martins

E-mail: sabrina.quiles@hotmail.com

Recebido: 25/02/2016; **Aprovado:** 11/05/2016

Introdução

O aleitamento materno é fundamental na vida da criança, sendo essencial no crescimento e desenvolvimento, tanto físico e mental, como também uma forma de diminuir a morbimortalidade infantil em especial no primeiro ano de vida. O aleitamento materno exclusivo é recomendado até os seis meses de idade. Após esse período a alimentação do bebê deve ser complementada com outros tipos de alimentos, adequando-os conforme a idade, e deve-se estender o aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais. Porém, há algumas restrições ao aleitamento materno quando a mãe é infectada pelo HIV, algumas medicações incompatíveis com a amamentação, infecção herpética se mamilos com fissuras, como outras doenças infecciosas que podem ser transmitidas ao recém-nascido (RN)⁽¹⁾

O leite materno é um nutriente importante para o lactente, sendo composto por proteínas, gorduras e carboidratos. O primeiro leite produzido pela mãe é denominado de colostro, além de ser nutritivo, contém uma quantidade maior de substâncias protetoras como anticorpos⁽²⁾.

A amamentação exclusiva, além de oferecer benefícios para RN como, aumento de anticorpos, ganho de peso, auxilia no desenvolvimento físico, previne a contração de doenças infecciosas, principalmente as diarreias e infecções respiratórias que são doenças importantes causadoras de mortalidade infantil. Nas mães, os benefícios da amamentação promovem o vínculo entre o binômio mãe-filho, ajuda na contração uterina e de seus vasos, atuando na diminuição de hemorragias pós-parto, auxilia na perda de peso adquirido na gestação e diminui a probabilidade da ocorrência de câncer de mama⁽³⁾.

No começo dos anos 1980, em virtude da taxa elevada de desmame precoce no país, a Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde e o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), por meio do programa “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”, determinaram a implantação do alojamento conjunto no Brasil, definido como um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio fica com a mãe no mesmo ambiente, em torno de 24 horas por dia até a sua alta hospitalar. Nesse sistema são fornecidas as devidas orientações à mãe sobre a saúde do binômio mãe-filho e cuidados assistenciais realizados pelos profissionais da saúde. Aprovado em 26 de agosto de 1993, Portaria nº 1016, com a intenção de implantar as normas básicas do Sistema de Alojamento Conjunto (SAC), que teve como objetivo incentivar o aleitamento materno, favorecer o vínculo entre mãe e filho, contribuir com a redução de infecção hospitalar⁽⁴⁾.

Nesse mesmo período houve também outras campanhas para incentivar o aleitamento materno, como a criação dos Bancos de Leite, Método Canguru, Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, entre outros⁽⁵⁾.

Estudos realizados no Brasil mostram que as taxas do aleitamento materno exclusivo aumentaram nos últimos anos, porém, a média não ultrapassa 23 dias, contribuindo assim para um grande problema para saúde pública e que atinge principalmente as pessoas de baixa renda. Entretanto a amamentação dura em média 90 dias. Destes estudos, aproximadamente 6% conseguem realizar a amamentação exclusiva até o segundo mês de vida do bebê. Perante os índices mostrados, há necessidade de a equipe enfermagem inte-

ragir mais com as puérperas no alojamento conjunto, em relação a suas necessidades com o bebê, incentivando o aleitamento materno, orientando sobre as vantagens e benefícios do leite e ajudando nas possíveis dificuldades que podem surgir na amamentação⁽⁶⁾. Há estudos científicos que comprovam que ao colocar o recém-nascido para sugar o seio materno nas primeiras horas de vida, existe a chance do estabelecimento de um vínculo materno maior, possibilitando uma possibilidade menor do desmame precoce⁽⁷⁾. Os profissionais devem ajudar as mães nesse momento, fornecendo orientações sobre amamentação, tendo uma linguagem de fácil compreensão, devendo mostrar interesse ao comunicar-se tirando dúvidas, medos e receios pela amamentação. Além disso, devem promover o cuidado com as mamas, para prevenir possíveis lesões durante a amamentação⁽⁸⁾.

A elaboração deste estudo possibilitou a identificação das mães nas suas necessidades com o aleitamento materno. O presente estudo teve como objetivo verificar as necessidades das mães sobre a prática do aleitamento materno em uma unidade de alojamento conjunto em um Hospital Materno Infantil.

Casística e Métodos

Trata-se de um estudo analítico, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido no alojamento conjunto em um Hospital Materno Infantil, em São José do Rio Preto-SP, que é referência para gestação de alto risco. Os dados foram coletados após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP, conforme Resolução 466/12 do CNS, nº 1.183.729, do consentimento informado dos sujeitos do estudo e autorização dos responsáveis pelos locais da pesquisa. Fizeram parte do estudo 50 mães em acompanhamento do recém-nascido, internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na Unidade de Alojamento Conjunto no período de agosto a outubro de 2015, e que consentiram participar por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo idade igual ou superior a 18 anos. A coleta de dados foi realizada com entrevista individual, no quarto, por meio de um instrumento, elaborado pelo próprio pesquisador, contendo questionamentos relativos à caracterização da população estudada, a gestação e aleitamento materno, e por meio de observação na hora da prática do aleitamento materno. Os riscos dos sujeitos para a participação no estudo foram mínimos, uma vez que não houve ações terapêuticas, podendo apresentar o constrangimento ao responder os questionamentos durante a entrevista. As respostas foram transcritas manualmente pelo pesquisador e repetidas aos sujeitos para confirmação. Os resultados foram analisados quantitativamente, agrupados e relacionados de acordo com a sua especificidade, apresentados em tabelas ou de forma discursiva.

Resultados

Em relação ao perfil sociodemográfico 26 (52%) das mães apresentavam idade entre 21 e 30 anos (média de 28 anos), 68% (34) eram católicas, 23 (46%) mantinham uma situação conjugal em união estável, 25 (50%) possuem escolaridade até o ensino médio completo, 34 (68%) moravam em casa alugada, sendo que 28 (56%) não exerciam atividade remunerada e a renda familiar da maioria (72%) era de 1 a 2 salários mínimos.

Quanto à gestação, 46 (92%) realizaram de 6 a 12 consultas no pré-natal, 47 (94%) estavam com a caderneta de vacinação atualizada e 39 (78%) eram múltiparas. O tipo de parto realizado foi cesárea em 43 (86%) (Tabela 1).

Tabela 1. Dados referentes à gestação segundo relato das mães. São José do Rio Preto/SP, 2015

	N	%
Consulta no pré-natal		
6 - 12 consultas	46	92
4 - 5 consultas	4	8
Imunização		
Sim	47	94
Não	3	6
Primigesta		
Não	39	78
Sim	11	22
Gestações anteriores		
2 a 3	28	56
4 a 5	9	18
6	1	2
9	1	2
Aborto		
Não	27	54
Sim	12	24
Tipo de Parto		
Cesárea	43	86
Normal	7	14

Dos recém-nascidos, segundo relato das mães, 26 (52%) eram do sexo feminino e 24 (48%) do masculino, com idade de 25 a 48 horas de vida (58%) e 38 (76%) com idade gestacional de 37 a 40 semanas. Na avaliação médica, o valor do Apgar mais frequente foi 9 e 10 (64%). Em relação ao peso ao nascer, 29 (58%) foram $\geq 3.000\text{g}$ (Tabela 2).

Tabela 2. Dados referentes ao RN segundo relato das mães. São José do Rio Preto/SP, 2015

	N	%
Sexo		
Feminino	26	52
Masculino	24	48
Idade		
25 - 48 horas	29	58
≤ 24 horas	13	26
≥ 48 horas	8	16
Idade gestacional		
37 - 40 semanas	38	76
34 - 36 semanas	12	24
Apgar		
9/10	32	64
9/9	7	14
8/9	4	8
8/10	2	4
7/8	2	4
5/8	1	2
6/8	1	2
7/9	1	2
Peso ao Nascer		
$\geq 3.000\text{gr}$	29	58
2.500 - 2.999g	14	28
1.500 - 2.499g	7	14

Em relação ao aleitamento, 48 (96%) das mães estavam amamentando no momento e 2 (4%) não, pois relataram dificuldade e ausência de leite. Além disso, 33 (66%) relataram não ter recebido orientações no alojamento sobre o aleitamento e 17 (34%) receberam, sendo estas: “Oferecer somente o leite materno 3/3h até 6 meses” e “Não oferecer nenhum tipo de alimento”. Quando questionadas se houve dificuldade para amamentar, 37 (74%) das mães responderam que não, 13 (26%) relataram dificuldade, sendo a principal queixa não saber posicionar o recém-nascido (4 - 8%) (Tabela 3).

Tabela 3. Dados referentes ao aleitamento materno atual, orientações recebidas e dificuldade na amamentação segundo relato das mães. São José do Rio Preto/SP, 2015

Variáveis	N	%
Está amamentando no momento		
Sim	48	96
Não	2	4
Orientações no alojamento conjunto		
Não	33	66
Sim	17	34
Orientações relatadas		
Oferecer somente o leite materno 3/3h até 6 meses	16	32
Não oferecer nenhum tipo de alimento	1	2
Houve dificuldade para amamentar		
Não	37	74
Sim	13	26
Fator da dificuldade		
Não sabe posicionar o RN	4	8
Mamilo plano + RN não pega	3	6
Dor	2	4
Relata não ter leite	2	4
Dor e mamilo com fissura	1	2
RN não suga corretamente	1	2

O tempo do aleitamento materno para a criança, segundo as mães, deve ser por mais de 6 meses de vida (32-64%). A maioria (86%) relatou que somente o próprio leite era suficiente para os recém-nascidos. Quanto ao aleitamento materno exclusivo em livre demanda, 44 (88%) não souberam responder o que era e das que responderam, 6 (12%) relataram que era: “Aleitamento materno sem horários rígidos, sempre quando o RN quiser” e “Amamentar de 3/3h”. Em relação ao tempo da mamada, 11 (22%) não souberam responder o período pelo qual o RN deve permanecer sugando a mama e 10 (20%) relataram ser por 15 minutos (Tabela 4). Referente ao ambiente do alojamento conjunto para a prática

do aleitamento materno, a maioria (94%) relatou sentir-se à vontade para amamentar durante o período de internação e as que não se sentiram à vontade relataram vergonha e falta de privacidade.

Tabela 4. Dados referentes ao tempo de amamentação, produção, do leite, aleitamento materno exclusivo e tempo de sucção do RN segundo relato das mães. São José do Rio Preto/SP, 2015

Variáveis	N	%
Tempo de amamentação sugerível		
Mais de 6 meses	32	64
Até 6 meses	17	34
2 meses	1	2
Produção de leite suficiente para RN		
Sim	43	86
Não	7	14
Entendimento sobre aleitamento materno exclusivo em livre demanda		
Não	44	88
Sim	6	12
Aleitamento materno exclusivo em livre demanda sugerível		
Aleitamento materno sem horários rígidos, sempre que quiser	5	10
Amamentar de 3/3h	1	2
Tempo que o RN deve sugar o seio materno		
Não soube informar	11	22
Até 15 minutos	10	20
Até quando o RN dormir	9	18
Até 30 minutos	8	16
Até 40 minutos	6	12
Até quando a “mama esvaziar”	6	12

Na entrevista as mães relataram mais de uma necessidade de intervenção na amamentação durante o período em que estavam no alojamento conjunto, sendo estas: 41 (82%) cuidados com as mamas, 26 (52%) falta de incentivo ao aleitamento materno, 24 (48%) orientação dos profissionais de enfermagem, 16 (32%) auxílio na hora de colocar o RN para sugar, 2 (4%) sentiu necessidade de auxílio na hora de amamentar e 5 (10%) relataram não sentir nenhuma necessidade.

No momento da observação do aleitamento materno, 40 (80%) apresentaram mamilo Protruso, 38 (76%) não apresentavam fissura mamilar e 12 (24%) apresentavam, 36 (72%) não apresentavam mamas ingurgitadas e 14 (28%) com ingurgitamento, porém, nenhuma com mastite. Em relação à sucção do RN no seio materno, 27 (54%) apresentavam uma pega correta, 34 (68%) estava em uma posição adequada e com boa postura da mãe 48 (96%) (Tabela 5).

Tabela 5. Dados referentes à observação durante a prática do aleitamento materno pelas mães. São José do Rio Preto/SP, 2015

Variáveis	N	%
Tipo de mamilo		
Protruso	40	80
Plano	8	16
Invertido	2	4
Fissura Mamilar		
Não	38	76
Sim	12	24
Ingurgitamento		
Não	36	72
Sim	14	28
Mastite		
Não	50	100
Pega correta		
Sim	27	54
Não	23	46
Posição do RN		
Correta	34	68
Inadequada	16	32
Posição da mãe		
Correta	48	96
Inadequada	2	4

Salientando que, durante a entrevista e observação, foram dadas orientações de acordo com as necessidades de cada mãe sobre o aleitamento materno, principalmente para as mães com mamilo invertido, fissura mamilar, ingurgitamento, pega e posição do RN inadequadas e posição materna. Percebeu-se que as mães têm maior dificuldade na prática do aleitamento materno no puerpério imediato, por estar em período de adaptação com o RN e este com a vida extrauterina.

Discussão

De acordo com este estudo, a maioria das mães apresentava faixa etária entre 21 e 30 anos. Estes dados são semelhantes com um estudo realizado em uma Unidade de Alojamento Conjunto de um hospital público do Rio Grande do Sul, que a faixa etária apresentada foi de 20 e 30 anos, ambas as partes do estudo caracterizaram uma prevalência de adultos jovens⁽⁹⁾. Outro fator importante é que 46% apresentavam situação conjugal como união estável, sendo este um dado favorável, pois estudos comprovam que na ausência do cônjuge pode ser um fator favorável ao desmame precoce. O apoio é fundamental a puérpera no início da amamentação e em sua continuidade⁽¹⁰⁾.

A maioria das mães possuía escolaridade até o ensino médio completo e com renda familiar de 1 à 2 salários mínimos, não exerciam atividade remunerada e moravam em casa alugada. Apesar da baixa renda, durante os resultados obtidos, constatou-

-se que não há muita interferência em relação à amamentação, sendo este um fator favorável, apesar de estudos relatarem que essas variáveis podem desfavorecer em relação ao aleitamento materno, pois alguns relatam que quanto maior o poder aquisitivo e a escolaridade, maior o índice do aleitamento materno exclusivo^(7,11).

O pré-natal é fundamental no período da gestação, pois além de assegurar um desenvolvimento gestacional, tem como finalidade garantir um parto saudável, tanto para o RN quanto para a mãe e, tem ainda como estratégia, favorecer o cuidado na atenção da mulher e é um meio para que haja o incentivo para o aleitamento materno. As consultas do pré-natal são importantes para o acompanhamento da gestação, sendo seis consultas o mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde⁽¹²⁾. Apenas 8% das mães não realizaram o mínimo de consultas durante o pré-natal, sendo um dado favorável na pesquisa, pois a maioria teve um acompanhamento adequado durante a gestação.

O Brasil ultrapassa 15% da taxa de cesárea no país, considerando esse procedimento como uma epidemia⁽¹³⁾. Neste estudo, pode-se observar que a taxa de parto cesárea foi de 86%, um dado desfavorável em relação ao estudo realizado em um Hospital de Ensino da Universidade Federal de Pelotas, localizada no Rio Grande Sul, sendo sua amostra de 20 mães juntamente com seu recém-nascido. Dos partos, 80% foram normais, porém, ambas as instituições atendem gestações de alto risco⁽¹⁴⁾. Esses dados são semelhantes ao índice de cesárea (79%) em estudo realizado com mães na atenção primária no município sobre conhecimento familiar no cuidado do lactente⁽¹⁵⁾, porém, existem estudos demonstrando que o tipo de parto cesárea e o início tardio da amamentação têm um fator negativo para o desfecho na amamentação⁽¹⁶⁾.

Dos recém-nascidos avaliados, a maioria apresentava idade gestacional entre 37 e 40 semanas, sendo classificados como RN a termo, que consiste, de acordo com o manual do Ministério da Saúde e Organização Pan-americana, o RN com idade gestacional de 37 a 41 semanas e 6 dias, independente do peso ao nascer⁽¹⁷⁾. Durante o exame físico, após o nascimento do bebê, o pediatra irá avaliar as condições físicas do RN, que consiste no 1º e no 5º minuto de vida e tem uma pontuação de 0 a 10, e é denominada como Apgar⁽¹⁸⁾. Dos RN avaliados, 64% apresentaram Apgar 9 e 10, sendo uma pontuação adequada.

O alojamento conjunto é definido como um sistema que proporciona o cuidado direto dos profissionais para as mães e recém-nascidos, contribuindo assim para a saúde e no incentivo ao aleitamento materno⁽⁸⁾. No entanto, a maioria das mães do estudo relatou não ter recebido orientações sobre amamentação e nem quanto à sua importância. Para haver promoção do aleitamento materno, é preciso que os profissionais de enfermagem tenham conhecimento técnico para poder orientá-las e ter a sensibilidade e um conhecimento adequado para poder ajudá-las nesse momento⁽²⁾.

Em relação ao tempo de amamentação, 64% relataram que devem amamentar seus filhos por mais de seis meses. O fator que levam as mães não amamentarem até os 2 anos, pode ser justificado pela falta de informações sobre a importância do aleitamento materno e outros fatores externos⁽¹⁹⁾. Atualmente,

o método de aleitamento materno exclusivo em livre demanda é um modelo em que os lactentes sejam alimentados quantas vezes forem solicitadas, ou seja, a mãe deve oferecer a mama sempre que o bebê solicitar⁽²⁰⁾. Na pesquisa, somente 12% souberam dizer o que era o aleitamento materno exclusivo em livre demanda. Em relação ao tempo da mamada, 22% não souberam responder o tempo pelo qual o RN deve sugar e 68% responderam de forma inadequada, sendo que o ideal é realizar o esvaziamento completo da mama⁽²¹⁾.

Observou-se que a maioria das mães relatou mais de uma necessidade de orientações no alojamento conjunto a respeito da amamentação, sendo as mais impactantes o cuidado com as mamas e a falta do incentivo ao aleitamento materno pelos profissionais de enfermagem. Para estes profissionais realizarem uma orientação sobre amamentação é um grande desafio, pois se deparam com uma demanda para a qual não foram preparados e que exige sensibilidade e habilidade⁽⁶⁾.

No momento da observação da mamada, 24% das mães apresentaram fissura mamilar, 28% apresentaram ingurgitamento da mama, 32% dos recém-nascidos apresentaram posição inadequada ao pegar o seio materno. Esses fatores detectados, geram consequências negativas para a produção de leite, influenciando assim o desenvolvimento do bebê⁽²¹⁾. Observa-se que é fundamental a capacitação dos profissionais de enfermagem para atender de forma adequada essas mães, principalmente orientar sobre a importância do aleitamento materno exclusivo⁽⁵⁾.

Conclusão

Na verificação das necessidades maternas sobre a prática do aleitamento materno, percebeu-se que apesar de as mães saberm o tempo de amamentação e que o próprio leite é suficiente, necessitam de entendimento sobre o que seja aleitamento materno exclusivo em livre demanda e por quanto tempo o RN deve sugar o seio. Além disso, apresentam maior dificuldade na prática do aleitamento materno no puerpério imediato, por estarem em período de adaptação com o RN e este com a vida extrauterina. O que leva a entender que há ainda muitas lacunas sobre a prática do aleitamento materno.

Em relação à assistência no alojamento conjunto, parece que está perdendo o seu objetivo que é dar informações, apoio e manejo necessário para a efetivação e eficácia dessa prática. Pode estar relacionado ao aumento do número de binômio com o mesmo número de recursos humanos do setor, ou pela falta de profissionais capacitados para orientá-las e garantir uma melhor assistência para as mães e seus recém-nascidos durante esse período, pois a melhoria desses aspectos pode ser uma medida de grande importância no aumento dos índices de aleitamento materno.

Referências

01. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar [monografia na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2015 Abr 20]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf

02. Costa LKO, Queiroz LLC, Queiroz RCS, Ribeiro TSF, Fonseca MSS. Importância do aleitamento materno exclusivo: uma revisão sistemática da literatura. *RevCiênc Saúde* [periódico na Internet]. 2013 Jan-Jun [acesso em 2015 Abr 17];15(1):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.periodicoseltronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/1920/69>
03. Marques MCS, Melo AM. Amamentação no alojamento conjunto. *RevCEFAC* [periódico na Internet]. 2008Abr-Jun [acesso em 2015 Abr 23];10(2):[aproximadamente 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v10n2/a17v10n2>
04. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.016, de 26 de agosto de 1993. Estabelece normas básicas para o alojamento conjunto. *Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1993 set. 1; Sec. 1, n.º 167:13066.*
05. Carvalho ACO, Saraiva ARB, Gonçalves GAA, Sores JR, Pinto. Aleitamento materno: promovendo o cuidar no alojamento conjunto. *Rev Rene* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2015 Maio 5];14(2):[aproximadamente 11 p.]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/80>
06. Adams F, Rodrigues FCP. Promoção e apoio ao aleitamento materno: um desafio para enfermagem. *Vivências RevEletrExt URI* [periódico na Internet]. 2010 Maio [acesso em 2015 Maio 8];6(9):[aproximadamente 5 p.]. Disponível em: http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_009/artigos/artigos_vivencias_09/n9_16.pdf
07. Barreto AC, Silva LR, Marialda MC. Aleitamento materno: a visão das puérperas. *RevEletrEnf* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2015 Maio 15];11(3):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a18.htm>
08. Pasqual KK, BracciallinAAD, Volponi M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. *CogitareEnferm* [periódico na Internet]. 2010 Abr/Jun [acesso em 2015 Maio 20];15(2):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <file:///C:/Users/30062/Downloads/17872-63319-2-PB.pdf>
09. Silva NM, Waterkemper R, Silva EF, Cordova FP, Bonilha ALL. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. *RevBrasEnferm*. 2014;67(2):290-5.
10. Silva BT, Santiago LB, LamonierJA. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30(1):122-30.
11. Ferreira M; Nelas P; Duarte J. Motivação para o aleitamento materno: variáveis intermitentes. *RevMillenium*. 2011;40:23-38.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
13. Organização Mundial de Saúde. Maternidade segura atenção ao nascimento normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
14. Vieira AC, Costa AR, Gomes PG. Boas práticas em aleitamento materno: aplicação do formulário de observação e avaliação da mamada. *RevSocBrasEnferm Ped*. 2015;15(1):13-20.
15. Souza MCB, Vieira MRR, Arias PV, Silva LKda, Werneck AL. Conhecimento familiar no cuidado do lactente para crescimento e desenvolvimento saudáveis. *ArqCiênc Saúde*. 2014;21(1):12-9.
16. Machado LU. Uso do complemento alimentar em recém-nascidos a termo submetidos à cesariana eletiva: efeito sobre o aleitamento materno. Porto Alegre: PUCRS; 2014.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ação Programática e Estratégica. Atenção a saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
19. Chaves RG, LamounierJA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr*. 2007;83(3):241-6.
20. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
21. CarvalhaesMABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de um protocolo. *J Pediatr*. 2003;79(1):13-20.

Sabrina Viana Quiles Martins é enfermeira, pós-graduada em Enfermagem Pediátrica pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal na Santa Casa de São José do Rio Preto. E-mail: sabrina.quiles@hotmail.com

Maria Rita Rodrigues Vieira é enfermeira, professora doutora adjunto no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: mariarita@famerp.br

Orientações em saúde no processo de alta hospitalar em usuários reinternados do Sistema Único de Saúde

Guidelines in health regarding hospital discharge process in readmitted users in the unified health system

Patrícia Faria Camargo¹, Larissa Delgado André¹, Neuseli Marino Lamari¹

Resumo

Introdução: A criação do Sistema Único de Saúde buscou a realização de um trabalho pela integralidade da assistência, prevenção, recuperação, pesquisa e educação em saúde. O tempo de internação e imobilidade no leito podem repercutir na força muscular respiratória e na capacidade funcional dos pacientes e uma equipe multiprofissional interfere de modo positivo no prognóstico funcional. A alta precoce incentiva a reabilitação, que exige conhecimento de vários profissionais a respeito da saúde funcional e enfatiza a interação da equipe interdisciplinar para continuidade aos cuidados e prevenção de agravos. **Objetivo:** identificar a importância das orientações realizadas no âmbito hospitalar após a alta no entendimento do paciente sobre seu estado de saúde para diminuição da internação hospitalar e manutenção dos cuidados ao paciente no domicílio pelo planejamento de alta. **Casística e Métodos:** Estudo realizado em um Hospital Escola de São José do Rio Preto, com 88 indivíduos, reinternados em enfermarias, sendo adultos ou idosos. O estudo foi desenvolvido por coleta de dados de prontuários e aplicação de questionário aos pacientes para caracterização da amostra. **Resultados:** Nesta pesquisa, 71% relataram que não foram encaminhados para reabilitação ambulatorial e 90% não foram encaminhados para centros de reabilitação; 51% receberam orientações da equipe de reabilitação antes da alta em sua última internação, e destes, 67% seguiram as orientações dadas. **Conclusão:** Há importância no acompanhamento do usuário do Sistema Único de Saúde no processo de alta hospitalar por meio de orientações, partindo do pressuposto da integralidade, pois a carência destas atividades gera falta de conhecimento e preparo nos cuidados prestados o que pode gerar possíveis complicações secundárias e novas reinternações.

Descritores: Assistência Integral à Saúde; Alta do Paciente; Aconselhamento Diretivo.

Abstract

Introduction: The conception of the National Health System pursued the development of a work through comprehensive care, prevention, recovery, research, and health education. The length of hospital stay and immobility in bed may affect the respiratory muscle strength and the functional capacity of patients. A multidisciplinary team can interfere positively in the functional prognosis. The early patient discharge encourages the rehabilitation, which requires knowledge of many professionals and emphasizes the functioning of the interdisciplinary team for the continuity of care and disease prevention. **Objective:** Identify the importance of the guidelines carried out at hospitals after discharge on the patient's understanding about his health in order to decrease hospitalization and maintenance of patient care at home through discharge planning. **Patients and Method:** Study conducted at a teaching hospital located in the city of São José do Rio Preto with 88 adults or elderly readmitted to the outpatient clinics. The study was conducted through data collection from medical records, and a questionnaire was applied to characterize the patients. **Results:** In this study, 71% of the patients reported that they were not referred to outpatient rehabilitation and 90% of them were not referred to rehabilitation centers; 51% received rehabilitation team guidelines before discharge in their last hospitalization. Of these, 67% followed the given guidelines. **Conclusion:** There is a significant importance in monitoring the multidisciplinary team during the hospital discharge process through guidelines and referrals based upon the premise of integrality. The lack of these activities creates a lack of knowledge and skills in caring, which can lead to possible secondary complications and new readmissions.

Descriptors: Comprehensive Health Care; Patient Discharge; Directive Counseling.

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto(FAMERP)-São José do Rio Preto-SP-Brasil

Conflito de interesses:

Não
Contribuição dos autores: PFC Coleta, tabulação de dados, delineamento do estudo, discussão dos achados e elaboração do manuscrito. LDA Coleta, tabulação de dados, delineamento do estudo, discussão dos achados e elaboração do manuscrito. NML Orientação do projeto, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito. TSS coleta, tabulação, delineamento do estudo e redação do manuscrito. FHAM delineamento do estudo. JTMP delineamento do estudo e elaboração do manuscrito. VDAP orientação do projeto, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito. HSPP discussão dos achados, etapas de execução e elaboração do manuscrito. SMTN orientação do projeto, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito

Contato para correspondência: Patrícia Faria Camargo

E-mail: pathycamargo_pfc@hotmail.com

Recebido: 23/02/2016; **Aprovado:** 09/05/2016

Introdução

A mudança do conceito de saúde após a reforma sanitária se consolidou com a publicação da nova constituição brasileira, em 1988, quando o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil, que tem como referencial de saúde direito de cidadania e pressupõe a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados. Com a concomitante criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), passou-se a buscar a realização de um trabalho delimitado pela integralidade da assistência: a prevenção, a assistência, a recuperação, a pesquisa e a educação em saúde⁽¹⁾.

Educação em saúde é um processo que beneficia o cuidador e o paciente, que auxilia no alívio de ansiedade e medos, no conhecimento sobre a doença e suas debilidades, favorece sua compreensão e o enfrentamento positivo da mesma, acelera o retorno ao convívio familiar, a retomada das atividades desenvolvidas anteriormente, reduz o custo com a hospitalização, eleva a sua estima pelo aumento da efetividade do tratamento e desaparecimento da sintomatologia, reduz a dor imediata ou residual, além de dar suporte aos cuidadores e, portanto leva a diminuição das reinternações⁽²⁾.

Readmissões hospitalares são frequentes e dispendiosas, com demanda crescente, diante de uma oferta que acompanhe o crescimento⁽³⁾. O processo de hospitalização é influenciado por fatores, como gravidade da doença, idade avançada, procedimentos médicos e cirúrgicos, repouso e imobilidade, infecções hospitalares, medicamentos, desnutrição e quedas estado nutricional, terapêutica empregada ou ambiente não responsivo⁽⁴⁾, podendo levar ao aumento das taxas de reinternações, do tempo de internação, custos elevados ao serviço público, desestruturação da dinâmica familiar e incapacidade futura⁽⁴⁻⁵⁾. É acompanhada geralmente, por diminuição da força muscular, inclusive respiratória, com o declínio funcional de 34-50% durante a hospitalização⁽⁶⁻⁷⁾.

Desta forma, uma equipe multiprofissional que inclui, em sua maioria, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicológicos, nutricionistas e assistentes sociais, pode interferir de modo positivo no prognóstico e na redução de sequelas, determinar maior segurança e otimizar a mobilidade física e a independência funcional e trazer maior segurança na realização dos cuidados em domicílio⁽⁸⁾.

Nos hospitais, a política incentiva a alta precoce (preparar e educar pacientes e familiares para reorganizar a vida em seus lares), de modo que assumam os próprios cuidados ou de familiares, a fim de prevenir e controlar afecções. O despreparo do cuidador poderá implicar em prejuízos e frequentes hospitalizações, conseqüente ansiedade e maior desgaste físico, com situações de risco para ambos^(3,9).

Assim, a alta hospitalar é um processo e não um evento isolado, que deve incluir o desenvolvimento e a implantação de um plano para facilitar a transferência do doente, do hospital para um local apropriado de reabilitação⁽¹⁰⁾ para continuidade da assistência por uma equipe multiprofissional ou a capacitação do cuidador para os cuidados necessários em domicílio, evitando assim novas reinternações⁽¹¹⁾.

O conhecimento das atividades de cuidado desenvolvidas no domicílio e/ou no ambulatório e as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de pacientes incapacitados ou para os próprios

pacientes poderão contribuir para as atividades educacionais da equipe interdisciplinar. Esse tem o intuito de desenvolver ações de preparo para a alta, de acompanhamento domiciliar e ambulatorial e de atenção ao cuidador, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos, e reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde-doença⁽¹²⁾. Desta maneira, as Redes de Atenção à Saúde são vistas como um modelo assistencial que preveem a integralidade entre os diversos níveis de atenção, primária, secundária e terciária, e convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas sob coordenação da atenção primária à saúde⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Reabilitação multiprofissional é definida como processo de cooperação que envolve o paciente, seus familiares e profissionais da saúde, para assegurar independência funcional e atuar a fim de evitar complicações decorrentes da internação, podendo compor um centro de reabilitação⁽¹³⁾. A continuidade dos cuidados é direito do doente internado e consiste na sequência, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde durante a hospitalização e de apoio social⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Neste contexto, buscou-se identificar a importância das orientações realizadas no âmbito hospitalar após a alta no entendimento do paciente sobre seu estado de saúde para diminuição da internação hospitalar e manutenção dos cuidados ao paciente no domicílio pelo planejamento de alta.

Casística e Métodos

O estudo foi desenvolvido em um Hospital Escola do município de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, em corte prospectivo, com usuários do SUS, adultos ou idosos, restritos ao leito de enfermarias por doença neurológica, reumática, geriátrica, ortopédica, traumática, cardiológica, pneumológica e oncológica, de ambos os sexos, reinternados nos meses de junho a outubro de 2014.

Foram incluídos no estudo os pacientes internados com as características acima citadas e que concordassem em participar da pesquisa. Já os que se encontravam em hemodiálise e na Unidade de Terapia Intensiva foram excluídos do estudo.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP (protocolo 30716814800005415), após a autorização da diretoria do Hospital e cadastrado na Plataforma Brasil, conforme resolução 422/2012. Após a obtenção da aprovação do projeto pelo CEP, realizou-se o convite aos possíveis participantes, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os riscos previstos foram mínimos e, quando presentes, referiam-se ao surgimento de desconforto em relação ao ato de participação da pesquisa.

A coleta de dados foi feita pelo grupo de alunos residentes multiprofissionais de Reabilitação Física da FAMERP, pela aplicação de instrumentos elaborados pelos pesquisadores na estrutura de questionários e por coleta de dados de prontuários, sendo o questionário aplicado para caracterização de pacientes reinternados nas enfermarias. Os dados foram tabulados e a interpretação dada por análise estatística descritiva simples. Foi utilizado processo de validação por dupla digitação em planilhas do aplicativo *Microsoft Excel*[®] (2010).

Resultados

O estudo incluiu 88 pacientes reinternados de um Hospital Escola Público de São José do Rio Preto, no período de 05 de junho de 2014 a 16 de junho de 2014. Observou-se média de idade de $56 \pm 17,9$ anos, sendo 48 (54,5%) do sexo masculino. Em sua maioria, 42 (47,8%) eram casados, 57 (64,8%) procedentes de cidades da região de São José do Rio Preto, 38 (43,2%) com escolaridade até a 4ª série, 44 (50%) eram aposentados e 57 (64,8%) moravam com até três pessoas em suas casas. Os dados foram obtidos por meio de um instrumento de avaliação na forma de questionário, no qual as respostas eram informadas pelo próprio paciente 47 (53,5%), pelos familiares 37 (42%) ou por outras pessoas que estavam acompanhando a internação 4 (4,5%). Os resultados relacionados ao perfil sociodemográfico e econômico da casuística estão expressos na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil sócio-demográfico e econômico de pacientes reinternados em um Hospital Escola de São José do Rio Preto/SP, 2014

	N	%
Gênero		
Feminino	40	45,5
Masculino	48	54,5
Estado civil		
Solteiro	19	21,6
Casado	42	47,8
União estável	4	4,5
Viúvo	7	7,9
Divorciado	16	18,2
Procedência		
São José do Rio Preto	31	35,2
Mirassol	7	7,9
José Bonifácio	4	4,5
Uchoa	4	4,5
Outras	42	47,9
E escolaridade		
Analfabeto/Funcional	8	9,1
Até 4ª série	38	43,2
5ª a 8ª série	16	18,2
2º grau incompleto	4	4,5
2º grau completo	9	10,3
Curso técnico	7	7,9
Superior incompleto	4	4,5
Superior completo	2	2,3
Na profissão		
Ativo	14	15,9
Inativo	13	14,8
Afastamento	6	6,8
Pensão	2	2,3
Aposentado	44	50,0
Aposentado/ativo	1	1,1
Sem resposta	8	9,1
Tipo de profissão		
Autônomo	20	22,7
Do lar	13	14,8
Trabalhador rural	11	12,5
Pedreiro	7	7,9
Outras	35	39,8
Nunca trabalhou	2	2,3
Nº de pessoas que moram na casa		
Até 3	57	64,8
4 a 6	28	31,8
Acima de 7	3	3,4

A Figura 1 demonstra os motivos da última internação dos pacientes entrevistados.

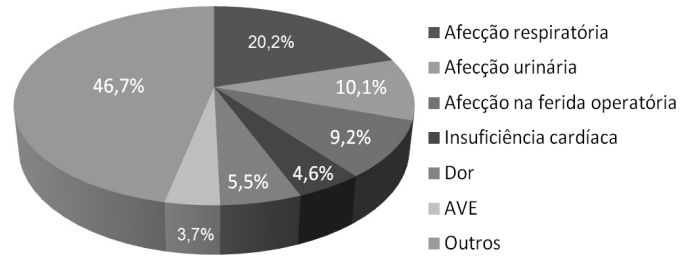


Figura 1. Distribuição percentual por afecção na última readmissão. São José do Rio Preto/SP, 2014

Dentre 88 pacientes avaliados, 47 (54%) responderam que foram esclarecidos quanto ao prognóstico funcional, outros 32 (36%) responderam não e 9 (10%) não souberam informar. E entre os 54% dos pacientes que relataram estar esclarecidos, 53% entenderam que serão reabilitados (Figura 2).

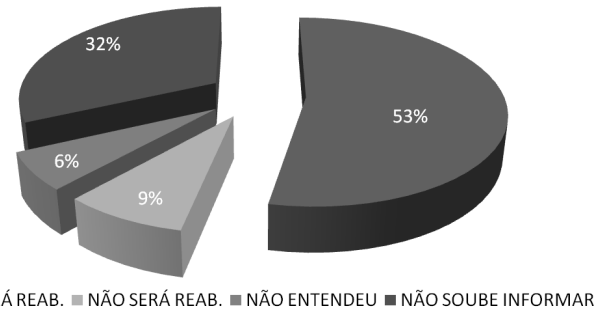


Figura 2. Ilustração da distribuição percentual de pacientes em relação ao entendimento sobre o prognóstico funcional. São José do Rio Preto/SP, 2014

Quando perguntados se houve orientação pela equipe de reabilitação antes da alta hospitalar em sua internação anterior, 45 (51%) responderam que sim, enquanto 37 (42%) responderam que não foram orientados e 6 (7%) não souberam informar. Deste orientados, prevaleceu-se o seguimento das orientações (67%) (Figura 3).

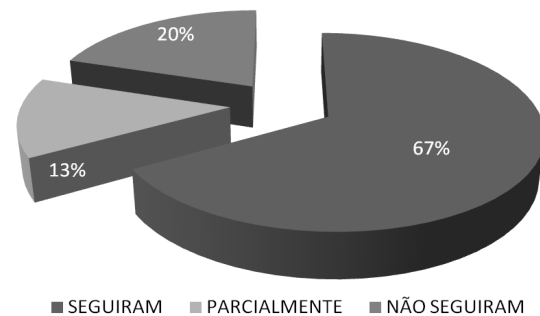


Figura 3. Ilustração da distribuição percentual de pacientes em relação ao seguimento das orientações. São José do Rio Preto/SP, 2014

A maioria dos pacientes 36 (40,9%) reinternou no período de três meses após a primeira internação e 34 (38,6%) apresentaram mais de três reinternações. Os principais motivos das reinternações foram relacionados com sintomas e/ou doenças cardíacas 19 (14,4%) e afecção respiratória 18 (13,6%). Durante as reinternações os pacientes receberam cuidados de diversas equipes, sendo a clínica médica 26 (16,4%), cardiologia 23 (14,5%) e cirurgia geral 19 (12%) as mais prevalentes.

Discussão

Muitos são os problemas vivenciados pelos pacientes e familiares após a alta hospitalar. Ambos necessitam desenvolver tarefas para solucionar situações inesperadas ou já presenciadas em ambiente hospitalar com suporte de profissionais de saúde. Um dos aspectos mais relevantes na reabilitação do paciente são as orientações passadas a ele e, principalmente, à família, que tem influência significativa sobre a saúde do indivíduo⁽¹⁶⁾. Nesta pesquisa foi constatado que 51% dos pacientes receberam orientações da equipe de reabilitação, composta por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas e fonoaudiólogos antes da alta hospitalar em sua última internação e, destes, 67% relataram seguir todas as orientações, 20% seguiram parcialmente e outros 13% não seguiram. Diante do exposto, pode-se constatar que além dos 49% não terem recebido orientações, grande parte não dá continuidade às orientações ou as rejeitam no momento da alta, o que dificulta o processo de reabilitação.

Na prática clínica, as orientações, em sua maioria, são realizadas no momento de alta hospitalar pelos profissionais de uma equipe multidisciplinar, em que há possibilidade de o paciente não compreender a informação verbal, esquecê-la ou rejeitá-la⁽¹⁷⁾. Dentre elas, os cuidados em pós-operatórios, o uso correto de medicações, exercícios e posicionamentos, a estimulação psíquica, sensorial e motora, os cuidados referentes à alimentação, o uso de sonda enteral, disfagia e a necessidade de continuidade à assistência por uma equipe multiprofissional.

Na educação à saúde do paciente internado, tanto a informação verbal quanto a escrita, são importantes e complementares⁽¹⁷⁾. Estudo ressalta que o alto custo das internações busca minimizar o tempo de internação do paciente, sendo necessário o planejamento de alta hospitalar. Reforça ainda a preocupação em assegurar a continuidade do tratamento e que as reinternações ocorrem principalmente pelo desconhecimento dos pacientes e familiares acerca dos cuidados a serem efetivados no domicílio⁽¹⁸⁾.

Foram colhidas também, na presente pesquisa, as informações de que 54% dos pacientes foram esclarecidos quanto ao prognóstico funcional e 36% não. Destes 54% orientados, 53% entenderam que serão reabilitados, outros 9% referiram que não, 6% responderam que não entenderam e 15% não souberam informar. O prognóstico funcional apresenta relação direta entre o prejuízo motor e o nível de gravidade da doença e considera também a influência cognitiva sobre o desempenho motor, a condição socioeconômica da família, a realização de acompanhamento com equipe multidisciplinar e as necessidades diárias que irão interferir para que o usuário SUS adquira sua independência de maneira funcional⁽¹⁹⁾.

Alguns autores destacam os seus princípios, como a educação do doente ser feita ao longo da internação e não apenas na alta, a fim de que o paciente e cuidador apresentem total compreensão de seu quadro clínico e suas necessidades; oferta aos pacientes da informação necessária com linguagem acessível; fornecimento de um plano de alta escrito com dados de medicamentos e sua posologia, dieta e estilo de vida, instruções sobre procedimentos, exercícios e consultas de saúde posteriores à alta; informação sobre a internação, sinais e sintomas de risco; entre outros⁽²⁰⁾. Também reforçam a importância da organização na hora de transmitir as informações aos pacientes e cuidadores, a fim de maximizar o entendimento, autonomia do paciente e aceitação. Isto pode ser percebido pelos dados da amostra deste estudo, que reforçam a dificuldade de compreensão do paciente quanto às informações passadas pelos profissionais de saúde.

Nesta amostra, observou-se que a maioria da população apresenta baixa escolaridade. Uma das exigências educacionais atuais em saúde, de acordo com a OMS⁽²¹⁾, é a busca e aplicação de estratégias que beneficiem as atitudes de saúde e o envolvimento consciente dos cidadãos na superação de dúvidas e temores relacionados aos cuidados a serem implementados no processo saúde-doença, sem restrições geográficas ou socioculturais.

Há a necessidade de estabelecer um protocolo de orientações para alta, de modo a facilitar e melhorar sua efetividade⁽²²⁾. O processo de alta envolve um trabalho em conjunto, desde as orientações antes da alta e a realização de encaminhamentos para continuidade à assistência pela equipe multiprofissional, o que pode influenciar assim, no índice de reinternações⁽²³⁾. A comunicação inadequada e/ou técnica durante as transições de cuidados pode dificultar o entendimento referente ao estado de saúde, a monitorização e tratamento adequado e gerar implicações não só na segurança do doente e qualidade dos cuidados, mas também na sua saúde⁽²⁴⁾.

A alta hospitalar é um processo que deve implantar e desenvolver um plano para facilitar a transferência do doente do hospital para um local apropriado, o que nem sempre acontece. Esse programa é um conjunto de atividades que envolvem, tanto os doentes quanto os prestadores de cuidados de saúde, num trabalho em equipe de forma a facilitar assim a transferência de cuidados⁽²⁵⁾. As necessidades físicas e psicossociais do doente e do cuidador após a alta, devem ser avaliadas precocemente para delinear um plano de cuidado efetivo, no qual, não só o paciente esteja aderido às orientações, à reabilitação e ao processo de alta hospitalar, mas seu cuidador, a fim de que, todo o processo de assistência em saúde seja pleno⁽²⁶⁾.

Conclusão

Conclui-se que o programa de alta hospitalar é dependente de atividades que envolvem, tanto os pacientes quanto seus cuidadores, em um trabalho de equipe, de forma que facilite a transferência para o domicílio. Esse deve garantir a continuidade dos cuidados e consiste nas intervenções integradas pelas redes de atenção à saúde e de apoio social. É relevante o atendimento e acompanhamento por uma equipe multidisciplinar no processo de alta hospitalar com orientações, que partam do pressuposto da integralidade, uma vez que a carência destas atividades gera falta

de conhecimento e preparo nos cuidados prestados, possíveis complicações secundárias e novas reinternações.

