

Vol.18 | n.4 | 2016
ISSN 2175-3946

RBPS

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

RBPS

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde
Brazilian Journal of Health Research

REVISTA BRASILEIRA DE PESQUISA EM SAÚDE

ORGANIZADORES

EDITOR-CHEFE |

Edson Theodoro dos Santos Neto, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

EDITORA-EXECUTIVA |

Luciane Bresciani Salaroli, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

EDITORAS-CIENTÍFICAS |

Blima Fux, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Maria Christina Thomé Pacheco, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

CONSELHO EDITORIAL

EDITORES ASSOCIADOS | 2016 |

Aline Guio Cavaca, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Beatriz Cardoso Lobato, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba - MG

Daniel Ferreira Moreira Lobato, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba - MG

Carolina Dutra Degli Esposti, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Carolina Fiorin Anhoque, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Chiara Samele, University of London, Institute of Psychiatry, Reino Unido

Crispim Cerutti Junior, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Daniela Feu Rosa Kroeff de Souza Laignier, Universidade Vila Velha - ES

Diogo Henrique Constantino Coledam, Instituto Federal de São Paulo - SP

Dulciane Medeiros de Azevedo, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó - RN

Elaine Cristina Vargas Dadalto, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Fabiana Vargas Ferreira, Universidade Luterana do Brasil, Canoas - RS

Fabírcia Ferreira Suaid, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Flavia Batista Portugal, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Flavia Imbroisi Valle Errera, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES

Gabriela Maria Cavalcante Costa, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB

Gustavo Rocha Leite, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Josemberg da Silva Baptista, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Lea Tenenholz Grinberg, University of California, San Francisco, Estados Unidos da América

Luciane Peter Grillo, Universidade do Vale do Itajaí - SC

Maria del Pilar Montero López, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, Espanha

Mauro Niskier Sanchez, Universidade de Brasília - DF

Mírian Carmo Rodrigues Barbosa, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Neimar Sartori, University of Southern California, Los Angeles, Estados Unidos da América

Renata Junqueira Pereira, Universidade Federal do Tocantins, Palmas - TO

Rodrigo Cappato de Araújo, Universidade de Pernambuco, Petrolina - PE

Rodrigo Pratte Santos, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES

Sonia Hernandez Plaza, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal

Corpo Técnico | 2016 |

BIBLIOTECÁRIO | Francisco Felipe Coelho

ESTAGIÁRIOS | Camila Costa Rocha | Douglas Peres | Náçila Motte | Yuri Demuner

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | João Carlos Furlani

REVISÃO DE LÍNGUA PORTUGUESA | José Carlos de Araújo | Reescritas

REVISÃO DE LÍNGUA INGLESA | Tito Cunha

Revisores *ad hoc* especialistas em diferentes áreas de conhecimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES

REITOR | Reinaldo Centoducatte

VICE-REITORA | Ethel Leonor Noia Maciel

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETORA | Gláucia Rodrigues Abreu

VICE-DIRETOR | Alfredo Rodrigues Feitosa

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde / Instituto de Odontologia. -

R454 v. 1, n.1 (jan/jun. 1999) - .- Vitória : O Instituto, 1999-

v. : il.

Trimestral

ISSN 2175-3946 (Impresso)

ISSN: 2446-5410 (Online)

Constituição no Título UFES Revista de Odontologia

(ISSN 1516-6228)

1. Saúde - Periódicos. 2. Saúde - Pesquisa. 1. Universidade Federal do Espírito Santo. Instituto de Odontologia.

CDU 61(05)

CDD 610.05

INDEXAÇÃO NA SEGUINTE BASE DE DADOS:

Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Universidade Federal do Espírito Santo

Centro de Ciências da Saúde

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

Av. Marechal Campos 1468, Maruípe - Vitória, ES, Brasil

CEP 29040-090 | Tel: (27) 3335-7225

E-mail: rbps.ccs@ufes.br

Site: www.periodicos.ufes.br/RBPS

Sumário

EDITORIAL | EDITORIAL

- 4 | Um debate possível: o *saber fazer* da promoção da saúde**
A possible debate: the know-how of health promotion

Rosa Maria Rocha e Monique Alves Padilha

ARTIGOS ORIGINAIS | ORIGINAL ARTICLES

- 7 | Avaliação de riscos ergonômicos de uma indústria alimentícia chapecoense**
Ergonomic risk assessment of a food industry in Chapecó/SC, Brazil

Josiane Schadeck de Almeida, Natália Candaten Meirelles, Alessandra Biazzi e Franciele Marques Vanderlei

- 14 | Os sistemas de informação em saúde e seu apoio à gestão e ao planejamento do Sistema Único de Saúde: análise de um município de médio porte da região Nordeste**

The role of health information systems in supporting and managing Public Health Care: analysis of a midsize city of the Northeast region