Referencias

01. Carvalho FG. O trabalho da fisioterapia na assistência ao idoso na atenção básica. *Cad Saúde Desenvol.* 2013;3(2):21-34.
02. Tsukamoto HF, Almeida AF, Bortolotti LF, Ribeiro EA, Maiola FRE, Salvador GA, et al. A problemática do cuidador familiar: os desafios de cuidar no domicílio. *Saúde Pesqui.* 2010;3(1):53-8.
03. Lawson EH, Hall BL, Louie R, Ettner SL, Zingmond DS, Han L, et al. Association between occurrence of a postoperative complication and readmission: implications for Quality Improvement and Cost Savings. *Ann Surg.* 2013;258(1):10-8. doi: 10.1097/SLA.0b013e31828e3ac3.
04. Costa FM, Correa ADB, Narala Neto E, Vieira EMM, Narala MLS, Lima E, et al. Avaliação da funcionalidade motora em pacientes com tempo prolongado de internação hospitalar. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde.* 2014;16(2):87-91.
05. GRAF C. Functional decline in hospitalized older adults: it's often a consequence of hospitalization, but it doesn't have to be. *AJN The Am J Nursing.* 2006;106(1):58-67.
06. Courtney MD, Edwards HE, Chang AM, Parker AW, Finlayson K, Hamilton K. A randomised controlled trial to prevent hospital readmissions and loss of functional ability in high risk older adults: a study protocol. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:202. DOI: 10.1186/1472-6963-11-202.
07. Pinto LM, Pereira AB, Fabri AF. Desempenho ocupacional em atividades de vida diária de pessoas com desnutrição crônica internadas em enfermarias de clínica médica. *Cad Ter Ocup UFSCar.* 2013;21(2):307-12. DOI: 10.4322/cto.2013.032.
08. Pashley E, Powers A, McNamee N, Buivids R, Piccinin J, Gibson BE. Discharge from outpatient orthopaedic physiotherapy: a qualitative descriptive study of physiotherapists' practices. *Physiother Can.* 2010;62(3):224-34. DOI: 10.3138/physio.62.3.224.
09. Vieira CPB, Fialho AVM. Perfil de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico. *Rev Rene Fortaleza.* 2010;11(2):161-9.
10. Garção FS. Planejamento da alta hospitalar: impacto nos indicadores de desempenho hospitalar [dissertação]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2013.
11. Shepperd S, Parkes J, McClaran J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(1):CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.
12. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciênc Cuid Saúde.* 2008;7(1):65-72. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v7i1.4908.
13. Momsen AM, Rasmussen JO, Nielsen CV, Iversen MD, Lund H. Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews. *J Rehabil Med.* 2012;44(11):901-12. DOI: 10.2340/16501977-1040.
14. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. [acesso em 2014 Dez 2]. Carta dos Direitos do Doente Internado; [aproximadamente 12 telas]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
15. Burke RE, Guo R, Prochazka AV, Misky GJ. Identifying keys to success in reducing readmissions using the ideal transitions in care framework. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:423. doi: 10.1186/1472-6963-14-423.
16. Meirelles ARN, Luedy A, Menezes D, Ribeiro H. Implantação de um programa de educação do paciente em um hospital público. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2015;39(3):668-80. DOI: 10.5327/Z0100-0233-2015390300015.
17. Coriolano-Marinus MWV, Pavan MI, Bettencourt ARC. Validation of educational material for hospital discharge of patients with prolonged domiciliary oxygen prescription. *Esc Anna Nery.* 2014;18(2):284-89. DOI: 10.5935/1414-8145.20140041.
18. Souza PMBB, Queluci GC. A arte de cuidar em pacientes com insuficiência cardíaca na alta hospitalar: considerações para a prática assistencial na enfermagem. *J. Res Fundam Care.* 2014;6(1):153-67. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n1p153.
19. Rebel MF, Rodrigues RF, Araújo APQC, Corrêa CL. Prognóstico motor e perspectivas atuais na paralisia cerebral. *Rev Bras Cresc Desenv Hum.* 2010;20(2):342-50.
20. Greenwald JL, Jack BW. Preventing the preventable: reducing rehospitalizations through coordinated, patient-centered discharge processes. *Prof Case Manag.* 2009;14(3):135-40. DOI: 10.1097/NCM.0B013E318198D4E1.
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
22. Wong E, Yam C, Cheung A, Leung M, Chan F, Wong F, et al. Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:242. Disponível em: DOI: 10.1186/1472-6963-11-242.
23. Delatorre PG, Sá SPC, Valente GSC, Silvino ZR. Planejamento para alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line.* 2013;7(Esp):7151-9. DOI: 10.5205/reuol.5058-41233-3-SM.0711esp201324.
24. National Transitions of Care Coalition (NTOCC). Improving transitions of care. Findings and considerations of the "Vision of the National Transitions of Care Coalition". Washington: NTOCC; 2010.
26. Rodrigues RAP, Marques S, Kusumota L, Santos EB, Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC. Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents – from hospital to the home. *Rev Latinoam Enferm.* 2013;21(Esp):216-24.

Patrícia Faria Camargo é fisioterapeuta, com especialização Lato Sensu em Fisioterapia Cardiorrespiratória Geral e Intensiva pelo Centro Universitário Claretiano de Batatais e Residente Multiprofissional em Reabilitação Física pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: pathycamargo_pfc@hotmail.com

Larissa Delgado André é fisioterapeuta, residente multiprofissional em Reabilitação Física pela Faculdade de Medicina de

São José do Rio Preto-SP (FAMERP) e atualmente mestranda pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). E-mail: lari09federal@gmail.com

Neuseli Marino Lamari é fisioterapeuta, mestre, doutora e livre-docente em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), professora adjunta III-D junto à graduação e Pós Graduação Lato e Stricto Sensu da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto(FAMERP) . E-mail: neuseli@neuselilamari.com

Satisfação de clientes e familiares sobre o atendimento em unidade de terapia intensiva

Satisfaction of customers and family members about health care in intensive care unit

Flávia Ribeiro Martins Macedo¹, Sergio Valverde Marques dos Santos², Renata Pinto Ribeiro Miranda³, Fábio de Souza Terra³, Samira Paulinne Lopes Alves¹

Resumo

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva são locais de internação de clientes em condições graves com prognóstico favorável. Deste modo, esses clientes necessitam de recursos humanos e técnicos especializados para a recuperação da saúde. **Objetivo:** Verificar a satisfação de clientes e familiares perante o atendimento recebido durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva. **Casística e Métodos:** Estudo descritivo e quantitativo, realizado com 34 indivíduos, sendo 17 clientes internados na Unidade de Terapia Intensiva e 17 familiares, em 2013, por meio de entrevistas estruturadas. Foram utilizados dois instrumentos com questões estruturadas, sendo um destinado ao cliente e outro ao familiar. Os dados foram analisados e tabulados no *Excel Windows 7 Ultimate*[®], e elaborados gráficos e tabelas. **Resultados:** A maioria dos clientes era do sexo masculino, já os familiares do sexo feminino, todos os clientes afirmaram que foram bem tratados pela equipe. A maioria deles afirmou que teve oportunidade de conversar com a equipe sobre o tratamento e grande parte deles teve um bom relacionamento com a equipe. **Conclusão:** Clientes e familiares, no geral, estão satisfeitos com o atendimento prestado pela equipe de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva. **Descritores:** Humanização da Assistência; Assistência ao Paciente; Enfermagem Domiciliar; Unidade de Terapia Intensiva.

Abstract

Introduction: Intensive Care Units are facilities to admission of clients in serious condition with a favorable prognosis. Therefore, these customers need human resources and specialized technician in order to recover their health. **Objective:** Verify the satisfaction of clients and their family members through the care received during hospitalization in the Intensive Care Unit. **Patients and Methods:** This is a descriptive and quantitative study, conducted with 34 individuals, 17 clients admitted to the Intensive Care Unit and their family members through structured interviews in 2013. Two instruments and structured questions were used, one for the customer and other to the family members. We used the software *Excel Windows 7 Ultimate*[®] to analyze data. Results were presented as charts and tables. **Results:** Most customers were males, while the family members were female. All clients reported they were treated well by the nursing staff. Most of them said they had the opportunity to talk to the team about the treatment, and they had a good relationship with the team. **Conclusion:** In general, clients and family members are satisfied with the care provided by the nursing staff in intensive care units.

Descriptors: Humanization of Assistance; Patient Care; Home Health Nursing; Intensive Care Units.

¹Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS)-Alfenas-MG-Brasil

²Universidade de São Paulo (USP)-São Paulo-SP-Brasil

³Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL)-Alfenas-MG-Brasil

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores:

FRMM concepção e orientação do projeto. SVMS delineamento do estudo e redação do manuscrito. RPRM discussão dos achados, etapas de execução e elaboração do manuscrito. FST revisão crítica e elaboração do manuscrito. SPLA coleta e tabulação dos dados.

Contato para correspondência: Sergio Valverde Marques Santos

E-mail: sergiovalverdemarques@hotmail.com

Recebido: 03/02/2016; **Aprovado:** 17/05/2016

Introdução

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) surgiram no Brasil na década de 1970. Nesta época, os clientes graves com menos expectativa de vida, eram cuidados com recursos mais sofisticados para a recuperação da saúde. Essas unidades eram destinadas apenas aos clientes com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IMC), mas com o avanço da tecnologia foram criados novos equipamentos, permitindo o atendimento de diversos diagnósticos graves⁽¹⁻²⁾.

Na década de 1980, as UTIs tiveram novas regras de funcionamento, com o objetivo de reduzir os riscos aos pacientes, familiares, profissionais e ao meio ambiente. Desta forma, tentou-se elevar a qualidade do atendimento e reduzir o tempo de tratamento dos clientes graves nesses setores de tratamento. Assim, houve maior preocupação das instituições hospitalares com o paciente, de forma a manter uma infraestrutura organizada, que atendessem as necessidades dos clientes⁽³⁻⁴⁾.

Atualmente, as UTIs são locais de internação de clientes em condições graves e com prognóstico favorável. Deste modo, esses clientes necessitam de recursos humanos e técnicos especializados para sua recuperação da saúde⁽²⁾. A atuação da enfermagem nas UTIs foi marcada pela necessidade de promover a eficiência do atendimento e de práticas seguras para os clientes. Para isto, necessita-se de incorporar alguns conhecimentos à assistência, de modo a perceber a importância de se expandir os cuidados e o atendimento aos familiares dos clientes⁽²⁾.

Neste sentido, o processo de humanização das relações entre clientes, familiares e profissionais no ambiente das UTIs, tornou-se uma preocupação para os gestores e para os profissionais da saúde, por envolver a compreensão do significado da vida do ser humano. Diante disso, destaca-se que à medida que novas tecnologias se incorporam às UTIs, exige-se maior qualificação dos profissionais, de forma a operá-las com precisão, segurança e eficácia, sem negligenciar o cuidado ético, estético e humanístico que norteia a profissão⁽⁵⁻⁶⁾. Diante do exposto, percebe-se a necessidade de estratégias de educação voltadas aos profissionais que atuam em UTIs. Além disso, infere-se que a avaliação contínua da saúde dos trabalhadores desses ambientes faz parte de uma estratégia de intervenção que contribui com a redução de riscos nas UTIs. Deste modo, tende a promover melhores condições de trabalho e saúde aos profissionais, que reflete significativamente na qualidade da assistência prestada aos clientes e a seus familiares. Ressalta-se que a prática assistencial nesse cenário não requer somente a capacitação técnica para o cuidado do doente, mas também um preparo direcionado aos familiares dos clientes, como elemento de cuidado dos profissionais da enfermagem⁽⁷⁻⁸⁾. A humanização no ambiente de trabalho da UTI é um dos recursos que os profissionais devem adotar em seu atendimento, no intuito de proporcionar ao paciente e seus familiares um cuidado de qualidade e seguro, valorizando sempre sua individualidade⁽⁸⁾. O acolhimento é um tipo de estratégia que pode ser utilizada como ferramenta para a humanização dos cuidados. Isto, porque, visa acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários e sua família. Essa estratégia torna-se eficaz por propor uma mudança na relação profissional/usuário/família,

que são fundamentadas em aspectos éticos, humanitários e de solidariedade, de forma que o paciente torna-se sujeito e participante ativo na produção da sua saúde⁽⁴⁾.

Estudos apontam as fragilidades do atendimento nas UTIs de algumas instituições, com relação ao atendimento humanizado, o acolhimento e a insatisfação de cliente e de seus familiares. Portanto, é imprescindível verificar como os profissionais de enfermagem estão exercendo o cuidado com os pacientes e seus familiares, bem como investigar se esses clientes e suas famílias estão satisfeitos com o atendimento^(4,7-8).

Diante do exposto, faz-se necessário conhecer e investigar sobre a satisfação dos clientes e familiares sobre o atendimento recebido durante o período de internação na UTI, a fim de favorecer o cuidado de qualidade e identificar as falhas no atendimento prestado, visando propiciar melhorias no atendimento, de forma a possibilitar a qualidade do cuidado oferecido ao cliente e sua família. Além disso, permite aos profissionais e ao meio científico maiores conhecimentos sobre a satisfação dos pacientes e dos seus familiares a cerca do atendimento.

Neste intuito, este estudo procurou responder a seguinte questão norteadora: Os clientes e seus familiares estão satisfeitos com o atendimento recebido durante o período de internação na UTI? Assim, objetivou-se nesta investigação verificar a satisfação de clientes e familiares frente ao atendimento recebido durante o período de internação em uma UTI de uma instituição hospitalar do Sul de Minas Gerais.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em uma UTI de um hospital universitário de médio porte localizado em uma cidade do Sul de Minas Gerais, no ano de 2013. Essa Unidade de tratamento possui 20 leitos para clientes graves, com um completo sistema de monitoramento e profissionais qualificados. Esta unidade é a mais moderna da região e atende paciente graves em todas as especialidades.

A amostra foi composta por 34 indivíduos, sendo 17 clientes e 17 familiares. Participaram da pesquisa clientes internados na UTI e os familiares que os acompanhavam, e que aceitaram participar da pesquisa. Assim, utilizou-se como critério de inclusão, os clientes, que estavam orientados no tempo e no espaço, em condições para responder ao questionário, e seus familiares que estavam presentes nas UTIs, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual e agendada, utilizando dois instrumentos com questões estruturadas, sendo um destinado ao cliente e outro ao familiar. Ambos os instrumentos abordavam dados socioeconômicos, por meio das seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, renda familiar.

Além disso, foram abordadas questões a respeito da satisfação do indivíduo diante do atendimento prestado pelos profissionais, por meio das seguintes perguntas aos clientes: foi bem tratado pela equipe de enfermagem; teve a oportunidade de conversar com algum membro da equipe sobre o tratamento; quando solicitava a presença de algum membro da equipe

era atendido prontamente; no momento dos procedimentos era avisado com antecedência; sentiu medo do que poderia ocorrer na UTI e como foi seu relacionamento com a equipe. Já os questionamentos feitos ao familiar: seu familiar relatou sentir dor durante a internação; referiu sentir frio ou calor durante sua internação; relatou dor durante a coleta de exames; em relação ao tratamento de enfermagem obteve qualidade, informações, educação e atenção e o que mais o incomodou durante a internação do seu familiar na UTI.

Os instrumentos foram construídos pelos pesquisadores e passaram por um processo de refinamento com três juízes, especialistas na área de UTI e construção de questionários, assim, foram feitos pequenos ajustes em algumas questões. Posteriormente, os questionários passaram por um teste piloto com 10 indivíduos em uma unidade hospitalar, cujas características assemelhavam-se com a população e local de estudo. O processo de refinamento e o teste piloto foram realizados para verificar a efetividade dos instrumentos, a melhor maneira de coletar os dados e também a compreensão dos participantes.

Na coleta dos dados, primeiramente foi abordado o cliente em seu leito e explicitado o objetivo do estudo, obtendo-se sua anuência voluntária e assinatura do Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE). Logo após, foram iniciadas as perguntas sem a presença do familiar, para não interferir nas respostas. Em seguida, o familiar foi abordado e a pesquisa apresentada, em um ambiente calmo, reservado e confortável. Obteve-se a participação voluntária e a assinatura do TCLE. Os instrumentos dos clientes foram preenchidos pelo pesquisador fidedignamente de acordo com as respostas. Já aos familiares, foram entregues os instrumentos para serem preenchidos. Cabe mencionar que o pesquisador não tinha nenhum vínculo com a instituição e nem com a UTI pesquisada. Após a coleta dos dados, estes foram digitados duplamente, para evitar erros de transcrição e, posteriormente, foram inseridos em planilha eletrônica do *Excel Windows 7 Ultimate*[®], na qual foram realizadas a análise descritiva dos resultados. Posteriormente, foram elaborados gráficos com valores absolutos e percentuais, representando as respostas dos clientes e de seus familiares.

Este estudo obedeceu aos aspectos éticos da Resolução nº 466/12⁽⁹⁾, que trata de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, e obteve parecer aprovado nº 405.480.

Resultados

Foram entrevistados 17 clientes e 17 familiares. A maioria dos clientes era do sexo masculino (52,95%) e os familiares do sexo feminino (64,7%). Quanto à situação conjugal, a maioria, tanto dos clientes quanto dos familiares, era casada, ou seja, 82,33% e 70,59%, respectivamente. Em relação à idade, grande parte dos clientes tinha entre 51 a 60 anos (35,3%), enquanto os familiares de 31 a 40 anos (29,4%), conforme a Tabela 1, que apresenta a distribuição dos clientes e familiares conforme dados socioeconômicos.

Tabela 1. Distribuição dos clientes e familiares conforme variáveis de caracterização socioeconômica. Alfenas/MG, 2013 (34).

Variáveis	Clientes		Familiares	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	9	52,95	6	35,30
Feminino	8	47,05	11	64,70
Total	17	100,0	17	100,0
Idade				
20 a 30	1	5,89	3	17,66
31 a 40	-	-	5	29,40
41 a 50	2	11,76	3	17,66
51 a 60	6	35,30	2	11,76
61 a 70	5	29,40	2	11,76
71 a 80	2	11,76	2	11,76
81 a 90	1	5,89	-	-
Total	17	100,0	17	100,0
Estado civil				
Solteiro(a)	1	5,89	4	23,52
Casado(a)	14	82,33	12	70,59
Separado(a)	1	5,89	1	5,89
Viúvo(a)	1	5,89	-	-
Total	17	100,0	17	100,0
Nível de escolaridade				
Analfabeto	1	5,89	1	5,89
Ensino fundamental incompleto	5	29,40	3	17,66
Ensino fundamental completo	1	5,89	-	-
Ensino médio incompleto	6	35,30	-	-
Ensino médio completo	4	23,52	13	76,45
Total	17	100,0	17	100,0
Renda familiar mensal				
De 1 a 2 salários mínimos	5	29,40	4	23,40
De 2 a 5 salários mínimos	12	70,60	13	76,60
Total	17	100,0	17	100,0

Ao observar os níveis de escolaridade dos entrevistados, constatou-se que grande parte dos clientes tinha ensino médio incompleto (35,3%). Quanto aos familiares, a maioria possuía ensino médio completo (76,45%). Em relação à renda familiar mensal, 70,6% dos clientes e 76,45% dos familiares possuíam renda de dois a cinco salários mínimos (Tabela 1).

No questionário aplicado aos clientes, relacionado ao tratamento recebido pela equipe de enfermagem, 100% afirmaram que foram bem tratados pela equipe. Foram apresentadas ao cliente possíveis situações que poderiam ser julgadas como boas ou más, como, por exemplo, a prontidão, educação e satisfação do profissional ao atender ao seu chamado.

Quando questionados sobre a oportunidade de conversar com algum membro da equipe sobre o andamento do tratamento, 14 (82,3%) responderam que tiveram oportunidade, e três (17,7%)

responderam que às vezes tiveram essa oportunidade.

Em relação ao questionamento quanto à solicitação da presença de algum membro da equipe, 12 (70,5%) dos clientes relataram atendimento imediato, enquanto cinco (29,4%) relataram que não foram atendidos todas as vezes que solicitaram. Ao serem questionados se foram avisados com antecedência sobre o que os procedimentos que os membros da equipe de enfermagem iriam fazer, todos os entrevistados afirmaram que eram avisados. Aos familiares, quando questionados se o cliente relatou dor durante a internação, 10 (58,9%) disseram que não, enquanto sete (41,1%) relataram que sim. Quanto a sentir frio ou calor durante a internação na UTI, 10 (58,9%) disseram que seu parente relatou esse ocorrido, enquanto sete (41,1%) disseram que não. Já na coleta para exames, sete (41,1%) clientes relataram aos seus familiares que sentiram dor e 10 (58,9%) deles disseram não. Cabe mencionar, que esses exames dizem respeito a sangue e urina, que podem causar dores, em virtude das técnicas ser invasivas. Ao serem questionados sobre o tratamento da enfermagem, se teve qualidade, informações, educação e atenção, todos os familiares responderam positivamente.

A Figura 1 representa a distribuição dos clientes em relação ao tipo de medo que sentiu durante sua internação na UTI.

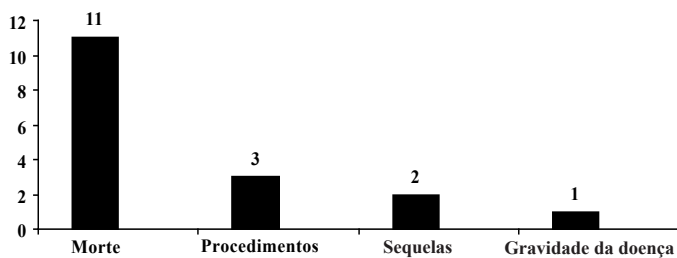


Figura 1. Distribuição do cliente em relação a possíveis situações durante a internação na UTI. Alfenas/MG, 2013

Ao verificar o tipo de medo dos clientes sobre o que poderia ocorrer na UTI, à maioria (64,7%) afirmou ter medo da morte. Com relação ao relacionamento do cliente com a equipe da UTI, dos clientes entrevistados, oito (47,05%) afirmaram terem tido um ótimo relacionamento e nove (52,95%) afirmaram que tiveram um bom relacionamento.

Foi questionado aos familiares o fator que mais o incomodou durante a internação do seu parente. Estes valores são representados na Figura 2.

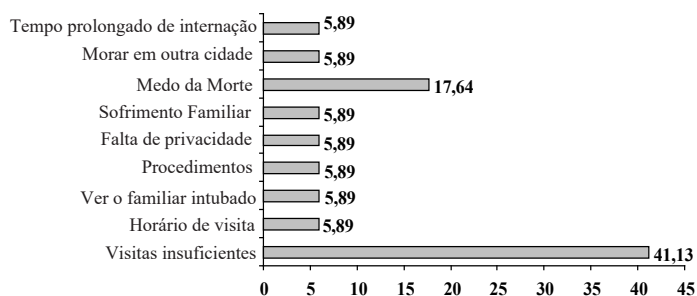


Figura 2. Distribuição dos familiares dos clientes em relação ao fator que mais o incomodou durante a internação. Alfenas/MG, 2013

Foram feitos questionamentos aos familiares sobre o que mais o incomodou durante a internação do seu parente na UTI. Com isso, observou-se que a maior parte (41,13%) relatou que a quantidade de visitas era insuficiente (Figura 2).

Discussão

Por meio da análise dos resultados, foi possível observar que todos os clientes afirmaram que receberam um bom tratamento da equipe de enfermagem. Em um estudo realizado em uma UTI geral adulta de um hospital público de grande porte do Sul do Brasil, foi identificado que os clientes valorizam o acolhimento recebido da equipe de enfermagem. Porém, também sentiram necessidade do relato sobre as tecnologias existentes na UTI como parte essencial do cuidado e da recuperação deles, dando ênfase na utilização de equipamentos e de remédios de última geração⁽¹⁰⁾.

Em relação à oportunidade de conversar com algum membro da equipe sobre o seu tratamento, a maioria dos clientes respondeu que tiveram essa oportunidade. Acredita-se que as impressões que os clientes possuem do atendimento, depende essencialmente da forma como os profissionais interagem com eles. Assim, na UTI, a comunicação simples e objetiva contribuirá para a reabilitação do cliente e o conforto familiar, uma vez que são aspectos que tornarão a assistência de enfermagem mais humanizada⁽¹¹⁾.

Constatou-se também que todos os clientes afirmaram que eram sempre avisados com antecedência sobre os procedimentos que os membros da equipe de enfermagem iriam executar. Sabe-se que qualquer aproximação do leito é vista pelo cliente como indícios de procedimento invasivo e doloroso, podendo causar constrangimento. É essencial que o enfermeiro perceba e execute atividades que estão diretamente relacionadas à humanização e a recuperação do cliente, como o oferecimento de informações e orientações quanto aos procedimentos que serão realizados⁽¹²⁾. Em relação ao questionamento quanto à presença de algum membro da equipe quando solicitado, 70,5% relataram que eram atendidos prontamente. Atender aos chamados e às expectativas dos usuários pode favorecer sua adaptação no setor. Cabe destacar que a comunicação e o estabelecimento de vínculo podem ser os instrumentos facilitadores da assistência. Por meio de uma comunicação eficaz é possível proporcionar ao cliente a melhor recuperação, e a família um conforto adequado^(11,13).

O familiar quando questionado se o cliente relatou dor durante a internação, a maioria (58,9%) disse que não. Quanto a sentir frio ou calor durante a internação e quanto a sentirem dor durante a coleta para exames na UTI, a maioria dos entrevistados (58,9%) confirmou que seu parente relatou esses ocorridos. Observa-se que ainda falta um preparo para os profissionais em relação a esses fatores que afetam os clientes. Os familiares se preocupam com seus parentes internados e vivenciam o medo e a insegurança, muitas vezes resultados da incerteza em relação à conduta e ao tratamento⁽¹⁴⁾.

Em pesquisas realizadas em três UTIs Adulto, localizadas em Florianópolis - Santa Catarina, Santa Maria - Rio Grande do Sul e Pelotas - Rio Grande do Sul, os clientes queixaram de fatores, como o jejum, a fome, a sede, o frio e a dor que sentiram. É

importante destacar a fragilidade e a importância de se olhar para cada um como um ser singular e multidimensional⁽¹⁵⁾.

Observou-se ainda, que os familiares dos clientes, ao serem questionados sobre os cuidados da enfermagem, se houve qualidade, informações, educação e atenção, todos (100%) afirmaram que sim. Esse é um ponto positivo para a equipe, uma vez que subsidia mais aproximação do cliente e da família.

Estudo realizado em um hospital filantrópico de um município do sudoeste de São Paulo, relacionado à avaliação da percepção dos clientes em relação a UTI, constatou que os pacientes percebem e reconhecem a dedicação, o atendimento contínuo e de forma integral, a humanização do cuidado prestado pela equipe, e enfatizam que é feito de maneira diferenciada dos setores de internação por onde haviam passado⁽¹³⁾. Cabe destacar a importância de melhorias em alguns aspectos, como a preocupação com os sentimentos dos familiares, explicações mais claras sobre o tratamento⁽¹⁶⁾.

Em relação ao medo do que poderia ocorrer na UTI, todos os clientes disseram que sentiram medo, e 64,7% relataram que sentiram medo da morte. O que não difere de outros estudos que destacam a verbalização dos clientes sobre o sofrimento vivenciado no ambiente da UTI e o medo de morrer, identificando sentimentos negativos⁽¹⁰⁾.

Em pesquisa realizada na UTI de um hospital de Salvador, os clientes relataram que, na internação na UTI, mesmo que seja marcada como uma vivência difícil há pessoal capacitado, que cuida a toda hora, proporcionando-lhes segurança e proteção, bem como lhes transmitindo confiança, atenção, carinho e afeto⁽¹⁷⁾. Esse fator mostra como o cliente tem sentimentos negativos durante a internação, ocorrendo o medo da morte e do desconhecido, mas ao mesmo tempo a esperança de cura.

Em relação ao questionamento sobre o que mais incomodou o familiar durante a internação do seu parente na UTI, 41,13% afirmaram que as visitas eram insuficientes. Em um hospital no interior do Rio Grande do Sul, o tema mais citado como insatisfatório aos familiares foi também a visita insuficiente, pois se sentem desamparados e impotentes sem a presença do familiar nesse momento tão difícil⁽⁸⁾.

É notório enfatizar que os familiares necessitam de dias e horários de visitas mais flexíveis e maior acesso aos profissionais e clientes, apesar de julgarem que o tempo estabelecido pela instituição supra suas necessidades. A possibilidade de flexibilidade no horário e no número de visitantes da UTI também aparece como uma boa estratégia de acolhimento, porque os familiares se sentem amparados, ajudados, compreendidos e confortados^(14,10). Outro tema levantado entre os familiares foi o medo da morte do parente. O familiar vivencia esse sentimento por estar com alguém de sua família internado na UTI, e este ser um ambiente considerado para muitos com um lugar para morrer. Os sentimentos decorrentes da internação e permanência do familiar na UTI são representados pela dor, tristeza, angústia, impotência, medo e desespero. Isto ocasiona grande impacto emocional, pela aflição ao incerto ou a possibilidade iminente da perda, conforme revelou pesquisa realizada na UTI geral de um hospital público de grande porte no oeste do estado de Santa Catarina⁽¹⁸⁾.

Conclusão

Com base nos dados do presente estudo, conclui-se que clientes e familiares, no geral, estão satisfeitos com o atendimento prestado pela equipe de enfermagem na UTI, embora alguns fatores tenham gerado insatisfações. Percebeu-se a presença da humanização por parte da equipe de saúde com relação ao atendimento ao familiar e ao cliente.

Observou-se que aspectos como a tranquilidade do cliente, o medo e a insatisfação dos familiares em relação ao tempo de visita, precisam ser melhorados. Por mais que os enfermeiros estudem e trabalhem para implantar estratégias de acolhimento na UTI, a história de vida do cliente e do familiar também tem que ser valorizada e escutada para que outras melhorias possam ser somadas. O acompanhamento de um profissional capacitado para oferecer apoio e conforto ao cliente e familiar torna-se importante, o que também contribuiria para uma melhor recuperação, satisfação e qualidade da assistência.

Acredita-se numa enfermagem cada vez mais competente, mais fundamentada na relação com o outro, mais compreensível na totalidade do ser humano. Para isso, o enfermeiro que atua em uma UTI necessita oferecer um efetivo cuidado humanizado, resgatando a sensibilidade e a confiança.

Diante ao exposto, sugere-se que novos estudos sejam realizados com essa temática. Isto, no sentido de subsidiar novas visões, a partir dos fatores subjetivos encontrados neste estudo, como, por exemplo, a relação estabelecida entre familiares com a unidade e com os profissionais. Além disso, sugerem-se estudos de associações, para verificar possíveis relações entre as variáveis, no intuito de tornar a assistência de enfermagem cada vez mais satisfatória aos clientes e aos seus familiares.

Referências

1. Webber J, Rosa PCL, Cruz PIC, Vale V, Campos R. Assistência de enfermagem na UTI. Rev Curso Enferm [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 2015 Mar 23];4(4):[aproximadamente 2 p.]. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1027-982-1-PB.pdf
2. Viana RAPP, Whitaker IY. Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas e vivências. Porto Alegre: Artmed; 2011.
3. Tranquilliti AM, Ciampone MHT. Número de horas de cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Adultos. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):371-7.
4. Brasil. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília (DF), 2010.
5. Silveira RE, Contim D. Educação em saúde e prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva: estudo bibliométrico. Rev Pesq Cuid Fund [periódico na Internet]. 2015 Jan-Mar [acesso em 2015 Mar 23];7(1):[aproximadamente 10 p.]. Disponível em: file:///C:/Users/30062/Downloads/1589-22739-1-PB.pdf
6. Alfonso Júnior G, Pelazza BB, Silva LA, Christóforo BEB, Trincaus MR, Martins MA, et al. Humanização em unidades de terapia intensiva: uma visão do ponto de vista do profissional de enfermagem. Itinerarius Reflectionis. 2015;11(1):1-14.
7. Souza LP, Lima MG. Educação continuada em unidade de terapia intensiva: revisão da literatura. J Health Biol Sci. 2015;3(1):39-45.

8. Chavaglia SRR, Borges CM, Amaral EMS, Iwamoto HH, Ohl RIB. Ambiente do centro de terapia intensiva e o trabalho da equipe de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* [periódico na Internet]. 2011 Dez [acesso em 2015 Mar 23];32(4):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgefn/v32n4/v32n4a03>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)* 2013; Sec. 1:59.
10. Maestri E, Nascimento ERP, Bertonecello KCG, Martins JJ. Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):75-81.
11. Souza SAJ, Mota SCG, Mota LKC, Espíndula BM. Assistência de enfermagem na UTI: uma Abordagem Holística. *Rev Enferm Centro de Estudo de Enferm e Nutr*. 2010;1(1):1-16.
12. Razera APR, Braga EM. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):632-7.
13. Proença MO, Agnolo CMD. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(2):279-86.
14. Almeida Neto AB, Evangelista DTO, Tsuda FC, Piccinin MJ, Roquejani AC, Kosour C. Percepção dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva em relação à atuação da Fisioterapia e à identificação de suas necessidades. *Fisioter Pesq* [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2015 Abr 10];19(4):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v19n4/a07v19n4.pdf>
15. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A, Backes DS. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. *Esc Anna Nery*. 2012;16(4):689-96.
16. Santana CL, Ramírez RA, García MM, Sánchez PM, Martín GJC, Hernández ME. Satisfaction survey administered to the relatively soft critical patients. *Med Intensiva*. 2007;3(2):57-61.
17. Lima AB, Santa Rosa DO. The life meaning of the parents of the critical patient. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):547-53.
18. Frizon G. Os familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados e expectativas de cuidado [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.

Flávia Ribeiro Martins Macedo é enfermeira, mestre em ciências da saúde, professora do Curso de Enfermagem, Medicina e Biomedicina da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), diretora de Enfermagem do hospital Santa Casa de Alfenas. E-mail: flavia.macedo@unifenas.br

Sérgio Valverde Marques dos Santos é enfermeiro, mestre em enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), doutorando em Ciências pelo Programa de Pós-graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). E-mail: sergiovalverdemarques@hotmail.com

Renata Pinto Ribeiro Miranda é enfermeira, mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL). E-mail: renatapr85@gmail.com

Fábio de Souza Terra é enfermeiro, mestre em Ciências da Saúde, doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo, professor adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL). E-mail: fabio.terra@unifal-mg.br

Samira Paulinne Lopes Alves é enfermeira pela Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS).

Nível de correlação entre as baterias motoras EDM, TGMD-2 e MABC-2 e diferença entre os sexos

Level of correlation between the motor assessments EDM, TGMD-2 and MABC-2 and the sex's difference

Rozana Aparecida Silveira¹, Pâmella de Medeiros¹, Fernanda Farias Rocha¹, Helton Pereira de Carvalho¹, Kamyla Thais de Freitas¹, Fernando Luiz Cardoso¹

Resumo

Introdução: A avaliação motora é uma importante ferramenta para verificação dos parâmetros de desenvolvimento motor, que se dá por meio do desempenho motor, considerado o nível atual de *performance* motora do indivíduo e pela capacidade de realizar tarefas motoras. Para isso algumas baterias motoras foram desenvolvidas com o propósito de avaliação. Porém, baseiam-se em diferentes constructos e populações-alvo. **Objetivos:** Verificar o nível de correlação entre as baterias motoras Escala de Desenvolvimento Motor, *Movement Assessment Battery for Children Second Edition* e *Test of Gross Motor Development Second Edition*, bem como, analisar se existem diferenças entre os sexos e se os desempenhos das crianças podem ser comparados nos três instrumentos. **Casística e Métodos:** Participaram do estudo 172 crianças com idade entre 9 e 10 anos, sendo 67 meninos (X=9,51; DP=0,40 anos) e 105 meninas (X=9,44; DP=0,48 anos). **Resultados:** Verificou-se que os meninos apresentaram um melhor desempenho geral nas tarefas motoras quando comparado às meninas. Com a análise do escore Z, encontrou-se homogeneidade na distribuição dos escores dos testes, assim, as crianças apresentaram o mesmo nível de desempenho em todas as baterias. Quanto ao nível de correlação entre as três baterias averiguou-se que o escore geral do *Movement Assessment Battery for Children Second Edition* apresentou correlação positiva com o escore geral da Escala de Desenvolvimento Motor ($r=0,30$; $p<0,001$) e com o *Test of Gross Motor Development Second Edition* ($r=0,22$; $p=0,001$). Entre os escores gerais da Escala de Desenvolvimento Motor e do *Test of Gross Motor Development Second Edition* não houve correlação significativa. **Conclusão:** Este estudo preliminar demonstra que mesmo usando diferentes dimensões ou tarefas motoras com diferentes naturezas ou medidas, o *Movement Assessment Battery for Children Second Edition* pode ser utilizado, em caso de necessidade, como alternativa às baterias *Test of Gross Motor Development Second Edition* e Escala de Desenvolvimento Motor.

Descritores: Atividade Motora; Destreza Motora; Análise e Desempenho de Tarefas; Psicometria.

Abstract

Introduction: Motor assessment is an important tool to verify motor development parameters, which is achieved through motor performance, considering the current level of the individual motor performance and the ability to perform motor tasks. For that, some motor batteries have been developed for the purpose of evaluation, but based on different constructs and target populations. **Objective:** Assess the level of congruence between the Motor Development Scale, *Movement Assessment Battery for Children Second Edition* and *Test of Gross Motor Development Second Edition* in order to examine whether there are differences between genders and if children's performances can be compared. **Patients and Methods:** The study included 172 children aged between nine and 10 years, 67 boys (X=9, 51; SD=0.40 years) and 105 girls (X=9, 44; SD=0.48 years). **Results:** It was found that boys had a better overall performance on motor tasks when compared to girls. With the analysis of the Z score, we met homogeneity in the distribution of test scores, so the children showed the same level of performance in all batteries. Regarding the level of congruence between the three batteries, it was established that the overall score of *Movement Assessment Battery for Children Second Edition* was positively correlated with the total score of the Motor Development Scale ($r=0.30$; $p<0.001$) and the *Test of Gross Motor Development Second Edition* ($r=0.22$, $p=0.001$). Among the total scores of the Motor Development Scale and *Test of Gross Motor Development Second Edition*, there was no significant correlation. **Conclusion:** This preliminary study demonstrates that using distinctive motor dimensions or motor tasks with different natures and measures, the *Movement Assessment Battery for Children Second Edition* can be used, if necessary, as an alternative to the batteries' *Movement Assessment Battery for Children Second Edition* and Motor Development Scale.

Descriptors: Motor Activity; Motor Skills; Motor Performance; Task Performance and Analysis; Psychometrics.

¹Universidade do Estado de Santa Catarina(UDESC)-Florianópolis-SC-Brasil

Con lito de interesses: Não

Contribuição dos autores: RAS concepção e planejamento do projeto de pesquisa. PM elaboração do manuscrito, redação e revisão crítica. FFR obtenção e análises e interpretações de dados. HP revisão crítica. KTF discussão dos achados e elaboração do manuscrito. FLC orientação do projeto, delineamento do estudo e revisão crítica.

Contato para correspondência: Pâmella de Medeiros

E-mail: pamellademedeiros@hotmail.com

Recebido: 17/05/2016; **Aprovado:** 06/10/2016

Introdução

O desenvolvimento motor é o processo de crescimento do sistema motor ao longo do tempo, compreendendo modificações contínuas do comportamento motor, realizado pela influência mútua entre as necessidades da tarefa, a biologia do indivíduo e a interação com o meio ambiente, que combinados resultam em uma melhora do desempenho⁽¹⁾. Os parâmetros normais de desenvolvimento motor servem como padrões típicos do desenvolvimento infantil, representando a idade média em que a criança é capaz de realizar habilidades motoras básicas, as quais são requisitadas no seu cotidiano, sendo imprescindíveis para compreensão do desenvolvimento infantil⁽²⁾.

Com isso, tem-se a avaliação motora como uma importante ferramenta para verificação dos parâmetros de desenvolvimento motor, a qual se dá por meio do desempenho motor, considerado o nível atual de *performance* do indivíduo e pela capacidade de realizar tarefas motoras⁽¹⁾. Tal avaliação pode ser realizada mediante a utilização de testes motores, compostos por tarefas específicas, as quais buscam simular situações que propiciem a avaliação de determinadas habilidades, proporcionando informações qualitativas e quantitativas do estado do indivíduo⁽³⁾. Diversos instrumentos de medida a respeito do desempenho motor são utilizados em pesquisas no Brasil, dentre eles podemos destacar a Escala de Desenvolvimento Motor – EDM⁽⁴⁾, a *Movement Assessment Battery for Children Second Edition* – MABC 2⁽⁵⁾, e o *Test of Gross Motor Development Second Edition* – TMGD-2⁽⁶⁾.

Inicialmente, em relação à população alvo, a EDM enfatiza a avaliação do desenvolvimento motor em relação à idade cronológica de crianças típicas e atípicas⁽⁴⁾; a MABC-2 avalia crianças Transtornos do Desenvolvimento da Coordenação (TDC)⁽⁵⁾; e o TGMD2 tem como população-alvo, crianças típicas em relação a seus pares⁽⁶⁾.

Tais baterias foram desenvolvidas com o mesmo propósito de avaliação motora, entretanto apresentam constructos e populações-alvo diferentes, sendo esses fatores responsáveis por limitar a abrangência, comparabilidade e extrapolação dos resultados encontrados. Assim, a utilização de recursos psicométricos, irá auxiliar na investigação de possíveis correlações entre os diferentes testes motores mais utilizados em avaliações motoras, ou seja, se esses testes possuem correlação em seus resultados. Nesse contexto, estudiosos da área motora vêm se questionando sobre a possibilidade dessas baterias apresentarem algum nível de correlação, ou seja, se esses instrumentos apresentam resultados semelhantes, mesmo sendo construídas com diferentes conceitos e dimensões motoras⁽⁷⁻⁹⁾.

A partir desses fatos, questionam-se nos estudos e na prática se essas baterias exibem reais habilidades de detectar déficit no desenvolvimento motor, em virtude das particularidades de cada uma. Assim, percebe-se a necessidade de analisar se existem diferenças entre os sexos e se os desempenhos das crianças em cada instrumento podem ser comparados, bem como verificar empiricamente o nível de correlação entre as baterias motoras EDM, MABC-2 e TGMD-2.

Casuística e Métodos

Trata-se de uma pesquisa empírica de campo, que testou o nível de correlação entre três instrumentos motores de medida. Participaram do estudo 172 crianças da rede municipal de ensino da grande Florianópolis/SC, com idade entre nove e 10 anos, sendo 67 meninos ($X=9,51$; $dp=0,40$ anos) e 105 meninas ($X=9,44$; $dp=0,48$ anos), os quais eram homogêneos em relação à idade

($t=-0,328$; $p=0,743$). Foram excluídas da amostra crianças que apresentassem deficiências físicas ou mentais e transtornos comportamentais.

Este estudo foi aprovado e seguiu todas as exigências éticas feitas pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (protocolo nº 025/2009), de acordo com a resolução 1996/96 da National Health Council. Os alunos foram convidados a participar do estudo. Para os que mostraram interesse, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento no qual é explicitado o consentimento do seu responsável legal. Como critério de inclusão, esse deveria ser assinado pelos pais e/ou responsáveis. As avaliações foram realizadas em ambiente escolar, em espaço cedido pela escola, que não tinham interferência durante a realização das avaliações e que não propiciasse riscos durante a realização dos testes. Os alunos foram avaliados individualmente e orientados a vestirem roupas adequadas para a ocasião das avaliações. Os avaliadores participantes da pesquisa, anteriormente às avaliações, foram capacitados e treinados para a administração das baterias motoras.

O teste EDM consiste em uma bateria motora brasileira, que tem como objetivo determinar a idade motora das crianças⁽⁴⁾. Entretanto, apenas seis, das sete dimensões, foram utilizadas nesta pesquisa, tendo em vista que a lateralidade não foi passível de classificação em padrões de desenvolvimento “inferior, normal, superior”, por exemplo. Esse instrumento determina a idade motora (obtida pelos pontos alcançados nos testes) e o quociente motor (obtido pela divisão entre a idade cronológica, multiplicado por 100). Seguiram-se as orientações para utilização do instrumento, com base no manual do teste EDM⁽⁴⁾. Com exceção dos testes da dimensão lateralidade, as outras dimensões consistiam em 10 tarefas motoras cada, distribuídas entre dois e 11 anos, organizadas progressivamente em grau de complexidade. Atribuiu-se para cada tarefa, em caso de êxito, um valor correspondente à idade motora (IM), expressa em meses. Os testes foram iniciados, tendo como ponto de partida a idade cronológica da criança e quando o êxito era obtido naquela tarefa, avançava-se para as tarefas relativas às idades seguintes até que um erro fosse detectado. Por outro lado, quando a criança não obteve êxito na tarefa realizada, recorreu-se às tarefas pertinentes às idades anteriores até a obtenção de sucesso pela criança. Ao final da aplicação, dependendo do desempenho individual em cada teste, foi atribuída à criança uma determinada IM, em cada uma das áreas referidas anteriormente (IM1, IM2, IM3, IM4, IM5, IM6), sendo, após, calculada a idade motora geral (IMG) e o quociente motor geral (QMG) da criança. Esses valores foram quantificados e categorizados, conforme as tabelas normativas⁽¹⁰⁾. A idade motora geral (IMG) foi obtida a partir da razão entre a soma das idades motoras e o número de tarefas realizadas.

A *Movement Assessment Battery for Children Second Edition* – MABC 2⁽⁵⁾, é uma bateria motora apropriada para as faixas etárias específicas: faixa etária 1 (3 a 6 anos); faixa etária 2 (7 a 10 anos), utilizada no presente estudo; e faixa etária 3 (11 a 16 anos), composta por três dimensões que compreendem: destreza manual (tarefas: colocar pinos, passar o cordão e trilha da bicicleta) e lançar e receber (tarefas: lançar e receber com as duas mãos e lançar o saco de feijão), equilíbrio (tarefas: equilíbrio sobre a tábua, andar sobre a linha e saltar em tapetes). Após a aplicação dos testes, os escores brutos (tempo para realizar determinadas tarefas, quantidade de acertos, entre outros) foram convertidos

em escores padrão, conforme protocolo do teste. Os escores padrão são somados dentro de cada categoria de habilidade, resultando na pontuação total dos componentes motores. Por meio da soma deste último valor, obteve-se o resultado total. Tanto os escores padrão quanto o resultado total, foram comparados a uma tabela de percentis, que possibilitaram classificar o desempenho motor das crianças. Uma maior pontuação indicou um maior escore padrão e, conseqüentemente, um maior percentil. Sendo assim, a pontuação dos componentes e a pontuação total do teste e seus respectivos escores padrão e percentis foram diretamente proporcionais.

O TGMD-2 avalia 12 habilidades motoras fundamentais, divididas em dois componentes específicos: habilidades de locomoção (correr, galopar, saltitar, dar uma passada, saltar horizontalmente e correr lateralmente); e habilidades de controle de objetos (rebater, quicar, receber, chutar, arremessar por cima do ombro e rolar uma bola), sendo observados de 3 a 5 critérios motores específicos em cada habilidade motora fundamental⁽⁶⁾.

As habilidades locomotoras e de controle de objetos possuem 24 critérios de desempenho cada uma e, desta forma, cada criança avaliada possuiu duas pontuações em todos os critérios de desempenho, em cada uma das tentativas. Se a criança apresentar o critério de eficiência corretamente, receberá uma pontuação no valor de um ponto "1", caso ao contrário, receberá a pontuação zero "0". Cada participante terá um escore conforme a idade e o sexo para cada subteste, determinando o nível de desenvolvimento, sendo qualificada com um quociente motor bruto, classificando-as em sete categorias: muito pobre; pobre; abaixo da média; na média; acima da média; superior; muito superior. As dimensões e suas respectivas tarefas motoras avaliadas neste estudo em cada teste foram as seguintes: para o EDM, a motricidade fina (bolinha de papel, ponta do polegar, lançamento de uma bola, círculo com o polegar e agarrar uma bola), a motricidade global (pé manco, saltar uma altura de 40 cm, saltar sobre o ar, saltar sobre uma cadeira), o equilíbrio (pé manco estático, equilíbrio de cócoras, equilíbrio do tronco, fazer um quatro, equilíbrio na ponta dos pés), o esquema corporal (prova de rapidez), a organização Espacial (direita/esquerda, conhecimento sobre si, execução de movimentos na ordem, reconhecimento sobre o outro, reprodução de movimentos humanos, reconhecimento da posição de 3 objetos) e a organização temporal (reprodução por meio de golpes, simbolização de estruturas espaciais, simbolização de estruturas temporais); para o MABC-2: a destreza manual (colocar os pinos, passar o cordão, trilha da bicicleta), arremessar e segurar (receber a bola com 2 mãos e arremessar em um alvo) e o equilíbrio (equilibra-se sobre a tábua, caminhar para frente e saltar nos tapetes); e para o TGMD-2 habilidades de locomoção (correr, galopar, saltar com um pé, passada, salto horizontal, corrida lateral) e habilidades de controle de objetos (rebater, quicar, pegada, chutar, arremesso por cima e rolar). Utilizou-se o teste *Skewness/Kurtosis* para averiguação da normalidade dos dados; a estatística descritiva para média e desvio-padrão; o teste *t* de *Student* para comparar o desempenho motor de meninos e meninas em cada bateria; o teste ANOVA para medidas repetidas (intragrupo), utilizado para comparar os escores gerais dos participantes em cada bateria. O escore Z foi utilizado pelo fato de que cada bateria motora adota uma escala própria. Assim, optou-se por transformar os escores finais brutos em escores Z para obter escalas de medidas em níveis idênticos, com a finalidade de possibilitar a comparação universal das medidas oriundas dos três instrumentos⁽¹¹⁾. E por

fim, a correlação de Pearson para correlacionar os escores gerais das baterias motoras.