Samilly Silva Miranda, Elissandro Miranda Martins, Larissa Araújo Queiroz, Ana Paula Enfrázio do Nascimento Andrade, Lília Paula Souza Santos, Thiago Marcelino Sodré e Líliliane Brito de Oliveira

- 22 | O processo educativo do enfermeiro sob a ótica de clientes submetidos à cirurgia cardíaca**
Perceptions of cardiac surgery patients and nursing education

Kassia Regina de Castro Rosseto, Karolini Zuqui Nunes, Leila Massaroni e Mirian Fioresi

- 30 | Caracterização e prevalência do aleitamento materno em uma população atendida na rede pública de saúde de Palmas/TO, Brasil**

Characterization and prevalence of breastfeeding in a population attending public health units in Palmas/TO, Brazil

Natália Rodrigues Borges, Dayse Kellen Santos de Sousa, Renata Junqueira Pereira e José Gerley Diaz Castro

- 37 | Plantas medicinais: cultivo e transmissão de conhecimento em comunidade cadastrada na Estratégia Saúde da Família**

Medicinal plants: cultivation and knowledge transmission in communities registered at the Family Health Strategy program

Igor Fernando Barros Pires, Adriana Alkmim de Sousa, Cássio de Almeida Lima, Júlia Duarte Costa, Maria Helena Alves Feitosa e Simone de Melo Costa

- 46 | Curta SUS: avaliação sobre um projeto de cinema e educação popular na promoção à Saúde Pública**
Curta SUS: the role of the cinema and popular health education in promoting Public Health

Chenya Valença Coutinho e Gustavo Ávila Dias

- 55 | Componentes para diagnóstico de Síndrome Metabólica pelo NCEP-ATP III em uma população afro-brasileira**
Components for diagnosing Metabolic Syndrome using NCEP-ATP III in an Afro-Brazilian population

Patrícia Maurer, Angelica Aparecida da Costa Gullich, Vanessa Rosa Retamoso, Eva Ribeiro Villanova de Freitas, Jamila Benvegnu Bruno, Lyana Feijoo Berro, Ana Claudia Colombo de Oliveira, Rafael Noal Moresco, Patricia Dutra Sauzem, Vanusa Manfredini, Michel Mansur Machado e Jacqueline da Costa Escobar Piccoli

- 61 | Avaliação da cultura de segurança das instituições de saúde por profissionais de Enfermagem**
Safety culture assessment in health institutions by Nursing professionals

Marisa Ferraz Gavronski Gavron, Gleidson Brandão Oselame e Eduardo Borba Neves

68 | Avaliação das atitudes dos profissionais do Consultório na Rua frente ao uso e abuso de álcool e outras drogas
Attitudes of health care professionals working for Consultation Offices in the Street Program towards the use and abuse of alcohol and other drugs
Juliana Oliveira Davel, Tatiana Rodrigues do Amaral e Marluce Mechelli de Siqueira

76 | Análise da sobrevida de pacientes submetidos à hemodiálise em Tubarão/SC, Brasil
Survival analysis of patients undergoing hemodialysis in Tubarão/SC, Brazil
Vitor Henrique Moreira Maia, Gustavo Paes Silvano, Kelsner de Souza Kock e Marcos de Oliveira Machado

84 | Repercussão do diagnóstico do câncer de mama no contexto familiar
The impact of a breast cancer diagnosis on the patient's family
Maria de Lourdes Silva Marques Ferreira e Giselle Dupas

93 | Avaliação da qualidade de vida dos usuários de implante coclear
Assessment of quality of life of cochlear implant users
Lucília Silva Gontijo, Bruno Leal Barbosa, Joao Honorato da Silva Neto, Rafael Custódio Silva Oliveira e Renato Barbosa Ferreira

101 | Avaliação familiar sobre resultados da assistência em um centro de atenção psicossocial
Family evaluation of mental health services provided by a psychosocial care center
João de Deus de Araújo Filho, Mônica Silva de Bessa e Dulcian Medeiros de Azevedo

108 | Promoção e educação em saúde bucal no contexto da odontologia hospitalar da região metropolitana da Grande Vitória/ES
Promotion and education in oral health in the context of hospital dentistry of the metropolitan region of the Greater Vitória/ES, Brazil
Manoelito Ferreira Silva-Junior, Camila Lopes Gonçalves, Lezimara Santiago de Andrade Côco, Paula Vitali Miclos, Karina Tonini dos Santos Pacheco e Maria José Gomes

116 | Views of parents and/or guardians on knowledge, attitudes, and eating behavior of teenagers: a comparative study
Opinião dos pais e/ou guardiões sobre o conhecimento, atitudes e comportamento alimentar dos adolescentes: um estudo comparativo
Mariçge Melo Santos, Luana Mota Martins, Thamara Martins Silva, Raimundo Cardoso de Oliveira Neto e Kyria Jayanne Climaco Cruz