Os dados da pesquisa foram tabulados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS for Windows)* versão 20.0 e para todos os testes foi adotado um intervalo de confiança de 95% ($\alpha < 0,05$).

Resultados

Ao comparar o desempenho das tarefas motoras de cada bateria entre os sexos, observou-se que na bateria EDM, as meninas apresentaram melhor esquema corporal que os meninos, entretanto verificou-se uma relação oposta no que diz respeito à organização temporal. Na bateria MABC-2, constatou-se que na habilidade "Receber a Bola com duas Mãos" os meninos apresentaram escore superior em relação às meninas. Na TGMD-2, essas diferenças entre os sexos foram maiores. Os meninos tiveram melhores resultados em comparação às meninas nas tarefas "Salto Horizontal", "Rebater", "Quicar", "Chutar", "Arremesso" e "Rolar" (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação entre sexo nas tarefas motoras em cada bateria. Florianópolis/Santa Catarina, 2012

Tarefas Motoras	Meninos Média(desvio padrão)	Meninas Média (desvio padrão)	Valor P
EDM			
Motricidade Fina	115,22 (17,74)	110,46 (17,16)	0,08
Motricidade Global	114,72 (14,86)	111,66 (16,05)	0,21
Equilíbrio	108,09 (19,18)	106,06 (19,78)	0,50
Esquema Corporal	108,36 (17,34)	114,97 (16,62)	0,01*
Organização Espacial	91,52 (18,66)	91,66 (19,27)	0,96
Organização Temporal	120,54 (15,55)	115,20 (17,50)	0,04*
MABC-2			
Colocar os Pinos	5,90 (2,18)	6,50 (2,14)	0,07
Passar o Cordão	7,28 (2,19)	7,52 (2,18)	0,48
Trilha da bicicleta	6,01 (3,52)	6,37 (3,37)	0,50
Receber a Bola com 2 Mãos	11,79 (3,07)	9,56 (2,38)	0,001*
Lançando o saco de feijão	8,04 (2,78)	7,57 (3,08)	0,31
Equilíbrio sobre a Tábua	10,09 (2,91)	10,45 (2,45)	0,38
Andando sobre a linha	11,00 (0,00)	10,99 (0,09)	0,42
Saltando em tapetes	11,24 (1,94)	11,39 (1,71)	0,59
TGMD-2			
Correr	7,42 (1,06)	7,31 (1,11)	0,54
Galopar	6,10 (1,14)	5,81 (1,36)	0,14
Pular com um pé só	8,60 (1,49)	8,45 (1,47)	0,51
Passada	5,30 (0,87)	5,51 (0,81)	0,10
Salto horizontal	6,69 (1,77)	6,01 (1,41)	0,001*
Corrida lateral	7,10 (0,94)	6,95 (1,35)	0,42
Rebater	8,10 (2,28)	6,41 (2,57)	0,001*
Quicar	5,59 (2,05)	4,89 (1,86)	0,001*
Agarrar	5,12 (1,60)	5,15 (1,20)	0,87
Chutar	7,10 (1,70)	6,54 (1,68)	0,03*
Arremesso	6,54 (2,20)	5,26 (2,13)	0,00*
Rolar	5,91 (2,04)	5,26 (1,81)	0,03*

*Diferenças significativas $p < 0,05$.

Ao comparar o desempenho dos participantes em cada bateria motora, por meio da análise do escore Z, verificou-se a homoge-

neidade na distribuição dos escores individuais das baterias, ou seja, as crianças apresentaram o mesmo comportamento motor em todas as baterias.

Ao analisar o nível de correlação dos escores gerais entre as três baterias motoras, averiguou-se que a MABC-2 apresentou correlação positiva com a EDM ($r=0,30$; $p<0,001$), bem como com o escore da TGMD-2 ($r=0,22$; $p=0,001$). Entre os escores gerais da EDM e do TGMD-2 não se encontrou correlação significativa ($r=0,04$; $p=0,30$).

Discussão

Os aspectos motores apresentados durante a infância sofrem modificações com a idade e são inerentes às diferenças sociais, intelectuais e emocionais⁽²⁾, podendo ser avaliados por diferentes baterias motoras. Sendo assim, um dos objetivos deste estudo foi verificar a possível existência de diferenças no desempenho das tarefas motoras entre os sexos, os resultados apontaram que os meninos possuem maiores escores na execução das baterias motoras quando comparados às meninas. Além disso, o segundo objetivo tratava da comparação e correlação do desempenho das crianças nas baterias EDM, MABC-2 e TGMD-2, na qual se verificou correlação positiva entre as baterias MABC-2 e EDM, e com o escore da TGMD-2, porém não se encontrou correlação significativa entre as baterias EDM e TGMD-2.

A análise de desempenho nas tarefas motoras entre os sexos, revelou diferenças significativas, nas quais os meninos apresentaram um melhor desempenho geral nas tarefas motoras, quando comparados às meninas. De forma semelhante, na literatura⁽¹²⁻¹⁴⁾, esse fato é encontrado previamente em estudos envolvendo crianças em idade escolar. Em relação a bateria EDM, os resultados encontrados nesta investigação vão ao encontro do estudo⁽¹⁵⁾, no qual as meninas apresentaram índices menores que os meninos. Entretanto, a dimensão em que eles apresentaram dificuldades foi diferente; para as meninas foi no esquema corporal, e para os meninos o equilíbrio.

Os meninos também apresentaram resultados superiores nas habilidades de controle de objeto da bateria TGMD-2, corroborando com a literatura⁽¹⁶⁾. No presente estudo, os meninos apresentaram melhores médias nas habilidades de “rebater, quicar, chutar, arremessar e rolar”. Isso pode ser explicado, pelo fato de os meninos serem mais propensos a se envolverem em jogos com bola. Este fator pode levá-los a melhores habilidades de controle de objeto⁽¹⁷⁾. Desta forma, são mais motivados a envolver-se e praticar atividades de controle de objeto pela sociedade atual, que considera essas habilidades mais relacionadas ao sexo masculino⁽¹⁸⁾. Além disso, os meninos também apresentaram melhor média na habilidade de locomoção “salto horizontal”. Isso pode se dar em função de os meninos aderirem mais a brincadeiras e jogos, apresentando, desse modo, uma maior predisposição para aquisição de habilidades motoras⁽¹⁹⁾.

Outra possível explicação para tal discrepância encontrada entre meninos e meninas, pode ser associada ao tipo de atividades que estes realizam na escola ou no ambiente familiar. Presume-se que essa diferença encontrada, pode estar relacionada à quantidade e qualidade de experiências motoras e oportunidades vivenciadas pelas crianças, principalmente se essas atividades

possuírem conceitos de movimentos semelhantes às tarefas analisadas nas baterias. As habilidades motoras fundamentais que são contempladas no TGMD-2 apresentam diferentes graus de complexidade, tanto no nível biomecânico quanto no fisiológico, e são semelhantes às atividades comumente praticadas pelas crianças. E é nesse contexto que se encontra a explicação que a literatura apresenta para essa diferença entre os sexos, o fator cultural, que possivelmente favorece o sexo masculino que tende a participar de brincadeiras que exigem um maior repertório motor^(4,20-22).

A mesma explicação sustenta o resultado do MABC-2, no qual as meninas possuem desempenho inferior na tarefa de receber a bola com as duas mãos. Além disso, outros estudos⁽²³⁻²⁴⁾ também encontraram resultados semelhantes, demonstrando que as meninas apresentam maiores dificuldades nas habilidades com bola, enquanto os meninos possuem maior deficiência nas tarefas de destreza manual e equilíbrio.

Quando comparadas as três baterias, por meio da análise do escore Z, verificou-se que as crianças apresentaram similar desempenho motor em todas as baterias. Isso demonstra que mesmo sendo utilizado diferentes instrumentos de avaliação motora, os resultados convergiram para um mesmo produto, o que torna mais consistente a hipótese de que, mesmo avaliando dimensões conceituais diferentes, é possível obter informações consistentes do mesmo fenômeno envolvido.

Verificou-se também que há correlação entre as baterias motoras, uma vez que a MABC-2 apresenta estrutura e tarefas motoras similares com conceitos de movimentos semelhantes à EDM. Embora o TGMD-2 apresente tarefas relacionadas à coordenação motora ampla, foi possível observar correlação com a MABC-2, demonstrando que as duas baterias possam ser comparadas entre si, resultado que também foi encontrado em outro estudo⁽²⁵⁾. Entretanto, não houve correlação entre os escores gerais da TGMD-2 com a EDM, o que pode ser explicado pela divergência de natureza das tarefas de cada bateria.

Por meio da comparação do desempenho geral das crianças em cada bateria motora, descritos em termos de escore Z, observou-se que as crianças apresentaram um comportamento motor homogêneo. Os instrumentos avaliados foram criados para avaliar transversalmente o desempenho motor a partir de diferentes propósitos, enfatizando mais de uma dimensão em relação à outra ou, mais um tipo de tarefa do que outras. Entretanto, nos seus resultados finais classificaram as crianças nos mesmos postos em relação às baterias MABC-2 e TGMD-2. Os resultados deste estudo demonstram que, mesmo usando diferentes dimensões ou tarefas motoras com naturezas ou medidas distintas, a bateria MABC-2 tem um bom nível de correlação com as baterias EDM e TGMD-2 e podem ser comparadas a partir de seus escores gerais. Em caso de necessidade podem ser usadas em parte como alternativa uma para outra. Em relação às baterias EDM e TGMD-2, não se encontrou correlação, o que indica que não podem ser utilizadas para o mesmo propósito e nem serem utilizadas como alternativa uma para outra. Apesar das baterias possuírem constructos diferentes, os resultados desta investigação indicam que podem ser comparadas entre si, entretanto, outros estudos devem ser realizados para que esta

afirmação seja confirmada.

A limitação do estudo reside na comparação e correlação apenas do desempenho motor das tarefas e dos escores gerais nas três baterias, como forma de averiguar se na prática o TGMD-2, a MABC-2 e a EDM exibem reais habilidades de detectar déficit no desenvolvimento motor. É importante salientar que não se aprofundou em análises de conteúdo da tarefa motora, nem mesmo realizou-se a testagem do nível de confiabilidade.

Os resultados desta investigação demonstram que os resultados dos testes avaliados, em sua maioria, se correlacionam entre si. Assim, conforme a necessidade, o profissional de campo pode optar por uma bateria motora em função da outra. Este tipo de avaliação é relevante para indicar que independente do teste utilizado, é possível chegar a um mesmo resultado.

Conclusão

Os resultados deste estudo mostraram que meninos apresentaram maiores escores na execução das baterias motoras, quando comparados às meninas, exceto na tarefa de esquema corporal da bateria EDM, na qual as meninas apresentaram resultados maiores em relação aos meninos. Encontrou-se correlação positiva entre MABC-2 com as baterias EDM e TGMD-2, porém, tal fato não foi verificado entre EDM e TGMD-2. Com isso, verificou-se que embora as baterias motoras apresentem constructos e populações-alvo diferentes para aplicação, a MABC-2 pode ser utilizada, em caso de necessidade, como alternativa às baterias TGMD-2 e EDM. Sugere-se que estudos similares sejam realizados a fim de aumentar o corpo de conhecimento a respeito do nível de convergência destes instrumentos muito utilizados em nossa realidade, os quais avaliam o produto da motricidade.

Referências

- Gallahue DL, Ozmun JC, Goodway JD. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 7ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.
- Rodrigues D, Avigo EL, Leite MMV, Bussolin RA, Barela JA. Desenvolvimento motor e crescimento somático de crianças com diferentes contextos no ensino infantil. *Motriz*. 2013; 19(3):49-56.
- Morrow Junior JR, Jackson AW, Disch JG, Mood DP. Medida e avaliação do desempenho Humano. 4ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2014.
- Rosa Neto, F. Manual de avaliação motora. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Henderson SE, Sugden DA, Barnett AL. Movement assessment battery for children – 2 examiner’s manual. London: Harcourt Assessment; 2007.
- Ulrich DA. Test of gross motor development - second edition: examiner’s manual. Texas: Pro. Ed.; 2000.
- Logan SW, Robinson LE, Getchell N. The comparison of performances of preschool children on two motor assessments. *Percept Mot Skills*. 2011;113(3):715-23.
- Piek JP, Hands B, Licari MK. Assessment of motor functioning in the preschool period. *Neuropsychol Rev*. 2012;22(4):402-13. doi: 10.1007/s11065-012-9211-4.
- Valentini NC, Getchell N, Logan SW, Liang LY, Golden

D, Rudisill ME, et al. Exploring associations between motor skill assessments in children with, without, and at-risk for developmental coordination disorder. *J Motor Learn Develop*. 2015;3(1):39-52. DOI: 10.1123/jmld.2014-0048.

- Ferreira JRP, Neto FR, Poeta LS, Xavier RFC, dos Santos APM, de Medeiros DL. Avaliação motora em escolares com dificuldade de aprendizagem. *Pediatria moderna*. 2015; 51(2).
- Kekebeeke TH, Egloff K, Caffisch J, Chaouch A, Rousson V, Largo RH, et al. Similarities and dissimilarities between the movement ABC-2 and the Zurich neuromotor assessment in children with suspected developmental coordination disorder. *Res Dev Disabil*. 2014;35(11):3148-55.
- Spessato BC, Gabbard C, Valentini NC, Rudisill M. Gender differences in Brazilian children’s fundamental movement skill performance. *Early Child Dev Care*. 2013;183(7):916-23. <http://dx.doi.org/10.1080/03004430.2012.689761>.
- Capistrano R, Ferrari EP, Alexandre JM, Silva RCD, Cardoso FL, Beltrame TS. Relação entre desempenho motor e nível de aptidão física de escolares. *J Hum Growth Dev*. 2016;26(2):174-80. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119261>.
- Moreira RS, Magalhães LC, Dourado JS, Lemos SM, Alves CR. Factors influencing the motor development of prematurely born school-aged children in Brazil. *Res Dev Disabil*. 2014;35(9):1941-51. doi: 10.1016/j.ridd.2014.04.023.
- Rosa Neto F, Almeida GMF, Caon G, Ribeiro J, Caram JA, Piucco EC. Desenvolvimento motor de crianças com indicadores de dificuldade na aprendizagem escolar. *Rev Bras Cienc Mov*. 2007;15(1):45-51.
- Van Keulen GE, Benda RN, Ugrinowitsch H, Valentini NC, Krebs RJ. A influência de uma intervenção utilizando a prática variada e em blocos no desempenho das habilidade de controle de objetos em crianças eutróficas de 6 e 7 anos. *J Phys Educ*. 2016;27(1):3-11. DOI: 10.4025/jphyseduc.v27i1.2707.
- Blatchford P, Baines E, Pellegrini A. The social context of school playground games: sex and ethnic differences, and changes over time after entry to junior school. *Br J Dev Psychol*. 2003;21(4):481-505. DOI: 10.1348/026151003322535183.
- Valentini NC. Percepções de competência e desenvolvimento motor de meninos e meninas: um estudo transversal. *Movimento [periódico na Internet]*. 2002 Maio-Ago [acesso em 2016 Jan 4];8(2):[aproximadamente 12 p.]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/2642/1268>
- Hardy LL, King L, Farrell L, Macniven R, Howlett S. Fundamental movement skills among Australian preschool children. *J Sci Med Sport*. 2010;13(5):503-8. doi: 10.1016/j.jsams.2009.05.010.
- Villwock, G, Valentini NC. Percepção de competência atlética, orientação motivacional e competência motora em crianças de escolas públicas: estudo desenvolvimentista e correlacional. *Rev Bras Educ Fís*. 2007;21(4):245-57.
- Roncesvalles MN, Isidro M, Meaney KS, Hart MA. Motor skill development of children at risk for obesity. *Res Q Exerc Sport*. 2007;78(1):1-6.
- Souza MS, Zanella LW, Bandeira PFR, Silva ACR, Valentini NC. Meninos e meninas apresentam desempenho semelhante em habilidades motoras fundamentais de locomoção e controle

de objeto?. *Cinergis*. 2014;15(4):186-90.

23. Miranda TB, Beltrame TS, Cardoso FL. Desempenho motor e estado nutricional de escolares com e sem transtorno do desenvolvimento da coordenação. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* [periódico na Internet]. 2011 Jan-Fev [acesso em 2016 Jan 4];13(1):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v13n1/09.pdf>

24. Valentini NC, Coutinho MTC, Pansera SM, Santos VAPdos, Vieira JLL, Ramalho MH, et al. Prevalência de déficits motores e desordem coordenativa desenvolvimental em crianças da região Sul do Brasil. *Rev Paul Pediatr* [periódico na Internet]. 2012 Set [acesso em 2016 Jan 4];30(3):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em:

25. Houwen S, Hartman E, Jonker L, Visscher C. Reliability and validity of the TGMD-2 in primary-school-age children with visual impairments. *Adapt Phys Activ Q*. 2010;27(2):143-59.

Rozana Aparecida da Silva é professora especialista em dança, mestre em Ciências do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).
E-mail: rozanasilveira@hotmail.com

Pâmella de Medeiros é educadora física, mestre em Ciências do Movimento Humano e doutoranda em Ciências do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: pamellademedeiros@hotmail.com

Fernanda Farias Rocha é professora do Instituto Federal do Triângulo Mineira (IFTM), doutoranda em Ciências do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: frfarias@hotmail.com

Helton Pereira é educador físico e mestrando em Ciências do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: helton-13@hotmail.com

Kamyla Thais Dias de Freitas é educadora física e mestrando em Ciências do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).
E-mail: kamyla.freitas@outlook.com

Fernando Luiz Cardoso é professor Ph.D do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano e do Programa de Pós-graduação em Educação, ambos da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).
E-mail: fernandocardoso.ph.d.lagesc@gmail.com

Classificação de intervenção de enfermagem e carga de trabalho em centro de infusão de quimioterapia

Nursing intervention classifications and workload at a facility of chemotherapy infusion

Célia Alves de Souza¹, Marcia Galan Perroca¹, Marli de Carvalho Jericó¹, Maria Vigoneti Araújo Amerlin², João Junior Gomes¹

Resumo

Introdução: A aplicação de quimioterápicos em centros de infusões tem como desafio o tempo de permanência do paciente e as intervenções de enfermagem a serem executadas nesse período. **Objetivos:** Identificar as ações realizadas por enfermeiros em um centro de infusão de quimioterápicos, segundo a *Nursing Intervention Classifications* e mensurar a carga de trabalho e a produtividade. **Casística e Métodos:** Estudo observacional com a técnica de amostragem de trabalho, desenvolvido no centro de infusão de quimioterapia de um hospital de grande porte, do interior do estado de São Paulo, especializado em Oncologia. Os sujeitos foram sete enfermeiros com 1.487 atividades observadas. **Resultados:** A análise constituiu-se de 35 intervenções e 85 atividades. O tempo médio de intervenções dos enfermeiros em cuidados indiretos foi: supervisão de funcionários (27,2 min) verificação do carrinho de emergência (23,3 min) e consulta (23,1 min). As atividades mais frequentes foram: troca de informações sobre cuidados de saúde (12,2%); documentação (1,5%); administração de medicamentos por via endovenosa (11,1%); 11,6% em atividades associadas e 12% em atividades pessoais, com produtividade média de 88,0%. **Conclusão:** Com a utilização da *Nursing Intervention Classifications* foi possível identificar a carga de trabalho de enfermagem em centro de infusão de quimioterápicos, apontando um índice de produtividade acima do recomendado em literatura.

Descritores: Carga de Trabalho; Quimioterapia; Gerenciamento do Tempo; Enfermagem Oncológica; Recursos Humanos de Enfermagem.

Abstract

Introduction: The administration of Chemotherapy in infusion centers poses some challenges such as the patient's length of stay-ing, as well as the nursing interventions to be performed at that time. **Objectives:** Identify the interventions performed by nurses at a facility of chemotherapy infusion, according to the Nursing Intervention Classifications, as well as to measure the nursing personnel's workload and productivity. **Patients and Methods:** This is an observational study using a work-related sampling technique. It was carried out at a facility of chemotherapy infusion of a major hospital in the state of São Paulo, which is special-ized in Oncology. The study sample was composed of seven nurses, and we observed the performance of 1,487 nursing activities. **Results:** The analysis comprised 35 nursing measures and 85 nursing activities. The meantime of nursing interventions related to direct care was as follows: Supervision of employees (27.2 min); checking the emergency cart (23.3 min); and nursing consultation (23.1 min). The most common activities performed were exchange of information on health care (12.2%); documentation (1.5%); administration of drugs intravenously (11.1%); 11.6% in associated activities, and 12% on personal activities, with a mean pro-ductivity of 88.0%. **Conclusion:** Using the Nursing Intervention Classifications was possible to identify the nursing workload at a facility of chemotherapy infusion pointing out a productivity index, which was higher than that recommended by the literature.

Descritores: Workload; Drug Therapy; Time Management; Oncology Nursing; Nursing Staff.

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto(FAMERP)-São José do Rio Preto-SP- Brasil.

²Universidade Federal Mato Grosso do Sul(UFMS)-Três Lagoas-MS-Brasil.

Con lito de interesses: Não

Contribuição dos autores: CAS coleta, tabulação, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito. MGP orientação do projeto, delineamento do estudo. MCJ discussão dos achados, etapas de execução e elaboração do manuscrito. MVAA revisão do manuscrito e redação do manus-crito. JJG revisão do manuscrito e redação do manuscrito

Contato para correspondência: Celia Alves de Alves de Souza

E-mail: ca.souza1968@hotmail.com

Recebido: 11/12/2015; **Aprovado:** 17/02/2016

Introdução

A publicação, em 1992, da *Nursing Interventions Classification* (NIC) teve como objetivo a normatização da linguagem usada na descrição de condutas específicas no cuidado. Sobretudo, tornou possível comparar a execução dos cuidados em cenários diversificados. Pesquisadoras da *College of Nursing University of Iowa*, nos Estados Unidos revisaram e atualizaram a taxonomia estrutural, incluindo novas intervenções. Na versão mais recente, encontram-se descritas 542 intervenções organizadas em sete domínios (fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamental, segurança, família, sistema de saúde e comunidade) e trinta classes, totalizando mais de 12.000 atividades descritas e relacionadas⁽¹⁾.

Designa-se como intervenção de enfermagem, qualquer tratamento, cuja base é o julgamento clínico realizado pelo enfermeiro. As intervenções fornecem detalhes de uma série de atividades. Cada atividade se refere aos comportamentos ou ações específicas realizadas por enfermeiros para implantar uma intervenção que auxilia o paciente a obter o resultado desejado⁽¹⁾. As atividades de enfermagem em oncologia em unidades de internação diferem das ambulatoriais. O tempo de permanência do paciente internado para quimioterapia vem reduzindo ao longo dos anos, enquanto na unidade ambulatorial os enfermeiros relatam aumento de pacientes sob seus cuidados⁽²⁾. A administração de quimioterapia ambulatorial em centros de infusões constitui-se em grande desafio quanto à questão da restrição de tempo. Na tentativa de presumir um tempo estimado para as intervenções de maior frequência, de forma predominante ou as essenciais para o papel do enfermeiro especialista, a NIC elegeu 45 áreas, dentre elas, a enfermagem em oncologia⁽¹⁾.

Na literatura nacional e internacional encontram-se diversas investigações sobre a alocação do tempo da equipe de enfermagem⁽³⁾. Algumas pesquisas têm como foco principal, mapear as atividades de enfermagem e verificar a frequência em que ocorrem⁽⁴⁾; outras contêm a elaboração de instrumento para classificação das atividades^(4,5). Assim como, estudos que abordam o gerenciamento do tempo de trabalho em enfermagem com procedimentos e técnicas diferentes, em espaços como clínica médica, unidade médico-cirúrgica, alojamento conjunto, unidade de emergência, dentre outras⁽⁶⁻⁹⁾.

A identificação da carga de trabalho é fundamental para a elaboração de protocolos objetivando a otimização do trabalho dos profissionais de enfermagem⁽¹⁰⁾. Para tanto, faz-se necessário medir o tempo que se utiliza para prestar assistência tanto direta quanto indireta aos clientes durante o processo de cuidar⁽³⁾.

A avaliação da carga de trabalho é também uma tentativa de prever o tempo e a habilidade requerida para prover os cuidados⁽¹⁰⁾. Entretanto, quantificar o tempo de assistência de enfermagem em ambulatório de oncologia, constitui-se um grande desafio em função da imprevisibilidade da população atendida⁽¹¹⁾. Diante dessa constatação, pode-se afirmar que o tempo é um fator determinante no trabalho do enfermeiro e, conseqüentemente, na produtividade do trabalhador, independente da tarefa desempenhada. A produtividade pode ser definida como a relação entre a quantidade de produtos ou serviços produzidos e os recursos utilizados⁽¹²⁾.

A literatura revela um número limitado de instrumentos disponíveis para quantificar a carga de trabalho de enfermagem em atendimento ambulatorial comparada às existentes em instituições hospitalares⁽²⁾. Os ambulatórios de oncologia vêm atendendo, a cada dia, um número maior de pacientes que necessitam de cuidados clínicos cada vez mais complexos⁽¹¹⁾. Boa parte desses serviços não utiliza qualquer tipo de avaliação para dar suporte às decisões da equipe de enfermagem, baseando-se apenas no volume de pacientes e no número de tratamentos fornecidos⁽³⁾. As drogas quimioterápicas, nas últimas décadas, mudaram o ambiente hospitalar para o ambulatorial, sendo administradas em centros de infusão de quimioterapia (CQT)⁽¹³⁾. De acordo com o *National Center for Health Statistics* dos Estados Unidos, 19 das 23 milhões de consultas anuais para infusão de drogas antineoplásicas ocorrem em ambulatório⁽¹⁴⁾. Esse maior fluxo de pacientes, aliado à complexidade do tratamento, contribuiu para um aumento da carga de trabalho dos enfermeiros. Assim, a enfermagem oncológica ambulatorial é influenciada pela complexidade assistencial (sistema de classificação de pacientes), papel da enfermagem (atividades) e número de pacientes que requerem cuidados⁽¹¹⁾.

Desde a década de 1980 são realizados vários estudos com intuito de analisar a carga de trabalho de enfermagem em centros de quimioterapia. Um deles descreveu um processo para identificar as atividades de cuidado, utilizando mensuração do tempo das atividades desenvolvidas⁽¹⁵⁾. A categorização de drogas quimioterápicas foi utilizada como medidor do tempo dos cuidados de enfermagem⁽¹⁶⁾. Um marco importante da literatura realizado em ambulatório ocorreu com os estudos de Verran, com a classificação das atividades de cuidados diretos, cuidados não centrados no cliente e atividades administrativas⁽¹⁷⁾.

Estudo australiano desenvolveu um instrumento para determinar as funções e carga de trabalho dos enfermeiros em unidades de radioterapia e onco-hematologia, utilizando a metodologia de amostragem de trabalho⁽¹⁸⁾. Um protótipo de escala baseada na complexidade assistencial em ambulatório de oncologia classificou os pacientes em cinco níveis, com período de tempo que variou de menos de 30 minutos a mais de 4 horas⁽¹¹⁾. Outro estudo de classificação de pacientes associou drogas quimioterápicas com a complexidade de cuidado para a infusão, categorizou o tempo necessário de cuidados em três níveis, I- 30 min, II- 60 min e III- 90 minutos⁽¹³⁾.

Para identificar as intervenções de cuidados desenvolvidos pela enfermagem, com o objetivo de conhecer a carga de trabalho, os pesquisadores brasileiros e internacionais⁽¹⁰⁾ utilizam como referencial a NIC. Sua utilização é importante para mensurar carga de trabalho em enfermagem, demonstrando, ainda, que é possível o seu uso na identificação e distribuição de pessoal em diferentes contextos assistenciais^(4,9-10,19). Este estudo objetivou identificar as intervenções de enfermeiros em um CQT, segundo a NIC e mensurar a carga de trabalho e produtividade.

Casística e Métodos

Estudo observacional utilizando-se a técnica de amostragem de trabalho, ou seja, a coleta de amostras de atividades em intervalos de tempo sistemáticos. Nessa técnica, o tempo total

gasto em uma atividade é inferido, baseado na porcentagem de observações relacionadas àquela atividade⁽²⁰⁾.

O cenário deste estudo foi o CQT de um hospital de ensino, que atende exclusivamente ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), considerado centro de alta complexidade em oncologia nível II (CACON II), referência no atendimento ao paciente oncológico do interior do Estado de São Paulo. Participaram do estudo sete enfermeiros que naquele momento atuavam na unidade, no período de 14 a 29 de março de 2011.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição campo de estudo (parecer nº 290/2010).

Para identificar as atividades realizadas pelos enfermeiros, durante a aplicação de quimioterapia ambulatorial, foi construído um instrumento já validado por Souza et al⁽⁴⁾ Utilizando-se a triangulação de dados, combinando três fontes de informações: entrevista semiestruturada, análise de documento e questionário. A categorização das atividades foi feita segundo linguagem padronizada, composta por 35 intervenções⁽⁴⁾.

As intervenções/atividades foram classificadas em quatro categorias: cuidados diretos e indiretos (NIC) e atividades associadas e pessoais. Os cuidados diretos representam o tratamento realizado por meio da interação com o paciente, incluindo ações de enfermagem no âmbito fisiológico e psicossocial, bem como, ações práticas e aquelas de apoio e aconselhamento para a vida. As intervenções/atividades realizadas à distância, mas em benefício do paciente e que abrangem ações voltadas para o gerenciamento do ambiente do cuidado e colaboração interdisciplinar, são denominadas cuidados indiretos. Foram consideradas como atividades associadas àquelas que não necessitam da realização por profissional de enfermagem e, como atividades pessoais, as pausas realizadas no trabalho relacionado ao atendimento de necessidades fisiológicas e descanso⁽²¹⁾.

O tamanho amostral determinado estatisticamente considerou a probabilidade de ocorrência das atividades maior que 0,1%, ou seja, $p=1/1000$, com intervalo de confiança de 95%, $\alpha=0,05$, e tempo entre observações de 10 minutos. Considerou-se para cálculo a quantidade média de profissionais que trabalhavam em cada dia (cinco enfermeiros). Para aumentar a margem de segurança da pesquisa, as observações foram conduzidas durante cinco dias consecutivos.

A aplicação do instrumento final, já acrescido das novas atividades, foi conduzida pelas mesmas enfermeiras que realizaram o teste piloto, após orientação. Cada observadora acompanhou dois enfermeiros por vez, durante aproximadamente oito horas diárias anotando as atividades realizadas mediante a utilização de um cronômetro.

Obteve-se 1.890 amostras de observações. A produtividade foi calculada a partir da soma das proporções do tempo despendido com cuidados diretos (CD), cuidados indiretos (CI) e atividades associadas (AA), subtraindo-se o tempo utilizado no atendimento das atividades pessoais (AP), ou seja, $P=(CD+CI+AA)-AP$. A estatística foi descritiva, realizada por meio do Programa Microsoft Excel®, versão 2010.

Resultados

A amostra mapeada no estudo constituiu-se de 35 intervenções

da NIC e 85 atividades. Dentre as intervenções realizadas, as mais frequentes foram: Troca de informações sobre os Cuidados de saúde 12,2%, Documentação 11,5% e Administração de medicamentos: endovenosa 11,1%.

O tempo médio de intervenções dos enfermeiros em cuidados indiretos foi: Supervisão de funcionários - 27,2 (variação 8,1 – 46,4) min, verificação do carrinho de emergência - 23,3 (variação 0,9 – 45,8) min e consulta - 23,1 (variação 17,4 a 28,8) min, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1. Tempo médio das principais intervenções da NIC e cuidados indiretos realizadas pelos enfermeiros do Centro de Infusão de Quimioterapia. Barretos/ SP, 2011

NIC	Classe	Definição da Classe	T.Min
7830	Supervisão funcionários	Facilitação do oferecimento de cuidados altamente qualificados ao paciente por outras pessoas.	27,2
7660	Verificação do carrinho de emergência	Revisão e manutenção sistemática dos conteúdos de um carrinho de emergência a intervalos de tempo estabelecidos.	23,3
7690	Interpretação de dados laboratoriais	Análise crítica de dados laboratoriais pertinentes para auxiliar a tomada de decisão clínica.	19,0

T.Min: Tempo por Minutos; NIC: *Nursing Intervention Classifications*

Em relação ao tempo médio das principais intervenções de cuidados diretos, os enfermeiros gastaram mais tempo na consulta de enfermagem, seguidos do controle da quimioterapia e da dor, conforme Quadro 2. As definições conceituais das classes da NIC esclarecem que essas intervenções estão relacionadas ao cuidado do paciente oncológico.

Quadro 2. Tempo médio das principais intervenções de cuidados diretos da NIC realizadas pelos enfermeiros do Centro de Infusão de Quimioterapia. Barretos/SP, 2011

NIC	Classe	Definição da Classe	T. Min.
7910	Consulta	Uso do conhecimento especializado para trabalhar com pessoas que buscam ajuda na solução de problemas, de modo a habilitar indivíduos, famílias, grupos ou instituições a atingirem as metas identificadas.	23,1
2240	Controle da quimioterapia	Assistência ao paciente e aos familiares para que compreendam a ação e a minimização dos efeitos colaterais dos agentes antineoplásicos.	8,3
1400	Controle da dor	Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente.	8,3

T.Min: Tempo por Minutos; NIC: *Nursing Intervention Classifications*

A distribuição do tempo dos enfermeiros na realização das diversas intervenções/atividades demonstrou maior representatividade de cuidados indiretos – 43,2%, como demonstra a Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da frequência, tempo e percentual das intervenções na NIC Barretos/SP, 2011

Intervenção/ Atividade	Quantidade	Tempo (minutos)	%
Cuidados Indiretos	598	4 610	43,2
Cuidados diretos	499	3545	33,2
Associadas	208	1 240	11,6
Pessoais	182	1 280	12,0
Total	1 487	10 675	100

A identificação do percentual do tempo dos enfermeiros nas atividades pessoais e associadas permitiu verificar a produtividade média desses profissionais, que correspondeu a 88%.

Discussão

Observou-se que os enfermeiros do CQT executaram mais intervenções em cuidados indiretos (43,2%). O predomínio do tempo gasto nessas atividades tem sido encontrado também por outros pesquisadores: 47,3% (clínica médica)⁽⁸⁾, 55,7% , 72,5% (ambulatório de oncologia)⁽³⁾. Contudo, é difícil a comparação desses valores de tempo, pois essas investigações utilizam métodos e classificações diferentes.

As atividades de cuidados indiretos que mais interferiram na carga de trabalho dos enfermeiros foram: supervisão de funcionários, verificação do carrinho de emergência e interpretação de dados laboratoriais. A supervisão despendeu 27,2 minutos, superior aos 12,5 minutos encontrados em estudo brasileiro realizado em unidade de emergência⁽⁹⁾. Durante a infusão de drogas quimioterápicas muitos protocolos de medicamentos, principalmente os investigacionais, exigem da enfermagem maior observação e controle das possíveis reações dos pacientes⁽²²⁾.

A verificação do carrinho de emergência apresentou em média 23 minutos de execução. Torna-se importante destacar que essa atividade poderia ser delegada a outros profissionais da equipe, de forma que o enfermeiro pudesse priorizar seu tempo para outras atividades que agregassem valor ao cuidado do paciente. Em um estudo de unidade de ortopedia o tempo para essa intervenção foi de 40 minutos⁽¹⁰⁾.

Quanto a avaliação de resultados de exames laboratoriais dos pacientes oncológicos, constitui-se em prevenir ou amenizar complicações decorrentes dos efeitos adversos das drogas quimioterápicas⁽²²⁾. Dentre elas a neutropenia, indicativo do risco de infecção. A avaliação de resultados laboratoriais apresentou tempo médio de 19 minutos de execução, superior ao tempo identificado em unidade de emergência - 10 minutos⁽⁹⁾. Torna-se importante destacar que no cenário investigado, o enfermeiro é responsável pela interpretação de dados laboratoriais antes de qualquer conduta, a comunicação ao médico do quadro clínico ou exames alterados.

Os cuidados diretos foram responsáveis por 33,2% do tempo dos enfermeiros, valores próximos os de outros estudos 35%

(emergência)⁽⁹⁾ e 44% (unidade básica de saúde)⁽¹⁹⁾ e especificamente em ambulatório de oncologia 30%⁽³⁾.

As intervenções de cuidados diretos que mais demandaram tempo foram: consulta de enfermagem (23 minutos), controle da quimioterapia (8,3 minutos) e controle da dor (8,3 minutos). Tempo estimado de 30 a 60 minutos foi referido em pesquisa que incluiu a consulta como atividade em sistema de classificação de complexidade assistencial em ambulatório de oncologia⁽¹¹⁾. O controle da quimioterapia constituiu-se na segunda intervenção de cuidados diretos que mais interferiram na carga de trabalho dos enfermeiros. Comparando o tempo com estudo em unidade semelhante, foram gastos 12,6 minutos⁽³⁾.

O controle da dor é um aspecto importante na gestão dos sintomas relacionados ao câncer. O enfermeiro oncológico presta assistência aos pacientes inicialmente, na avaliação da dor e fornece informações para o uso adequado das medicações para o seu controle⁽²²⁾. O tempo despendido nessa intervenção no ambulatório foi de 8,3 minutos, similar aos 10 minutos em unidade de emergência⁽⁹⁾.

No que se refere às atividades pessoais, elas ocuparam 12% do tempo de trabalho dos enfermeiros, semelhante aos encontrados por outros pesquisadores: 12% ambulatório de Diagnóstico por imagem⁽⁵⁾, 13,5% Clínica médica⁽⁶⁾ e inferior aos identificados de 16% unidade básica de saúde⁽¹⁸⁾ e 18% Ambulatório de oncologia⁽³⁾.

As atividades associadas corresponderam a 11,6% e apresentaram semelhança aos de uma unidade de emergência - 12%⁽⁹⁾, 7% Unidade básica de saúde⁽¹⁹⁾. Essas atividades no presente estudo corresponderam a: realizar chamada telefônica, solicitar prontuário de pacientes e medicação quimioterápica na farmácia e transportar pacientes a outras unidades.

A organização do serviço e o apoio da equipe administrativa são fundamentais para a redução de trabalho de qualquer unidade. Com isso reduzem-se gastos de tempo em atividades não específicas da enfermagem e garante-se um melhor desempenho do pessoal de apoio em colaboração com a equipe de enfermagem⁽⁴⁾. A produtividade dos enfermeiros correspondeu a 88% e, um centro de diagnóstico por imagem, identificou uma produtividade de 82%⁽⁵⁾. Considera-se como produtividade ideal valores entre 80% e 85% do tempo total de trabalho⁽¹²⁾.

Na busca de métodos e processos de trabalho com o objetivo de se manter uma relação favorável custo/benefício na produtividade da enfermagem, considera-se como importante, dentre vários aspectos, os sistemas de classificação de enfermagem como a taxonomia. No Brasil, pesquisas com uso da taxonomia da NIC para medir carga de trabalho dos enfermeiros em diversas especialidades são amplamente utilizada^(2,10,23).

A presente pesquisa em ambulatório de oncologia pode auxiliar na documentação e registro das intervenções realizadas pelos enfermeiros, para que o seu trabalho se torne mais visível e avaliável^(10,23).

Conclusão

A utilização da NIC possibilitou identificar a distribuição da carga de trabalho, mostrando que os enfermeiros do centro de infusão de quimioterapia consumiram grande parte do seu tempo

na realização de cuidados indiretos e o índice de produtividade estava acima do recomendado na literatura. O uso da NIC associada à carga de trabalho permitirá aos gestores de serviço realizar um dimensionamento de pessoal adequado à demanda de atividades do enfermeiro na assistência ao paciente centro de infusão de quimioterapia.

Referências

01. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Nursing Interventions Classification (NIC). 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
02. Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares de saúde. In: Kurcgante P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 121-35.
03. Martins LGR. Dimensionamento de profissionais de enfermagem em ambulatório de oncologia e hematologia [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
04. Souza CA, Jerico MC, Perroca MG. Mapeamento de intervenções/atividades dos enfermeiros em centro quimioterápico: instrumento para avaliação da carga de trabalho. *Rev Latinoam Enferm* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2014 Maio 20];21(2):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200492&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200004>
05. Cruz CWM, Gaidzinski RR. Tempo de enfermagem em centro de diagnóstico por imagem: desenvolvimento de instrumento. *Acta Paul Enferm* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2013 Jul 19];26(1):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000100013>
06. Mello MC. Carga de trabalho de enfermagem: indicadores de tempo em unidades de clínica médica, cirúrgica e terapia intensiva adulto [tese de doutorado na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011 [acesso em 2013 Jun 23]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-25082011-095746/pt-br.php>
07. Bordin LC, Fugulin FMT. Distribuição do tempo das enfermeiras: identificação e análise em Unidade Médico-Cirúrgica. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):833-40.
08. Soares AV, Gaidzinski RR, Cirico MV. Identificação das intervenções de Enfermagem no Sistema de Alojamento Cojuntivo. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):308-17.
09. Garcia EA, Fugulin FMT. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de Emergência. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):1032-8.
10. Cruz CWM, Bonfim D, Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Laus AM. The use of Nursing Interventions Classification (NIC) in identifying the workload of nursing: an integrative review. *Intern J Nurs Knowledge* [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 2015 Mar 10];25(3):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/2047-3095.12031/epdf>
11. Cusack G, Jones-Wells A, Chisholm L. Patient intensity in an ambulatory oncology research center: a step forward for the field of ambulatory care. *Nurs Econ*. 2004;22(2):58-63.
12. O'Brien-Pallas L, Thomson D, Hall LM, Ping G, Kerr M, Wang S, et al. Evidence-based standards for measuring nurse staffing and performance [monografia na Internet]. Ottawa: Canadian Health Service Research Foundation; 2004 [acesso em 2011 Maio 20]. Disponível em: http://fhs.mcmaster.ca/nru/documents/_VTI_CNF/Evidence%20Based%20Standards%20for%20Measuring%20Nurse%20Staffing%20and%20Performance.pdf
13. Chabot G, Fox M. The creation of a patient-classification system in an outpatient infusion center setting. *Oncol Nurs Forum*. 2005;32(3):535-8.
14. Kamimura A, Schneider K, Lee CS, Crawford SD, Friese CR. Practice environments of nurses in ambulatory oncology settings: a thematic analysis. *Cancer Nurs*. 2011;35(1):1-7.
15. Medvec BR. Productivity and workload measurement in ambulatory oncology. *Semin Oncol Nurs*. 1994;10(4):288-95.
16. Campbell S, Hallgren L, Kamitomo V, Catedral C. Chemotherapy drug administration: a beginning survey of chemotherapy as a workload index. *Cancer Nurs*. 1984;7(3):213-20.
17. Verran JA. Patient classification in ambulatory care. *Nurs Econ*. 1986;4(5):247-51.
18. Chaboyer W, Wallis M, Duffield C, Courtney M, Seaton P, Holzhauser K, et al. A comparison of activities undertaken by enrolled and registered nurses on medical wards in Australia: an observational study. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(9):1274-84.
19. Bonfim D, Gaidzinski RR, Santos FM, Gonçalves CS, Fugulin FMT. Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2012 Dez [acesso em 2014 Ago 25];46(6):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600025&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600025>.
20. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 414-5.
21. Hurst K. Primary and community care workforce planning and development. *J Adv Nurs*. 2006;55(6):757-69.
22. Mick J. Factors affecting the evolution of oncology nursing care. *Clin J Oncol Nurs*. 2008;12(2):307-13.
23. Salgado PO, Tannure MC, Oliveira CR, Chianca TCM. Identificação e mapeamento das ações de enfermagem prescritas para pacientes internados em uma uti de adultos. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2016 Abr 15];65(2):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a14.pdf>

Trabalho Premiado no III Congresso Pan-Americano de Enfermagem em Oncologia – Brasil-SP 2013.

Célia Alves de Souza é enfermeira, mestre em Ciências da Saúde e docente do Departamento de Enfermagem Geral da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail ca.souza1968@hotmail.com

Marcia Galan Perroca é enfermeira, doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo(USP) e docente do Departamento de Enfermagem Especializada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: marcia.perroca@gmail.com

Marli de Carvalho Jericó é enfermeira, doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo(USP), docente do Departamento de Enfermagem Especializada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: marlicj@hotmail.com

Vigoneti Araújo Amerlin é enfermeira e doutoranda da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Enfermeira e docente da Universidade Federal Mato Grosso do Sul(UFMS) E-mail: vigoneti@hotmail.com

João Junior Gomes é enfermeiro, doutorando de Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: jjenf@uol.com.br

Conhecimento das gestantes sobre o exame citopatológico

The knowledge of pregnant women about the cytopathological examination

Aléxia Ruanna Oliveira da Nóbrega¹, Maria Mirtes da Nóbrega¹, Mona Lisa Lopes dos Santos Caldas¹, Juliane de Oliveira Costa Nobre¹

Resumo

Introdução: As vulvovaginites apresentam prevalência significativa, tanto nas mulheres em geral quanto nas gestantes, sendo o exame citopatológico ou papanicolaou o método mais realizado na prevenção precoce, além de ter papel fundamental no diagnóstico. **Objetivos:** Identificar o conhecimento das gestantes sobre a importância do exame citológico, averiguar as informações repassa-das sobre o exame durante o pré-natal e investigar as dúvidas e insegurança para a realização do exame no período gestacional. **Casuística e Métodos:** Trata-se de um estudo do tipo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 25 gestantes durante os meses de Agosto a Setembro de 2015. Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro elaborado em articulação com os objetivos da pesquisa. **Resultados:** O estudo revelou que 52% das gestantes viviam em união estável, 76% tinham entre 18 e 29 anos e 44% concluíram o ensino médio. Sobre a realização do exame, 40% foram submetidas ao procedimento. Entretanto, 60% receberam informações a respeito do exame. **Conclusão:** O diálogo e a postura que o profissional de saúde adota perante a paciente interferem positivamente na percepção e na adesão ao exame, inclusive, por se tratar de um exame gratuito e de grande relevância para a saúde da gestante.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Teste de Papanicolaou; Gestantes.

Abstract:

Introdução: Vulvovaginitis presents a significant prevalence both in women in general and in those pregnant women. The most commonly performed method for the early prevention is the cytopathological test or Papanicolaou test. It has a key role in the diagnosis of the condition. **Objectives:** Identify the knowledge of pregnant women about the importance of the cytological examination; verify the information from the examination passed on during the prenatal care, and investigate the doubts and insecurities regarding the performance in the examination during the gestational period. **Patients and Methods:** This is a descriptive and transversal study, with a quantitative approach, carried out with 25 pregnant women from August to September 2015. To collect data, we used a script developed in conjunction with the research objectives. **Results:** The study reveals that 52% of pregnant women had stable partners, 76% were aged between 18 and 29 years, and 44% completed high school. Regarding the exam, 40% underwent the procedure; however, 60% received information about the exam. **Conclusion:** The conversation and the attitude adopted by the health professional with the patient interfered positively in the perception and adherence to the examination. This examination is free and it is of great relevance for the pregnant women's health.

Descriptors: Nursing Care; Papanicolaou Test; Pregnant Women.

¹Faculdades Integradas de Patos (FIP)-Patos-Paraíba-Brasil

Con lito de interesses: Não

Contribuição dos autores: ARON coleta, tabulação, delineamento do estudo, redação do manuscrito, discussão dos achados, etapas da execução e elaboração do manuscrito. MMN delineamento do estudo, correção do manuscrito. MLLSC delineamento do estudo, correção do manuscrito. JOCN orientação do projeto, delineamento do estudo e correção do manuscrito.

Contato para correspondência: Aléxia Ruanna Oliveira da Nóbrega

E-mail: alexia.nobrega@outlook.com

Recebido: 10/12/2015; Aprovado: 05/02/2016

Introdução

As vulvovaginites são alterações ginecológicas frequentes na vida da mulher, podendo também surgir durante a gravidez. Além da ação local, os microorganismos, presentes na infecção vulvovaginal podem acarretar danos diretos e indiretos ao feto, ocasionando rotura de membranas ovulares e trabalho de parto prematuro⁽¹⁾. Podendo ainda, determinar amnionite, infecção do líquido amniótico e puerperal⁽²⁾. Em casos mais raros, aproximadamente 2% dos casos, pode motivar endometrite estando associados à abscessos vulvovaginais e mastites⁽³⁾. É de suma importância o tratamento das vulvovaginites na gestação, pelas consequências materno-fetais⁽¹⁾.

Faz-se necessário que, a gestante seja acolhida na atenção básica, havendo integralidade no cuidado a partir da recepção com escuta qualificada e do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidade, de acordo com o contexto social, entre outros cuidados, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto e no pós-parto⁽⁴⁾. Para detectar essas infecções, alguns exames podem ser realizados tendo papel fundamental no diagnóstico. Dentre eles, está o exame citológico, que é o mais propagado na prática ginecológica e utilizado como método de triagem, por ser um exame rápido e relativamente de baixo custo⁽⁵⁾.

Em 2004, surgiu a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) que postula diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento dos vários segmentos da população feminina. Essa assistência, que funcionava de forma fragmentada por investir basicamente na atenção ao ciclo gravídico-puerperal, busca por sua vez compreender os diferentes momentos da vida da mulher⁽⁶⁾. A função do enfermeiro é orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da realização do exame clínico das mamas e da coleta para exame citopatológico do colo do útero, não perdendo a oportunidade para a realização do rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes. Não está contraindicada a realização desse exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês⁽⁴⁾. Sabendo-se da apreensão de gestantes quanto ao exame citológico, surgiu o seguinte questionamento: Qual o conhecimento das gestantes sobre a importância do exame citológico? O estudo é relevante, pois irá apresentar as percepções de gestantes cadastradas em uma unidade de saúde da família de Patos-PB sobre o exame citológico, e ao mesmo tempo investiga a prevalência de vulvovaginites, durante as consultas de pré-natal. Este estudo teve o objetivo de identificar o conhecimento das gestantes sobre o exame citológico, averiguar as orientações repassadas em relação ao exame durante o pré-natal e investigar as dúvidas e medo da realização do exame no período gestacional.

Casuística e Métodos

O estudo foi descritivo e transversal com abordagem quantitativa, realizado no município de Patos/PB, na Unidade de Saúde da Família – USF Sebastiana Xavier, situada no bairro Bivar Olinto, após ter sido aprovado pelo comitê de ética em pesquisa das Faculdades Integradas de Patos/PB CAAE: (45339415.0.0000.5181).

A população de estudo foi constituída por 30 gestantes cadastradas na USF da referida cidade, acompanhadas durante os meses de Agosto e Setembro de 2015. A amostra foi composta por 25 destas mulheres e obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: serem cadastradas na UBS, já estarem cadastradas no SIS Pré-Natal e aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos⁽⁷⁾, sendo excluídas aquelas menores de 18 anos.

O levantamento de dados foi realizado por meio de entrevista individual com as gestantes que compareceram a consulta de pré-natal na unidade, utilizando um formulário estruturado contendo o campo para preenchimento dos dados sociodemográficos e oito questões objetivas, abordando questões sobre o perfil socioeconômico, o conhecimento das gestantes sobre o exame citopatológico e dos sentimentos relacionados. As entrevistas eram realizadas semanalmente, no dia do acompanhamento de pré-natal agendado pelo profissional enfermeiro(a), logo após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

Depois que as entrevistadas da pesquisa responderam aos questionários, as respostas foram analisadas estatística e quantitativamente. Os dados foram coletados e tabulados no programa Microsoft Office Excel® 2010, e os resultados analisados com o auxílio do *software* Epi Info versão 3.5.2, apresentados sob a forma de tabela e gráficos, contendo o percentual de todas as variáveis.

Resultados

De acordo com a categorização dos dados sociodemográficos, em um total de 25 gestantes que compõem a amostra, 19 (76%) encontram-se na faixa etária entre 18 e 29 anos e seis (24%) entre 30 e 39 anos. Com relação à situação civil, 13 (52%) revelaram possuir união estável, oito (32%) eram casadas, três (12%) solteiras, e uma (4%) divorciada. Quanto ao nível de escolaridade, o percentual mais alto é o de ensino médio completo, que corresponde a 44% (11), seguido do ensino médio incompleto e ensino fundamental completo com 24% (6), respectivamente. Das demais entrevistadas, uma (4%) possui ensino fundamental incompleto e uma é analfabeta (4%). No que se refere à profissão, constata-se que 20 (80%) das entrevistadas são do lar, duas (8%) são vendedoras, uma (4%) cozinheira, uma (4%) copeira e uma (4%) auxiliar de transporte infantil. Quanto à renda familiar, verificou-se que 16 (64%) recebiam até um salário mínimo, sete (28%) de 1 a 2 salários mínimos, e duas (8%) acima de 2 salários mínimos. Com relação à religião, 20 (80%) são católicas, 3 (12%) evangélicas e 2 (8%) não possuem religião. Ao indagar as gestantes sobre as orientações prestadas a respeito do exame citopatológico, durante as consultas de pré-natal observam-se na Figura 1 que, 60% (15) das gestantes afirmam que receberam orientações sobre o exame durante as consultas de pré-natal e 40% (10) disseram não ter recebido informações.

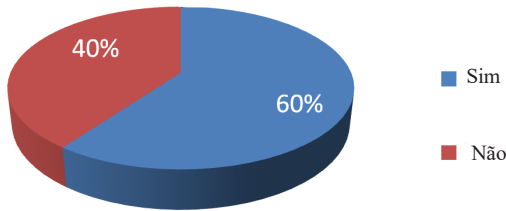


Figura 1. Distribuição das gestantes quanto à orientação sobre o exame citopatológico durante as consultas de Pré-Natal. Patos/PB, 2015

Na análise dos dados mostrados na Figura 2, é possível perceber que 56% (14) das gestantes entrevistadas não realizaram o exame citopatológico durante o Pré-Natal e 44% (11) afirmaram ter realizado o exame durante o período gestacional.

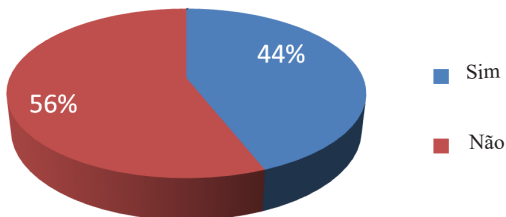


Figura 2. Distribuição das mulheres que realizaram o exame citopatológico durante o Pré-Natal. Patos/PB, 2015

Na Figura 3, quanto ao questionamento de qual profissional de saúde da unidade a gestante recebeu informações sobre o exame citopatológico, durante o período gestacional, nota-se que 60% (15) das gestantes receberam as devidas orientações por intermédio do enfermeiro (a) da Unidade de Saúde.

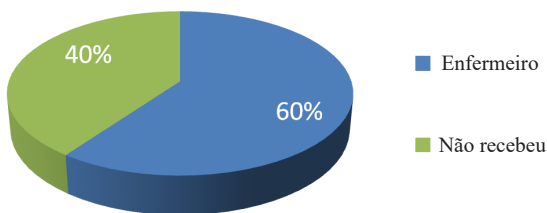


Figura 3. Distribuição das gestantes quanto a orientações do exame citopatológico. Patos/PB, 2015

Quando questionadas sobre se há distinção do exame citopatológico em mulheres grávidas, comparadas àquelas que não estão grávidas, a Figura 4 demonstra que 68% (17) não sabem se há diferença na realização do exame citopatológico em mulheres grávidas.

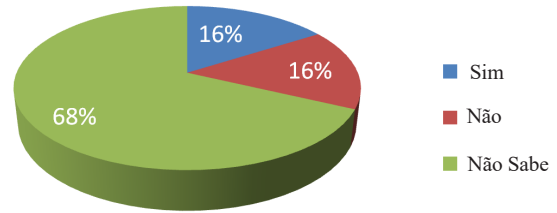


Figura 4. Distribuição das gestantes quanto ao seguinte questionamento: Sobre este exame, você sabe se há diferença na realização do exame em grávidas e em mulheres não grávidas? Patos/PB, 2015

Condizente com o exame citopatológico, 44% (11) das gestantes se sentem a vontade durante a realização do exame e não apresentam receios; 32% (8) não temem o exame, porém sentem-se constrangidas durante a realização e 24% (6) afirmaram se sentirem aflitas quanto a execução do exame por terem medo de perder o bebê.

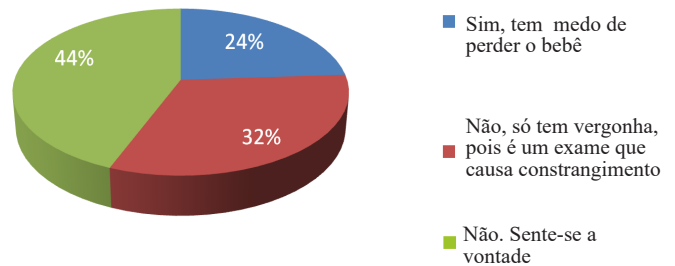


Figura 5. Distribuição das gestantes quanto ao receio na realização do exame. Patos/PB, 2015

Discussão

As vulvovaginites apresentam prevalência significativa tanto nas mulheres em geral quanto nas gestantes. Nestas em especial, devem ser consideradas modificações fisiológicas e diminuição da sua imunidade. Em decorrência disso, as gestantes estão mais susceptíveis a adquirir infecções vaginais.

Os resultados sociodemográficos deste estudo apontam para a prevalência de gestantes em idade fértil, dados esses que reafirmam a determinação do MS, em 1988, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), estabeleceu que o exame citopatológico deveria ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade ou que já tivessem iniciado atividade sexual, mesmo antes dessa faixa etária. E após dois exames anuais consecutivos negativos, deve ser realizado a cada três anos⁽⁸⁾.

Com relação à situação civil reafirmou dados de outra pesquisa que identificou prevalência de 72,7% de gestantes casadas ou unidas consensualmente e 23,1% de solteiras. A presença do parceiro é relevante para a gestante, tendo em vista que o período gestacional corresponde às mudanças fisiológicas que podem gerar dúvidas, angústias e ansiedade por tudo o que está acontecendo⁽⁹⁾. O companheiro pode tornar esse momento de grande apreensão e medo, em algo carregado de emoção, mo-

tivando a mulher e contribuindo, deste modo, para o processo de humanização⁽⁴⁾.

Quanto ao nível de escolaridade é considerável satisfatório, já que assuntos que correspondem à educação sexual também são debatidos no âmbito escolar. O percentual mais alto é o de ensino médio completo que corresponde a 44% (11). Diversos estudos apontam que as mulheres mais acometidas pelo câncer de colo de útero são aquelas com grau de escolaridade inferior, jovens e com baixo nível socioeconômico⁽¹⁰⁾.

No que se refere à profissão, constata-se que a grande maioria não está empregada. Em estudo realizado no Nordeste, é possível perceber que as mulheres jovens enfrentam dificuldade em conseguir emprego⁽¹¹⁾.

Quanto à renda familiar, verificou-se que 16 (64%) recebiam até um salário mínimo. Os dados demonstram que a população de mulheres atendidas na área que abrange a Unidade de Saúde desse município, é constituída por mulheres menos favorecidas socioeconomicamente. O baixo nível socioeconômico está relacionado diretamente com a maior incidência de câncer. Estudos afirmam que baixos níveis de higiene podem relacionar-se a uma maior exposição a possíveis infecções⁽¹²⁾.

Com relação à religião, 20 (80%) são católicas. Algumas religiões incentivam hábitos de vida saudáveis, apoio psicossocial, reforço da autoestima e o fornecimento de uma estrutura para suportar os eventos da vida, levando a uma maior utilização dos serviços de saúde pelos membros expostos a esses recursos⁽⁸⁾.

Diante a distribuição das gestantes sobre as orientações do exame citopatológico no período gestacional, repassadas pelos profissionais de saúde, levanta-se um dado importante, tendo em vista que 15 (60%) afirmaram não ter recebido quaisquer informações. A postura que o profissional adota diante do exame citopatológico, também interfere na percepção que as mulheres têm sobre o exame. O diálogo deve ser estimulado por ele para que a mulher compreenda a importância e adote a prática da prevenção⁽¹³⁾. É preocupante o número de gestantes que não receberam qualquer orientação sobre a importância da prevenção, tendo em vista que a informação é um fator determinante para a realização do exame.

Foi possível perceber que 56% das gestantes não realizaram o exame citopatológico durante o Pré-Natal, possivelmente em decorrência da falta de informação quanto à finalidade do exame e sua importância no período gestacional.

Apesar da importância do elo entre profissional e paciente, a realização do exame envolve fatores que vão além dessa relação, fatores como a condição social, a família, a dificuldade de ter com quem deixar os filhos, o ambiente que o exame é realizado, o modo como os profissionais envolvidos nesse processo atuam, além da percepção e do saber que a mulher adquiriu a cerca do exame durante toda sua vida também afetam na decisão de fazer ou não o exame citopatológico⁽⁵⁻¹⁴⁾.

Ficou revelado durante as entrevistas, os motivos pelos quais as gestantes que, receberam informações sobre o exame citopatológico, podem estar ligadas à falta de informações por parte dos profissionais. As dúvidas das entrevistadas retardam a tomada da decisão na realização do exame culminando em situações de riscos para mãe e filho.

Dados verificados na Figura 3 revelam que 60% das gestantes receberam orientações sobre o exame citopatológico pelo Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde.

Um estudo realizado em um município do Nordeste, foi possível destacar que dentre as dificuldades para a realização do exame citopatológico está à falta de motivação e o interesse em realizar o exame, seja pela carga horária de trabalho ou dificuldade de relacionamento com o profissional de saúde⁽⁵⁾.

O profissional de enfermagem tem papel fundamental no período gestacional, pois é o profissional que apresenta mais acessibilidade à gestante e aos seus familiares, e é quem acolhe, atende e acompanha a gestante na maioria de suas consultas de pré-natais. Os dados acima, que demonstram exatidão ao enfermeiro(a), devem ser explicados de acordo com a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem - Decreto nº 94.406/87, afirmando que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro.

Um dado curioso é demonstrado na Figura 4, comprovando que 68% não sabem se há diferença na realização do exame citopatológico em mulheres grávidas.

Não é contraindicada a realização do exame citológico nas gestantes, porém não se deve fazer a coleta endocervical. Contudo deve-se fazer a coleta apenas na ectocérvice, como existe uma eversão fisiológica da junção escamo-colunar do colo do útero durante a gravidez, de preferência até o 7º mês da gestação⁽⁴⁾.

Destaca-se que as entrevistadas relataram haver diferença na realização e, quando questionadas sobre as diferenças, não souberam dar mais detalhes. Relataram fatores como, o espécule não é introduzido por inteiro e que o exame dura menos tempo. Na Figura 5, pode-se perceber que 44% das gestantes se sentem à vontade durante a realização do exame. A maioria das gestantes relatou que não há motivos que as impeçam de realizar o exame. Entretanto, as demais demonstraram certo receio em fazê-lo. Esses dados devem estar relacionados à falta de orientação.

Os sentimentos negativos, como medo, nervosismo e vergonha relacionados ao exame citopatológico, podem estar atribuídos às experiências que causaram danos à mulher, estando ligados à falta de informações sobre a anatomia e fisiologia do seu corpo, além de experiências traumáticas a respeito do exame⁽¹⁵⁾.

Conclusão

Ao longo da discussão foi possível perceber que as gestantes, em sua maioria, têm um conhecimento satisfatório com relação à importância da realização do exame citopatológico para a saúde da mulher em geral. Entretanto, é frágil o conhecimento relacionado à finalidade do exame realizado no período gestacional. É necessário que a gestante seja acolhida pelos profissionais de saúde afim de que haja oportunidades de promoção em saúde. Destacou-se no estudo que, foi relevante o número de gestantes que não receberam orientações sobre o exame citopatológico no período gestacional. Em vista disso, muitas das gestantes optaram por não realizar o exame. O que dificulta o rastreamento de câncer do colo do útero, além de não detectar infecções vulvovaginais.

Muitas foram às dúvidas abordadas no decorrer da pesquisa. O medo e o constrangimento relacionados ao exame foram senti-

mentos presentes durante esse período. Faz-se necessário que o profissional de saúde, sobretudo o enfermeiro(a), estabeleça estratégias de promoção em saúde que aumente a realização do exame citopatológico e, que, conseqüentemente, eleve as práticas de prevenção.

O diálogo e a postura que o profissional de saúde adota perante a paciente interferem positivamente na percepção e na adesão do exame, inclusive, por se tratar de um exame gratuito e de grande relevância para à saúde da gestante.

Referências

1. Tedesco JJ, Britto ISW, Rodrigues LP. Vulvovaginites na gestação. *Rev Sogesp*. 2006;2(63):83.
2. Neme B. *Obstetrícia básica*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000.
3. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
5. Jorge RBL, Diógenes MAR, Mendonça FAC, Sampaio LRL, Jorge Júnior R. Exame Papanicolau: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2015 Set 9];16(5):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a13v16n5.pdf>
6. Pereira LA, Melo ECP, Amorin WM, Tonini T, Figueiredo NMAF. Programa de Atenção à Saúde. In: Figueiredo NMA, organizador. *Ensinando a cuidar em Saúde Pública*. São Caetano do Sul: Yendis. 2005. p. 255-337.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS nº 466/12. Brasília (DF); 2012.
8. Lucena LT, Zan DG, Crispin PTB, Ferrari JO. Fatores que influenciam na realização do exame preventivo de câncer cervico uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. *Rev Pan Amaz Saúde* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2015 Out 21];2(2):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v2n2/v2n2a07.pdf>
9. Spindola T, Penna LHG, Progiant JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2015 Set 2];40(3):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a09.pdf>
10. Casarin MR, Piccoli JCE. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do Município de Santo Angelo/RS. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2015 Out 21];16(9):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n9/a29v16n9.pdf>

11. Silva-Filho LA, Queiroz SN, Clementino MLM. Mercado de trabalho, desemprego e discriminação: Bahia 2001-2008. *Rev Econ Tec* [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2015 Set 2];8(2):[aproximadamente 12 p.]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/ret/article/view/28173>
12. Barros SMO. *Enfermagem obstétrica e ginecológica guia para a prática assistencial*. 2. ed. São Paulo: Roca; 2009.
13. Araújo CS, Luz HÁ, Ribeiro GTF. Exame preventivo de papanicolaou: percepção das acadêmicas de enfermagem de um centro universitário do interior de Goiás. *Rev Min Enferm* [periódico na Internet]. 2011 Jul-Set [acesso em 2015 Out 21];15(3):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/48>
14. Barbeiro FMS, Cortez EA, Oliveira PAMC, Silva ALO. Conhecimentos e práticas das mulheres acerca do exame papanicolaou e prevenção do câncer cérvico-uterino. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [periódico na Internet]. 2009 Set-Dez [acesso em 2015 Out 21];1(2):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/419/401>
15. Bezerra MWS. Percepção de gestantes sobre o Papanicolau: bases para a estratégia saúde da família. *Rev Ciênc Méd Biol* [periódico na Internet]. 2013 Mai-Ago [acesso em 2015 Out 21];12(2):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/viewFile/6962/6644>

Aléxia Ruanna Oliveira da Nóbrega é enfermeira pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP). E-mail: alexia.nobrega@outlook.com

Maria Mirtes da Nóbrega é enfermeira, mestra em Ciências da Educação pela Universidade Lusófona de Ciências e Tecnologia em Lisboa, Portugal, docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP). E-mail: mirteleao@hotmail.com

Mona Lisa Lopes dos Santos Caldas é enfermeira, especialista em Saúde Pública, docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP) E-mail: monalisalopes13@gmail.com

Juliane de Oliveira Costa Nobre é enfermeira, mestra em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP). E-mail: miguelejuliane@hotmail.com

Avaliação de indicadores de desempenho funcional de idosos longevos residentes em domicílio

Assessment of functional performance indicators of long-lived elderly people living at home

Marta Moreira Novais¹, Claudinéia Matos Araújo¹, Sara Vilas Bôas¹, Rahab Vieira Prates¹, Daniela de Souza Pinto¹,
Luciana Araújo dos Reis¹

Resumo

Introdução: Idosos longevos estão mais propensos a desenvolver incapacidades e limitações funcionais, em comparação a idosos mais jovens. O desempenho motor desses idosos se dá de acordo com a prática de atividades que necessitem de algum esforço físico. **Objetivo:** Avaliar os indicadores de desempenho funcional de idosos longevos residentes em domicílio. **Casística e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa do tipo analítica, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, com amostra de 117 idosos submetidos a quatro testes os quais avaliavam o equilíbrio, mobilidade, força e resistência de membros inferiores e capacidade de locomoção. **Resultados:** Constatou-se que houve uma maior frequência de idosos do sexo feminino (59,0%) e faixa etária entre 80 a 84 anos (57,3%). Na avaliação da capacidade funcional, verificou-se uma maior distribuição de idosos classificados como independentes nas Atividades Básicas de Vida Diária (59,0%) e dependentes nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (80,3%). Na avaliação do desempenho motor, foi encontrado desempenho médio para equilíbrio (48,7%) e bom para sentar/levantar (88,9%), agachar/pegar lápis no chão (94,9%) e caminhada (99,1%). **Conclusão:** Com os resultados obtidos conclui-se que os idosos sejam capazes de desempenhar atividades com uma maior independência funcional e necessitem de menos cuidados.

Descritores: Envelhecimento; Desempenho Psicomotor; Longevidade.

Abstract

Introduction: Long-lived elderly people are more likely to develop disabilities and functional limitations, compared to younger elderly people. The motor performance of these elderly people is obtained according to the practice of activities that require some physical effort. **Objective:** To assess the functional performance indicators of long-lived elderly people living at home. **Patients and Methods:** This is an analytical research, with cross-sectional design and quantitative approach, consisted of a sample of 117 elderly patients who were submitted to four tests that assessed the balance, mobility, strength and resistance of lower limbs, as well as the locomotion ability. **Results:** It was found that there was a greater frequency of elderly people of the female gender (59.0%), who were aged between 80 and 84 years (57.3%). When assessing the functional capacity, it was realized a greater distribution of elderly people classified as independent in the Basic Activities of Daily Living (59.0%) and dependent in the Instrumental Activities of Daily Living (80.3%). When assessing the motor performance, it was found an average performance for the balance (48.7%) and a good for sitting/standing up (88.9%), squatting/picking up a pencil on the floor (94.9%) and walking (99.1%). **Conclusion:** With the achieved results, one can conclude that elderly people are able to perform activities with a greater functional independence and require less health care actions.

Descriptors: Aging; Psychomotor Performance; Longevity.

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)-Jequié-BA-Brasil

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: MMN coleta, tabulação, delineamento do estudo e redação do manuscrito. CMA delineamento do estudo e co-orientação. SVB coleta e tabulação. RVP coleta e tabulação. DSP coleta e tabulação. LAR orientação do projeto, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito.

Contato para correspondência: Luciana Araújo dos Reis

E-mail: lucianauesb@yahoo.com.br

Recebido: 14/11/2015; **Aprovado:** 06/02/2016

Introdução

O processo de senescência traz consigo inúmeras alterações funcionais, morfológicas e bioquímicas, conferindo assim ao idoso um menor desempenho na realização das atividades⁽¹⁾. Atualmente tem-se estudado mais sobre essa população, sobre quais os principais agravos decorrentes do envelhecimento e as maiores alterações que acometem os idosos longevos. Sabe-se que as principais doenças presentes em idosos são as de caráter crônico-degenerativas, e que estas são as principais causadoras de dependência funcional nessa população⁽²⁾.

O idoso longevo é aquele que possui idade igual ou superior a 80 anos. Esta faixa etária, por sua vez, é a que mais cresce no Brasil e no mundo, quando comparada à de idosos mais jovens⁽³⁾. Esse crescimento do número de idosos se dá pelo avanço do acesso à saúde e à informação, também, por que, atualmente os serviços de saúde possuem estratégias voltadas para a promoção e prevenção da saúde desses indivíduos, buscando uma melhora na realização de atividades, conferindo ao idoso uma maior independência funcional⁽⁴⁾.

O desempenho motor pode ser classificado como um conjunto de habilidades que permitem ao indivíduo realizar as atividades de forma harmoniosa e independente. A diminuição desse desempenho é um fator que está intimamente associado ao envelhecimento, às alterações corporais que acontecem, como, por exemplo, redução do equilíbrio, flexibilidade e massa muscular, os quais contribuem para uma maior dificuldade na execução das atividades cotidianas. Essa diminuição varia de indivíduo para indivíduo e se relaciona também às doenças associadas e a idade, ou seja, cada idoso apresenta alterações funcionais e graus de dependência variado⁽⁵⁾.

As alterações no equilíbrio, diminuição da massa muscular e diminuição da flexibilidade são alguns fatores presentes no processo do envelhecimento, os quais contribuem para um maior risco de quedas, menor capacidade de realizar atividades e, conseqüentemente, para uma maior dependência por parte do idoso⁽⁶⁾. A busca de conhecimento sobre o processo de envelhecimento e as principais alterações funcionais decorrentes da idade e doenças associadas são de suma importância para os profissionais, pois, com isto, podem-se planejar estratégias buscando um envelhecimento mais saudável com um desempenho motor preservado. O presente estudo tem por objetivo avaliar os indicadores de desempenho funcional de idosos longevos residentes em domicílio. Contribuindo com o processo de pesquisa sobre o envelhecimento e os fatores agravantes para a saúde dessa população.

Casuística e Métodos

Trata-se de uma pesquisa do tipo analítica, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Realizado na zona urbana do município de Jequié/BA, com idosos longevos residentes em domicílio, cadastrados em cinco Unidades de Saúde da Família (USF) do referido município, escolhidas por meio de sorteio dentre as 18 USF do município. O período de coleta foi de Junho de 2014 a Dezembro de 2014.

O Município de Jequié/Bahia possui uma área total de 3.035 km² com uma população estimada de 151.895 habitantes, sendo 10,9% (16.617) da população representados por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (IBGE, 2010). No que se refere

à rede municipal de assistência à saúde da Atenção Básica, o município dispõe de 18 USF, as quais abrigam 27 Equipes de Saúde da família (ESF) e 18 equipes de Saúde Bucal; 09 Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); 25 postos de saúde (sendo 02 localizados na zona urbana e 23 em zona rural e áreas rarefeitas); 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS), todas localizadas na zona urbana; 01 unidade móvel para atendimento médico-odontológico; e 01 Unidade de Saúde Prisional⁽⁷⁾. A Estratégia Saúde da Família foi implantada no município, em 1998⁽⁸⁾, e, de acordo o Plano Municipal de Saúde, sua cobertura populacional é de 59,7%⁽⁷⁾.

Nas 5 USF havia um total de 159 idosos cadastrados, dos quais 19 não se enquadraram nos critérios de inclusão, 16 idosos não foram localizados e 7 se recusaram a participar do estudo, ficando assim a amostra representada por um total de 117 idosos. Como critério de inclusão foi estabelecido, ter idade igual ou superior a 80 anos, residir em domicílio e em zona urbana, ter capacidade de falar, ouvir e se locomover, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atingir pontuação igual ou superior a sete no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) versão reduzida. Foram considerados critérios de exclusão a não localização após duas tentativas pelo entrevistador, condições de dependência total ou doenças que o impeça de realizar os testes.

Como instrumento para a coleta de dados, foi utilizado um questionário contendo dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, presença de doença, presença de dor), Mini-Exame do Estado mental (MEM), escala de Lawton, índice de Barthel e testes para avaliação do desempenho motor (equilíbrio, sentar e levantar, caminhada, agachar e pegar um lápis no chão).

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)⁽⁹⁾, é um instrumento usado para avaliar a capacidade cognitiva dos idosos. Composto por dez questões que abrangem orientação temporal, orientação espacial, memória e cálculo, a pontuação varia de 0 a 10. A classificação se dá da seguinte forma, 0 a 2 erros representa um funcionamento mental normal, 3 a 4 erros comprometimento cognitivo leve, 5 a 7 erros comprometimento cognitivo moderado e 8 ou mais erros equivale a um comprometimento cognitivo severo. O Índice de Barthel é um instrumento que avalia a capacidade funcional do indivíduo em realizar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Composto por dez atividades que compreende cuidado pessoal e mobilidade, com pontuação que varia de 0 a 100, onde, são considerados independentes aqueles que atingem pontuação igual a 100, dependente leve com pontuação > 60, entre > 40 e ≤ 60 dependência moderada, entre ≥ 20 e ≤ 40 dependência grave e < 20 dependência total⁽¹⁰⁾. A Escala de Lawton tem por finalidade avaliar a capacidade em realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). São atividades mais complexas como usar o telefone, ir a locais distantes, preparar refeição, trabalhos domésticos, tomar remédios e administrar as próprias finanças. A escala em sua versão reduzida é composta por nove questões, com pontuação que varia de 9 a 27 pontos, onde 9 representa dependência para realizar as atividades e 27 realiza com independência⁽¹¹⁾. A avaliação do desempenho motor ocorreu por meio dos quatro testes, equilíbrio, sentar e levantar, agachar e pegar um lápis e caminhada de 2,44 m. Em relação às atividades, os idosos foram classificados como incapaz, fraco, médio e bom, cada teste tem

um ponto de classificação específico.

O teste de equilíbrio compunha-se de quatro atividades, 1º) O indivíduo deveria permanecer em pé, por 10 segundos, mantendo os pés juntos e os olhos abertos; 2º) O indivíduo deveria permanecer em pé, por 10 segundos, colocando o calcanhar de um pé na frente do outro, mantendo os olhos abertos; 3º) O indivíduo deveria permanecer em pé, apoiando-se em uma das pernas por 10 segundos, sem utilizar qualquer tipo de apoio; 4º) O indivíduo deveria permanecer em pé, apoiando-se na outra perna por 10 segundos, sem utilizar qualquer tipo de apoio. Aqueles que não realizaram nenhuma tarefa (incapaz), apenas tarefa 1 (fraco), capaz de realizar 1 e 2 (médio), capaz de realizar 1 e 2 mais 3 e/ou 4 (bom)⁽¹²⁾.

O teste de sentar e levantar avalia a força e resistência de membros inferiores. Neste, o idoso deveria permanecer com os braços cruzados sobre o peito, sentar e levantar em uma cadeira, cinco vezes seguidas; o tempo foi cronometrado. Como classificação ficou estabelecida os idosos que se recusaram ou realizaram em tempo > 60 segundos estariam classificados como incapaz, com tempo > 16 a ≤ 60 segundos estariam classificados como fraco, com tempo > 10 a ≤ 16 segundos estariam denominados médio, e com tempo ≤ 10 segundos estariam classificados como bom⁽¹²⁾. Para se avaliar a mobilidade foi realizado o teste de agachar e pegar um lápis, no qual o idoso deveria agachar e pegar um lápis colocado 30 centímetros à frente da ponta dos pés. O paciente, por sua vez, não poderia se apoiar em algum objeto para realizar o teste. A classificação traz que os idosos que realizassem o teste em tempo > 30 segundos estariam classificados como incapaz, com tempo > 6 a ≤ 30 segundos como fraco, com tempo > 2 a ≤ 6 segundos como médio, e com tempo ≤ 2 segundos como bom⁽¹³⁾. O teste de caminhada de 2,44 m propunha avaliar a capacidade de locomoção. O percurso foi marcado previamente pelo entrevistador e o idoso orientado a andar normalmente como se estivesse andando na rua, poderia ser usado qualquer dispositivo auxiliar de marcha. O teste foi realizado duas vezes e cronometrado o tempo; foi considerado para a análise o menor tempo percorrido. A classificação se deu segundo critérios estabelecidos pelos autores: aquele que percorreu em tempo > 60 s (incapaz), > 16 a ≤ 60 s (fraco), > 10 s a ≤ 16 s (médio), ≤ 10 s (bom)⁽¹⁴⁾.

O instrumento de pesquisa foi aplicado na residência dos idosos em horários previamente agendados. Inicialmente foi solicitada à unidade de saúde uma lista com o nome e endereço de todos os idosos longevos. Em seguida, foram realizadas visitas, juntamente com os agentes de saúde às residências dos idosos, para apresentação do projeto e agendamento da coleta. No momento da coleta, inicialmente, colhiam-se os dados sociodemográficos e realizava-se o teste do MEEM. Como ponto de corte foi estabelecido ≥ 6, em casos de pontuação abaixo do estipulado não se prosseguia com a entrevista. Durante a realização dos testes o entrevistador permaneceu próximo ao idoso para, assim, minimizar alguma possível intercorrência durante a execução.

Para a elaboração do banco de dados foi utilizado Microsoft Excel® ano. Todos os dados foram analisados pelo software *The Statistical Package for Social Sciences*– SPSS versão 20.0. A análise descritiva das variáveis de estudo foi realizada mediante a distribuição de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média, mediana e

moda) e dispersão (desvio-padrão e amplitude), para as variáveis contínuas.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié- BA, e atendeu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que versa sobre pesquisas que envolvem seres humanos. Os dados foram coletados após emissão do parecer favorável nº 358.702. Os participantes também foram informados em relação ao sigilo e anonimato das informações que foram dadas, bem como do seu direito de pedir a qualquer momento, para deixar de fazer parte da pesquisa, sendo realizada a leitura cuidadosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e logo após a sua assinatura.

Resultados

A amostra do estudo foi constituída por 117 idosos, sendo 59,0% do sexo feminino, 57,3% da faixa etária entre 80 a 84 anos e 51,3% não alfabetizado. (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo dados sociodemográficos. Jequié/BA, 2015

	N	%
Sexo		
Masculino	48	41,0
Feminino	69	59,0
Faixa Etária		
80 a 84	67	57,3
Acima de 84	50	42,7
Escolaridade		
Sim	57	48,7
Não	60	51,3
Total	117	100,0

Em relação condições de saúde, verificou-se uma maior distribuição de idosos com presença de doenças (86,3%) e de dor (63,4%). Na classificação da capacidade funcional, quanto as ABVD, 59,0% foram classificados como independentes e, nas AIVD, 80,3% como dependentes. (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos idosos quanto às condições de saúde. Jequié/BA, 2015

	N	%
Presença de Doenças		
Sim	101	86,3
Não	16	13,7
Sente dor		
Sim	73	62,4
Não	44	37,6
ABVD*		
Dependente	48	41
Independente	69	59
AIVD†		
Dependente	94	80,3
Independente	23	19,7
Total	117	100

*Atividades Básicas de Vida Diária, †Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo o desempenho motor. Jequié/BA, 2015

	N	%
Equilíbrio		
Incapaz	3	2,6
Fraco	31	26,5
Médio	57	48,7
Bom	26	22,2
Sentar/levantar		
Incapaz	5	4,3
Fraco	3	2,6
Médio	5	4,3
Bom	104	88,9
Agachar/pegar lápis no chão		
Incapaz	2	1,7
Fraco	2	1,7
Médio	2	1,7
Bom	111	94,9
Caminhada		
Incapaz	1	0,9
Bom	116	99,1
Total	117	100,0

A Tabela 3 mostra o nível de desempenho motor em cada atividade. Observou-se que houve um maior índice de desempenho, classificado como bom nas atividades de sentar/levantar (88,9%) e caminhada (94,9%). No teste de equilíbrio houve predominância de desempenho médio (48,7%) e na atividade de agachar/pegar lápis no chão, obteve-se maior índice de desempenho bom (94,9%).

Discussão

Acredita-se que a relevância deste estudo se justifica diante da escassez de pesquisas que avaliam o desempenho motor de idosos longevos por meio da realização de testes que quantifiquem de forma mais eficiente as possíveis perdas adquiridas com a idade avançada. Cabe ressaltar ainda que a pesquisa foi realizada na zona urbana no interior do estado, e que a população apresenta, ainda, costumes semelhantes à população rural, o que significa afirmar os idosos são mais ativos na realização de atividades contribuindo, assim, para uma maior manutenção da funcionalidade.

Observou-se que a maioria da população estudada foi do sexo feminino, semelhante a diversos estudos realizados com população longeva. Em estudo realizado com uma população de 129 idosos longevos, encontrou-se um maior percentual de idosos do sexo feminino 53,0%, o que demonstra que a população longeva feminina é maior que a masculina⁽¹⁵⁾. Acredita-se que isso se dá pelo fato de que as mulheres buscam mais os serviços de saúde, quando comparadas aos homens, e isso representa uma diminuição da taxa de mortalidade feminina.

A faixa etária mais encontrada foi de 80 a 84 anos. Uma pesquisa

relatou uma maior distribuição de idosos na faixa etária semelhante à do presente estudo, com percentual de 79,3%⁽¹³⁾. Com o aumento da atenção à saúde, os usuários buscam e têm mais acesso aos serviços de saúde, o que contribui para um envelhecimento mais saudável e o alcance de idades mais avançadas, reduzindo-se as taxas de mortalidade e o aumento da população com mais de 80 anos⁽¹⁶⁾.

Quando os idosos foram questionados sobre o tempo de estudo, encontrou-se uma maior distribuição de idosos que não ter frequentaram a escola. A dificuldade de acesso ao estudo foi a principal justificativa encontrada, seguida pela necessidade de ajudar na renda da família, o que o obrigava a trabalhar ao invés de estudar. Os estudos realizados com idosos longevos apontam que uma grande maioria não estudou ou cursou apenas alguns anos. Estudo realizado com 65 idosos longevos mostrou que, 53,9% não tinham concluído o ensino fundamental e 43,1% eram analfabetos⁽¹⁷⁾. O que se assemelha aos resultados do presente estudo.

O processo de senescência traz consigo inúmeras alterações funcionais, morfológicas e bioquímicas. Sabe-se que as principais doenças que acometem os idosos são as de caráter crônico-degenerativas e, que, estas são as principais causadoras de dependência funcional nessa população⁽¹⁸⁾. Verificou-se no presente estudo, uma maior frequência de idosos que apresentaram algum tipo de doença e sente dor. Em um estudo realizado com 93 idosos, que responderam ao questionamento, 83,9% apresentam uma ou mais doenças crônicas⁽¹⁹⁾. Outro estudo realizado com 30 idosos demonstrou que, 90% apresentavam alguma doença diagnosticada⁽²⁰⁾.

As ABVD e AIVD são consideradas atividades presentes no cotidiano dos idosos. Encontrou-se um maior percentual de independência nas ABVD, e maior dependência nas AIVD. Acredita-se que isso se ocorra, porque as atividades básicas se referem ao cuidado pessoal e os idosos apresentam maior facilidade em realizá-las. Entretanto, as atividades Instrumentais dependem do uso de objetos ou um maior esforço por parte do idoso, ficando assim mais difícil em realizá-las. Em pesquisa com um grupo de 50 idosos longevos assistidos por um serviço de Geriatria, encontrou-se uma média de 93,9 pontos para o índice de Barthel, que é indicativo de independência funcional para a realização das ABVD's.

Estudo com idosos que frequentam Centros de Convivência para a terceira idade avaliou a capacidade de realização das ABVD's, onde foi encontrado que 84,4% são independentes e que apenas 33,33% são independentes na realização das AIVD's, o que condiz com os resultados do presente estudo, no qual os idosos apresentaram maior independência para as atividades básicas e alta dependência para as atividades instrumentais⁽¹⁷⁾.

Nota-se que são raros os estudos sobre ABVD E AIVD na população longeva, porém, os resultados dos estudos realizados com idosos acima de 60 anos corroboram os achados encontrados no presente estudo. Acredita-se que a maior independência para a realização das ABVD's ocorre por serem atividades menos complexas e intimamente associadas aos cuidados pessoais. Porém, as atividades instrumentais são mais complexas, logo

o idoso necessita de algum auxílio para realizá-las como, por exemplo, ir a locais distantes usando algum transporte⁽¹⁸⁾.

Estudo realizado com idosos de 60 anos ou mais, demonstrou que, de 277 idosos incluídos no teste de equilíbrio, 43,99% apresentaram desempenho bom. O teste de sentar e levantar foi realizado por 269 idosos, onde 43,3% apresentaram desempenho médio. No teste de agachar e pegar um lápis, de 260 idosos que executaram a tarefa, 38,8% representavam a maior parcela, sendo classificados com desempenho médio. O teste de caminhada foi realizado por 277 idosos e, destes, 48,2% apresentaram desempenho bom⁽¹⁷⁾. Dados estes semelhantes ao do presente estudo quanto aos testes de sentar/levantar e caminhada, e divergente quanto aos testes de equilíbrio e de agachar/pegar lápis no chão.

Ainda são raros os estudos que avaliam o desempenho motor apenas da população longeva, fazendo-se necessário uma comparação com estudos que analisaram idosos acima de 60 anos. Porém, observou-se que a população longeva da cidade estudada apresentou um desempenho motor superior em alguns testes.

Conclusão

Constatou-se no presente estudo que, a maioria dos idosos longevos estudados foi classificada com desempenho motor bom nas atividades de sentar/levantar, caminhada e agachar/pegar lápis no chão, e desempenho motor médio na atividade de equilíbrio. Desta forma, esses idosos apresentam um desempenho favorável para a realização dos testes motores, o que remete a um bom desempenho funcional e, conseqüentemente, a uma boa funcionalidade.

Referências

01. Andrade NBA, Novelli MMPC. Perfil cognitivo e funcional de idosos freqüentadores dos Centros de Convivência para idosos da cidade de Santos, SP. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2015;23(1):143-252.
02. Araújo DD, Azevedo RS, Chianca TCM. Perfil demográfico da população idosa de Montes Claros. *Rev Enferm Centro Oeste Mineiro*. 2011;1(4):462-9.
03. Araújo APS, Bertolini SMMG. Alterações morfofisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento do sistema musculoesquelético e suas conseqüências para o organismo humano. *Perspect Online Biol Saúde*. 2014;12(4):22-34.
04. Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Júnior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1):49-62.
05. Hott AM, Pires VATN. Perfil dos idosos inseridos em um centro de convivência. *Rev Enferm Integrada*. 2011;4(1):765-78.
06. Pinheiro PA, Passos TDO, Coqueiro RS, Fernandes MH, Barbosa AR. Desempenho motor de idosos do Nordeste brasileiro: diferenças entre idade e sexo. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):128-36.
07. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Indicadores Demográficos e de Saúde no Brasil 2009. Brasília

(DF): IBGE; 2009.

08. Prefeitura Municipal de Jequié. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Educação de Jequié. Período de 2015 a 2025 [monografia na Internet]. Jequié: Secretaria Municipal de Saúde; 2015 [acesso em 2014 Dez 10]. Disponível em: <http://prefeituradejequie.com.br/PME%20Jequi%C3%A9.pdf>
09. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacc SR. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
10. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 1989;42(8):703-9.
11. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3 Part1):179-85.
12. Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, Laurenti R, Marucci MFN. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1177-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400020>.
13. Frontera WR, Zayas AR, Rodriguez N. Aging of human muscle: understanding sarcopenia at the single muscle cell level. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2012;23(1):201-7. doi: 10.1016/j.pmr.2011.11.012.
14. Zijlstra A, Mancini M, Chiari L, Zijlstra W. Biofeedback for training balance and mobility tasks in older populations: a systematic review. *J Neuroeng Rehabil*. 2010;7:58. doi: 10.1186/1743-0003-7-58.
15. Sena EC, Creutzberg ELS, Rezende MTL. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(9):1738-46.
16. Carmo LV, Drummond LP, Arantes PMM. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. *Fisioter Pesqui*. 2011;18(1):17-22.
17. Rosis RG, Massabki PS, Kairalla M. Osteoartrite: avaliação clínica e epidemiológica de pacientes idosos em instituição de longa permanência. *Rev Bras Clin Med*. 2010;8(2):101-8.
18. Kim MJ, Yabushita N, Kim MK, Matsuo T, Okuno J, Tanaka K. Alternative items for identifying hierarchical levels of physical disability by using physical performance tests in women aged 75 years and older. *Geriatr Gerontol Int*. 2010;10(4):302-10. doi: 10.1111/j.1447-0594.2010.00614.x.
19. Santos RG, Tribess S, Meneguci J, Bastos LLAG, Damiano R, Virtuoso Júnior JS. Força de membros inferiores como indicador de incapacidade funcional em idosos. *Motriz*. 2013;19(3 Supl):S35-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-65742013000700006>.
20. Nicolau S, Mecnas AP, Freitas CMSM. Idosos praticantes de atividade física: perspectivas sobre o envelhecimento da população. *Arq Ciênc Saúde*. 2015;22(2):53-5.

Marta Moreira Novais é graduanda em Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). E-mail: martinha_novais@hotmail.com

Claudinéia Matos Araújo é fisioterapeuta, mestre em Enfermagem e Saúde, docente assistente do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). E-mail: neialis@hotmail.com

Sara Vilas Bôas é graduanda em Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB). E-mail: sara.vilasboas@outlook.com

Rahab Vieira Prates é graduanda em Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), bolsista de Iniciação Científica do Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB). E-mail: ra_prates@hotmail.com

Daniela de Souza Pinto é graduanda em Fisioterapia e bolsista de Iniciação Científica da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). E-mail: danibsf@hotmail.com

Luciana Araújo dos Reis é fisioterapeuta, mestre e doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Estágio Pós-doutoral em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), docente titular do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). E-mail: lucianauesb@yahoo.com.br

Fatores associados ao desempenho motor em idosos participantes de grupos de convivência

Factors associated to motor performance in elderly participants of community groups

Kamila Aguiar Santos¹, Luciana Araújo dos Reis²

Resumo

Introdução: O processo de envelhecimento associado às doenças crônico-degenerativas provoca nos idosos o comprometimento do desempenho motor, o que afeta as habilidades físicas e mentais. **Objetivo:** Verificar os fatores associados ao desempenho motor em idosos participantes de grupos de convivência. **Casística e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa do tipo analítica, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. O local de estudo foi um grupo de convivência de idosos, no município de Vitória da Conquista/BA, com amostra de 105 idosos. O instrumento utilizado é constituído de avaliação cognitiva, informações sociodemográficas, estado de saúde, capacidade funcional e avaliação da aptidão motora. **Resultados:** A análise dos dados realizada por meio da aplicação do Teste do Qui-quadrado (χ^2) constatou diferença estatística significativa entre as variáveis, teste de caminhada e presença de doenças ($p=0,000$); o teste de equilíbrio e presença de doenças ($p=0,026$); e entre o teste de agachar e pegar lápis no chão com as variáveis presença de doenças ($p=0,002$), comprometimento nas atividades instrumentais de vida diária ($p=0,001$), renda ≤ 1 salário Mínimo ($p=0,010$) e excesso de peso ($p=0,043$). **Conclusão:** Observou-se que a presença de doenças e as condições socioeconômicas podem influenciar o desempenho da população idosa e, conseqüentemente, as atividades instrumentais de vida diária.

Descritores: Envelhecimento; Condições Sociais; Nível de Saúde.

Abstract

Introduction: The aging process associated with chronic diseases among the elderly can cause impaired motor performance, which affects their physical and mental abilities. **Objective:** Evaluate factors associated with motor performance in elderly participants in social groups. **Patients and Methods:** This is an analytical research with a cross-sectional design and a quantitative approach. The study involved a group of 105 elderly living in the municipality of Vitória da Conquista/BA, Brazil. The instrument consists of cognitive assessment, socio-demographic information, health status, functional capacity, and evaluation of motor fitness. **Results:** Data analysis performed using the Chi-square test (χ^2) found a statistically significant difference between the variables, walk test and the presence of disease ($p=0.000$); the balancing test and the presence of disease ($p=0.026$). We also found a statistical difference between the squat test and the act of picking up pencil from the floor associated with the variable presence of disease ($p=0.002$), impairment in instrumental activities of daily living ($p=0.001$), income ≤ 1 salary Minimum ($p=0.010$) and overweight ($p=0.043$). **Conclusion:** It was observed that the presence of diseases and socioeconomic conditions could influence the performance of the elderly population and, consequently, the instrumental activities of daily living.

Descriptors: Aging; Social Conditions; Health Status.

¹Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR)-Vitória da Conquista-BA-Brasil

²Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)-Itapetinga-BA-Brasil

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: KSA coleta, tabulação, delineamento do estudo e redação do manuscrito. LAR orientação do projeto, delineamento do estudo e elaboração do manuscrito.

Contato para correspondência: Luciana Araújo Reis

E-mail: lucianauesb@yahoo.com.br

Recebido: 12/12/2015; **Aprovado:** 06/03/2016

Introdução

O Brasil não é mais considerado um país jovem, pois um novo processo de transição demográfica vem se estabelecendo de forma rápida⁽¹⁾. Segundo dados divulgados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Ciência), em 2010 a população idosa somou 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas⁽²⁾.

As alterações do processo de envelhecimento são naturais e gradativas, consideradas um processo universal e irreversível, variando em maior ou menor grau de acordo as características genéticas de cada indivíduo. Alguns estudos abordam três diferentes pontos referentes a essa fase: o primeiro relacionado ao declínio físico, principalmente, nos aspectos de vitalidade e saúde. O segundo relata o crescimento contínuo e o desenvolvimento pessoal; e o terceiro menciona a dimensão do domínio social⁽³⁻⁴⁾.

O crescimento da população idosa nos últimos anos é consequência de uma melhora na qualidade de vida, melhores condições econômicas, socioculturais e principalmente ao avanço da ciência. Porém, esse aumento da população idosa provoca uma sobrecarga no sistema de saúde, visto que aproximadamente 80% das pessoas acima de 65 anos apresentam pelo menos um problema crônico de saúde. Quanto maior o número de pessoas com idade avançada, maior deve ser o a preocupação em direcionar programas para essa população, principalmente no que diz respeito à promoção de saúde e a prevenção de doenças⁽⁵⁾. Dentre os diversos indicadores que podem ser considerados na avaliação das condições de saúde do idoso, destaca-se o desempenho motor, pois este envolve as habilidades físicas e mentais necessárias para ter uma vida independente. O estudo das características motoras realça as mudanças de comportamento, habilidades e ações do ser humano ao longo da vida⁽⁶⁾. Com isso, é possível investigar as distintas mudanças que ocorre nas diversas faixas etárias, a fim de analisar como essas refletem no desempenho de cada indivíduo. O presente estudo tem por objetivo identificar os fatores associados ao desempenho motor de idosos participantes de grupo de convivência.

Material e Métodos

Trata-se de uma pesquisa do tipo analítica, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. O local de estudo foi um Centro de Convivência de Idosos, no município de Vitória da Conquista/BA, situado na Região Sudoeste do Estado da Bahia. Criado desde 1997, hoje atende aproximadamente 500 idosos, tendo como objetivo a valorização do idoso, por meio de atividades na loja de artesanato, nas aulas de alfabetização, nas oficinas de dança, nos eventos e viagens turísticas e atendimentos médicos.

A amostra do estudo foi composta por 105 idosos que frequentaram o grupo de convivência no período da coleta. Foi adotado como critério de inclusão: apresentar condições mentais aceitáveis (pontuação acima de 24 pontos no Mini Exame-Estado Mental/MEEM) para responder ao instrumento da pesquisa, quantificado pelo Mini Exame do Estado Mental versão reduzida (MEEM)⁽⁷⁾, sendo excluído 25 idosos por não apresentarem

condições mentais para participar do estudo (pontuação abaixo de 24 pontos). Foram adotados como critério de exclusão os idosos que não estivessem presentes no grupo no período para coleta de dados, sendo excluídos 370 idosos.

A coleta de dados foi constituída de cinco etapas (avaliação cognitiva, perfil sociodemográfico, estado de saúde, capacidade funcional e avaliação do desempenho motor).

Parte 1: Avaliação do estado mental realizada pelo MEEM, que é um teste aplicado com o objetivo de determinar o nível cognitivo dos idosos de forma simples, com rápida aplicação e passível de reaplicação. É utilizado para examinar fatores relacionados à orientação, memória e atenção. Em sua versão reduzida a pontuação é dada da seguinte maneira: 0-2 erros: funcionamento mental normal; 3-4 erros: defeito cognitivo ligeiro; 5-7 erros: defeito cognitivo moderado; 8 ou mais erros: defeito cognitivo grave. A pontuação máxima é de 10 pontos⁽⁷⁾. Parte 2: Informações sociodemográficas: Avaliada por meio de um questionário, com os seguintes itens: idade (coletada em anos completos) e tipo de renda, escolaridade (coletada em anos completos de estudo). Parte 3: Condições de saúde: Foram avaliados: presença de dor e de problemas de saúde.

Parte 4: Capacidade funcional: Foram avaliadas as Atividades Básicas de Vida Diária/ABVD - Índice de Barthel⁽⁸⁾ e Atividades Instrumentais da Vida Diária/AIVD - Escala de Lawton⁽⁹⁾. O Índice de Barthel é utilizado para avaliar capacidade funcional, sendo composto por 10 atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, transferência para higiene íntima, transferência - cadeira e cama, deambulação e subir escadas. O escore correspondente à soma de todos os pontos obtidos, sendo considerado independente o indivíduo que atingir a pontuação total, isto é, 100 pontos. Pontuações abaixo de 50 indicam dependência em AVDs⁽⁸⁾. A Escala de Lawton é utilizada para avaliar a CF, engloba atividades mais complexas necessárias para uma vida social mais autônoma, tais como: telefonar, efetuar compras, preparar as refeições, arrumar a casa ou cuidar do jardim, fazer reparos em casa, lavar e passar a roupa, usar meios de transporte, usar medicação e controlar finanças particulares e/ou da casa. Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira dependência. A pontuação máxima é 27⁽⁹⁾.

Parte 5: Avaliação do desempenho motor: Realizada por meio dos testes de Flexibilidade/mobilidade, Teste de Sentar e Levantar (TSL), Teste de caminhar 2,44m, Equilíbrio e Força de Preensão manual.

- Flexibilidade/mobilidade: O teste “agachar e pegar o lápis no chão” proposto para observar a flexibilidade/mobilidade dos músculos posteriores da perna e para verificar a capacidade de abaixar e levantar dos idosos. O indivíduo ficava em posição ereta com os pés juntos, agachava-se e apanhava o lápis a 30 centímetros à frente da ponta dos pés. Ficava novamente em pé no tempo de 30 segundos. Foi observado se o indivíduo conseguiu cumprir o teste ou não, se sim, em quanto tempo conseguiu realizá-lo⁽¹⁰⁾.

- Teste de Sentar e Levantar (TSL): Teste utilizado como medida de força de membros inferiores em indivíduos idosos. O

indivíduo iniciava o teste em sedestação, com a coluna ereta e os braços cruzados sobre o peito, pés afastados à largura dos ombros e totalmente apoiados no solo e um dos pés devia estar ligeiramente avançado em relação ao outro para ajudar a manter o equilíbrio. O indivíduo devia se levantar cinco vezes, o mais rápido possível, sem fazer nenhuma pausa. O teste é considerado concluído com êxito quando realizado em tempo igual ou inferior a 60 segundos⁽¹⁰⁾.

- Teste de caminhada 2,44m: Utilizado para avaliar a mobilidade física, velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico. O indivíduo caminhava no trajeto marcado no chão (2,44 m), em sua velocidade normal, como se estivesse caminhando na rua, sendo verificado se o mesmo conseguia ou não realizar o teste e quantos segundos era gasto pela primeira e segunda vez⁽¹⁰⁾.

- Equilíbrio: Utilizado para avaliar o equilíbrio estático. Inicialmente o indivíduo permanecia em pé, por 10 segundos, mantendo os pés juntos e olhos abertos. Depois deveria permanecer em pé, por 10 segundos, colocando o calcanhar de um pé na frente do outro, mantendo os olhos abertos. Posteriormente o indivíduo deveria permanecer em pé, apoiando-se na outra perna, 10 segundos, sem utilizar qualquer tipo de apoio. Finalmente o indivíduo deveria permanecer em pé, apoiando-se na outra perna por 10 segundos sem utilizar qualquer tipo de apoio. O avaliado era classificado como incapaz se não conseguisse realizar nenhuma tarefa, fraco, se não fosse capaz de realizar somente a tarefa 1, médio, se fosse capaz de realizar somente a tarefa 1 e 2 e bom se fosse capaz de realizar somente a tarefa 1 e 2 mais a 3 e/ou a 4⁽¹⁰⁾.

- A força de prensão manual: foi avaliada através de um dinamômetro manual hidráulico SAEHAN modelo SH500, ajustou-se o aparelho para cada indivíduo, de acordo com o tamanho das mãos, realizando três medidas no braço esquerdo e direito dos participantes, de forma alternada por segmento. Em cada uma das medidas o examinado estava sentado com o ombro em posição neutra, cotovelo a 90°, antebraço na posição neutra e o punho entre 0 a 30° de extensão e 0 a 15° de desvio ulnar e o indivíduo fez um aperto no dinamômetro com a força das mãos e no final o registro da força foi estabelecida em quilogramas/força[kg/f]. Foram realizadas três tentativas, com um período de recuperação de um minuto entre elas e a média das três será o valor da FPM⁽¹⁰⁾. Os idosos submetidos a alguma cirurgia no braço ou na mão nos três meses anteriores à coleta dos dados foram excluídos do teste.

Inicialmente, os dados foram inseridos em uma planilha do MicrosoftExcel2003®, sendo em seguida transportados para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS, versão 20.0), no qual foi realizada a análise estatística descritiva simples (frequência absoluta, porcentagem simples, média, mediana e desvio padrão), sendo o valor da mediana utilizado para calcular as categorias das variáveis: faixa etária, renda, ABVD, AIVD e das atividades do desempenho motor. A análise estatística inferencial foi realizada por meio da aplicação do Teste do Qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Ba-

hia e aprovada com o nº de protocolo 16450513.6.0000.0055 obedecendo às normas de éticas exigidas pela Resolução nº466, 2012 (Conselho Nacional de Saúde), incluindo a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por escrito de cada participante.

Resultados

A amostra estudada foi composta predominantemente por idosos do sexo feminino (92,7%), na faixa etária ≥ 70 anos (55,2%), alfabetizados (91,4%) e renda ≤ 1 salário mínimo (75,2%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos idosos participantes de grupo de convivência. Vitória da Conquista/BA, 2015

	N	%
Sexo		
Feminino	76	92,7
Masculino	6	7,3
Faixa Etária		
≥ 70 anos	58	55,2
<70 anos	47	44,8
Escolaridade		
Alfabetizado	96	91,4
Não alfabetizado	9	8,6
Renda		
≤ 1 salário Mínimo	79	75,2
> 1 Salário Mínimo	26	24,8
Total	105	100,0

Em relação às condições de saúde, verificou-se uma maior distribuição de idosos com presença de problemas de saúde (99,0%), classificados como independente nas Atividades Básicas de Vida Diária (87,6%), denominados dependente (74,3%) nas Atividades Instrumentais de Vida Diária e com presença de dor (66,7%).

Tabela 2. Caracterização das condições de saúde dos idosos participantes de grupo de convivência. Vitória da Conquista/BA, 2015

Presença de Problema de Saúde	N	%
Sim	104	99,0
Não	1	1,0
ABVD*		
Independente	92	87,6
Dependente	13	12,4
AIVD†		
Dependente	78	74,3
Independente	27	25,7
Presença de Dor		
Sim	70	66,7
Não	35	33,3
Total	105	100,0

*Atividades Básicas de Vida Diária †Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Em relação à distribuição do tempo de realização do teste, os idosos foram classificados com tempo bom no teste de força muscular (56,2%) e de equilíbrio (64,8%), com tempo fraco no teste de agachar e pegar um lápis no chão (83,8%), com tempo

mdio nos testes de sentar e levantar (94,3%) e de caminhada (97,1%).

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo as atividades do Desempenho Motor. Vitória da Conquista/BA, 2015

	N	%
Força de Preensão Manual		
Médio	46	43,8
Bom	59	56,2
Equilíbrio		
Médio	37	35,2
Bom	68	64,8
Agachar e pegar o lápis no chão		
Médio	88	83,8
Bom	17	16,2
Sentar e Levantar		
Médio	6	5,7
Bom	99	94,3
Caminhada		
Médio	3	2,9
Bom	102	97,1
Total	105	100,0

Na avaliação do desempenho motor, levando-se em consideração o valor da mediana, os idosos foram classificados com limitação funcional e sem limitação funcional. Observa-se na Tabela 4 que, a maioria dos idosos foi classificada como sem limitação nos testes de equilíbrio (81,9%), força muscular (80,0%), caminhada (97,1%) e sentar e levantar (94,3%). E classificados com limitação no teste de agachar e pegar um lápis no chão (83,8%).

Tabela 4. Distribuição dos idosos segundo as atividades do Desempenho Motor segundo a limitação funcional. Vitória da Conquista/BA, 2015

	N	%
Equilíbrio		
Com limitação	19	18,1
Sem limitação	86	81,9
Agachar e pegar o lápis no chão		
Com limitação	88	83,8
Sem limitação	17	16,2
Força Muscular		
Com limitação	21	20,0
Sem limitação	84	80,0
Caminhada		
Com limitação	3	2,9
Sem limitação	102	97,1
Sentar e Levantar		
Com limitação	6	5,7
Sem limitação	99	94,3
Total	105	100,0

Com a aplicação do teste do Qui-quadrado, constatou-se diferença estatística significativa entre o teste de caminhada com limitação e presença de doenças ($p=0,000$); o teste de equilíbrio com limitação e presença de doenças ($p=0,026$); e entre o teste de agachar e pegar lápis no chão com limitação e as variáveis

presença de doenças ($p=0,002$), comprometimento nas atividades instrumentais de vida diária ($p=0,001$) e renda \leq 1 salário Mínimo ($p=0,010$).

Discussão

Entre os idosos analisados, houve predomínio de idosos do sexo feminino, mostrando que mesmo a longevidade aumentando para ambos os sexos, a expectativa de vida das mulheres excede à dos homens. Fato pode ser confirmado por meio de uma análise do IBGE no Brasil, onde o número de mulheres idosas é de 11.434.487 e o dos homens de 9.156.112⁽²⁾.

Acredita-se que essa maioria feminina se deve ao fato de comportamentos específicos, já que se preocupam mais com sua saúde, além do que o homem se expõe mais a fatores de risco, e maus hábitos de vida que também afetam as mulheres, porém em menores proporções, sugerindo maior taxa de mortalidade entre os homens⁽¹¹⁾.

A presença de doenças crônicas no envelhecimento contribui para limitação de muitos movimentos, além disso, o efeito do contexto sociocultural e econômico também poderia explicar em parte as diferenças encontradas entre este estudo e pesquisa na qual a maioria da população não sabia ler e escrever, e a renda per capita menor que um salário mínimo refletiu na percepção da saúde e no declínio funcional dos indivíduos analisados⁽⁶⁾.

O baixo desempenho das atividades instrumentais de vida diária pode estar associado à necessidade de um nível cognitivo maior. Corroborado por estudos realizados com idosos de grupo de convivência, no qual o déficit cognitivo gerou uma diminuição da capacidade de realizar atividades com maior grau de complexidade, refletindo também na percepção negativa da saúde⁽¹²⁾. Entretanto, discorda do estudo realizado em um grupo de convivência em Itabira/MG, no qual a maioria da amostra se apresentou independente nas atividades instrumentais de vida diária⁽¹³⁾. Os fatores que poderiam justificar essa diferença são as presenças de doenças, além de alterações visuais, auditivas, perda de massa óssea, geradas pelo processo natural do envelhecimento que podem limitar a execução de determinadas atividades.

De acordo com os resultados obtidos, os idosos participantes obtiveram um bom resultado no teste de força muscular e no teste de equilíbrio. Em pesquisa que avaliou exercícios físicos, força muscular e atividades de vida e mulheres idosas mostrou que a mediana de força de preensão manual e de AVD preservadas foram mais altas nas participantes idosas fisicamente ativas⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Dessa forma, pode-se perceber que a prática de atividade física favorece a força muscular, o equilíbrio, a coordenação, flexibilidade, e velocidade na execução dos movimentos.

Em seu estudo com 540 idosas, divididas em dois grupos, sendo um composto por indivíduos fisicamente ativos ($n= 358$) e o outro por participantes sedentários ($n=182$), submetidos a testes de força muscular, pode-se observar que os resultados das participantes sedentárias se encontraram abaixo dos níveis de referência⁽¹⁷⁾. Tal fato mostra que o sedentarismo pode ser um fator importante na diminuição da força de membros inferiores, podendo ter maior efeito sobre o sexo feminino.

O teste de sentar e levantar avalia a capacidade das referidas

ações. A execução do movimento requer força, potência muscular, flexibilidade dos membros inferiores, além de equilíbrio e coordenação motora, que envolve também das demais dimensões corporais⁽¹⁸⁾. Estudo mostra que avaliar a força muscular de membros inferiores por meio do sentar e levantar, é uma forma interessante de discriminar como a fraqueza de tais musculaturas podem gerar fatores de risco à saúde⁽¹⁹⁾.

Ao avaliar força de MMII com a realização do teste de sentar e levantar em um grupo de 622 idosos, pela análise do teste *t* de *Student*, um estudo encontrou diferença entre os níveis de função. O grupo que não possuía incapacidade alguma, obteve maior média⁽²⁰⁾. De forma semelhante, a realização do teste de sentar e levantar mostrou que o bom desempenho da amostra pode estar relacionado também a manutenção ou até mesmo a nenhum tipo de incapacidade quanto à força muscular dos membros inferiores.

Outro aspecto a ser tratado, é a diferença estatística entre o teste de caminhada, o sexo feminino e a presença de doenças. As mulheres geralmente alcançam o pico de potência muscular mais cedo do que os homens, e sofrem a diminuição mais precocemente⁽²¹⁾. O predomínio de doenças pode vir a limitar muitos movimentos, gerar alterações de força dos membros inferiores, equilíbrio e flexibilidade que de forma direta pode interferir na marcha dessa população.

Mesmo com o relato de presença de doenças, no presente estudo obtiveram-se bons resultados, mostrando que se manter ativo durante esse período pode reduzir os comprometimentos físicos. Tal hipótese pode ser confirmada com o estudo no qual os idosos que participaram de um programa de exercícios obtiveram um considerável aumento do passo e, conseqüentemente, uma tendência de aumento na cadência da marcha de $91,76 \pm 21,65$ para $102,63 \pm 22,40$ passos/min⁽²²⁾. Vários fatores podem ter influenciado o menor desempenho no teste de agachar e pegar um lápis no chão, dentre eles a quantidade de gordura corporal. Com uma metodologia semelhante à deste estudo, pesquisa mostra que houve significância ($p=0,024$) entre o IMC e o teste de flexibilidade. Mulheres com excesso de peso demoraram mais tempo para realizar o teste, quando comparadas às idosas com baixo peso⁽²³⁾. Ao avaliar 72 idosos de ambos os gêneros, sendo 43 do sexo feminino e 29 do sexo masculino, divididos em dois grupos, sendo o grupo S de idosos sedentários e o Grupo A de idosos ativos, estudo percebeu que doenças crônicas, níveis socioeconômico baixo, dificuldade de realizar as atividades do cotidiano, hábitos alimentares inadequados, abandono, o isolamento social, e a falta de atividade física podem contribuir para diminuição da flexibilidade, que por sua vez poderá refletir em maiores índices depressivos e de ansiedade. Esse resultado foi observado principalmente no grupo S. Fatores que podem confirmar a significância entre os resultados obtidos em relação à realização do teste de agachar e pegar um lápis no chão. As correlações entre os escores de desempenho motor são significativas. Esses resultados mostram que os idosos ativos apresentam um bom desempenho motor, mesmo com fatores que possam interferir no bom desenvolvimento. Os resultados obtidos são apenas de um determinado momento dos idosos,

sendo uma limitação de estudos transversais. Entretanto, estudar os fatores que possam implicar em alterações motoras que repercutam na vida dessa população, podem favorecer o planejamento de medidas socioeducativas, preventivas e de manutenção funcional, contribuindo para a uma melhor percepção das necessidades dos idosos, visando não apenas a qualidade de vida, mas a interação social desses indivíduos na sociedade. Contatou-se no presente estudo que, o desempenho motor dos idosos avaliados sofre influência negativa das variáveis do estudo presença de doenças, comprometimento das atividades instrumentais de vida diária e renda ≤ 1 salário mínimo. Com o processo de envelhecimento, ocorre redução das fibras musculares, com conseqüente comprometimento do desempenho neuromuscular, fraqueza muscular, lentidão dos movimentos e perda da força muscular⁽¹¹⁾. E, como conseqüência, ocorre limitações funcionais para caminhar, levantar, manter o equilíbrio e sentar e levantar. Estas limitações levam a dificuldades na execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária e ao comprometimento do desempenho motor. Verificou-se nesta pesquisa, associação entre o teste de caminhada com limitação e presença de doenças crônicas. Isto pode ser justificado pelo fato de que as doenças crônicas geram enrijecimento das articulações e contribuem para o desempenho de marcha e de equilíbrio em níveis indesejáveis. O predomínio de doenças pode vir a limitar muitos movimentos, gerar alterações de força dos membros inferiores, perda do equilíbrio e flexibilidade que, de forma direta, podem interferir na marcha dessa população e aumentar o risco de quedas⁽¹²⁾. No presente estudo, constatou-se associação entre o teste de equilíbrio com limitação e presença de doenças. As mudanças na capacidade de equilíbrio dos idosos são dadas por uma variedade de mudanças ocorridas nos sistemas corporais, mas, sobretudo no sistema nervoso, sendo que as mudanças na visão, bem como nos receptores vestibulares e nos nervos, prejudicam ainda mais os idosos, sobretudo aqueles com mais de 75 anos. Além destes, o decréscimo das fibras musculares de contração rápida e/ou a perda de força podem dificultar as respostas rápidas de um idoso a mudanças na estabilidade (equilíbrio recuperado), principalmente se em associação à outra doença ou sintomatologia⁽¹³⁾. No teste de agachar e pegar lápis no chão, verificou-se que os idosos que apresentavam limitação neste teste, também apresentaram presença de doenças, comprometimento nas atividades instrumentais de vida diária e renda ≤ 1 salário mínimo, sendo possível afirmar que estas variáveis influenciam de maneira negativa diretamente na limitação do teste. O teste de sentar e levantar avalia a capacidade das referidas ações. A execução do movimento requer força, potência muscular, flexibilidade dos membros inferiores, além de equilíbrio e coordenação motora, que envolve também as demais dimensões corporais⁽¹⁴⁾. Estudo no qual foi avaliado a força muscular de membros inferiores de idosos por meio do sentar e levantar, mostrou que esse teste é uma forma interessante de discriminar como a fraqueza de tais musculaturas podem gerar fatores de risco à saúde⁽¹⁵⁾. Essa associação observada, entre a limitação do teste de agachar e pegar um lápis no chão e a limitação nas atividades instrumentais de vida diária é corroborado pelo estudo, no qual ao avaliar

força de MMII com a realização do teste de sentar e levantar em um grupo de 622 idosos, por meio da análise do *t de Student*, percebeu diferença entre os níveis de função. O grupo que não possuía incapacidade, obteve maior média no teste⁽¹⁶⁾. O processo de envelhecimento pode promover o declínio da aptidão física e da capacidade funcional, que se agrava com a inatividade, deixando os idosos dependentes de cuidados.

Em uma pesquisa avaliando os parâmetros motores de indivíduos idosos, verificou-se uma relação direta entre a capacidade funcional e aptidão física, concluindo que, quanto maior o grau de dependência dos idosos, menor é seu desempenho na capacidade força, repercutindo em índice geral mais baixo de aptidão física⁽¹⁷⁾.

Os resultados obtidos são apenas de um determinado momento dos idosos, sendo uma limitação de estudos transversais. Entretanto, estudar os fatores que possam implicar em alterações motoras que repercutam na vida dessa população, podem favorecer o planejamento de medidas socioeducativas, preventivas e de manutenção funcional, contribuindo para a uma melhor percepção das necessidades dos idosos, visando não apenas a qualidade de vida, mas a interação social desses indivíduos na sociedade. Com isso, percebe-se que mesmo com as alterações naturais que ocorrem durante o processo de envelhecimento, se faz necessário que o idoso se mantenha ativo para diminuir os efeitos desse processo e, conseqüentemente, manter por um período maior de tempo o desempenho motor.

Conclusão

Constatou-se que a presença de doenças e as condições socioeconômicas podem influenciar o desempenho da população idosa e, conseqüentemente, as atividades instrumentais de vida diária.

Referências

01. Hott AM, Pires VATN. Perfil dos idosos inseridos em um centro de convivência. *Rev Enferm Integr*. 2011;4(1):765-78.
02. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [homepage na Internet]. 2002 [acesso em 2014 Fev 24]. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil; [aproximadamente 8 telas]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>
03. Araújo DD, Azevedo RS, Chianca TCM. Perfil demográfico da população idosa de Montes claros, *Rev Enferm Centro Oeste Mineiro*. 2011;1(4):462-9.
04. Araújo APS, Bertolini SMMG. Alterações morfofisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento do sistema musculoesquelético e suas conseqüências para o organismo humano. *Persp Online Biol Saúde*. 2014;12(4):22-34.
05. Silva RJS, Smith-Menezes I A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Júnior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1):49-62.
06. Pinheiro PA, Passos TDO, Coqueiro RS, Fernandes MH, Barbosa AR. Desempenho motor de idosos do Nordeste brasileiro: diferenças entre idade e sexo. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):128-36.
07. Morés G, Limberger J, Borges EC, Marques NRC, Elias RM, Farias AA, et al. Avaliação funcional de idosos do CRAS-Centro de Referência da Assistência social de barra do garças-MT através da escala de equilíbrio de Berg e miniexame do estado mental (MEEM), uma relação entre os fatores. *Rev Eletrônica Interdisciplin*. 2013;1(9):17-23.
08. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 1989; 42(8):703-9.
09. Lawton MP, Brody EM. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3 Part 1):179-85.
10. Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Reis JWM, Rocha SV, Brito TA. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):933-9.
11. Picolli JCJ, Quevedo DM, Santos GA, Ferrazze ME, Gluher A. Coordenação global, equilíbrio, índice de massa corporal e nível de atividade física: um estudo correlacional em idosos de Ivoti, RS, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(2):209-21.
12. Sena EC, Creutzberg ELS, Rezende MTL. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(9):1738-46.
13. Carmo LV, Drummond LP, Arantes PMM. Avaliação do nível de Fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. *Fisioter Pesqui*. 2011;18(1):17-22.
14. Rosis RG, Massabki PS, Kairalla M. Osteoartrite: avaliação clínica e epidemiológica de pacientes idosos em instituição de longa permanência. *Rev Bras Clin Med*. 2010; 8 (2):101-8.
15. Kim MJ, Yabushita N, Kim MK, Matsuo T, Okuno J, Tanaka K. Alternative items for identifying hierarchical levels of physical disability by using physical performance tests in women aged 75 years and older. *Geriatr Gerontol Int*. 2010; 10 (4):302-10. doi: 10.1111/j.1447-0594.2010.00614.x.
16. Santos RG, Tribess S, Meneguci J, Bastos LLAG, et al. Força de membros inferiores como indicador de incapacidade funcional em idosos. *Motriz Rev Educ Fis*. 2013;19(3 Supl): S35-42.
17. Ribeiro LHM, Neri AL. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2169-80.
18. Reis LA. Ensaio sobre envelhecimento. In: Santos J, Reis La, Duarte SFP, organizadores. *Vitória da Conquista: Edições Uesb*; 2013. p.139-52.
19. Cordeiro J, Del Castillo BL, Freitas CS, Gonçalves MP. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev Bras Geriatria e Gerontol*. 2014;17(3):541-52.
20. Confortin SC, Barbosa AR, Danielewicz AL, Meneghini V, Testa WL. Motor performance of elderly in a community in southern Brazil. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2013;15(4):417-26.
21. Silva NA, Menezes TN. Capacidade funcional e sua associação com idade e sexo em uma população idosa. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2014;16(3):359-70.
22. Soares LDA, Campos FACS, Araújo MGR, Falcão APST, Andrade Lima BRDA, Siqueira DF, et al. Análise do desempenho motor associado ao estado nutricional de idosos

cadastrados no Programa Saúde da Família, no município de Vitória de Santo Antão – PE. Revista Ciência e Saúde Coletiva 2012;17(5):1297-1304.

23. Pinheiro PA, Passos TDO, Coqueiro RS, Fernandes MH, Barbosa AR. Desempenho motor de idosos do Nordeste brasileiro: diferenças entre idade e sexo. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(1):128-36.

Kamila Santos Aguiar é fisioterapeuta graduada pela Faculdade Independente do Nordeste. E-mail: kamila.santoos@hotmail.com

Luciana Araújo dos Reis é fisioterapeuta, mestre e doutora em Ciências da Saúde, docente titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia(UESB) e da Faculdade Independente do Nordeste. E-mail: lucianauesb@yahoo.com.br

Estudo de caso sobre tendências de mudanças nos cenários de prática em escolas médicas

Case study on trends towards changes in practice scenarios at medical schools

Amanda de Almeida Jannuzzi Mendes¹, Maria Cristina Almeida de Souza¹, Marcos Alex Mendes da Silva²

Resumo

Introdução: Estudos sobre a autoavaliação a que se submeteram as escolas médicas brasileiras, participantes do Projeto da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas, com destaque para o eixo de cenários de prática, demonstraram que a utilização de diferentes cenários na formação acadêmica foi sendo progressivamente estimulada, alinhando-a às propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais e dos programas ministeriais para a aproximação do ensino com os serviços do Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Conhecer a tendência de avanço da formação das escolas médicas do estado de Minas Gerais, considerando o eixo de cenários de prática e o incentivo dos programas Pró e Pet saúde para a formação integrada no serviço e na comunidade. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo de caso, composto por quatro cursos de graduação em Medicina, com alunos frequentando no mínimo o primeiro módulo do internato, e que aceitaram participar voluntariamente do estudo, aprovado pelo CEP UFJF CAAE 38645814.0.0000.5147. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário estruturado virtual, elaborado a partir do instrumento proposto pelo projeto de autoavaliação da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas, considerando apenas as três variáveis relacionadas aos cenários de prática, e enviado aos coordenadores de curso. **Resultados:** O estudo de caso não pretendeu generalizar os resultados para as demais instituições de ensino. Verificou-se que os cursos, tanto com o Pró e Pet Saúde, quanto sem os programas, adotam diferentes cenários para a aprendizagem acadêmica e proporcionam ao discente ampla participação nos vários ambientes de prática ao longo de todo curso, utilizando de forma integral os serviços em todos os níveis de atenção. **Conclusão:** Concluiu-se que nessas escolas médicas predomina uma tendência mais avançada de formação acadêmica.

Descritores: Educação Médica; Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Introduction: Studies on the self-evaluation to which the Brazilian medical schools were submitted showed the use of different scenarios of academic background. The emphasis of the schools, which have been participating in the project of the Medical Schools Evaluation Committee was especially put on the axis of practice settings. These have been gradually stimulated and aligned to the proposals of the National Curriculum Guidelines and ministerial programs for the approach of teaching with the services of the Unified Health System. **Objective:** Know the trend of advancement in training in medical schools in Minas Gerais State. It was considered the axis of practice scenarios and the encouragement of the Educational Program for Health Work (PET-Saúde) and the Reorientation National Program in Health care Formation (Pró-Saúde) for integrated training in service and in the community. **Material and Methods:** This is a case report consisting of four undergraduate medical courses involving students attending at least the first module of the residency program, and those who agreed to participate voluntarily in the study approved by the Ethical and Research Committee UFJF CAAE 38645814.0.0000.5147. Data collection was conducted through a virtual structured questionnaire adapted from the instrument proposed by the self-evaluation of the project of the Medical Schools Evaluation Committee, considering only the three variables related to practicing scenarios, and sent to program coordinators. **Results:** This case report did not intend to generalize the results to other educational institutions. It was found that the courses both using the Educational Program for Health Work (PET-Saúde) and the Reorientation National Program in Health care Formation (Pró-Saúde), as well as those that did not adopt the programs, have different scenarios for academic learning. They provided students with a broad participation in the various environments of practice throughout the course, using in full the services on all levels of care. **Conclusions:** We concluded that in these medical schools, there is a predominance of using a more advanced tendency regarding academic background.

Descriptors: Education, Medical; Health Services; Unified Health System.

¹Universidade Severino Sombra-Vassouras-RJ-Brasil

²Universidade Federal Fluminense-Nova Friburgo-RJ-Brasil

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores:

AAJM foi responsável pela coleta e análise dos dados, bem como pela redação do manuscrito. MCAS foi responsável pelo delineamento do estudo, orientação do projeto e elaboração do manuscrito. MAMS foi responsável pelo delineamento do estudo e elaboração do manuscrito, supervisão do estudo e análise final.

Contato para correspondência: Marcos Alex Mendes da Silva

E-mail: marcos_alex@id.uff.br

Recebido: 10/12/2015; **Aprovado:** 05/02/2016

Introdução

A diversificação dos cenários de prática nos cursos de formação na área de saúde surgiu como uma estratégia pedagógica na década de 1960, quando, no Brasil, o Movimento de Reforma Universitária identificava inadequações na formação dos profissionais da saúde e a necessidade da integração ensino serviço para formar um novo perfil profissional, que ganharia impulso com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) já na década de 1990. A Lei Orgânica 8080/90 do SUS reconheceu que os serviços públicos que integram o sistema de saúde constituem cenários de prática para o ensino e a pesquisa, de modo a articular os interesses das Instituições de Ensino Superior (IES) com os do próprio SUS, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento da população. Esse reconhecimento resultou numa mudança pedagógica nos cursos da área de saúde, que deslocou o olhar da aprendizagem para a realidade do SUS e para as necessidades do estudante, acompanhada pela diversificação dos cenários de prática, trazendo novidades para o meio acadêmico, acostumado às práticas desenvolvidas exclusivamente nos ambientes internos das próprias IES, e que não requeriam maiores exigências quanto à adequação à realidade externa da instituição. Ao se investir nos serviços públicos de saúde como cenário formativo, considerando suas carências e limitações, seu contexto e as práticas diferenciadas que estes despertam, bem como os conflitos oriundos das relações interpessoais estabelecidas, cria-se uma contra posição à prática pedagógica tradicionalmente adotada e destaca a insuficiência do modelo assistencial biologicamente centrado, com raízes na formação acadêmica flexneriana, que juntos, levaram as instituições de ensino a repensarem seu processo formativo, no aspecto do conteúdo abordado, dos instrumentos pedagógicos e dos cenários adotados para a formação, considerando um novo elemento na formação acadêmica: o contexto social no qual as práticas acontecem⁽¹⁾.

Um exemplo pioneiro de inovação na formação médica foi a criação do programa de incentivo às mudanças curriculares para as escolas médicas brasileiras (PROMED), proposto em 2002 pela Rede Unida, em parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), acompanhando a movimentação internacional das escolas de medicina em década anteriores. O Termo de Referência do Programa definiu três eixos para que as mudanças fossem desenvolvidas: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática, e tinha como objetivo oferecer cooperação técnica e/ou operacional para as escolas de graduação em medicina que se dispusessem a aderir aos processos de adaptação dos currículos de seus cursos às necessidades de saúde da população e do SUS. Estavam inclusos no programa, o incentivo a uma formação geral, crítica e humanística do estudante, assim como a adoção de metodologias ativas de ensino e aprendizagem⁽²⁾.

Associadas a essa inclinação formadora, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) estabelecidas para os cursos de Medicina em 2001, e readequadas em 2014, como resultado das conjunturas inicialmente previstas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação e pela Reforma Sanitária Brasileira propuseram uma flexibilização na organização curricular pelas IES, incorporando

a necessidade de uma maior interação ensino serviço comunidade. Na edição de 2014 das DCN, essa interação ganha novo destaque ao se apresentar como eixo condutor da formação, expressa por meio da atenção, da gestão e da educação em saúde, subdivididas em áreas de competência, todas ancoradas na organização do SUS como rede integrada de saúde. Neste contexto, as DCN orientam que a formação do profissional deve contemplar o sistema de saúde vigente no país e a atenção integral em saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência, além do trabalho em equipe. Novas matrizes curriculares passaram a ser desenhadas para atender às novas DCN, que buscaram ainda transversalizar o ensino médico com conteúdos mais realistas, com estratégias de ensino menos diretivas, e tendo o SUS como cenário de formação para todas as competências a serem desenvolvidas⁽³⁾. Essa preocupação brasileira com a formação em saúde já havia sido enfrentada pelos dispositivos de incentivo e fomento à reorientação da formação profissional na área de saúde, criados pelos Ministérios da Saúde e da Educação por meio de programas estratégicos, tais como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) em suas várias temáticas, e mais recentemente, o Programa Mais Médicos, todos em busca de um rearranjo do SUS para a efetivação do formato das Redes de Atenção à Saúde, por meio de inovações no ensino da Medicina e áreas afins, que passaram a agregar diferentes temas numa teia assistencial baseada na integralidade⁽⁴⁾. Entretanto, inúmeras foram as dificuldades enfrentadas pelas IES em se adaptar à velocidade com que se demandavam novos perfis profissionais, com limitações e resistências ao processo de reforma curricular que sustentasse a inovação formativa. Uma das dificuldades que emergiram foi a preparação inadequada de professores em função da resistência e da indiferença de alguns; e outra foi o fato de os serviços de saúde tenderem a seguir uma rotina de assistência tradicional, pouco permeável ao ensino em seus ambientes e sem estrutura adequada para acolher o estudante⁽⁵⁾.

Esperava-se que, com a implantação do Pró-saúde ocorresse uma transformação no modelo de formação, que focava em uma visão biomédica, transpondo para um processo pautado no modelo biopsicossocial da sociedade. Além do mais, indicava-se a interação do sistema público através de ações de promoção e prevenção em saúde, e das mudanças no desenvolvimento das pesquisas e estudos científicos relacionados à saúde em favor do SUS. Dentre seus objetivos, constava o compromisso acadêmico de ampliar a prática educacional na rede de serviços básicos de saúde, habilitando os graduandos a responderem às necessidades da população local e à operacionalização do SUS, diminuindo assim, a crise estrutural do setor saúde e a prevalência dos problemas populacionais⁽⁴⁻⁵⁾.

O eixo de cenários de prática propunha a progressiva desinstitucionalização das práticas acadêmicas (muitas práticas assistenciais poderiam se desenvolver em ambulatórios, na comunidade e nos domicílios), contrapondo-se à tendência hegemônica realizada em hospitais escolas e/ou policlínicas das IES. Os cenários em que se desenvolveriam o aprendizado prático durante

a formação profissional, deveriam, portanto, ser diversificados, agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, equipamentos educacionais e comunitários⁽⁵⁻⁶⁾.

Como forma de dar sustentabilidade ao Pró-Saúde, com o olhar voltado para os recursos humanos envolvidos na formação em serviço, cria-se o PET-Saúde, regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS. O PET-Saúde, assim como o Pró-Saúde, teve como fio condutor a integração ensino serviço comunidade, e teve como objetivos, dentre outros, contribuir para formação de profissionais de saúde mais adequados às necessidades e às políticas de saúde do país, bem como sensibilizá-los para o enfrentamento de diferentes realidades, e ainda, fomentar a articulação ensino serviço comunidade⁽⁷⁾.

E ainda no contexto das transformações formativas, criou-se recentemente o Programa Mais Médicos, que dispõe de elementos estruturantes para aprimorar a formação médica e universalizar o acesso da população aos serviços do SUS, por meio de inovações e mudanças na formação dos profissionais da saúde nos diferentes níveis de aprendizagem, que em parceria com os programas indutores da reorientação da formação profissional, produzem mudanças paradigmáticas adequadas às novas demandas em saúde. O programa foi criado com o potencial de gerar uma formação de caráter interprofissional com efeitos diretos na integração ensino serviço comunidade⁽⁸⁾.

As novas propostas de ensino e aprendizagem têm como finalidade a formação de um profissional crítico, cidadão, preparado, não só para aprender, mas também para propor e participar da construção do novo modelo de atenção à saúde. Para isso, o processo formativo precisa ocorrer de forma articulada com o mundo do trabalho, com ênfase no desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo, visando à transformação das práticas assistenciais. Tais práticas devem ser organizadas com base nas necessidades de saúde da população, e sua transformação requer esforços conjugados entre a academia e os serviços de saúde, considerando que, para implementação das diretrizes do SUS, é necessário efetivá-las no cotidiano das Unidades de saúde⁽²⁾. Desse modo, a Comissão de Avaliação do Ensino Médico (CAEM) analisou e aprovou o projeto de avaliação das tendências de avanço dos cursos de graduação em Medicina, que adota cinco eixos conceituais importantes na formação médica: o mundo do trabalho (eixo I), o projeto pedagógico (eixo II), a abordagem pedagógica (eixo III), os cenários da prática (eixo IV) e o desenvolvimento docente (eixo V). Nesse instrumento, cada eixo está subdividido em vetores (temas), que direcionam as ações para a formação do médico na graduação, de acordo com as DCN. O instrumento composto pelos cinco eixos selecionados, após diversas reflexões sobre a formação médica, apresenta, ao todo, 17 vetores. Cada um deles especifica, por sua vez, aspectos relevantes dentro de cada eixo⁽⁹⁾.

O presente estudo pretendeu conhecer a tendência de avanço da formação das escolas médicas do estado de Minas Gerais, considerando o eixo de cenários de prática e o incentivo dos programas Pró e Pet saúde para a formação integrada no serviço e na comunidade.

Material e Métodos

O presente estudo de caso foi composto por quatro cursos de graduação em Medicina do estado de Minas Gerais, que responderam ao questionário no primeiro mês de sua execução, após terem sido selecionados por meio dos seguintes critérios de inclusão: possuírem alunos frequentando no mínimo o primeiro módulo do internato e aceitarem participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa UFJF CAAE38645814.0.0000.5147.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado virtual enviado a todos os coordenadores dos Cursos de Medicina do estado de Minas Gerais. O presente questionário elaborado a partir do aspecto “cenário de prática” do instrumento proposto pelo projeto de auto avaliação da CAEM, considerou apenas quatro variáveis: a presença ou não do programa de incentivo a reorientação da formação profissional; o local das práticas de aprendizagem; a participação discente neste processo e a integralidade da aprendizagem discente.

Resultados e Discussão

O estudo de caso não pretendeu generalizar os resultados para as demais instituições de ensino ou mesmo caracterizar a tendência de avanço da formação médica no Estado de Minas Gerais, mas tão somente despertar a reflexão sobre a relação entre o avanço na formação e os programas de incentivo à reorientação da formação profissional, ciente dos limites de inferência próprios deste tipo de estudo.

Contudo, foi possível observar que todos os cursos integrantes deste caso, metade contemplados com o Pró e Pet Saúde e outra metade sem os programas, adotaram diferentes cenários para a aprendizagem acadêmica e proporcionaram ao discente ampla participação nos vários ambientes de prática ao longo de todo curso, utilizando de forma integral os serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

A partir dessa constatação, pressupõe-se que esses cursos avançaram na formação médica inovando seus cenários de aprendizagem ao adotar diferentes pontos da rede de serviços dos SUS, nos quais os estudantes puderam caminhar academicamente, alinhando os diferentes níveis da aprendizagem aos distintos níveis de complexidade da atenção à saúde, ora inseridos em ambulatórios de atenção primária, ora em ambientes hospitalares de atenção secundária e ou terciária, mas com a percepção das distintas competências que cada ambiente de formação envolve. Avançaram ainda, quando se percebe que todos os cursos do estudo oferecem atividades formativas práticas, desde os períodos iniciais até o internato, nas quais a integralidade do cuidado passa a ser um objeto da formação, e a participação orientada e supervisionada do discente nos cenários de prática, um meio para o alcance desse objeto formativo.

Quanto mais integral for a percepção do estudante sobre o sistema de saúde, maior será sua capacidade de incorporar uma prática profissional, após de formado, baseada no cuidado longitudinal, e mais avançada e inovadora terá sido sua formação acadêmica⁽⁹⁾.

E o Instituto Norte Americano de Medicina⁽¹⁰⁾ aponta que a

abordagem da educação interprofissional na formação acadêmica constitui uma inovação e um avanço na preparação do estudante para o mundo do trabalho, pois lhes permite o exercício da autonomia no processo de aprendizagem ao fornecer oportunidades para aprender e praticar habilidades que melhoram sua capacidade de se comunicar e colaborar. Confirma, ainda que, por meio dessa experiência de aprendizagem com outras profissões, os estudantes também desenvolvem qualidades de liderança e respeito pelas culturas dos outros, preparando-os para trabalhar em equipes e em contextos nos quais a colaboração é a chave para o sucesso.

No entanto, o instrumento utilizado neste relato não permite analisar quais foram os mecanismos adotados para esses pequenos avanços, nem tão pouco era objetivo deste estudo de caso, mas permite supor que essa inovação nos cenários de aprendizagem envolveu uma aproximação entre as IES e os serviços de saúde, possivelmente proporcionada por desenhos curriculares inovadores associados a novas estratégias pedagógicas de ensino.

Os programas de incentivo⁽⁴⁻⁶⁾, assim como o Programa Mais Médicos⁽⁸⁾ já sinalizavam esse caminho, ao destacar que a formação acadêmica em saúde precisa alcançar um perfil profissional diferenciado e, que, para o alcance desse objetivo torna-se necessário investir na inovação pedagógica e ultrapassar as barreiras, sejam elas no interior das IES ou oriundas dos serviços de saúde que acolhem os futuros profissionais.

Neste sentido, o programa Mais Médico⁽⁸⁾ investiu na criação de novos cursos de medicina, que já iniciaram suas atividades com uma matriz curricular inovadora e métodos formativos avançados, embora neste estudo de caso, as escolas participantes acompanhassem um modelo mais tradicional de formação, porém, com a incorporação de novas práticas pedagógicas, conforme os resultados da Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição de frequência das IES segundo categorias analisadas. Minas Gerais/MG, 2015

Variáveis	N	%
Natureza jurídica	1	25
Programas de incentivo	3	75
Com Pró Pet Saúde	2	50
Sem Pró Pet Saúde	2	50
Local de práticas	4	100
Participação discente	4	100
Âmbito escolar	4	100

Agregar ao avanço da formação a ideia do trabalho interprofissional^(8,10-11) sinaliza que a relação no ambiente de trabalho

formativo entre estudantes e profissionais terá menos conflitos, e a aprendizagem se tornará mais significativa. Entende-se como trabalho interprofissional a prática colaborativa entre os membros de diferentes profissões em um mesmo cenário, que permite a aprendizagem em conjunto, fornecendo os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para prática profissional eficaz, que inclui respeito, compreensão dos diferentes papéis e comunicação clara, no sentido de aprender com o outro.

Supõe-se que escolas que tenham avançado na construção da autonomia da participação discente durante a aprendizagem, tenham proporcionado, senão todos os elementos, mas pelo menos noções básicas da educação e do trabalho interprofissional, sob orientação e supervisão docente nos diferentes cenários de prática, considerando que a aprendizagem experiencial é um elemento chave para a educação interprofissional, ou seja, os estudantes precisam entrar em um ambiente de prática para entender melhor como trabalhar colaborativamente em situações reais. Para ser verdadeiramente interprofissional, acredita-se que é preciso haver integração intencional e colaboração⁽¹⁰⁾.

No avanço do aspecto do âmbito escolar, surge uma pedagogia híbrida na nova formação médica, sustentada pelo conceito de que a “teoria emerge da prática”, na qual somente a interação do estudante com os problemas, ou situações da vida real, os levará a buscar o conhecimento necessário para resolvê-los. Neste sentido, a integração do aluno a uma equipe de trabalho, com responsabilidades definidas no tratamento do paciente e não apenas da doença, fortalece uma aprendizagem significativa e relevante⁽¹²⁾.

A escola torna-se capaz de induzir a formação acadêmica por meio de módulos curriculares, cujas estratégias pedagógicas agrupariam conteúdos e expertises profissionais à disposição do estudante durante toda a graduação, vencendo os fragmentos disciplinares e os cenários estanques da aprendizagem, e com isso, tornaria mais dinâmica e motivadora a busca pelo conhecimento.

Conclusão

Concluiu-se que nas escolas médicas de Minas Gerais, participantes desse estudo, segundo o instrumento de avaliação proposto pela CAEM e adaptado a este contexto, predomina uma tendência mais avançada de formação acadêmica, sem que os programas Pró e Pet Saúde gerassem algum impacto direto sobre a mesma, pois a despeito dessa realidade, todas as escolas apontaram adotar os cenários do SUS em seus diferentes níveis de complexidade para a aprendizagem acadêmica durante o período de graduação, do início do curso ao internato, com incentivo à autonomia do estudante, à aprendizagem interprofissional e ao ensino na comunidade.

Houve um avanço positivo na formação médica brasileira com a incorporação de novos cenários, métodos e dispositivos, que ajudaram a qualificar a formação profissional para os serviços do SUS e a ampliar o escopo dos cenários de aprendizagem oferecido aos estudantes. Estratégias pedagógicas inovadoras associadas a diferentes cenários de formação contribuem para

o avanço na formação acadêmica.

Referências

01. Marin MJS, Oliveira MAC, Cardoso CP, Otanil MAP, Moravick MYAD, Conterno LA, et al. Aspectos da integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(4):501-8.

02. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED. Portaria Interministerial GM nº. 610 de 26 de março de 2002. Brasília (DF); 2002.

03. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília (DF); 2014.

04. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília (DF); 2007.

05. Silva MAM, Souza MCA, Mendes AAJ, Ferreira EF, Amaral JHL, Senna MIB. Pró-Saúde: indutor da formação de profissionais de saúde no campo da odontologia. *Arq Ciênc Saúde*. 2014;21(4):87-94.

06. Silva MAM, Amaral JHL, Senna MIB, Ferreira EF. O Pró-Saúde e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados de aprendizagem nos cursos de Odontologia no Brasil. *Interface-Comunic, Saúde, Educ (UNIFESP)*. 2012;16(42):707-17.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde e dá outras providências. Brasília (DF); 2008.

8. Cyrino EG, Pinto HÁ, Oliveira FP, Figueiredo AM. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança?. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):5-6.

9. Lampert JB, Aguilar-da-Silva RH, Perim GL, Stella RCR, Abdalla IG, Cost, NMSC. Projeto de avaliação de tendências de mudanças no Curso de Graduação nas Escolas Médicas Brasileiras. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1 Supl 1):5-18.

10. Institute of Medicine - IOM. Interprofessional education for collaboration: learning how to improve health from interprofessional models across the continuum of education to practice: workshop summary. Washington (DC): The National Academies Press; 2013.

11. Mohaupt J, Van Soeren M, Andrusyszyn MA, Macmillan K, Devlin-Cop S, Reeves S. Understanding interprofessional relationships by the use of contact theory. *J Interprof Care*. 2012;26(5):370-5. doi: 10.3109/13561820.2012.673512.

12. Lobo LC. Educação Médica nos tempos modernos. *Rev Bras Educ Med* [periódico na Internet] 2015 [acesso em 2015 Ago 12];39(2):[aproximadamente 5 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0100-550220150002&lng=en&nrm=iso

Marcos Alex Mendes da Silva é cirurgião dentista, professor adjunto no departamento de Formação Específica do Instituto de Saúde de Nova Friburgo-RJ/UFF, doutor e mestre em Saúde Coletiva e especialista em Gestão em Saúde. E-mail: marcos_alex@id.uff.br

Maria Cristina Almeida de Souza é cirurgiã dentista, professora adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Severino Sombra (USS), doutora e mestre em Ciências Odontológicas e especialista em Saúde Coletiva. E-mail: mcas.souza@uol.com.br

Amanda de Almeida Jannuzzi Mendes é acadêmica do curso de Medicina da Universidade Severino Sombra(USS) e presidente da Liga de Infectologia Walter Tavares da USS. Email: aman-daajmendes@hotmail.com

Prevalência de doenças infecciosas e crônicas em crianças de creches públicas

Prevalence of infectious and chronic diseases among children attending public daycares centres

Stefânia Diniz de Oliveira Costa¹, Rosane Luzia de Souza Morais¹, Priscilla Avelino Ferreira Pinto¹, Kelly da Rocha Neves¹

Resumo

Introdução: Nos últimos anos as taxas de mortalidade na infância vêm diminuindo no Brasil. No entanto, a morbidade ainda representa um desafio, principalmente entre famílias de baixa renda. Essas crianças são vulneráveis por estarem mais expostas a diversos fatores de risco biológicos e ambientais. **Objetivos:** Investigar a frequência de doenças infecciosas e crônicas em crianças frequentadoras de creches públicas e caracterizar os fatores de risco envolvidos. **Casística e Métodos:** Estudo descritivo de corte transversal, do qual participaram todas as crianças entre 24 e 36 meses de idade que frequentavam as creches públicas em duas cidades do Vale do Jequitinhonha e seus cuidadores, em 2011. Foi elaborado um questionário para coletar dados referentes às condições sociodemográficas e perfil biológico das crianças. O ambiente da vizinhança foi avaliado por meio da infraestrutura existente. O ambiente domiciliar e da creche foram avaliados por indicadores extraídos respectivamente do *Home Inventory* e *Infant/Toddler Environment Rating Scale-Revised*. **Resultados:** Dentre os participantes, 47% apresentaram alguma doença infecciosa, enquanto 44% apresentaram alguma doença crônica. Houve alto percentual de famílias monoparentais femininas; metade das famílias pertencia à classe econômica D e E, e, aproximadamente 32% das mães possuíam 4 anos ou menos de estudo. Quanto ao contexto ambiental, nem toda vizinhança recebia saneamento básico, quase a metade das casas e praticamente todas as creches eram de risco para a saúde da criança. **Conclusão:** Quase a metade das crianças participantes do estudo, economicamente desfavorecidas, apresentaram doenças infecciosas e crônicas nos últimos três meses que antecederam à pesquisa. Fatores de riscos sociodemográficos, biológicos e ambientais foram detectados. Desta forma, para que haja redução da morbidade entre esse grupo vulnerável de crianças, são necessárias estratégias de intervenção e políticas públicas que abranjam os aspectos biológicos e ambientais, inclusive, maior investimento na educação em saúde.

Descritores: Creches; Saúde da Criança; Fatores de Risco; Morbidade.

Abstract

Introduction: In recent years, childhood mortality rates have been decreasing in Brazil. However, morbidity remains a challenge, especially among low-income families. These children are vulnerable because they are more exposed to various biological and environmental risk factors. **Objectives:** Investigate the prevalence of infectious and chronic diseases in children attending public day-care centers and characterize the risk factors involved. **Patients and Methods:** This is a descriptive cross-sectional study involving all children between the ages of 24 and 36 months attending public child day-care centers in two cities in the Jequitinhonha Valley and their caregivers, in 2011. We developed a questionnaire to collect children's sociodemographic and biological characteristics. The environment of the neighborhood was assessed by the existing infrastructure. The home and the public child day-care centers environment were evaluated by indicators extracted from the Home Inventory and Infant/Toddler Environment Rating Scale-Revised, respectively. **Results:** Of the participants, 47% had some infectious disease, while 44% had a chronic disease. There was a high percentage of female single-parent families; half of the families belong to the economic classes D and E, and about 32% of the mothers had four years or less of schooling. About the environmental context, just a few neighborhoods have access to basic sanitation; half of the houses and almost every public child day-care centers presented a risk to children's health. **Conclusion:** Almost half of the children in the study, who were economically disadvantaged, presented infectious and chronic diseases in the last three months preceding the survey. Sociodemographic, biological, and environmental risks were detected. In order to reduce the morbidity among this vulnerable group of children, public interventions are required, as well as policy strategies covering biological and environmental aspects, including greater investment in health education.

Descriptors: Child Day Care Centers; Child Health; Risk Factors; Morbidity.

¹Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri-Teófilo Otoni-MG-Brasil (UFVJM)

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: SDOC análise dos dados e redação do manuscrito. RLSM orientação do projeto, escrita e revisão do manuscrito. PAFP coleta dos dados. KRN coleta dos dados.

Contato para correspondência: Rosane Luzia de Souza Morais

E-mail: rosanesmorais@gmail.com/ rosane.morais@ufvjm.edu.br

Recebido: 17/05/2016; **Aprovado:** 06/09/2016

Introdução

Os indicadores relacionados à infância alcançaram uma melhora significativa nas últimas décadas, principalmente aqueles relativos à sobrevivência⁽¹⁾. No ano de 2000, o índice de óbitos em crianças menores de um ano era de 29,7 para cada mil nascidas vivas, mas em 2010, esse número caiu para 15,6. Portanto, durante essa década, houve um decréscimo de 47,6% na taxa de mortalidade infantil⁽²⁾. A mortalidade na infância, óbito de menores de cinco anos, vem diminuindo ao longo dos anos no Brasil⁽³⁾. A redução das taxas de mortalidade no período da infância relaciona-se à queda nos índices de fecundidade e principalmente às políticas públicas voltadas para a infância, como atenção pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, divulgação da reidratação oral e intensificação dos programas de vacinação⁽³⁻⁴⁾.

No entanto, a redução na taxa de morbidade ainda é um desafio, visto que há um alto número de doenças infecciosas e crônicas na infância⁽¹⁾. No Brasil, considerando o período de 2000 a 2006, as principais causas de internação em crianças nos seus primeiros anos de vida foram gastroenterites infecciosas, asma e pneumonia bacteriana, sendo elevada a representatividade das internações nas regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica⁽⁵⁾. Na verdade, o Brasil é conhecido por suas dimensões continentais e diversidade cultural, porém há discrepante desigualdade socioeconômica nas diferentes regiões ou estratos populacionais, gerando iniquidades na taxa de morbidade na infância^(1,3).

É necessária uma maior atenção a esse grupo vulnerável de crianças, no sentido de monitorar e promover ações que aprimorem suas condições de vida e saúde. Previamente, no entanto, para que as ações sejam específicas para cada realidade, é necessário um estudo das características ambientais e biológicas envolventes. Assim, o objetivo do presente estudo foi investigar a prevalência de doenças infecciosas e crônicas e caracterizar o contexto ambiental, socioeconômico e biológico em que vivem crianças economicamente desfavorecidas.

Este estudo tomou como referência crianças de duas cidades do Vale do Jequitinhonha, uma das mesorregiões com os mais baixos indicadores socioeconômicos de Minas Gerais e do Brasil⁽³⁾, embora também se destaque por sua diversidade de recursos naturais e riqueza sociocultural.

Casuística e Métodos

Foi realizado um estudo descritivo, de corte transversal, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (190/10).

Participaram do estudo as crianças entre 24 a 36 meses de idade que frequentavam todas as creches municipais de duas cidades do Vale do Jequitinhonha no ano de 2011. Foram incluídas as crianças com desenvolvimento típico, ou seja, que não apresentavam doenças congênitas ou adquiridas que afetam os diferentes domínios do desenvolvimento infantil; frequência regular na creche, ou seja, cinco vezes por semana, no período integral (oito horas diárias); tempo de

ingresso na creche de, no mínimo, seis meses. Inicialmente foram identificadas 154 crianças, no entanto, duas crianças recusaram-se a participar do estudo e outra não obteve a autorização dos pais. Duas crianças foram retiradas do estudo por terem mudado de cidade, não sendo possível a realização de uma visita domiciliar. Assim, um total de 149 crianças participou do estudo.

Além disso, fizeram parte da pesquisa os respectivos cuidadores principais, ou seja, a pessoa responsável pelo cuidado direto e diário, a maioria das vezes, a mãe da criança.

As famílias foram classificadas economicamente pelo Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB), estabelecido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa⁽⁶⁾. O CCEB define a classificação econômica pela existência de bens duráveis no domicílio, quantidade de banheiros, grau de instrução do chefe da família e o serviço de empregada mensalista. Cada item tem uma pontuação que é somada e interpretada com ajuda de uma tabela de classificação econômica, no formato de escala ordinal crescente.

Foi elaborado um questionário para coletar dados referentes às condições sociodemográficas dessas famílias, assim como o perfil biológico, ou seja, histórico de gestação, nascimento e saúde da criança. Além disso, foi questionado ao cuidador se a criança apresentou alguma doença infecciosa ou crônica nos últimos três meses que antecederam a coleta e quais seriam essas doenças. O questionário foi respondido pelo cuidador principal, entretanto, algumas informações, como idade gestacional, peso ao nascimento e teste de Apgar, foram coletadas diretamente na Caderneta de Saúde da Criança (CSC).

O estado nutricional das crianças foi estabelecido por meio dos indicadores: estatura por idade, peso por idade e peso por estatura. Para obter o peso, foi empregada uma balança portátil (*Marte*) com capacidade máxima para 199,95 kg e graduação de 50g. Para medir a altura foi utilizado um estadiômetro portátil (*Altuxata*), composto por base de sustentação metálica e régua de madeira desmontável com escala bilateral em milímetros, resolução de 1mm e campo de uso de 0,35 até 2,13m. A análise das medidas antropométricas foi realizada com o software *World Health Organization WHO Anthro* versão 3.2.2, que utiliza referências de crescimento da Organização Mundial da Saúde, (OMS)⁽⁷⁾.

Para avaliar o ambiente domiciliar foram utilizados dois indicadores, itens 23 e 25, do inventário para crianças de zero a três anos *Home Inventory* (HOME)⁽⁸⁾. O primeiro item é um questionamento direcionado ao cuidador: “A criança é levada regularmente ao consultório médico ou clínica?” e avalia a regularidade e a consistência do ambiente, além das condições necessárias para o crescimento e desenvolvimento da criança, como os cuidados de saúde preventivos. O segundo item, é uma observação direta realizada pelo avaliador que deve identificar se o ambiente é seguro para criança, observando a existência de riscos como, por exemplo, vidro quebrado, mobiliário com farpas de madeira ou pregos expostos e escadas sem proteção. A resposta para os itens é dicotômica, ou seja, “sim” (um ponto) ou “não”

(zero pontos).

Para avaliar o ambiente da creche foi usada a subescala “Rotina de Cuidado Pessoal da Criança”, da *Infant/Toddler Environment Rating Scale-Revised Edition (ITERS-R)*⁽⁹⁾. Essa subescala mensura a qualidade dos ambientes educacionais por meio da observação direta da chegada/saída, refeições/merenda, sono, troca de fralda/uso do banheiro, práticas de saúde e práticas de segurança. A interpretação é feita por meio de uma escala ordinal de 1 a 7 pontos, em que ao receber de 1 a 2,99, a qualidade do ambiente é considerado inadequada, de 3 a 4,99, minimamente adequada; de 5 a 6,99, a qualidade é considerada boa e 7 pontos, o ambiente é considerado de excelente qualidade.

Para avaliar o contexto da vizinhança, foram elaboradas perguntas sobre a existência (um ponto) ou não (zero pontos) de infraestrutura: rede de esgoto, energia elétrica, água tratada, coleta de lixo, rua pavimentada.

Quanto aos procedimentos, cada sala de aula frequentada pelos participantes foi avaliada de acordo com a subescala “Rotina e Cuidado Pessoal da Criança”, do ITERS-R. Para tanto, os examinadores acompanhavam a rotina diária da turma, desde a chegada até a saída, em única avaliação para cada turma. Na mesma semana, um nutricionista visitava as creches para realizar as medidas antropométricas. As visitas domiciliares foram agendadas para os finais de semana ou final da tarde, para que tanto o cuidador principal, como a criança estivesse em casa. As visitas eram realizadas sempre por duas examinadoras, com duração em torno de 60 minutos. Na ocasião era aplicado o questionário sociodemográfico e biológico, observado os dados da CSC, o questionário sobre a infraestrutura da vizinhança e os itens do HOME.

Os dados foram analisados de forma descritiva por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 17.0 e Microsoft Office Excel[®] 2007.

Resultados

Participaram deste estudo 149 crianças, sendo 44,2% do sexo feminino e 55,8 do sexo masculino. Os dados sobre doenças infecciosas e crônicas estão nas Figuras 01 e 02, respectivamente.

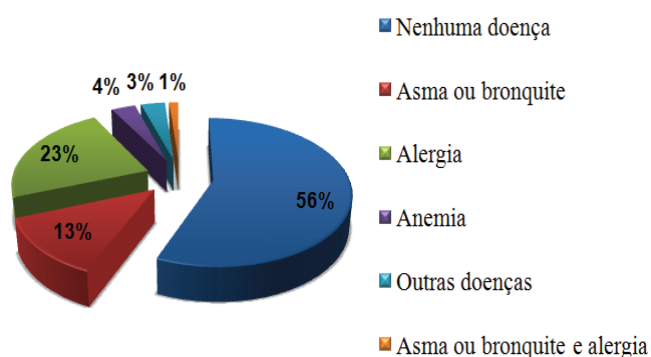


Figura 1. Frequência de doenças infecciosas. Diamantina e Itamarandiba/MG, 2011

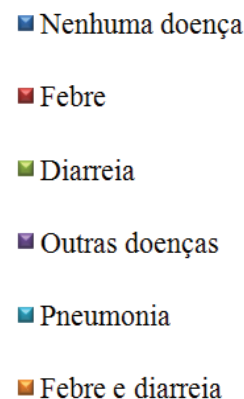


Figura 2. Prevalência de doenças crônicas. Diamantina e Itamarandiba/MG, 2011

Quase metade das crianças apresentou doenças infecciosas, com destaque para sintomas como febre, seguido de diarreia, ou febre e diarreia associadas. Quanto ao relato de doenças crônicas, atingem pouco menos da metade das crianças, com destaque para a alergia, seguida por asma ou bronquite. Ressalta-se que, por falta de um diagnóstico médico estabelecido, os cuidadores relatavam principalmente sinais e sintomas das doenças.

Tabela 1. Características sociodemográficas. Diamantina e Itamarandiba/MG, 2011

Características	N	%
Idade Mães (n=149)		
Abaixo dos 20 anos	25	16,8
Acima ou igual a 20 anos.	124	83,2
Escolaridade (n=147)*		
Analfabeto/primário incompleto	12	8,2
Primário completo/até 4 série	49	33,3
Primeiro grau completo	41	27,9
Segundo grau completo	38	25,8
Superior completo	7	4,8
Escolaridade Pais (n=132)*		
Analfabeto/primário incompleto	24	18,2
Primário completo/até 4 série	57	43,2
Primeiro grau completo	38	28,8
Segundo grau completo	12	9,1
Superior completo	1	0,7
Tipo Famílias (n=149)		
Monoparental feminina	34	22,8
Monoparental expandida†	30	20,1
Biparental	69	46,4
Biparental expandida‡	16	10,7
Nível Econômico		
Classe B2	01	0,7
Classe C1	22	14,8
Classe C2	51	34,2
Classe D	69	46,3
Classe E	06	4,0
Número irmãos		
Nenhum	37	24,8
Um	50	33,6
Dois	25	16,8
Três ou mais	37	24,8

*Algumas informantes não souberam relatar; †Monoparental expandida: mãe, filhos e outros parentes. ‡Biparental expandida: casal, filhos e outros parentes.

Observa-se que a maioria das mães tiveram seus filhos na fase adulta. Aproximadamente 50% dos pais e 40% das mães apresentaram quatro ou menos anos de estudo. Quanto ao tipo de família prevaleceu a biparental, ou seja, pai, mãe e filhos. Entretanto, ressalta-se que havia um número elevado de famílias monoparentais femininas e, pelo menos, 40% das famílias tinham mais de três crianças. Quanto à classe econômica, 50% pertenciam às classes D e E.

A Tabela 2 apresenta os dados sobre o histórico de gestação, nascimento e saúde das crianças.

Tabela 2. Histórico de gestação, nascimento e saúde. Diamantina e Itamarandiba/MG, 2011

Histórico de gestação e nascimento		N	%
Consultas pré-natais OMS (n=147)*	Sim	75	50,3
	Não	72	48,3
Problemas gestação (n=149)	Sim	39	26,2
	Não	110	73,8
Idade gestacional (n= 149)	A termo†	137	91,9
	Pré-termo†	12	8,0
Peso ao nascimento (n=148)*	≥ 2500g	143	96,6
	< 2500 g	5	3,4
Apgar 5' (n= 109)*	< 7	-	-
	≥ 7	109	100
Histórico de saúde (n= 149)			
Foi amamentado	Não	2	1,3
	< 6m	37	24,9
	6 a 24m	90	60,4
	> de 24m	20	13,4
Relato de internação	Nunca	96	64,4
	1 vez	35	23,5
	≥ 2	18	12,1
Diagnóstico nutricional peso/idade (OMS)	Baixo peso	2	1,3
	Adequado	144	96,7
	Elevado	3	2,0
estatura/idade (OMS)	Muito baixo	1	0,7
	Baixo	14	9,5
	Adequado	134	89,8
peso/estatura (OMS)	Magreza	1	0,7
	Eutrofia	138	92,6
	Risco de sobrepeso	1	0,7
	Sobrepeso	7	4,7
	Obesidade	2	1,3

*Dados de algumas crianças não foram encontrados no cartão ou/e as informantes não souberam relatar; †A termo: ≥ 37 semanas gestacionais e pré-termo ≤ 36 semanas gestacionais; OMS: Organização Mundial de Saúde.

Quase a metade das mães não realizou o número de consultas pré-natais preconizadas pela OMS⁽⁴⁾. A maioria das crianças nasceu a termo, com peso adequado, e com aproximadamente 25% de relatos de problemas durante a gestação. Quanto ao Apgar de quinto minuto, não houve nenhum abaixo de sete pontos, embora apenas 70% das crianças tivessem o registro dessa

informação na CSC. Mais de 60% das crianças amamentaram mais do que seis meses, embora apenas 27,9% delas de forma exclusiva. O indicador nutricional com pior resultado foi estatura por idade, com 10,1% das crianças apresentando resultados abaixo do esperado.

A Figura 3 apresenta o resultado da subescala “Rotina de Cuidado Pessoal da Criança” (ITERS-R), para os 15 ambientes de creche avaliados. A média geral da subescala foi de 2,268 pontos, portanto, de qualidade inadequada. Apenas dois ambientes de creche (10 e 11) mostraram mais de três pontos, classificadas, dessa forma, como minimamente adequadas.

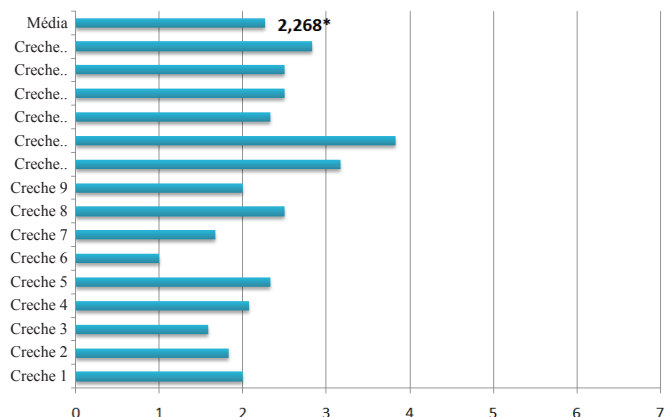


Figura 3. Pontuação da Subescala Rotina e Cuidado Diário da Criança da ITERS-R por ambiente de creche analisado, Diamantina e Itamarandiba/MG, 2011

*Média geral considerando todos os ambientes de creche. Inadequado: 1 a 2,99 pontos; Adequação mínima: 3 a 4,99; Boa adequação: 5 a 6,99; Excelente adequação: 7.

Quanto ao ambiente domiciliar, a pergunta: “A criança vai regularmente para o consultório ou clínica médica?” 45,6% responderam “não”. Na observação ambiental: “O ambiente de brincar é seguro?” 55,7% das residências receberam resposta “não”. Quanto à infraestrutura da vizinhança, segundo o relato dos cuidadores, 83,2% das residências das crianças tinham rede de esgoto; 99,3% tinham rede elétrica; 98% tinham água tratada e 91,9% tinham coleta de lixo em seus bairros.

Discussão

O presente estudo procurou verificar a prevalência de doenças nos primeiros anos de vida e o contexto ambiental, socioeconômico e biológico, tendo como referência uma população de crianças que residem em uma região vulnerável no Brasil⁽³⁾.

Foi observado que quase a metade das crianças apresentou doenças infecciosas e crônicas nos últimos três meses que antecederam a coleta. Estatísticas relativas à morbidade infantil no Brasil ainda são preocupantes e também relacionadas as desigualdades regionais e socioeconômicas. Em 2006, aproximadamente 10% das crianças com até cinco anos, no Brasil, apresentavam diarreia e 23% febre, nas duas últimas semanas que antecederam ao questionamento⁽¹⁾. No presente estudo, considerando os últimos três meses, a prevalência de diarreia e febre foram, respectivamente, 8% e 27%, além de 7% de febre e diarreia

associadas. Salienta-se que febre é uma resposta inespecífica a vários insultos geralmente infecciosos, mas nem sempre⁽¹⁰⁾.

A diarreia é um problema de saúde pública no Brasil, sendo a segunda causa de internações infantis, precedida apenas pelas infecções respiratórias⁽¹¹⁾. Episódios repetidos de diarreia nos primeiros anos de vida levam à má absorção intestinal, podendo resultar em desnutrição. Portanto, se persistente, a diarreia poderá afetar tanto o crescimento quanto o desenvolvimento cognitivo infantil⁽¹²⁾.

No presente estudo houve um pequeno número de relatos de doenças respiratórias agudas, por exemplo, pneumonia, embora no contexto nacional essas doenças se destaquem como um problema de saúde pública^(11,13). Há uma variação sazonal das doenças respiratórias, modificando conforme o vírus e as próprias condições climáticas da região estudada⁽¹³⁾. É possível que o menor percentual dessas doenças no presente estudo, esteja relacionado à época da coleta, ou seja, no período de primavera e início do verão.

Também houve uma prevalência elevada de doenças crônicas, sobressaindo as doenças respiratórias: alergias e asma/bronquite. Percebe-se que é difícil para as mães dizer com exatidão o diagnóstico da criança. Mesmo porque, geralmente nos primeiros anos de vida, reconhece-se, inicialmente, a sibilância que pode ocorrer de forma isolada e ocasional ou de forma recorrente⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Esses mesmos autores argumentam que, a sibilância é uma condição clínica frequente causada por diversas doenças. No entanto, relatam que em muitos casos, a sibilância que ocorre nos primeiros anos de vida pode ser a as primeiras manifestações de asma. Dois estudos, um com crianças entre 12 a 15 meses de vida e outro com crianças de até cinco anos de idade, identificaram alguns fatores de riscos associados à sibilância, como doenças respiratórias prévias⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, uso de corticoide oral⁽¹⁴⁾; frequência a creches⁽¹⁴⁾; pais com asma e/ou alergia⁽¹⁴⁻¹⁵⁾; gênero masculino⁽¹⁴⁻¹⁵⁾; falta de aleitamento materno^(14,15), contato com mofo⁽¹⁴⁾. Segundo a literatura pesquisada^(1,3,16) viver no contexto da pobreza deixa a criança mais suscetível a problemas de saúde. Esse fato tem relação com a exposição ambiental, como por exemplo, críticas condições sanitárias, suporte nutricional inadequado e acesso restrito ao atendimento de saúde^(1,16). Portanto, procurou-se verificar as condições do contexto ambiental, socioeconômicas e biológicas das crianças do presente estudo.

Em torno de 50% das crianças pertenciam à classe econômica D e E. Outras condições sociodemográficas como baixa escolaridade dos progenitores, família numerosa, famílias monoparentais femininas, entre outros, estão relacionados a classes econômicas mais desfavorecidas^(1,13-14). Embora seja difícil isolar o efeito dessas condições, é reconhecido que atuam como fatores de risco para a saúde da criança⁽¹⁶⁾.

Dentre as condições sociodemográficas investigadas, no presente estudo, destacou-se o percentual de baixa escolaridade dos progenitores. Estes resultados são preocupantes, uma vez que a escolaridade dos progenitores, principalmente a materna, é apontada na literatura como determinante para a adequada saúde, crescimento e o desenvolvimento infantil^(3,16). Além disto, neste estudo, aproximadamente 20% das famílias era monoparental feminina, proporção acima da média nacional de 17,3%

encontrada na última Pesquisa Nacional de Amostragem em Domicílios (PNAD). Neste caso, a mulher é o único adulto em casa, responsável pelo sustento, pelas atividades domésticas e os cuidados com os filhos⁽¹⁷⁾.

Quanto ao perfil biológico, as prevalências de prematuridade e baixo peso estão dentro da realidade nacional de cerca de 6% e 8%, respectivamente⁽⁴⁾. No entanto, o baixo percentual desses indicadores no presente estudo, pode ser atribuído ao que autores denominam de desigualdade espacial na distribuição de baixo peso no Brasil. Segundo os autores regiões mais desenvolvidas detêm maiores taxas de baixo peso ao nascer, pois a presença do serviço e sua utilização fazem diminuir a mortalidade infantil e aumentar o baixo peso ao nascimento.

Ressalta-se que os dados coletados na CSC, um importante documento de registro da saúde da criança, estavam, em muitos casos, sem informações. Em aproximadamente 30% das CSC, os dados referentes ao teste de Apgar estavam ausentes⁽¹⁸⁾. Um outro estudo também observou que mais de 80% dos dados de crescimento e desenvolvimento infantil estavam ausentes ou não estavam preenchidos adequadamente ao analisarem 950 CSC em Cuiabá. Os autores concluem que há necessidade de sensibilização da população, profissionais e gestores quanto a importância da CSC⁽¹⁹⁾.

Quase a metade das mães não realizou a quantidade mínima de consultas pré-natais recomendadas pela OMS, seguindo a tendência das estatísticas brasileiras. No Brasil em 2005, 53% das gestantes estavam dentro do número de visitas recomendadas⁽³⁾. Embora a maioria das crianças tenha sido amamentada mais do que seis meses, pouco mais de 1/3 foi de forma exclusiva. Estudos comprovam que a amamentação é um importante fator de proteção no combate a doenças respiratórias⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ e diarreicas⁽¹¹⁻¹²⁾.

Quanto ao diagnóstico nutricional, os resultados deste estudo, referentes ao peso por idade e peso por estatura, estavam dentro da média nacional. Contudo, nos dados referentes à estatura por idade, foi encontrado um déficit para este indicador, ligeiramente acima da média nacional⁽²⁰⁾. A desnutrição infantil também apresenta declínio no Brasil, principalmente considerando as formas agudas de desnutrição (1,3%). A prevalência de déficit de estatura por idade nacional é de aproximadamente 7%, no entanto, sabe-se que essa proporção tende a ser ligeiramente mais alta nas regiões consideradas mais vulneráveis do Brasil⁽³⁾, o que justifica o valor de aproximadamente 10% de crianças com desnutrição crônica no presente estudo.

Em relação à infraestrutura da vizinhança, sabe-se que o saneamento básico é considerado um indicador de qualidade de vida de uma população⁽³⁾. Ao utilizar o banco de dados “Indicadores e Dados Básicos para a Saúde” (IDB), verificou-se a ocorrência de redução na mortalidade infantil, a partir de 2003, quando houve ampliação do serviço de saneamento no Brasil. Os autores identificaram que a mortalidade por doença diarreica esteve mais associada aos estados mais pobres do país, e as doenças infecciosas e parasitárias estiveram associadas à menor cobertura por sistema de abastecimento de água⁽²¹⁾.

Comparando-se os dados do presente estudo, com os resultados encontrados na Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios

(PNAD) de 2008, o percentual de domicílios que não possuíam abastecimento de água (2%) foi menor do que o registrado para a população da Região Sudeste (3,3%). A coleta de lixo não estava acessível a 8,1% das famílias deste estudo, embora se estime que 12,4% dos domicílios mineiros não tenham coleta de lixo. Os piores resultados para o presente estudo ficaram por conta da pavimentação das ruas, 77,2% e de esgotamento sanitário, 83,2%. Os últimos valores estão abaixo do encontrado para a Região Sudeste (90%), segundo dados coletados em 2008⁽²²⁾. Quanto aos indicadores relacionados à saúde nos ambientes domiciliares estudados, observou-se que para mais da metade das crianças o local de brincar mostrou-se pouco seguro como, por exemplo, com a presença de entulhos, mofo e poeira, fatores de risco para doenças respiratórias⁽¹⁵⁾. Além disto, quase a metade das crianças não era levada rotineiramente aos serviços de saúde. Um estudo mostrando a frequência de utilização do serviço de puericultura por famílias de baixa renda, comprovou que das 393 crianças participantes, 53,2% não era levada regularmente aos serviços médicos. Os autores descobriram que os fatores associados à ausência de utilização regular do serviço foram a escolaridade materna ≤ 8 anos, estrutura familiar monoparental e não ser filho único. Esses resultados são bastante semelhantes ao encontrados no presente estudo. Os autores⁽²³⁾ ressaltam que o principal motivo para este comportamento foi os pais considerarem desnecessário levar as crianças à unidade de saúde na ausência de doenças.

Por meio da subescala “Rotina de Cuidado Pessoal da Criança” da ITERS-R, foi possível verificar que os ambientes de creche apresentaram uma qualidade inadequada quanto aos procedimentos adotados para a promoção da saúde, segurança e bem-estar das crianças. Locais que proporcionam assistência a crianças em idade de pré-escolas fora do domicílio podem ser considerados locais de risco aumentado para doenças infecciosas. Isso se deve ao fato de as crianças ficarem aglomeradas, recebendo atenção de forma coletiva⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. No entanto, outro fator que pode contribuir é a má qualidade dos cuidados de higiene existentes nestes locais⁽¹⁶⁾. A qualidade inadequada nos cuidados de saúde da maioria dos ambientes de creche encontrada no presente estudo é uma realidade em outras creches públicas brasileiras⁽²⁴⁾.

Desta forma, para que haja diminuição da morbidade nesta população, são necessárias estratégias relacionadas aos diferentes fatores de riscos: biológicos, sociodemográficos e ambientais. Nas últimas décadas as políticas públicas favoreceram o acesso à saúde e a redução da pobreza dentro da população infantil brasileira^(4-5,23), como o Programa Bolsa Família (PBF), programa de transferência de renda, a expansão do atendimento da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS)⁽³⁻⁵⁾. O PBF é indicado como importante estratégia para queda da desnutrição no país, não apenas pelo impacto na renda familiar, mas também pelas exigências na participação em programas de monitoramento do crescimento das crianças⁽²⁵⁾. Estudos demonstram associação entre maior cobertura das ESF e diminuição da mortalidade na infância por causas como diarreia e doenças respiratórias⁽⁴⁾. Outra estratégia do governo federal para diminuir a mortalidade e morbidade

na infância é a ampliação de saneamento básico no Brasil⁽²¹⁾. No entanto, a educação em saúde, considerando o ambiente de casa e creche, é um aspecto pouco explorado. No ambiente domiciliar, há necessidade de investimento no acesso ao ensino formal para jovens e adultos, pois, assim, mães (e pais) terão a oportunidade de incorporar novos conhecimentos advindos da educação formal às suas experiências de vida, revertendo em práticas de cuidados com a saúde de seus filhos. Além disto, sempre respeitando e valorizando as práticas e os saberes maternos, os profissionais de saúde poderiam propor ações de educação em saúde no ambiente domiciliar⁽²⁶⁾.

Nos ambientes educacionais, os profissionais de saúde também podem contribuir com seu conhecimento e práticas. A realização de um estudo qualitativo com profissionais da enfermagem trabalhadoras das unidades de creche da Universidade de São Paulo fez a seguinte afirmação: “neste contexto, o campo da saúde e da educação devem dialogar na interface de saberes que norteiam o trabalho desses profissionais”. Esse trabalho interdisciplinar, embora ainda seja um desafio, considerando a formação instrumental-disciplinar de cada campo profissional⁽²⁷⁾, é relevante para a diminuição da morbidade dentro das creches. Embora o presente estudo traga como contribuição fomentar a discussão sobre ações que aprimorem as condições de saúde de crianças economicamente desfavorecidas, a partir dos fatores sociodemográficos, ambientais e biológicos, é importante ressaltar que foi uma limitação do presente estudo a falta de um diagnóstico médico. As doenças infecciosas e crônicas partiram do relato dos cuidador. Recomenda-se que em estudos futuros, para maior exatidão dos diagnósticos que prevalecem nessa população, que seja feito um acompanhamento e registros médicos dessa crianças.

Conclusão

Quase a metade das crianças participantes do estudo, economicamente desfavorecidas, apresentaram doenças infecciosas e crônicas nos últimos três meses que antecederam a pesquisa. Fatores de riscos sociodemográficos, como baixa escolaridade dos pais e uma alta porcentagem de famílias monoparentais femininas se destacaram. Do ponto de vista do contexto ambiental, nem toda vizinhança recebia cobertura de saneamento básico, muitas casas apresentavam ambiente de risco para a criança e as creches em que frequentavam eram de qualidade inadequada quanto aos aspectos relacionados aos cuidados básicos. Desta forma, para que haja diminuição da morbidade neste grupo vulnerável de crianças são necessárias estratégias de intervenção e políticas públicas que abranjam todos estes aspectos, inclusive educação em saúde no ambiente domiciliar e da creche, sendo, portanto, fundamental o papel dos profissionais de saúde.

Referências

01. Barros RP, Biron L, Carvalho M, Fandinho M, Franco S, Mendonça R, et al. Determinantes do desenvolvimento na primeira infância o Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. 2010;(1478):1-35.
02. Confederação Nacional ds Trabalhadores do Ramo Financeiro [homepage na Internet]. [acesso em 2015 Maio 20].

- Escolaridade e renda aumentam e mortalidade infantil cai, diz IBGE; [aproximadamente 4 telas]. Disponível em: <http://www.contrafcut.org.br/noticias/escolaridade-e-renda-aumentam-e-mortalidade-infantil-cai-diz-ibge-6ead>
03. Unicef. Situação Mundial da Infância 2008: Caderno Brasil. Brasília; 2008.
04. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*. 2011;377(9708): 1863-79.
05. Moura BLA, Cunha RC, Aquino R, Medina MG, Mota ELA, Macinko J, et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10(Supl 1):S83-91.
06. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) [homepage na Internet]. [acesso em 2015 Maio 21]. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
07. World Health Organization. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Genova: World Health Organization; 2006.
08. Caldwell BM, Bradley RH. HOME: inventory and administration manual. 3 ed. Little Rock: University of Arkansas for Medical Sciences and University of Arkansas at Little Rock; 2003.
09. Harms T, Cryer D, Clifford R. Infant/toddler environment rating scale – revised edition ITERS-R. Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill. Chapel Hill: Teachers College Press, 2003.
10. Serpa Neto A, Pereira VGM, Colombo G, Scarin FCC, Pessoa CMS, Rocha, LL. Devemos tratar febre em doentes graves? Resumo da evidência atual de três ensaios clínicos randomizados. *Einstein (São Paulo)*. 2014;12(4):518-23.
11. Santos FS, Santos FCS, Santos LH, Leite AM, Mello DF. Aleitamento materno e proteção contra diarreia: revisão integrativa da literatura. *Einstein (São Paulo)*. 2015;13(3):1-6.
12. Andrade JAB, Fagundes-Neto U. Persistent diarrhea: still an important challenge for the pediatrician. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87(3):199-205.
13. Ribeiro RS, Dutra MVP, Higa LSY, Oliveira UT, Stephens PRS, Portes, SAR. Etiologia viral das infecções respiratórias agudas em população pediátrica no Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ/RJ. *J Bras Patol Med Lab*, 2011;47(5):519-27.
14. Rosa AM, Jacobson LSV, Botelho C, Ignotti E. Prevalência de sibilância e fatores associados em crianças menores de 5 anos de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(9):1816-28.
15. Fogaça HR, Marson FAL, Toro AADC, Solé D, Ribeiro JD. Aspectos epidemiológicos e fatores de risco para sibilância no primeiro ano de vida. *J Bras Pneumol*. 2014;40(6):617-25.
16. Pedraza DF, Queiroz D, Sales MC. Doenças infecciosas em crianças pré-escolares brasileiras assistidas em creches. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):511-28.
17. Brasil. Presidência da República. Governo Federal. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA [homepage na Internet]. [acesso em 2013 Maio 17]. Comunicados do IPEA. PNAD 2009. Primeiras análises: investigando a chefia feminina de família. 2010; [aproximadamente 26 telas]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101111_comunicadoipea65.pdf
18. Lima MCBM, Oliveira GSO, Lyra CO, Roncalli AG, Ferreira, MAF. A desigualdade espacial do Baixo Peso ao Nascer no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(8):2443-52.
19. Abud SM, Gaíva MAM. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(2):97-105.
20. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006. Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
21. Teixeira JC, Gomes MHR. Análise da associação entre saneamento e saúde nos estados brasileiros – estudo comparativo entre 2001 e 2006. *Eng Sanit Ambient*. 2011;16(2):197-204.
22. Instituto Brasileiro de Geografia - IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da População Brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
23. Vitolo MR, Gama CM, Campagnolo PDB. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(1):80-4.
24. Kagan SL. Qualidade na educação infantil: revisão de um estudo brasileiro e recomendações. *Cad Pesq*. 2011;41(142):57-66.
25. Oliveira FCC, Cotta RMM, Sant’Ana LFR, Priore SE, Franceschini SCC. Programa bolsa família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3307-16.
26. Sousa MCB, Vieira MRR, Arias PV, Silva LK, Werneck AL. Conhecimento familiar no cuidado do lactente para crescimento e desenvolvimento saudáveis. *Arq Ciênc Saúde*. 2014;21(1):12-9.
27. Sarubbi Junior V, Muylaert CJ, Gallo SM, Gallo PR. No contexto da creche: a enfermagem e suas representações do cuidado à criança como ato educativo. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(Esp 2):48-54.

Apoio Financeiro: CAPES e UFVJM

Stefânia Diniz de Oliveira Costa é fisioterapeuta pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), possui vários cursos de aprimoramento profissional e atua na prática clínica no município de Curvelo, MG. E-mail: stefania-diniz@yahoo.com.br

Rosane Luzia de Souza Morais é fisioterapeuta, professora adjunta do departamento de Fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), mestre em Ciências da Reabilitação, doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: rosanesmorais@gmail.com

Priscilla Avelino Ferreira Pinto é fisioterapeuta pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) e mestranda em Reabilitação e Desempenho Funcional pelo Programa de Pós-Graduação de Reabilitação (UFVJM). E-mail: priscillaafg@gmail.com

Kelly da Rocha Neves é nutricionista do departamento de Nutrição da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), tem especialização em Nutrição Humana e Saúde pela Universidade Federal de Lavras (UFL) e mestrado em Saúde, Sociedade e Ambiente (SaSA) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). E-mail: kellyneves@gmail.com

Causas de desligamentos e rotatividade da equipe de enfermagem de um hospital de ensino

Causes of dismissals and turnover of nursing staff at a teaching hospital

Luana Gaino Bertolazzi¹, Márcia Galan Perroca¹

Resumo

Introdução: As instituições hospitalares, em busca da melhoria contínua do serviço assistencial prestado, utilizam indicadores de saúde relacionados à gestão de pessoas, tais como a taxa de rotatividade dos colaboradores de enfermagem, que corresponde à relação entre as admissões e os desligamentos (voluntários ou não) de profissionais em certo período de tempo. **Objetivos:** Investigar as causas de desligamento e calcular a taxa de rotatividade da equipe de enfermagem. **Material e Métodos:** Trata-se de estudo exploratório-descritivo, de caráter retrospectivo, realizado em um hospital geral de ensino do interior paulista, mediante análise de desligamentos e fichas de entrevistas de desligamentos. **Resultados:** No período estudado, ocorreram 174 desligamentos e 62 entrevistas relacionadas a eles. A maioria dos desligamentos foi de caráter voluntário (n=95; 54,6%) e envolveu colaboradores que apresentavam entre um e três anos de trabalho na instituição (n=41; 23,5%). Qualidade de vida deficiente no trabalho, não adaptação e outras propostas de trabalho foram as causas mais relatadas para saída dos colaboradores. A taxa de rotatividade mensal variou de 0,3 a 1,7. **Conclusão:** O mapeamento da rotatividade e suas causas possibilitam aos gestores de enfermagem a construção, validação e monitoramento de indicadores, comparação com outras instituições e implantação de medidas corretivas.

Descritores: Administração de Recursos Humanos em Hospitais; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Recursos Humanos de Enfermagem; Equipe de Enfermagem; Recursos Humanos em Saúde.

Abstract

Introduction: Healthcare facilities are making efforts to improve continually the health care delivered. They used health indicators related to personnel management, such as the turnover rate of nursing personnel. The turnover rate is the relationship between admissions and dismissals (voluntary or not) of professionals in a certain period. **Objective:** Investigate the causes of dismissals and calculate the rate of turnover of nursing staff. **Material and Methods:** This is a retrospective, descriptive, exploratory study conducted in a teaching hospital in the inland of São Paulo state, through analysis of dismissals and dismissal interview statements. **Results:** During the study period, we carried out 62 interviews and 174 dismissals. Most dismissals were voluntary (n = 95, 54.6%) and involved employees who had between one and three years of work (n = 41, 23.5%). Poor quality of life at work, lack of adaptation, and other job offers were the most frequently reported reasons for leaving the job. The turnover rate per month changed from 0.3 than 1.7. **Conclusion:** The mapping of turnover and its causes allows designing, validation, and monitoring of indicators. Besides, it allows benchmarking and implementation of corrective measures by the nursing managers.

Descriptors: Personnel Administration, Hospital; Quality Indicators, Health Care; Nursing Staff; Nursing Team; Health Manpower.

Introdução

A dinâmica do mercado de trabalho para os profissionais da área da saúde é marcada pela oferta e demanda de vagas, conforme determinações políticas, econômicas e institucionais⁽¹⁻²⁾. Além desses elementos, outro movimento que se faz determinante nessa dinâmica é a rotatividade da força de trabalho^(1,3). A rotatividade de pessoal (em inglês turnover) corresponde a uma “flutuação de pessoal entre uma organização e o seu ambiente”⁽⁴⁾, isto é, a relação entre as admissões e os desliga-

mentos (voluntários ou não) de profissionais em certo período de tempo⁽⁴⁻⁵⁾. Serve como importante indicador da saúde organizacional^(3-4,6), principalmente no que tange à manutenção da gestão qualificada de recursos humanos, capital intelectual da empresa⁽⁴⁻⁵⁾ e qualidade da imagem institucional⁽³⁻⁴⁾. As instituições hospitalares, em busca da melhoria contínua do serviço assistencial prestado têm utilizado indicadores de saúde relacionados à gestão de pessoas^(5,7). Indicadores podem ser definidos como informações quantitativas utilizadas

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)-São José do Rio Preto-SP-Brasil

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: LGB coleta de dados, tabulação e redação do manuscrito. MGP delineamento do estudo e orientação do manuscrito.

Contato para correspondência: Luana Gaino Bertolazzi

E-mail: lu.gaino@hotmail.com

Recebido: 04/01/2016; **Aprovado:** 06/04/2016

como guia para monitorar o processo de trabalho, ou seja, dados que identificam e dirigem a atenção do gestor para assuntos específicos⁽⁵⁾. Como medidas para comparação com outras instituições (*benchmarking*) ou, ainda, para se alterar situações em longo prazo^(5,8). Um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato⁽⁵⁾. Dentre os indicadores que avaliam o fator humano destaca-se a taxa de rotatividade, que tem se mostrado válida, sensível às variações institucionais, simples e específica^(5,8). Informações complementares quanto à rotatividade costumam ser obtidas por meio da avaliação e mapeamento das entrevistas de desligamentos, da pesquisa de clima institucional (percepção coletiva dos funcionários quanto aos fatores motivacionais e de satisfação) e dos processos de recrutamento, seleção e integração do funcionário à organização^(2,8). A análise das entrevistas de desligamento e da taxa de rotatividade pode ser considerada forma de investigação semelhante ao processo de seleção, com o diferencial de que se volta às causas que influem nas saídas dos colaboradores⁽⁹⁾ e auxilia na correção do desempenho gerencial para a retenção de pessoal qualificado^(2,4).

A equipe de enfermagem é um polo expressivo de demanda de profissionais no ambiente hospitalar⁽¹⁾ e tem papel central na qualidade assistencial prestada a pacientes, cada vez mais complexos e exigentes⁽⁷⁾. Assim, altos índices de rotatividade dessa categoria afetam diretamente a qualidade do cuidado gerando sobrecarga de trabalho aos membros que permanecem na instituição e insatisfação na equipe^(6,10), além de perda de credibilidade perante os pacientes^(3,8). A rotatividade pode influenciar, inclusive, no processo de promoção da saúde e recuperação dos pacientes^(3,9).

Independente dos motivos envolvidos nos desligamentos, cada saída e nova entrada de profissional constituem-se em um desafio gerencial a ser superado considerando o quanto foi gasto com burocracia contratual, treinamento, benefícios, encargos e com os próprios desligamentos⁽³⁻⁴⁾.

Apesar da gama de aspectos negativos, a rotatividade pode ser considerada positiva para a organização, quando um trabalhador que tem um baixo desempenho se desliga, sendo substituído por alguém que esteja motivado e que tenha melhores habilidades^(4,11-12), desde que a instituição consiga estabelecer medidas eficientes para retenção de pessoal qualificado⁽¹²⁻¹³⁾. Instituições de saúde australianas, norte-americanas e inglesas são pioneiras na condução de estudos sobre rotatividade⁽¹³⁻¹⁴⁾. No Brasil, apenas há pouco mais de duas décadas, os pesquisadores focaram-se nas diversas repercussões da rotatividade e, ainda assim, não há ampla produção nacional nessa temática^(2,6,9,11).

Um estudo recente⁽⁸⁾ foi conduzido com foco nas repercussões assistenciais e econômicas secundárias à rotatividade. As causas de desligamento são ainda pouco exploradas⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Diante da importância gerencial dessa situação, que pode comprometer a assistência prestada e influir no aumento significativo de gastos da instituição hospitalar, justifica-se a condução deste estudo que teve como objetivos: investigar os tipos e principais causas de desligamento da equipe de

enfermagem e calcular sua taxa de rotatividade.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de caráter retrospectivo realizado em um hospital geral de ensino, de capacidade extra, localizado no interior do Estado de São Paulo. A instituição é de abrangência quaternária e de referência para a Região Noroeste do Estado, atendendo a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), convênios privados, e também a pacientes particulares. O serviço de enfermagem contava, na época do estudo, conduzido em 2012, com 1.419 colaboradores, sendo 271 enfermeiros e 1.489 auxiliares e técnicos de enfermagem.

Foram sujeitos do estudo 174 colaboradores da equipe de enfermagem desligados da instituição durante o ano de 2011, sendo 37 enfermeiros, seis técnicos e 131 auxiliares de enfermagem. Tais colaboradores estiveram lotados nas diversas unidades de internação e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Os dados referentes às características sócio-demográficas dos colaboradores (categoria profissional, sexo, estado civil e tempo de serviço) e o quantitativo de desligamentos foram obtidos por meio do Departamento de Pessoal, enquanto as causas de saída, apontadas nas entrevistas de desligamento, foram obtidas junto ao Departamento de Recursos Humanos do hospital.

Para o cálculo da rotatividade foi aplicada a equação abaixo, sugerida pelo Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH)⁽⁷⁾:

$$\frac{\text{Admissões} + \text{Desligamentos}}{2} \times 100$$

Número médio de funcionários no período

A coleta de informações teve início após a autorização da administração do hospital e a anuência do Departamento de Pessoal e Departamento de Recursos Humanos, além do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição do campo de estudo (Parecer nº. 12053/2012).

As informações obtidas foram transcritas em formulários, organizadas em planilhas eletrônicas no Programa Microsoft Excel e submetidas a tratamento estatístico. Os dados descritivos encontram-se apresentados como números absolutos, porcentagens e tabelas.

Resultados

Os colaboradores desligados no período do estudo eram, em sua maioria, do sexo feminino (n=143; 82,2%) e auxiliares de enfermagem (n=131; 75,3%). Com relação ao estado civil, houve predomínio de desligamento de profissionais solteiros (n=90; 51,7%), exceto para os técnicos de enfermagem, cuja maioria era casada (n=4; 66,7%). Grande parte dos desligamentos ocorreu com colaboradores que apresentavam entre um e três anos de trabalho na instituição (n=41; 23,6%) (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sócio-demográficos e profissionais dos colaboradores da equipe de enfermagem desligados (N= 174). São José do Rio Preto, 2012

Variáveis	Enfermeiros (n=37)		Técnicos (n=6)		Auxiliares (n= 131)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Masculino	2	1,1	-	-	29	16,7	31	17,8
Feminino	35	20,2	6	3,4	102	58,6	143	82,2
Estado Civil								
Solteiro	22	12,7	2	1,1	66	37,9	90	51,7
Casado	14	8,0	4	2,3	52	29,9	70	40,2
Divorciado	1	0,6	-	-	12	6,9	13	7,5
Viúvo	-	-	-	-	1	0,6	1	0,6
Tempo Serviço								
Até 3 meses	2	1,1	-	-	21	12,2	23	13,3
4-12 meses	3	1,7	-	-	29	16,7	32	18,4
1-3 anos	23	13,2	-	-	18	10,4	41	23,6
4-6 anos	2	1,1	-	-	15	8,6	17	9,7
7-10 anos	6	3,4	4	2,3	23	13,2	33	18,9
11-15 anos	1	0,6	-	-	15	8,6	16	9,2
> 15 anos	-	-	2	1,1	10	5,8	12	6,9

Os desligamentos dos colaboradores foram, predominantemente, de caráter voluntário para todas as categorias profissionais (n=95; 54,6%). Os meses de julho e agosto acusaram o maior número de desligamentos da equipe (n=47; 27%), especialmente de auxiliares (n=28; 16,1%) e de enfermeiros (n=18; 10,3%). Entre os meses de setembro e outubro ocorreram as menores baixas na equipe (n=19; 10,9%). (Tabela 2).

Tabela 2. Tipos de desligamentos ocorridos na equipe de enfermagem por categoria profissional (N=174). São José do Rio Preto, 2012

Categorias	Jan-Fev		Mar-Abr		Mai-Jun		Jul-Ago		Set-Out		Nov-Dez		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermeiros														
Involuntários	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,6	1	0,6
Voluntários	2	1,1	2	1,1	2	1,1	1	0,6	1	0,6	4	2,3	12	6,9
Fim Contrato	-	-	-	-	1	0,6	17	9,7	3	1,7	3	1,7	24	13,8
Subtotal	2	1,1	2	1,1	3	1,7	18	10,3	4	2,3	8	4,6	37	21,3
Técnicos														
Involuntários	1	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,6
Voluntários	-	-	1	0,6	1	0,6	1	0,6	1	0,6	1	0,6	5	2,9
Fim Contrato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Subtotal	1	0,6	1	0,6	1	0,6	1	0,6	1	0,6	1	0,6	6	3,4
Auxiliares														
Involuntários	4	2,3	2	1,1	1	0,6	10*	5,7	1	0,6	2	1,1	20	11,5
Voluntários	11	6,3	8	4,6	17	9,7	14	8,1	10	5,7	18	10,3	78	44,8
Fim Contrato	13	7,5	8	4,6	4	2,3	4	2,3	3	1,7	1	0,6	33	19,0
Subtotal	12,0	16,1	18	10,3	22	12,6	28	16,1	14	8,1	21	12,1	131	75,3
TOTAL	31	17,8	21	12,0	26	14,9	47	27,0	19	11,0	30	17,3	174	100

*Um desligamento por óbito.

Foram realizadas 61 (35,6%) entrevistas de desligamento, especialmente no segundo semestre de 2011 (56; 88,7% das entrevistas). Dessas, 50 (28,7%) ocorreram com auxiliares de enfermagem (Tabela 3). Os colaboradores que realizaram

entrevistas estavam alocados nas seguintes áreas: Unidades de Terapia Intensiva (adulto e pediátrica) (n=18), Clínicas Médico-Cirúrgicas (n=14), Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (n=12), Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização (n=10), Unidades de Transplantes (n=3), Unidade de Emergência (n=3) e Gerência de Risco (n=1).

Tabela 3. Desligamentos ocorridos e entrevistas de desligamentos realizadas. São José do Rio Preto, 2012

Meses	Desligamentos (n=174)						Entrevistas (n=62)									
	Enf		Téc		Aux		Total		Enf		Téc		Aux		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Jan-Fev	2	1,1	1	0,6	25	14,4	28	16,1	-	-	1	0,6	4	2,3	5	2,9
Mar-Abr	2	1,1	1	0,6	20	11,5	23	13,2	-	-	-	-	1	0,6	1	0,6
Mai-Jun	3	1,7	1	0,6	24	13,8	28	16,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Jul-Ago	18	10,3	1	0,6	27	15,5	46	26,4	-	-	1	0,6	11	6,3	12	6,9
Set-Out	4	2,3	1	0,6	14	8,0	19	10,9	2	1,1	1	0,6	15	8,6	18	10,3
Nov-Dez	8	4,6	1	0,6	21	12,1	30	17,3	6	3,4	1	0,6	19	10,9	26	14,9
Total	37	21,3	6	3,4	131	75,3	174	100	8	4,6	4	2,3	50	28,7	62	35,6

*Legenda: Enf= Enfermeiros; Téc= Técnicos de Enfermagem; Aux= Auxiliares de enfermagem

As principais causas de desligamento relatadas pelos colaboradores foram de ordem voluntária (n=42; 67,8%), dentre elas outras propostas de trabalho (n=13; 20,9%), falta de adaptação à instituição e qualidade de vida deficiente (n=12; 19,4%). Os enfermeiros e técnicos deixaram o trabalho motivados, principalmente, por outras propostas de trabalho (n=2; 3,2% para enfermeiros e n=2; 3,2% para técnicos) e falta de adaptação (n=2; 3,2% para enfermeiros); enquanto para os auxiliares os motivos foram qualidade de vida deficiente no ambiente de trabalho (n=11; 17,8%) e falta de adaptação (n=10; 16,2%). (Tabela 4). A Tabela 5 demonstra o movimento de entrada e saída da equipe de enfermagem durante o ano de 2011. A taxa de rotatividade variou de 0,3 (dezembro) a 1,7 (maio).

Tabela 4. Causas de desligamentos relatadas nas entrevistas de desligamento (N=62). São José do Rio Preto, 2012

Causas dos Desligamentos	Enfermeiros		Técnicos		Auxiliares		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Involuntários								
Indisciplina	-	-	-	-	3	4,8	3	4,8
Desempenho Deficiente	1	1,6	-	-	4	6,5	5	8,1
Subtotal	1	1,6	-	-	7	11,3	8	12,9
Voluntários								
Falta de adaptação	2	3,2	-	-	10	16,2	12	19,4
Proposta de trabalho	2	3,2	2	3,2	9	14,5	13	20,9
Qualidade de vida deficiente	1	1,6	-	-	11	17,8	12	19,4
Problemas de saúde	-	-	1	1,6	2	3,2	3	4,8
Dificuldade de relacionamento	-	-	-	-	2	3,2	2	3,2
Subtotal	5	8,1	3	4,8	34	54,9	42	67,8
Outros								
Aposentadoria	-	-	1	1,6	5	8,1	6	9,7
Término contrato de trabalho	2	3,2	-	-	4	6,5	6	9,7
Subtotal	2	3,2	1	1,6	9	14,6	12	19,4
TOTAL	8	12,9	4	6,4	50	80,7	62	100

Tabela 5. Taxa de rotatividade mensal da equipe. São José do Rio Preto, 2012

Meses	Contratações		Desligamentos		Rotatividade
	N	%	N	%	
Janeiro	5	2,5	15	8,6	0,9
Fevereiro	25	12,7	13	7,5	1,2
Março	18	9,1	14	8,1	1,0
Abril	21	10,5	9	5,1	0,9
Mai	28	14,2	16	9,2	1,3
Junho	11	5,6	12	6,9	0,7
Julho	9	4,7	13	7,5	0,7
Agosto	24	12,4	33	19,0	1,7
Setembro	18	9,1	9	5,1	0,8
Outubro	18	9,1	10	5,7	0,8
Novembro	18	9,1	21	12,2	1,2
Dezembro	2	1,0	9	5,1	0,3

Discussão

A análise das características da rotatividade dos colaboradores de enfermagem permite concluir que, em consonância com os estudos realizados em âmbito nacional, o número de admissões foi superior ao de desligamentos^(2,8), o que denota a preocupação das instituições em manter um grupo operacional de enfermagem coeso para a assistência segura^(4,9). As divergências encontradas centram-se na análise sociodemográfica dos colaboradores de enfermagem desligados. Por exemplo, este estudo identificou que a maioria (51,7%) de colaboradores de enfermagem desligados eram solteiros, enquanto em hospital filantrópico e público, verificou-se maioria de desligados era casada⁽²⁾.

O tempo médio de permanência dos colaboradores nesta instituição foi de 4,7 anos, um índice superior à média de 3,5 anos identificada em um hospital filantrópico e inferior à média de 5,3 anos encontrada em um hospital público, ambos analisados na cidade de Uberaba. Quanto às categorias profissionais, este estudo verificou que os técnicos de enfermagem foram os colaboradores que permaneceram mais tempo no trabalho (média de 13,1 anos, \pm DP 2,9 anos). Em contrapartida, o estudo demonstrou que o enfermeiro foi o profissional com maior tempo de permanência na instituição (média de 8,1 anos), seguido por técnicos (6,7 anos) e auxiliares de enfermagem (4,5 anos)⁽²⁾.

Um estudo recente⁽⁸⁾ destaca que, com o aumento do tempo de permanência, há um decréscimo no incentivo ao desligamento. Assim, denota-se a relevância da gestão de recursos humanos que se empenhe em acompanhar, treinar e colaborar na adaptação dos recém-admitidos, promovendo melhor envolvimento e possibilidade de longa permanência no local de trabalho⁽⁸⁾.

Um fato digno de nota é o montante de desligamentos, de todas as categorias profissionais, após período de permanência na instituição menor que três anos ($n=41$; 23,6%). Em consonância com esses achados, estudos mostraram que 32,7% dos colaboradores haviam permanecido menos de um ano na instituição⁽⁸⁾, e que esses índices de baixa permanência podem chegar a 62% quando se trata da permanência dos auxiliares de enfermagem

e 51,7%, de enfermeiros⁽¹²⁾.

Reproduzindo o padrão encontrado em hospitais de ensino^(2,6,8), verifica-se que a categoria profissional com maior número de desligamentos é a de auxiliares de enfermagem, cuja incidência chegou a 80,4%⁽⁸⁾, seguida pelos enfermeiros e, por último, por técnicos de enfermagem. Tal fato pode ser explicado pela composição da equipe de enfermagem, cujo maior contingente atuante corresponde aos auxiliares de enfermagem^(15,8).

Com relação aos tipos de desligamentos, este e outros estudos nacionais^(6,8) mostram maior número de desligamentos por ordem voluntária. Essa elevada prevalência aponta para a insatisfação dos profissionais com as instituições, além da falta de alinhamento entre carreira profissional e empresa, e/ou para uma sucessão de problemas administrativos⁽⁴⁾.

Por trás dessas saídas de ordem voluntária, as entrevistas de desligamento trazem como causas principais outras propostas de trabalho, não adaptação e qualidade de vida deficiente no trabalho. Essas causas são associadas^(1,16-18) à insatisfação institucional por imposições do modelo econômico vigente no país – neoliberalismo percebido no processo de trabalho em saúde pela sobrecarga, pela jornada extenuante de trabalho e escassez de recursos humanos⁽¹⁸⁾. O desagrado salarial, bem como as relações sociais e comunicação multidisciplinar deficientes, também se relacionam às causas de insatisfação^(12-13,15).

A influência do fator salarial é observada neste estudo, por exemplo, dentre os técnicos de enfermagem desligados, cuja maioria era casada e o salário era motivo prevalente para a saída e tentativa de inserção numa outra instituição com salário mais condizente com as necessidades familiares^(9,13). Estudos realizados em Aracaju⁽¹¹⁾ e em São Paulo⁽¹⁵⁾ identificaram um percentual de 84,6% de enfermeiros insatisfeitos com o salário. Entre os auxiliares, 84% se desligaram por melhores ofertas de trabalho recebidas.

Com relação às causas de saída por qualidade de vida deficiente, que representaram 24 (38,8%) das entrevistas de desligamento, é possível associá-las a quatro influenciadores principais: fatores componentes do ambiente de trabalho⁽¹⁷⁾ (falhas nos dispositivos legais, ruído excessivo, iluminação deficiente, temperatura inadequada e até os meios de transporte e a alimentação prejudiciais), elevada sobrecarga psíquica⁽¹⁹⁾, desalinhamento entre trabalho e vida pessoal e relações interpessoais no ambiente de trabalho⁽¹²⁾. Há, também, a necessidade de alguns colaboradores de se manterem em mais de um emprego, o que faz com que a qualidade de vida e o trabalho produzido fiquem comprometidos, aumentando a probabilidade de acidentes trabalhistas, iatrogenias, e o adoecimento dos funcionários^(17,19).

A insatisfação com o ambiente de trabalho foi mencionada por 84% dos auxiliares como a causa principal de desligamento voluntário⁽¹⁵⁾. Eles associaram a saída à sobrecarga de estresse físico e psíquico e também ao salário insuficiente para a quantidade de atividades a serem executadas, o que apoia os achados no presente estudo e reforça a relação com as atribuições profissionais. Seguindo essa linha, nas entrevistas de desligamento de enfermeiros, que recebem maiores atribuições gerenciais e de supervisão⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, os principais motivos voluntários de desligamento apontados foram outras propostas de trabalho (25%)

e falta de adaptação à instituição (25%).

Por outro lado, essas atribuições gerenciais designadas aos enfermeiros, que englobam as funções de líder e gestor de recursos humanos e materiais^(16,18-19), podem também estar associadas aos desligamentos involuntários⁽¹⁹⁾, especialmente por desempenho deficiente (12,5% dos motivos associados). Possivelmente, esses enfermeiros não conseguiram integrar os papéis de líder e gerente às suas atividades assistenciais^(16,19). Ressalta-se que o desenvolvimento da função gerencial para os enfermeiros é complexo, já que em sua graduação, grande parte das atividades acadêmicas volta-se para o desenvolvimento técnico-assistencial⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. Propõe-se a ampliação da metodologia que privilegie, ainda na graduação, o desenvolvimento das habilidades do gerenciamento de pessoas^(11,18).

As taxas de rotatividade anual da equipe de enfermagem apontadas em alguns estudos nacionais^(2,6) tiveram variação de 4,2 a 20%, índices próximos aos da literatura internacional⁽¹³⁾ (variação de 4 a 27%), que vêm ao encontro dos achados deste estudo (11,5%). Uma referência nacional recente, quanto a essa temática⁽¹⁵⁾, apresenta taxa de desligamento de 13,3% para enfermeiros, 3,4% para técnicos e 5,1 % para auxiliares de enfermagem.

Esses índices sinalizam a condição da estabilidade do quadro de pessoal nas instituições analisadas, e alertam para a adequação de políticas de retenção e valorização de pessoal qualificado e também para o dimensionamento de pessoal^(7,9,18). Não existe indicação para um índice ideal de rotatividade. O que se espera é que a organização consiga reter os colaboradores eficientes e substituir aqueles com déficit no desempenho^(1,9), traduzindo o objetivo institucional de qualidade na oferta de seus serviços assistenciais e, ainda, a consciência da importância dos recursos humanos na obtenção da qualidade^(9,10).

A perda de informação nos registros das entrevistas de desligamento (apenas 35,6% dos desligados) limitam os achados deste estudo. Dessa forma, podem existir outras causas de desligamento não identificadas.

Conclusão

Esta investigação permitiu identificar as causas de desligamentos da equipe de enfermagem de um hospital de ensino e demonstrou taxa de rotatividade compatível com as da literatura nacional, especialmente nas instituições em que as taxas de admissões foram superiores aos desligamentos dos colaboradores. Ressalta-se que, os desligamentos foram, majoritariamente, de caráter voluntário, denotando qualidade de vida deficiente no ambiente de trabalho e dificuldade em se adaptar. O mapeamento da rotatividade e suas causas possibilitam aos gestores de enfermagem tanto a construção, validação e monitoramento de indicadores, quanto a implantação de medidas corretivas. Recomendam-se novas investigações para maior aprofundamento da temática, abordando diferentes dimensões da rotatividade.

Referências

1. Anselmi ML, Duarte GG, Angerami ELS. "Sobrevivência" no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. *Rev Latinoam Enferm*. 2001;9(4):13-8.

2. Iwamoto HH, Anselmi ML. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do Município de Uberaba, Minas Gerais. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006;27(3):443-53.
3. Oliveira SAA, Paiva RFR. Possibilidade de diminuir o turnover da equipe de enfermagem nos serviços hospitalares. *Rev Gestão & Saúde*. 2011;2(1):60-73.
4. Chiavenato I. Recursos humanos: o capital humano nas organizações. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
5. Bittar OJNV, Magalhães A. Hospitais de ensino do estado de São Paulo: seis anos de acompanhamento. *Rev Adm Saúde*. 2010;12(Esp):155-213.
6. Nomura FH, Gaidizinski RR. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital escola. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(5):648-53.
7. Compromisso com a Qualidade hospitalar (CQH). Manual de indicadores de enfermagem NAGEH/Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). 2ª ed. São Paulo: APM/CRE-MESP, 2012.
8. Ruiz PBO, Perroca MG, Jericó MC. Indicador de gestão de pessoas: análise dos desligamentos e da taxa de rotatividade da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFPE on line.*, 2015;9(2):643-50.
9. Alves LF, Ozaki Y. Em busca da gestão estratégica da rotatividade de pessoal. *Rev Cienc Gerenc*. 2009;13(18):163-76.
10. Applebaum D, Fowler S, Fiedler N, Osinubi O, Robson M. The impact of environmental factors on nursing stress, job satisfaction, and turnover intention. *J Nurs Adm*. 2010;40(7-8):323-8. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181e9393b.
11. Holanda FL, Cunha ICK. Tempo de permanência de enfermeiros em um hospital escola e valores monetários despendidos nos processos de admissão, desligamento e provimento de um novo profissional. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;30(5):642-7.
12. Shacklock K, Brunetto Y. The intention to continue nursing: works variables affecting three nurse generations in Australia. *J Adv Nurs*. 2012;68(1):36-46. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05709.x.
13. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, et al. Nurse turnover: a literature review- an update. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(7):887-905. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001.
14. Yoon GS, Kim SY. Influences of job stress and Burnout on turnover intention of nurses. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2010;16(4):507-16. <https://doi.org/10.1111/jkana.2010.16.4.507>.
15. França MGA. Rotatividade dos auxiliares de enfermagem em instituição de longa permanência [monografia]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 2010.
16. Gieter S, Hofmans J, Pepermans R. Revisiting the impact of job satisfaction and organizational commitment on nurse turnover intention: an individual differences analysis. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(12):1562-9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.06.007.
17. Silva DMPP, Marziale MHP. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. *Cienc Cuid Saude* 2008;5:166-72.
18. Vieira APM, Kurcgant P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos

constitutivos segundo percepção de enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(6):11-5.

19. Poeira A, Mamede RP. Os fatores determinantes da rotatividade externa dos enfermeiros: vínculo contratual, incentivos salariais ou reconhecimento profissional. *Rev Enf Ref.* 2011;3(4):107-14.

Luana Gaino Bertolazzi é enfermeira graduada pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), mestranda no Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), residente em Enfermagem na primeira turma do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer, atuante no setor de Quimioterapia do Hospital de Base de São José do Rio Preto, pós graduada Lato Sensu em Unidade de Terapia Intensiva na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: lu.gaino@hotmail.com

Márcia Galan Perroca é enfermeira graduada em Enfermagem pela Universidade do Sagrado Coração, Bauru, mestrado e doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP), pós-doutorado pela Universidade de Linköping, Suécia, atualmente é professor adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), coordenador geral adjunto e orientador do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, orientador do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde e de cursos de Especialização da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), líder do grupo de pesquisa Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem (GESTSAUDE). E-mail: marcia.perroca@gmail.com

Idosos quilombolas: prevalência de sarcopenia utilizando o algoritmo proposto pelo european working group on sarcopenia in older people

Elderly quilombolas: prevalence of sarcopenia using algorithm proposed by the european working group on sarcopenia in older people

Luiz Sinesio Silva Neto¹, Margô Gomes de Oliveira Karnikowski², Neila B Barbosa Osório¹, Leonardo Costa Pereira², Liana Barbaresco Gomide², João Paulo Chieregato Matheus²

Resumo

Introdução: Sarcopenia é considerada uma síndrome geriátrica. Atualmente, não há definição consensual de sarcopenia, portanto, ainda é um desafio estabelecer a real prevalência de sarcopenia nos idosos em diferentes raças/etnias, especialmente em idosos quilombolas. **Objetivo:** Identificar sarcopenia em idosos quilombolas, utilizando o algoritmo proposto pelo *European Working Group on Sarcopenia in Older People*. **Casística e Métodos:** Estudo transversal realizado com 70 participantes (idade $65,58 \pm 6,67$ anos) homens e mulheres, residentes nas comunidades quilombolas Malhadinha e Córrego Fundo, localizadas na cidade de Brejinho de Nazaré-Tocantins-Brasil. Para o diagnóstico de sarcopenia foi utilizado o algoritmo proposto pelo *European Working Group on Sarcopenia in Older People*, a massa muscular foi analisada pelo exame de absorptometria de raios-x de dupla energia e, a força de preensão palmar, por meio do dinamômetro de mão. O desempenho físico foi analisado pelo teste de velocidade de marcha. Para análise da qualidade de vida foi administrado o questionário SF-36. **Resultados:** Foi identificada uma prevalência de 10% de sarcopenia na amostra. Os indivíduos sarcopênicos foram classificados com baixa força de preensão palmar. Todos os indivíduos da amostra apresentaram desempenho físico adequado. **Conclusões:** Conclui-se que a identificação da prevalência de sarcopenia em idosos quilombolas foi elevada. O algoritmo proposto pelo *European Working Group on Sarcopenia in Older People* teve aplicabilidade clínica na população estudada.

Descritores: Sarcopenia; Prevalência; Idoso; Grupo com Ancestrais do Continente Africano

ABSTRACT

Introduction: Sarcopenia is considered a geriatric syndrome. Currently, there is no agreed definition of sarcopenia, so it is still a challenge to establish the actual prevalence of sarcopenia in the elderly in different races / ethnicities, especially in elderly quilombolas. **Objective:** Identify sarcopenia in the elderly living in maroon settlement using the algorithm proposed by the European Working Group on Sarcopenia in Older People. **Patients and Methods:** This is a cross-sectional study with 70 participants (SD 65.58 ± 6.67 years) men and women living in the Quilombo communities called Malhadinha and Córrego Fundo, located in the city of Brejinho Nazaré-Tocantins-Brazil. For the diagnosis of sarcopenia we used the recommendations proposed by the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Muscle mass was analyzed by the Dual-energy X-ray absorptiometry and the handgrip strength by hand dynamometer. The physical performance was analyzed using the walking speed test. We used the SF-36 questionnaire to analyze the quality of life. **Results:** We identified a prevalence of sarcopenia of 10% in the sample. The sarcopenic individuals were classified as low handgrip strength. All individuals in the sample had adequate physical performance. **Conclusions:** We conclude that the identification of the prevalence of sarcopenia in the elderly maroons was high. The algorithm proposed by the European Working Group on Sarcopenia in Older People had clinical applicability in the study population.

Descritores: Sarcopenia; Prevalence; Aged; African Continental Ancestry Group.

¹Universidade Federal do Tocantins (UFT)-Palmas-TO-Brasil

²Universidade de Brasília (UNB) -Brasília-DF-Brasil

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores:

LSSN participou da concepção do projeto e elaboração do projeto, treinamento, coleta de dados, redação e revisão do manuscrito. MGOK realizou as análises, descrição dos resultados e da redação do manuscrito. NBO participou da coleta dos dados e da redação do manuscrito. LCP participou da redação do manuscrito. LBG participou da revisão do manuscrito. JPCM participou revisão crítica do conteúdo escrito e analisado, além da aprovação final e de ser responsável pela garantia da exatidão e integridade da obra.

Contato para correspondência: Luiz Sinesio Silva Neto

E-mail: luizneto@uft.edu.br

Recebido: 05/02/2016; Aprovado: 28/05/2016

Introdução

A população quilombola é formada por grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra. Os quilombolas se distinguem pela identidade étnica, além da forma particular de organização social e predominante localização rural⁽¹⁾. A Fundação Palmares é o órgão de governo federal responsável pela certificação das comunidades quilombolas. Atualmente estima-se que existam aproximadamente 1,17 milhões de indivíduos quilombolas no Brasil, em 2.600 comunidades cadastradas⁽²⁾.

Dados da literatura demonstram desigualdades raciais em saúde, com piores condições para os indivíduos de raça negra⁽³⁾. Em relação à população quilombola, essa situação parece ser mais agravante, pois vivem em uma situação de grande vulnerabilidade em decorrência das diferenças socioeconômicas que se acumularam ao longo das gerações, isolamento geográfico, isolamento social e a baixa integração dos territórios quilombolas com os municípios, onde há oferta de bens e serviços de assistência públicos⁽³⁻⁴⁾. Dessa forma, a condição do indivíduo pertencer à comunidade quilombola proporciona uma situação natural de vulnerabilidade que, em conjunto com outras condições de maior vulnerabilidade humana, como, por exemplo, a idade avançada, tendem a gerar uma situação ainda mais agravante para a qualidade de vida e a saúde dessa população, que merecem ser investigadas⁽⁵⁾.

A sarcopenia é uma das alterações decorrentes do processo de envelhecimento que afetam negativamente a saúde independentemente da raça/etnia, atualmente apontada como um problema de saúde pública⁽⁶⁾. A sarcopenia é considerada uma síndrome geriátrica, pois tem alta prevalência em idosos e está relacionada com múltiplas doenças, como, osteoporose, osteopenia, obesidade, diabetes mellitus tipo II, câncer de mama, doenças cardiovasculares, respiratórias, além da associação com risco de fragilidade, quedas, prejuízos na mobilidade, força muscular, descontrole glicêmico e metabólico, redução da taxa metabólica basal e capacidade funcional⁽⁷⁻⁹⁾. Tais condições podem levar a uma dependência funcional, com maior chance de hospitalização, institucionalização e prejuízos graves a qualidade de vida⁽¹⁰⁾. Estudo realizado na população brasileira, recomendou que a sarcopenia pode ser usada como instrumento de *screening* em saúde pública, para identificar idosos sob o risco de desenvolver tipos prematuros de incapacidade e em condições clínicas que possam aumentar o risco de óbito⁽¹¹⁾.

No entanto, dificuldades na identificação da sarcopenia são descritas na literatura, pois, várias definições e critérios diagnósticos foram propostos durante os últimos 20 anos, porém muitos critérios têm aplicação clínica limitada⁽¹²⁾. Ao longo dos anos, novas descobertas para a identificação da sarcopenia foram apresentadas. Dentre elas, a importância de avaliar medidas de força e desempenho muscular, não somente quantidade muscular⁽¹³⁾. Recentemente, o *European Working Group on sarcopenia in Older People* (EWGSOP) propôs um algoritmo sequencial para triagem e classificação de idosos com sarcopenia. O processo inclui uma avaliação da velocidade da marcha (VM) e força de preensão palmar (FPP) como primeiro passo para se qualificar

indivíduos para a medição da massa muscular (MM). O diagnóstico da sarcopenia é feito em idosos com baixa VM e/ou baixa FPP, associado com baixos valores de MM. Isso permite classificar os indivíduos em pré-sarcopênicos, sarcopênicos e sarcopênicos graves. Esta definição operacional é baseada no conceito de que a sarcopenia analisada, apenas em termos quantitativos de massa muscular, não é suficiente para identificar outras importantes alterações musculares relacionadas com a idade que afetam fortemente a qualidade muscular, força e potência muscular⁽¹⁴⁾.

As análises de composição corporal e o desempenho físico são altamente variáveis em idosos e fortemente dependente da raça/etnia e estilo de vida. Determinar a variabilidade de componentes da composição corporal é considerado uma importante análise nos campos da geriatria e gerontologia⁽¹⁵⁾. Autores sugerem maiores estudos que utilizem a definição proposta pelo EWGSOP, para definir sarcopenia em populações com características específicas⁽¹⁶⁾, como a população quilombola. Portanto, esta pesquisa tem por objetivo identificar a sarcopenia em idosos quilombolas utilizando o algoritmo proposto pelo *European Working Group on sarcopenia in Older People* (EWGSOP).

Casuística e Método

A amostra do estudo foi composta por indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, todos residentes nas Comunidades Quilombola de Malhadinha e Córrego Fundo, localizadas no município de Brejinho de Nazaré, situado a 100 km de Palmas, Capital do Estado do Tocantins, Região Norte do Brasil. As comunidades estudadas foram reconhecidas como remanescentes dos quilombos, no dia 20/01/2006 conforme Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003⁽¹⁾. O número total de idosos nas comunidades é de 76. Destes, 32 residem na comunidade Malhadinha e 44 na Comunidade de Córrego Fundo⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Para o recrutamento da amostra, inicialmente, foi realizada uma reunião com quatro líderes das comunidades escolhidas para apresentação e autorização da realização do projeto. Em seguida, foi agendado um encontro com os idosos de ambas as comunidades para explanação sobre a pesquisa. Compareceram 73 idosos. Destes, 70 aceitaram participar e tomaram a ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os indivíduos que não aceitaram participar do estudo alegaram que as principais causas foram distância da residência até o local da coleta dos dados, cuidados com familiares e doença. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Tocantins sob o protocolo 045/2014.

Os critérios de inclusão do estudo foram: indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos; residente na comunidade quilombola Malhadinha ou Córrego Fundo, localizadas no Município de Brejinho de Nazaré-Tocantins Tocantins e com pontuação maior ou igual a 17 no Miniexame do Estado Mental (MEEM)⁽¹⁹⁾. Os critérios de exclusão foram indivíduos com incapacidade de locomoção sem assistência; presença de prótese metálica; autorrelatos de anormalidades cardíacas e respiratórias; autorrelato de quadro doloroso agudo nos membros inferiores ou superiores; deficiência física, acidente vascular cerebral

(AVC), cachexia cancerosa, doença crônica não controlada ou deficiência psiquiátrica, artrite grave ou doença inflamatória e anorexia por medicação. O estado de saúde dos idosos foi analisado por meio de autorrelato. Para aplicação dos instrumentos, constituídos por perguntas de caráter socioeconômicas, visando acessar informações objetivas dos participantes como idade, sexo, escolaridade e renda, os entrevistadores foram treinados. A massa corporal foi mensurada utilizando-se balança digital (Filizola, Brasil), com precisão de 0,1 kg. A estatura foi medida com precisão de 0,1 cm, utilizando-se estadiômetro (Cardiomed, Brasil) fixado na parede. Após, foi calculado o índice de massa corporal (IMC). As medidas de circunferência da cintura e quadril foram coletadas e, em seguida, foi calculada a relação cintura quadril (RCQ)⁽²⁰⁾.

Massa livre de gordura apendicular e percentual de massa gorda foram obtidas por meio do exame de absorptometria de raios-x de dupla energia (DXA), tipo Lunar DPX, com *software* Encore 2013. Para classificação de baixa massa livre de gordura apendicular (MLGA) foi adotado o ponto de corte proposto por Baumgartner et al.⁽²¹⁾, os quais definem baixa MLGA, indivíduos do sexo feminino com MLGA relativa <5,5 kg/m², e indivíduos do sexo masculino MLGA relativa <7,26 kg/m². Brevemente, a MLGA relativa é calculada dividindo-se a MLGA (já mensurada no DXA) pela estatura ao quadrado, de forma análoga ao IMC. O percentual de massa gorda analisado foi o medido pelo DXA. O teste *timed up & go test* (TUG) foi aplicado, considerando valores superiores a 20 segundos, como independência funcional comprometida⁽²²⁾. No teste de Velocidade de marcha habitual (VM), o indivíduo percorre um percurso de 3 metros. O cálculo da velocidade foi analisado em metros por segundo⁽²³⁾. O ponto de corte adotado foi o do EWGSOP, com resultados inferiores ou iguais a 0,8m/s sendo considerados como prejuízo no desempenho físico. A força de preensão manual foi mensurada utilizando o dinamômetro modelo *Saehan* com protocolo padrão⁽²⁴⁾, sendo classificados com baixa força muscular, valores inferiores a 30 Kg para homens e 20 Kg para mulheres⁽¹⁴⁾.

O instrumento SF-36, *The Medical Outcomes Study 36-item short-form healthy survey*, foi utilizado para análise de qualidade de vida dos participantes. Esse instrumento foi traduzido e validado para a realidade brasileira⁽²⁵⁾. Foram analisados os domínios “estado geral de saúde” (EGS) e “capacidade funcional” (CF), de acordo com estudo proposto por Patel et al.⁽²⁶⁾.

Foi realizada a distribuição de frequências absoluta e relativa para variáveis categóricas e médias com desvio-padrão para variáveis contínuas (n=70). A análise de normalidade utilizada para o grupo de não sarcopênicos (n=63) foi o teste de *Kolmogorov-Smirnov* e para o grupo de sarcopênicos (n=7), optou-se pelo teste de *Shapiro-Wilk*. Após a verificação de distribuição de normalidade aplicou-se o teste de *Mann-Whitney*, para análise de dados não paramétricos, a fim de se avaliar a significância das diferenças das médias entre os grupos de sarcopênicos e não sarcopênicos, atribuindo-se um valor de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Os dados das características dos participantes do estudo estão

apresentados na Tabela 1. A média de idade e desvio padrão da amostra (n=70) foi de 65,58 ± 6,67 anos. Destes 55,71% são mulheres (n=39). Em relação à escolaridade, 60% são analfabetos, a média da renda familiar é de R\$ 585,00, a renda das mulheres (R\$ 530,00) é inferior à dos homens (R\$ 653,00).

Tabela 1. Estatística descritiva das variáveis de caracterização dos idosos quilombolas das comunidades de Malhadinha e Córrego Fundo; Brejinho de Nazaré/Tocantins, 2015

Variáveis	Mulheres		Homens		Total	
	N	%	N	%	N	%
Escolaridade						
Analfabeto	19	45,24	23	54,76	42	60
Alfabetizado	20	71,42	8	28,57	28	40
Tempo de estudo						
1-4 anos	36	92,30	31	100	67	89,28
5-8 anos	3	7,70	-	-	3	10,72
9-11 anos	-	-	-	-	-	-
>11 anos	-	-	-	-	-	-
Renda própria						
Sim	14	35,89	28	73,68	38	54,28
Não	25	64,11	10	26,32	32	45,72

Na Tabela 2, são apresentados os dados das características antropométricas e de desempenho físico dos idosos quilombolas. Foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres para as variáveis estatura ($p < 0,001$), IMC ($p < 0,001$), % G ($p < 0,001$), MLGA ($p < 0,001$) e FPP ($p < 0,001$).

Tabela 2. Estatística descritiva das variáveis antropométricas e desempenho físico dos idosos quilombolas das comunidades de Malhadinha e Córrego Fundo; Brejinho de Nazaré/Tocantins, 2015

Dados Antropométricos	Mulheres		Homens		Total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Peso (Kg)	62,57	10,85	67,07	8,98	64,57	10,25
Estatura (m)	1,52	0,63	1,65	0,07	1,57	0,09*
IMC (Kg/m ²)	27,17	4,40	24,74	2,32	26,10	3,8*
CC (cm)	84,81	8,73	88,13	5,03	86,28	7,47
CQ (cm)	93,18	10,19	92,44	4,12	92,85	8,05
RCQ (cm)	0,91	0,04	0,95	0,35	0,93	0,04
%MG (DXA)	40,94	6,45	22,37	7,85	32,71	11,66*
MLGA (DXA)	6,53	0,94	7,84	0,73	17,80	4,03*
Desempenho Físico						
TUG(s)	11,30	2,87	11,30	2,84	11,30	2,84
VM(m/s)	1,28	0,39	1,12	0,22	1,21	0,34
FPP(Kg)	21,79	5,57	32,29	10,55	26,44	9,65*
SF-36						
EGS	69,64	14,24	72,84	18,48	71,06	16,26
CF	72,94	14,72	72,09	15,85	72,57	15,13

Nota: valores em média e ± desvio padrão; CC = Circunferência da Cintura; CQ = Circunferência do Quadril; RCQ = Relação Cintura Quadril; %MG = Percentual de Massa Gorda; MLGA: Massa Livre de Gordura Apendicular; TUG = *Timed up and GO*; VM = Velocidade de Marcha; FPP = Força de Preensão Palmar; EGS = Estado Geral de Saúde; CF = Capacidade Funcional. *Diferenças significativas entre os grupos do sexo feminino e masculino $p \leq 0,05$

Para classificação de sarcopenia, utilizou-se o algoritmo proposto pelo EWGSOP (Figura 1). Foi realizado o teste de VM, e todos (n=70) obtiveram valores superiores ao ponto de corte adotado. Após, a FPP foi analisada (n=24) e os idosos apresentaram baixa força muscular. Destes com baixa FPP, 7 apresentaram baixa MM e foram classificados como sar-

copênicos. Os indivíduos que obtiveram valores normais de VM e FPP, porém, baixa MM foram classificados como pré sarcopênicos (n=04). Não foram identificados na amostra, indivíduos com concomitante MM, FPP e VM baixas para classificação de sarcopenia grave. Sem sarcopenia, foram classificados 59 idosos.

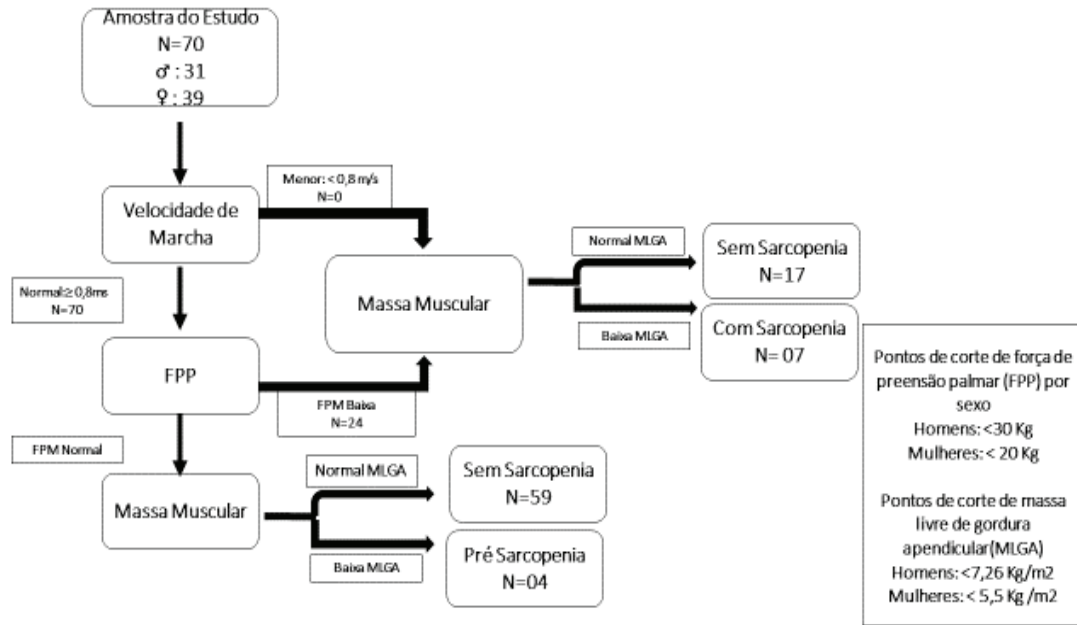


Figura 1. Algoritmo proposto pelo EWGSOP administrado em idosos quilombolas; Brejinho de Nazaré/TO, 2015

A Tabela 3 apresenta características antropométricas e funcionais de homens e mulheres, de acordo com o EWGSOP. Para apresentação dos dados, os indivíduos classificados como pré sarcopênicos foram considerados sem sarcopenia (n=63). Os indivíduos sarcopênicos (n=07) obtiveram valores significativamente inferiores, quando comparados com os não sarcopênicos nas variáveis IMC ($p=0,001$), circunferência do quadril ($p=0,03$), percentual de gordura ($p=0,02$) e força de preensão palmar ($p=0,001$). As variáveis peso e circunferência da cintura apresentaram uma tendência à diferença significativa.

Tabela 3. Características sócio econômica, antropométrica e funcionais de homens e mulheres de acordo com status de sarcopenia proposto pelo EWGSOP; Brejinho de Nazaré/TO, 2015

	Não Sarcopênico		Sarcopênico		Valor de p*
	Média	DP	Média	DP	
Idade (anos)	65,44	6,64	66,85	7,40	0,643
Dados antropométricos					
Peso (Kg)	65,35	10,11	57,50	9,29	0,096
Altura (metros)	1,57	0,09	1,57	0,14	0,788
IMC	26,41	3,86	23,26	1,44	0,008*
CC	86,83	7,46	81,28	5,74	0,051
CQ	93,54	8,05	86,64	5,00	0,034*
RCQ (cm)	0,93	0,46	0,94	0,03	0,609
%MG (DXA)	33,87	11,02	22,31	12,95	0,027*
MLG-a (DXA)	18,00	3,93	16,12	4,83	0,384
Desempenho Físico					
TUG(s)	11,15	2,61	12,71	4,43	0,688
VM(m/s)	1,22	0,35	1,11	0,25	0,445
FPP	27,38	9,34	18,00	8,77	0,014*
Qualidade de vida					
SF- 36 - Estado geral de Saúde	70,86	16,65	72,86	13,09	0,702
SF- 36 -Capacidade Funcional	72,62	15,42	72,14	13,18	0,867

Nota: valores em média e \pm desvio padrão CC = Circunferência da Cintura; CQ =Circunferência do Quadril; RCQ =Relação Cintura Quadril; %MG= Percentual de Massa Gorda; MLGA: Massa Livre de Gordura Apendicular; TUG= *Timed up and Go*; VM= Velocidade de Marcha; FPP= Força de Preensão Palmar; EGS= Estado Geral de Saúde; CF= Capacidade Funcional. *Diferenças significativas entre os grupos do não sarcopênicos e sarcopênicos $p \leq 0,05$

Discussão

O algoritmo proposto pelo EWGSOP, que foi utilizado neste estudo para identificar sarcopenia em idosos quilombolas, demonstrou aplicabilidade clínica em diferentes tipos populacionais. O rastreamento de sarcopenia utilizando o instrumento escolhido na presente pesquisa foi de 10%. Em recente revisão sistemática⁽²⁷⁾, 18 pesquisas definiram prevalência de sarcopenia, utilizando o consenso do EWGSOP, em adultos e idosos de comunidade, instituição de longa permanência e hospital. Dos 15 estudos realizados na comunidade, a prevalência de sarcopenia variou entre 1 a 29%. Destes, cinco possuem o desenho metodológico similar com o nosso estudo, pois avaliaram MM pelo exame DXA, força muscular por meio da FPP e desempenho físico pelo teste de VM. A prevalência de sarcopenia foi de 5,2%, quando avaliaram 3.025 mulheres com idade com idade igual ou superior a 75 anos⁽²⁸⁾, 7,8% quando analisaram 386 homens e mulheres, com idade com idade igual ou superior a 70 anos⁽²⁹⁾, 5% quando a amostra foi composta de 2.928 homens e mulheres com idade igual ou superior a 70 anos⁽³⁰⁾, 6,8% coorte A e 7,8% na coorte B que analisaram duas amostras de coorte. O grupo A foi composto por 103 homens, com idade igual ou superior a 70 anos e, na coorte B, 1.787 homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos⁽³¹⁾. No estudo que avaliou 679 homens, com idade entre 40 e 79 anos obteve-se 3,7%⁽³²⁾. Na população brasileira poucos trabalhos foram desenvolvidos com esse objetivo. Em um estudo com moradores na cidade de São Paulo-SP, Brasil, no qual foram analisados 2.143 homens e mulheres, com idade igual ou superior a 60 anos, a sarcopenia foi definida utilizando-se as recomendações do EWGSOP.

Avaliaram a massa muscular por meio do DXA, a FPP e VM, e encontraram uma prevalência de 15.4% nos participantes⁽¹¹⁾. De maneira especial, na população brasileira não quilombola, os indivíduos mesmo com idades inferiores apresentaram maior prevalência de sarcopenia, utilizando-se os critérios do EWGSOP em comparação com os estudos relatados. Esse fenômeno também parece acontecer em idosos quilombolas. Essas diferenças podem ser explicadas em função da diversidade antropométrica e socioeconômica entre as populações estudadas, além das técnicas distintas utilizadas para mensurar as variáveis massa muscular, força muscular e desempenho físico e diversos pontos de corte para critérios de diagnóstico⁽¹³⁾.

A proposta do algoritmo EWGSOP também possibilita identificar outras alterações musculares importantes relacionadas com a idade, que afetam a qualidade muscular, força e potência muscular. Em relação ao desempenho físico, não houve diferenças estatísticas para os testes de VM e TUG. Estes testes são considerados bons para estimar risco de resultados negativos, a funcionalidade do idoso e associação positiva com indicadores de sarcopenia absoluta⁽³³⁾. Porém, esses instrumentos são altamente sensíveis à avaliação antropométrica e características culturais em diferentes amostras, além dos valores de corte propostos não serem amplamente utilizáveis em diferentes populações⁽¹³⁾. Sendo assim, essas questões podem explicar os diferentes resultados. Ressaltamos que pesquisas mais abrangentes precisam ser realizadas a fim de se obter ponto de corte mais adequado para realidade da população estudada.

No entanto, foi possível classificar 24 idosos quilombolas, com baixa FPP, de acordo com o ponto de corte proposto. A FPP possui relevância clínica, de qualidade e função muscular, bem como pode ser considerada um preditor de resultados adversos da massa muscular baixa⁽³⁴⁾. Estudo realizado pela *Foundation for the National Institutes of Health (FNIH) Sarcopenia Project*, analisou nove pesquisas com idosos de comunidade no mundo, confirmando que a baixa FPP é um importante preditor de mobilidade limitada, fraqueza muscular e mortalidade, independente da baixa massa muscular⁽³⁵⁾. Além disso, é um exame não invasivo, de baixo custo e fácil implantação na prática clínica e saúde pública.

No presente estudo, foi encontrada diferença estatística no parâmetro IMC entre idosos classificados como não sarcopênicos e sarcopênicos. Esse dado corrobora a literatura estudada, em que foram utilizados os critérios do EWGSOP, demonstrando que o IMC foi negativamente associado à sarcopenia. Indivíduos com IMC mais baixo foram mais propensos a serem sarcopênicos do que aqueles com IMC mais alto⁽³⁶⁾. Isto pode ser um indicador importante para pesquisas futuras nessa população, pois o IMC é uma medida de fácil mensuração, não invasiva e com prognóstico para piores quantidades de massa muscular. Apesar de não ter sido encontrada diferença estatística na variável MLGA, observaram-se valores médios inferiores nos sarcopênicos. Tais resultados merecem atenção, visto que a baixa MLGA é apontada como um aspecto negativo da saúde do idoso, com aumento no risco de doenças e mortalidade, diminuindo sua capacidade funcional e qualidade de vida⁽⁸⁾. Estudo proposto pelo *African American Health* analisou massa livre de gordura

apendicular e mobilidade em 319 indivíduos, com idade entre 52 e 68 anos, concluindo que baixa massa livre de gordura com mobilidade reduzida está associada a piores resultados de saúde em afro-americanos de meia-idade⁽³⁷⁾.

Foi avaliado neste artigo, se a sarcopenia utilizando o algoritmo teve uma associação com Qualidade de Vida dos idosos quilombolas. Os escores Estado Geral de Saúde e Capacidade Funcional não apresentaram diferenças estatísticas entre indivíduos com ou sem sarcopenia. Isso pode estar relacionado com a falta de sensibilidade do SF-36 e do nível educacional desses tipos de medidas. Resumidamente, o conceito de qualidade de vida é amplo e subjetivo, envolvendo a percepção do indivíduo sobre sua vida, expectativas e preocupações⁽³⁸⁾. Portanto, a avaliação da qualidade de vida em idosos é uma importante ferramenta para caracterização, acompanhamento e associação com variadas morbidades nos idosos⁽³⁵⁾.

Adicionalmente, no que se refere à adoção de medidas preventivas ou terapêuticas para esse grupo etário, os resultados destacam a importância de intervenções que minimizem os fenótipos relacionados à sarcopenia, sobretudo a força muscular. A adoção de um estilo de vida fisicamente ativo, é consistentemente associado à preservação de massa e força muscular. Em especial, o treinamento resistido, bem como uma nutrição adequada, apresentam grande potencial para modificação dessa realidade⁽³⁹⁾.

O presente estudo apresenta algumas limitações. A ausência de protocolo específico no Brasil, com métodos validados para diagnosticar sarcopenia na população idosa. Ademais, a natureza transversal da investigação, não permite estabelecer relação de causa e efeito, entretanto, fornece evidência de prevalência nessa amostra que apresentam características pouco estudadas.

Conclusão

A identificação da alta prevalência de sarcopenia em idosos quilombolas é um problema emergencial, pois, a sarcopenia está associada a vários resultados adversos à saúde. Foi possível verificar que o algoritmo proposto pelo EWGSOP teve aplicabilidade clínica em idosos quilombolas.

Pesquisas futuras são necessárias para melhor constituir uma definição operacional de sarcopenia na população brasileira. Sugerimos que devem ser integrados à prática clínica para adequado diagnóstico e avaliação do seu impacto na saúde pública, em especial nas comunidades quilombolas.

Referências

01. Brasil. Presidência da República. Casa Civil [homepage na Internet]. [acesso em 2015 Fev 17]. Decreto n. 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; [aproximadamente 6 telas]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 2003 nov. 20. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm
02. Palmares Fundação Cultural [homepage na Internet]. [acesso em 2015 Fev 17]. Certidões expedidas às comunidades

- remanescentes de Quilombos (CRQs) atualizada até a Portaria nº 104/2016, publicada no DOU de 20/05/2016. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/COMUNIDADES-CERTIFICADAS.pdf>
03. Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Desconhecimento da hipertensão arterial e seus determinantes em quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. *Rev Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(3):797-807. DOI: 10.1590/1413-81232015203.14342014.
 04. Fiocruz OC. Perspectivas de segurança alimentar e nutricional no Quilombo de Tijuacu, Brasil: a produção da agricultura familiar para a alimentação escolar. *Interface Comun Saúde Educ*. 2014;18(50):521-32. DOI: 10.1590/1807-57622013.0804.
 05. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev Cefac*. 2011;13(5):937-43.
 06. Beaudart C, Rizzoli R, Bruyère O, Reginster JY, Biver E. Sarcopenia: burden and challenges for public health. *Arch Public Health*. 2014;72:1-8. doi: 10.1186/2049-3258-72-45.
 07. Dhanwal D, Vivek Dixit A. Handgrip Strength as a Measure of Sarcopenia in Type 2 Diabetes Mellitus. *J Adv Res Med*. 2014;1(1):10-4.
 08. Landi F, Cruz-Jentoft AJ, Liperoti R, Russo A, Giovannini S, Tosato M, et al. Sarcopenia and mortality risk in frail older persons aged 80 years and older: results from the SIRENTE study. *Age Ageing*. 2013;42(2):203-9. doi: 10.1093/ageing/afs194.
 09. Cruz-Jentoft AJ, Landi F, Topinková E, Michel JP. Understanding sarcopenia as a geriatric syndrome. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2010;13(1):1-7. doi: 10.1097/MCO.0b013e328333c1c1.
 10. Janssen I. Evolution of sarcopenia research. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2010;35(5):707-12. doi: 10.1139/H10-067.
 11. Silva AT, Oliveira Duarte YA, Ferreira Santos JL, Wong R, Lebrão ML. Sarcopenia according to the european working group on sarcopenia in older people (EWGSOP) versus Dynapenia as a risk factor for disability in the elderly. *J Nutr Health Aging*. 2014;18(5):547-53. doi: 10.1007/s12603-013-0424-x.
 12. Bijlsma AY, Meskers CG, Ling CH, Narici M, Kurrle SE, Cameron ID, et al. Defining sarcopenia: the impact of different diagnostic criteria on the prevalence of sarcopenia in a large middle aged cohort. *Age (Dordr)*. 2013;35(3):871-81.
 13. Volpato S, Bianchi L, Cherubini A, Landi F, Maggio M, Savino E, et al. Prevalence and clinical correlates of sarcopenia in community-dwelling older people: application of the EWGSOP definition and diagnostic algorithm. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014;69(4):438-46. doi: 10.1093/gerona/glt149.
 14. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010;39(34):412-23. doi: 10.1093/ageing/afq034.
 15. Narici MV, Maganaris CN, Reeves ND, Capodaglio P. Effect of aging on human muscle architecture. *J Appl Physiol*. 2003;95(6):2229-34.
 16. Lourenço RA, Pérez-Zepeda M, Gutiérrez-Robledo L, García-García FJ, Rodríguez Mañas L. Performance of the European Working Group on Sarcopenia in Older People algorithm in screening older adults for muscle mass assessment. *Age Ageing*. 2015;44(2):334-8. doi: 10.1093/ageing/afu192.
 17. Prefeitura Municipal de Brejinho de Nazaré Secretaria de Saúde -Tocantins. Relatório de Serviços, 2015. Acesso no dia 20 de março de 2015. Disponível em: <http://brejinhodenazare.to.gov.br/home>
 18. Andrade KS, Esteves FP, Lima SSQ. Perfil sociolinguístico e socioeconômico das comunidades remanescentes de Quilombolas do Estado do Tocantins. *Rev EntreLetras*. 2010;2(1):91-117.
 19. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81.
 20. Lerario DDG, Gimeno SG, Franco LJ, Iunes M, Ferreira SRG, Grupo de estudos em diabetes na Comunidade Nipo-brasileira. Excesso de peso e gordura abdominal para a síndrome metabólica em nipo-brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(1):4-11.
 21. Baumgartner RN1, Koehler KM, Gallagher D, Romero L, Heymsfield SB, Ross RR, et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *Am J Epidemiol*. 1998;147(8):755-63.
 22. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(2):142-8.
 23. Nakano MM. Versão brasileira do short physical performance battery – SPPB: adaptação cultural e estudo da confiabilidade [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007.
 24. Go SW, Cha YH, Lee JA, Park HS. Association between sarcopenia, bone density, and health-related quality of life in Korean men. *Korean J Fam Med*. 2013;34(4):281-8. doi: 10.4082/kjfm.2013.34.4.281.
 25. Ciconelli, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36) [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
 26. Patel HP, Syddall HE, Jameson K, Robinson S, Denison H, Roberts HC, et al. Prevalence of sarcopenia in community-dwelling older people in the UK using the European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) definition: findings from the Hertfordshire Cohort Study (HCS). *Age Ageing*. 2013;42(3):378-84. doi: 10.1093/ageing/afs197.
 27. Cruz-Jentoft AJ, Landi F, Schneider SM, Zúñiga C, Arai H, Boirie Y, et al. Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: a systematic review. Report of the International Sarcopenia Initiative (EWGSOP and IWGS). *Age Ageing*. 2014;43(6):748-59. doi: 10.1093/ageing/afu115.
 28. Van Kan G A. Epidemiology and consequences of sarcopenia. *J Nutr Health Aging*. 2009;13(8):708-12.
 29. Lee WJ, Liu LK, Peng LN, Lin MH, Chen LK. Comparisons of sarcopenia defined by IWGS and EWGSOP criteria among older people: results from the I-Lan Longitudinal Aging Study. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(528):e1-7.
 30. Murphy RA, Ip EH, Zhang Q, Boudreau RM, Cawthon PM, Newman AB, et al. Transition to sarcopenia and determinants of

- transitions in older adults: a population based study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014;69(6):751-8. doi: 10.1093/gerona/glt131.
31. Verschueren S, Gielen E, O'Neill TW, Pye SR, Adams JE, Ward KA, et al. Sarcopenia and its relationship with bone mineral density in middle-aged and elderly European men. *Osteoporos Int*. 2013;24(1):87-98. doi: 10.1007/s00198-012-2057-z.
32. LeGrand D, Vaes B, Mathei C, Swine C, Degryse JM. The prevalence of sarcopenia in very old individuals according to the European consensus definition: insights from the BELFRAIL study. *Age Ageing*. 2013;42(6):727-34. doi: 10.1093/ageing/af128.
33. Frontera WR, Zayas AR, Rodriguez N. Aging of human muscle: understanding sarcopenia at the single muscle cell level. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2012;23(1):201-7. doi: 10.1016/j.pmr.2011.11.012.
34. Silva Neto LS, Karnikowski MG, Tavares AB, Lima RM. Association between sarcopenia, sarcopenic obesity, muscle strength and quality of life variables in elderly women. *Rev Bras Fisioter*. 2012;16(5):360-7.
35. Studenski SA, Peters KW, Alley DE, Cawthon PM, McLean RR, Harris TB, et al. The FNIH Sarcopenia Project: rationale, study description, conference recommendations, and final estimates. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014;69(5):547-58. doi: 10.1093/gerona/glu010.
36. Rondanelli M, Faliva M, Monteferrari F, Peroni G, Erica Ri, Francesca A, et al. Novel Insights on Nutrient Management of Sarcopenia in Elderly. *BioMed Res Int*. 2015; Article ID 524948:1-14. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/524948>.
37. Malmstrom TK, Miller DK, Herning MM, Morley JE. Low appendicular skeletal muscle mass (ASM) with limited mobility and poor health outcomes in middle-aged African Americans. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2013;4(3):179-86. doi: 10.1007/s13539-013-0106-x.
38. Tanimoto Y, Watanabe M, Sun W, Sugiura Y, Tsuda Y, Kimura M, et al. Association between sarcopenia and higher-level functional capacity in daily living in community-dwelling elderly subjects in Japan. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55(2):e9-13. doi: 10.1016/j.archger.2012.06.015.
39. Funghetto SS, Prestes J, Silva Ade O, Farias DL, Teixeira TG, Vieira DC, et al. Interleukin-6 -174G/C gene polymorphism affects muscle damage response to acute eccentric resistance exercise in elderly obese women. *Exp Gerontol*. 2013;48(11):1255-9. doi: 10.1016/j.exger.2013.08.009.
- Luiz Sinesio Silva Neto é educador físico, professor adjunto do Curso de Medicina da Universidade Federal Tocantins (UFT), doutor em Ciências e Tecnologias em Saúde pela Universidade de Brasília (UNB). E-mail: luizneto@uft.edu.br
- Margô Gomes de Oliveira Karnikowski é farmacêutica, professora adjunta do Curso de Farmácia na Universidade de Brasília (UNB), doutora em Patologia Molecular pela Universidade de Brasília (UNB). E-mail: margo@unb.br
- Neila B Barbosa Osório é assistente social, professora associada do Curso de Pedagogia da Universidade Federal do Tocantins (UFT), doutora em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: neilaosorio@uft.edu.br
- Leonardo Costa Pereira é educador físico, professor do Curso de Educação Física da UNIEURO (DF), mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UNB). E-mail: leonardo.pcllcp@gmail.com
- Liana Barbaresco Gomide é fisioterapeuta, professora adjunta do Curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília (UNB), doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (USP). E-mail: lianagomide@yahoo.com.br
- João Paulo Chieragato Matheus é fisioterapeuta, professor adjunto do Curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília (UNB), doutor em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (USP). E-mail: jpcmatheus@unb.br

Prevalência de obstrução nasal em pacientes com distúrbios respiratórios relacionados ao sono

Prevalence of nasal obstruction in patients with sleep-related breathing disorders

Talita Bottan Bortoluzzi¹, Ana Carolina de Oliveira¹, Yasmine Carreira V. Abdo¹, Isabela Cristina A. de Souza¹, Vânia Belintani Piatto¹, Fernando Drimel Molina¹

Resumo

Introdução: Há relação entre o quadro clínico de obstrução nasal com ronco e a síndrome da apneia obstrutiva do sono, em virtude do aumento da resistência nasal. **Objetivos:** Verificar a associação de obstrução nasal em pacientes com distúrbios respiratórios relacionados ao sono. **Material e Métodos:** Foram revisados 195 prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, entre os anos de 2013 a 2014. Estudo de casos retrospectivo em corte transversal. **Resultados:** A amostra foi constituída de 133 (68%) pacientes do gênero masculino e 62 (32%) do feminino. Dentre os pacientes com síndrome da apneia obstrutiva do sono (Grupo I), 76% são homens, média de 48,5 anos (DP ± 10,7 anos), obesos e índice de apneia/hipopneia grave. Os pacientes com ronco primário (Grupo II) são mulheres (53%), média de 45,7 anos (DP ± 10,2 anos) e com sobrepeso. O desvio de septo nasal e hipertrofia de conchas foram as alterações nasais mais prevalentes para ambos os grupos. A comparação dos pacientes do Grupo I apresentando obstrução nasal, com a intensidade do ronco e com o grau de sonolência em relação ao Grupo II foi significativa (p=0,008). **Conclusão:** Os pacientes com síndrome da apneia obstrutiva do sono são homens de meia idade, obesos e com apneia grave. Aqueles com ronco primário são mulheres na meia idade e com sobrepeso. Houve associação da presença de obstrução nasal com a síndrome da apneia obstrutiva do sono, com os graus de apneia, com a intensidade do ronco e com maior sonolência.

Descritores: Síndromes da Apneia do Sono; Obstrução Nasal; Ronco.

Abstract

Introduction: There is a relationship between the clinical history of nasal obstruction, snoring, and obstructive sleep apnea, due to increased nasal resistance. **Objective:** Determine the association of nasal obstruction in patients with sleep-related respiratory disorders. **Material and Methods:** From January 2013 to December 2014, we analyzed 195 medical records of patients treated by the Service of Otorhinolaryngology. We carried out a retrospective cross-sectional case study. **Results:** There were 133 (68%) men and 62 (32%) women. Of the patients with obstructive sleep apnea (Group I), 76% are male, mean age of 48.5 years (SD ± 10.7 years), obese, and severe apnea-hypopnea index. Patients with primary snoring (Group II) are female (53%), mean age of 45.7 years (SD ± 10.2 years), and with overweight. Nasal septum deviation and nasal conchae hypertrophy were the most prevalent disorders for both groups. We found a statistically significant difference (p = 0.008) regarding the nasal obstruction with the intensity of snoring and the degree of somnolence when comparing patients of both groups. **Conclusion:** Patients with obstructive sleep apnea are middle-aged men with obesity and severe apnea. Primary snoring is prevalent in middle-aged women with overweight. There was an association of nasal obstruction with obstructive sleep apnea, the degree of apnea, the intensity of snoring, and with greater drowsiness.

Descriptors: Sleep Apnea Syndromes; Nasal Obstruction; Snoring.

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto(FAMERP)-SP-Brasil

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: TBB concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise/interpretação dos dados, redação e revisão crítica. ACO concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise/interpretação dos dados, redação e revisão crítica. YCVA concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise/interpretação dos dados, redação e revisão crítica. ICAS concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise/interpretação dos dados, redação e revisão crítica. VBP concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise/interpretação dos dados, redação e revisão crítica. FDM concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise/interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Contato para correspondência: Vânia Belintani Piatto

E-mail: vania.piatto@famerp.br

Recebido: 31/03/2016; **Aprovado:** 09/06/2016

Introdução

A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) é um distúrbio respiratório relacionado ao sono altamente prevalente, afetando aproximadamente 4% dos indivíduos adultos do gênero masculino e 2% dos do gênero feminino, caracterizada pelo recorrente colapso, sono-induzido, das vias respiratórias faríngeas levando à hipoxemia e hipercapnia⁽¹⁻²⁾. Apresenta grande variedade de sintomas, sendo os mais importantes o ronco (90% dos casos), sonolência diurna excessiva, alteração do humor, cefaleia matinal, queda do rendimento intelectual e alterações cardíacas⁽³⁾.

A fisiopatologia da SAOS depende da interação de três fatores: atividade dos músculos dilatadores das vias respiratórias superiores, pressão negativa gerada nas vias respiratórias durante a inspiração e alterações anatômicas dessas mesmas vias⁽⁴⁾. Além disso, existe relação entre o histórico de obstrução nasal com ronco e a SAOS, em virtude do aumento da resistência nasal, que pode induzir alterações respiratórias durante o sono modificando, portanto, sua qualidade⁽⁵⁻⁶⁾.

As bases biológicas de como a obstrução nasal causa alteração respiratória durante o sono, estão na associação da respiração nasal, da resistência à passagem do ar e da diferença entre as pressões atmosférica e intratorácica. O colapso das vias respiratórias superiores ocorre quando, a pressão intratorácica negativa gerada pelos músculos inspiratórios traciona os tecidos moles, obstruindo essas vias. Essa situação é mais acentuada na presença de obstrução nasal, que responde por aproximadamente 50% da resistência das vias respiratórias⁽⁷⁾. A obstrução nasal é um problema relativamente comum, podendo alterar a qualidade de vida e causar ou agravar quadros de apneias noturnas. Doenças inflamatórias da mucosa do nariz, ou alterações estruturais, como desvio de septo nasal, hipertrofia das conchas, lesões traumáticas, lesões neoplásicas, pólipos, colapso da válvula nasal, hipertrofia de adenoides e corpos estranhos, podem ser as principais causas de obstrução nasal⁽⁶⁾. Embora o sítio primário de colapso nos pacientes com SAOS seja a parte oral da faringe e a parte laríngea da faringe, estudos demonstram uma significativa associação entre a obstrução nasal e a SAOS⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Este estudo tem como objetivo verificar a associação de obstrução nasal em pacientes com queixas de distúrbios respiratórios relacionados ao sono, encaminhados a um Ambulatório de Ronco e Apneia de Sono.

Casuística e Métodos

De acordo com as Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (Parecer nº360/2010).

Este é um estudo retrospectivo, de corte transversal, para o qual foram utilizados os dados obtidos por revisão de prontuário de 195 pacientes de ambos os gêneros que foram encaminhados ao Ambulatório de Ronco e Apneia do Sono do Departamento de Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço da Instituição, para primeira consulta, em função de queixas de distúrbios respiratórios relacionados ao sono, entre 2013

e 2014.

Foram coletados os seguintes dados: gênero, idade à época da realização da polissonografia, índice de massa corpórea (IMC), índice de apneia/hipopneia (IAH), intensidade do ronco, escala de Epworth⁽¹¹⁾, Classificação de Friedman⁽¹²⁾ e alterações nasais como desvio de septo, hipertrofia de conchas e presença de obstrução nasal. Em relação ao índice da apneia/hipopneia (IAH), os pacientes foram agrupados na seguinte classificação: normal (IAH < 5 eventos/hora), SAOS leve (IAH de 5 a 15 eventos/hora), SAOS moderada (IAH de 16 a 30 eventos/hora), SAOS grave (IAH > 30 eventos/hora)⁽¹³⁾. De acordo com o IAH obtido, os pacientes selecionados foram divididos em dois grupos: Grupo I- com SAOS: IAH \geq 5 e Grupo II- com Ronco Primário: IAH < 5.

Os resultados foram submetidos previamente à estatística descritiva para determinação da normalidade. Foram utilizados o teste *t* bicaudal de *Student* para amostras independentes com distribuição normal e o teste de Mann-Whitney para amostras com distribuição não normal. Quando aplicável, foi utilizado o teste *Chi-square* para comparação entre as variáveis, sendo estabelecido o nível de significância de 5%.

Resultados

Foram avaliados os prontuários de 195 pacientes, sendo 133 (68%) do gênero masculino e 62 (32%) do gênero feminino. Todos realizaram PSG sendo divididos em dois grupos: Grupo I: 142 pacientes (73%), sendo 108 (76%) homens e 34 (24%) mulheres; Grupo II: 53 pacientes (27%), sendo 25 (47%) homens e 28 (53%) mulheres. A diferença entre os gêneros de ambos os grupos foi estatisticamente significativa ($p=0,0002$).

Grupo I - com SAOS (142 pacientes - 73%):

Para o gênero masculino, a idade variou de 22 a 70 anos (média $48,5 \pm 10,7$ anos), o IMC variou de 19,8 a 45 Kg/m² (média de $30,9 \pm 4,5$ Kg/m²) e o IAH variou de 5,0 a 88 eventos/hora (média de $34,4 \pm 23,3$). A SAOS foi classificada em leve em 31 (29%) casos, moderada em 23 (21%) e grave em 54 (50%) dos homens.

Para o gênero feminino, a idade variou de 26 a 68 anos (média $50,1 \pm 8,3$ anos), o IMC variou de 22,6 a 43,1 Kg/m² (média de $31,5 \pm 5,2$ Kg/m²) e o IAH variou de 5,6 a 77 eventos/hora (média de $20,8 \pm 18,0$). A SAOS foi classificada como leve em 18 (52%), moderada em 8 (24%) e grave em 8 (24%) das mulheres.

Grupo II - com Ronco Primário (53 pacientes - 27%):

Para o gênero masculino, a idade variou de 30 a 65 anos (média $46,0 \pm 10,6$ anos), o IMC variou de 24,6 a 35 Kg/m² (média de $28,9 \pm 3,4$ Kg/m²) e o IAH variou de 0,0 a 4,8 eventos/hora (média de $1,44 \pm 1,2$).

Para o gênero feminino, a idade variou de 25 a 67 anos (média $45,7 \pm 10,2$ anos), o IMC variou de 20,7 a 44,5 Kg/m² (média de $29,8 \pm 5,5$ Kg/m²) e o IAH variou de 0,0 a 4,3 eventos/hora (média de $1,65 \pm 1,33$).

Os dados gerais obtidos dos prontuários dos pacientes de ambos os grupos estão expressos nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Variáveis clínicas e polissonográfica dos pacientes do Grupo I em relação aos do Grupo II. São José do Rio Preto/SP, 2014

Variáveis	Grupo I - com SAOS (n=142)		Grupo II - com Ronco Primário (n=53)	p
	SAOS (n=142)	Primário (n=53)		
Faixa etária (anos)	48,9 ± 10,2	45,8 ± 10,3		0,0224*
IMC	31,0 ± 4,7	29,3 ± 4,7		0,0112*
IAH	31,1 ± 22,9	1,4 ± 1,2		<0,0001*
Intensidade Ronco	8,4 ± 1,9	7,8 ± 2,2		0,0797
Epworth	14,0 ± 5,3	10,8 ± 4,7		0,0001†
Friedman	2,3 ± 0,7	2,2 ± 0,7		0,5976*

Valores apresentados como média ± desvio-padrão; IMC - índice de massa corpórea; IAH - índice de apneia/hipopneia; *Teste de Mann-Whitney; †Teste *t* bicaudal de Student para amostras independentes.

De acordo com a Tabela 1, os pacientes do Grupo I apresentaram médias significativamente maiores na faixa etária ($p=0,0224$), no IMC ($p=0,0112$), no IAH ($p<0,0001$) e na Escala de Epworth ($p=0,0001$) que os do Grupo II. As médias da intensidade do ronco e da Classificação de Friedman foram semelhantes em ambos os grupos não havendo, portanto, diferença estatística. Dentre as alterações anatômicas nasais encontradas, o desvio de septo nasal e hipertrofia de conchas foram as mais prevalentes para ambos os grupos, ocorrendo, respectivamente, em 78% (111/142) e 28% (40/142) dos casos com SAOS e 73% (39/53) e 45% (24/53) dos pacientes do Grupo II. A polipose nasossinusal, a sinequia de septo e concha nasal foram as de menor ocorrência apenas no grupo com SAOS tendo, ambas, a prevalência de 1,4% (2/142). Perfuração septal ampla por leishmaniose foi encontrada em 0,7% (1/142) dos casos com SAOS, mas sem ocasionar obstrução nasal.

A Tabela 2 demonstra que a comparação entre os graus de IAH alterado com a presença de obstrução nasal, com a intensidade do ronco e com a escala de sonolência foi estatisticamente significativa em relação ao IAH normal ($p=0,0349$).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes com índice de apneia/hipopneia alterado e normal em relação à presença obstrução nasal, à intensidade do ronco e à Escala de Epworth. São José do Rio Preto/SP, 2014

Índice de Apneia/Hipopneia	Obstrução Nasal		Intensidade do Ronco		Escala de Epworth		p*
	N	%	<5	≥5	<12	≥12	
Leve 49%	19	39	4	8	45	92	0,0349
Moderada 31%	11	3	1	3	30	97	
Grave 62%	23	37	1	2	61	98	
Normal 53%	29	55	5	9	48	91	

*Chi-square Test

Do mesmo modo, a Tabela 3 expressa a comparação do número total de pacientes do Grupo I com obstrução nasal, com a intensidade do ronco e com o grau de sonolência em relação ao total de pacientes do Grupo II, sendo também de significância estatística ($p=0,008$).

Tabela 3. Distribuição do total dos pacientes de ambos os Grupos em relação à presença de obstrução nasal, à intensidade do ronco e à Escala de Epworth. São José do Rio Preto/SP, 2014

Diagnóstico Polissonográfico	Obstrução Nasal		Intensidade do Ronco		Escala de Epworth		p*
	N	%	<5	≥5	<12	≥12	
Grupo I 142	53	37	6	4	136	96	0,008
Grupo II 53	29	55	5	9	48	91	

*Chi-square Test

Discussão

Dos pacientes do presente estudo, com diagnóstico polissonográfico de SAOS, 76% são homens, com uma média de idade de 48 anos, obesos e IAH de grau grave. Os pacientes sem alteração do IAH são mulheres em mais da metade dos casos (53%), média de idade de 45 anos e com sobrepeso. Dados estes com diferença estatisticamente significativa e concordantes com os resultados da literatura⁽¹⁻²⁾.

Conforme descrito na literatura⁽¹⁴⁾, as queixas de fadiga e sonolência diurna são pouco valorizadas pelos pacientes. No presente estudo, a diferença média da Escala de Epworth em ambos os grupos foi significativa, confirmando que pacientes com diagnóstico polissonográfico de SAOS apresentam valores mais altos e que esse método auxilia e complementa a anamnese dos pacientes com queixas de distúrbios respiratórios do sono^(4,14). No presente estudo, os fatores anatômicos, funcionais e neuromusculares envolvidos nas causas da SAOS também foram avaliados pela análise da intensidade do ronco e pela Classificação de Friedman. Não houve diferença significativa entre estas variáveis e os pacientes com SAOS e Ronco Primário, indicando que nem todos os pacientes com alterações anatomofuncionais e com roncos apresentam apneia do sono. Resultado este, portanto, concordante com o da literatura, na qual 90-95% de pacientes com SAOS apresentam roncos, mas que a prevalência, na população geral adulta, atinge índices de 40-60%^(4,14).

Há relatos na literatura que mostram associação entre obstrução nasal e alterações respiratórias do sono, confirmando sua coexistência, sendo a obstrução nasal um fator de risco para essas alterações. Aproximadamente 15% dos pacientes com alterações respiratórias do sono apresentam também obstrução nasal⁽¹⁵⁾. No presente estudo, foi encontrada prevalência de 78% de pacientes com SAOS e desvio de septo nasal, e 37% com obstrução nasal. Resultados estes, portanto, discordantes com os da literatura, além da significância estatística quando comparado ao grupo com Ronco Primário, apesar de estes pacientes também terem apresentado alterações anatômicas no nariz.

As alterações da anatomia nasal, quando acarretam respiração bucal, aumentam a pressão negativa nas vias respiratórias superiores acentuando, portanto, o efeito Bernoulli. Entretanto, a obstrução nasal isolada não induz à SAOS ou ao ronco na grande maioria dos indivíduos. Esse fato poderia justificar o resultado encontrado no presente estudo de pacientes do Grupo II com alterações no exame físico do nariz. Há relatos de que não há associação entre a gravidade da SAOS e as alterações anatômicas do nariz. No presente estudo, foi encontrada relação estatisticamente significativa entre os graus de apneia com a presença

de obstrução nasal, com a intensidade do ronco e a Escala de sonolência de Epworth, quando comparados ao grupo com Ronco Primário, resultado este discordante com os da literatura⁽¹⁶⁾. Conforme referido anteriormente, embora o sítio primário de colapso nos pacientes com SAOS seja a parte oral da faringe e a parte laringea da faringe, estudos demonstram uma significativa associação entre a obstrução nasal e a SAOS⁽⁸⁻¹⁰⁾, o que foi confirmado no presente estudo. Além do simples efeito da obstrução nasal no padrão de respiração durante o sono, o nariz é o maior condutor de ar para tratamento da SAOS com o aparelho de Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP). A obstrução pode interferir com o tratamento, pela necessidade de aumento da pressão no CPAP, com a conseqüente diminuição da tolerância e adesão à terapia, em pacientes com SAOS⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Em virtude das múltiplas causas de obstrução nasal, a combinação da anamnese e exame físico no diagnóstico preciso, são fundamentais para a indicação de tratamento clínico ou cirúrgico. O tratamento isolado da obstrução nasal não trata com sucesso a SAOS na maioria dos pacientes, pois de acordo com a literatura, em apenas 9% dos pacientes com tratamento clínico e em 18% submetidos a tratamento cirúrgico, houve resolução da SAOS⁽⁷⁾. Os pacientes com SAOS e obstrução nasal, por doença inflamatória ou alterações anatômicas, candidatos ao uso de CPAP, podem necessitar de tratamento cirúrgico nasal prévio ao uso do CPAP. Nesses casos, independentemente do distúrbio respiratório a cirurgia nasal tem benefício⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Apesar de os resultados limitados da cirurgia nasal na cura da SAOS, frequentemente são observados benefícios na qualidade do sono. A realização da cirurgia nasal, independentemente da gravidade da SAOS, é preconizada, pois a permeabilização da cavidade nasal leva à diminuição da fragmentação do sono, com melhora na sua qualidade e na sonolência diurna⁽²¹⁾. Nos casos mais leves (ronco primário e SAOS leve), o intuito da cirurgia é curativo e nos casos moderados e graves, o objetivo é a redução da resistência das vias respiratórias superiores para melhor adaptação ao CPAP⁽²⁰⁾.

Conclusão

Foi verificada associação da presença de obstrução nasal com a SAOS. Há associação dos graus de apneia com a obstrução nasal, com a intensidade do ronco e com maior sonolência. A obstrução nasal tem atuação importante na patogênese da SAOS, devendo ser realizada sua abordagem diagnóstica quando da avaliação dos pacientes.

Referências

1. Bahammam AS, Pandi-Perumal SR, Piper A, Bahammam SA, Almeneessier AS, Olaish AH, et al. Gender differences in patients with obesity hypoventilation syndrome. *J Sleep Res.* 2016;25(4):445-53. doi: 10.1111/jsr.12400.
2. Huang R, Li X, Rong Q. Control mechanism for the upper airway collapse in patients with obstructive sleep apnea syndrome: a finite element study. *Sci China Life Sci.* 2013;56(4):366-72. doi: 10.1007/s11427-013-4448-6.
3. Oliva Ramos A, Llanos Flores M, Miguel Díez J. Sleep apnoea-hypopnoea syndrome. *Med Clin (Barc).* 2016;147(1):22-

7. doi: 10.1016/j.medcli.2016.01.030.
4. Hopps E, Caimi G. Obstructive sleep apnea syndrome: links between pathophysiology and cardiovascular complications. *Clin Invest Med.* 2015;38(6):E362-70.
5. Meen EK, Chandra RK. The role of the nose in sleep-disordered breathing. *Am J Rhinol Allergy.* 2013;27(3):213-20. doi: 10.2500/ajra.2013.27.3876.
6. Alt JA, Smith TL, Mace JC, Soler ZM. Sleep quality and disease severity in patients with chronic rhinosinusitis. *Laryngoscope.* 2013;123(10):2364-70. doi: 10.1002/lary.24040.
3. Cui DM, Han DM, Nicolas B, Hu CL, Wu J, Su MM. Three-dimensional evaluation of nasal surgery in patients with obstructive sleep apnea. *Chin Med J (Engl).* 2016;129(6):651-6. doi: 10.4103/0366-6999.177971.
4. Xiao Y, Han D, Zang H, Wang D. The effectiveness of nasal surgery on psychological symptoms in patients with obstructive sleep apnea and nasal obstruction. *Acta Otolaryngol.* 2016;136(6):626-32. doi: 10.3109/00016489.2016.1143120.
9. Friedman M, Maley A, Kelley K, Leesman C, Patel A, Pulver T, et al. Impact of nasal obstruction on obstructive sleep apnea. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;144(6):1000-4. doi: 10.1177/0194599811400977.
10. Poirier J, George C, Rotenberg B. The effect of nasal surgery on nasal continuous positive airway pressure compliance. *Laryngoscope.* 2014;124(1):317-9. doi: 10.1002/lary.24131.
11. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep.* 1991;14(6):540-5.
12. Friedman M, Tanyeri H, La Rosa M, Landsberg R, Vaidyanathan K, Pieri S, et al. Clinical predictors of obstructive sleep apnea. *Laryngoscope.* 1999;109(12):1901-7.
13. Li HY, Chen NH, Lee LA, Shu YH, Fang TJ, Wang PC. Use of morphological indicators to predict outcomes of palatopharyngeal surgery in patients with obstructive sleep apnea. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 2004;66(3):119-23.
14. Nishiyama T, Mizuno T, Kojima M, Suzuki S, Kitajima T, Ando KB, et al. Criterion validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index and Epworth Sleepiness Scale for the diagnosis of sleep disorders. *Sleep Med.* 2014;15(4):422-9. doi: 10.1016/j.sleep.2013.12.015.
15. Palombini L, Lopes MC, Tufik S, Guilleminault C, Bittencourt LR. Upper airway resistance syndrome: still not recognized and not treated. *Sleep Sci.* 2011;4(2):72-8.
16. Ephros HD, Madani M, Yalamanchili SC. Surgical treatment of snoring & obstructive sleep apnoea. *Indian J Med Res.* 2010;131:267-76.
17. Camacho M, Zaghi S, Tran D, Song SA, Chang ET, Certal V. Inferior turbinate size and cpap titration based treatment pressures: no association found among patients who have not had nasal surgery. *Int J Otolaryngol.* 2016;5951273:1-7. doi: 10.1155/2016/5951273.
18. Bican A, Kahraman A, Bora I, Kahveci R, Hakyemez B. What is the efficacy of nasal surgery in patients with obstructive sleep apnea syndrome? *J Craniofac Surg.* 2010;21(6):1801-6. doi: 10.1097/SCS.0b013e3181f40551.
19. Ishii L, Roxbury C, Godoy A, Ishman S, Ishii M. Does nasal surgery improve osa in patients with nasal obstruction

- and OSA? A meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;153(3):326-33. doi: 10.1177/0194599815594374.
20. Sufioğlu M, Ozmen OA, Kasapoglu F, Demir UL, Ursavas A, Erisen L, et al. The efficacy of nasal surgery in obstructive sleep apnea syndrome: a prospective clinical study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2012;269(2):487-94. doi: 10.1007/s00405-011-1682-z.
21. Choi JH, Kim EJ, Kim YS, Kim TH, Choi J, Kwon SY, et al. Effectiveness of nasal surgery alone on sleep quality, architecture, position, and sleep-disordered breathing in obstructive sleep apnea syndrome with nasal obstruction. *Am J Rhinol Allergy.* 2011;25(5):338-41. doi: 10.2500/ajra.2011.25.3654.

Talita Bottan Bortoluzzi é médica R4 do Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: talitabortoluzzi@yahoo.com.br

Ana Carolina de Oliveira é acadêmica do Curso de Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: carol_frutal@hotmail.com.

Yasmine Carreira V. Abdo é acadêmica do Curso de Enfermagem Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: yasmine.abdo@hotmail.com.

Isabela Cristina A. De Souza é acadêmica do Curso de Enfermagem Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: isantunes.cris@gmail.com

Vânia Belintani Piatto é médica, professora adjunta IV-D da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: vania.piatto@famerp.br

Fernando Drimel Molina é médico do departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: dr.fernandomolina@gmail.com