RELATOS DE CASO | CASE REPORTS

124 | Círculos de cultura como ferramenta de construção de consenso: diálogos sobre avaliação de risco e vulnerabilidade
Circles of culture as a consensus building tool: dialogue on risk assessment and vulnerability
Ana Suelen Pedrosa Cavalcante, Marcos Aguiar Ribeiro, Silvana Maria Caetano Tomás, Maristela Inês Osana Vasconcelos, Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque, Quitéria Lívia Muniz Mira e Maria Veraci Oliveira Queiroz

132 | Plano operativo como instrumento para melhorar a qualidade do serviço prestado por um laboratório público de análises clínicas
Using an operational plan as an instrument to improve the quality of services provided by a public clinical laboratory
Marcelo de Oliveira Prado e Aline Aparecida Foppa

ARTIGO DE REVISÃO | REVIEW ARTICLE

143 | Comparação das escalas de avaliação de risco de lesão por pressão
Comparison of pressure injury risk assessment scales
Sheila Cristiane Grana Rocha, Gleidson Brandão Oselame, Marcia Gomide da Silva Mello e Eduardo Borba Neves

152 | INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Um debate possível: o *saber fazer* da promoção da saúde

A possible debate: the know-how of health promotion

Rosa Maria Rocha¹
Monique Alves Padilha²

¹Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

²Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo/ES, Brasil.

Trazer o debate da promoção da saúde para o cenário nos coloca diante de reflexões sobre a complexidade da vida, da saúde, os modos como a vida transcorre e, principalmente, se nós, trabalhadores da saúde, estamos desenvolvendo nossas ações na direção do e, com o outro, para além do indivíduo e também no coletivo. Tal reflexão aponta para a emergência de novos discursos no campo da saúde pública, mundial e nacionalmente, como o da promoção da saúde, e produz uma efetiva procura de consolidação de propostas, já que sua implementação parece-nos depender de mudanças radicais no modo de pensar e fazer saúde, especialmente em seus pressupostos e fundamentos filosóficos¹.

Uma das mudanças importantes tem relação com o *saber fazer* dos trabalhadores da saúde no que diz respeito à sua capacidade para resolver as demandas que chegam a seu trabalho; demandas estas que se explicitam na especificidade do campo de conhecimento profissional que são voltadas para as enfermidades, mas não às necessidades individuais e sociais da população ou para realizar uma atividade ou tarefa com sucesso, no sentido de um cuidado integral².

Neste sentido, este *saber fazer* se mostra como aporte teórico e metodológico que deve fazer parte das abordagens pedagógicas de formação dos trabalhadores da saúde, debate inovador trazido pela Carta de Ottawa³, documento fundador da moderna promoção da saúde, que propõe os Determinantes Sociais da Saúde para o plano do trabalho e, com isso, a necessidade de capacitar tanto os trabalhadores quanto a população. Além disso, um dos eixos de ação da promoção da saúde propostos na referida carta é a Reorientação dos Serviços de Saúde, o qual requer mudanças no processo de formação dos trabalhadores da saúde².

A promoção da saúde conta com cinco áreas operacionais que constituem o *que fazer* da promoção da saúde; estas são tão interconectadas que tanto os alcances como os resultados que se tenha em cada uma delas, são responsáveis pelo que acontece nas outras, conformando-se assim como um sistema complexo.

A primeira é a formulação de políticas públicas que, além de orientar as ações da saúde populacional, considera os princípios e valores que orientam a promoção da saúde; a segunda tem a ver com a participação dos indivíduos e grupos nas decisões e ações relacionadas com sua saúde, e, desse modo, deve fortalecer as ações comunitárias; já a terceira área, cria ambientes favoráveis à saúde nas dimensões físicas e sociais de modo a fortalecer o sistema de apoio social da comunidade; a quarta desenvolve as atitudes ou habilidades nas pessoas favorecendo a tomar decisões saudáveis e suportar as pressões e, por fim, a reorientação dos serviços e das práticas, considerando o cenário em que estas acontecem.

Além disso, a Carta de Ottawa identifica também as funções da promoção da saúde, ou principais estratégias. A primeira é a defesa de causa da saúde – *advocacy* –, que é uma forma de desenvolvimento político, social e econômico por meio do empoderamento dos sujeitos, pautado na saúde destes e dos coletivos; outra, tem a ver com a capacitação, que aponta para a necessidade de maior acesso a informações sobre o processo saúde doença, de forma que os sujeitos possam conhecer mais sobre os determinantes sociais de sua saúde, como estes afetam sua condição de vida de modo a reivindicar melhorias sociais e, conseqüentemente, afetando a saúde de maneira positiva, e, por fim, a mediação que tem a ver com o setor saúde atuando como protagonista, mas também como mediador junto com outros setores ao redor de um objetivo comum: a intersetorialidade como forma de buscar a equidade em saúde³.

Dessa forma, tanto o que os trabalhadores conhecem sobre saúde como ator social e técnico quanto o conhecimento dos demais atores sociais com os quais convive e trabalha devem ser articulados para encontrar as estratégias que estabeleçam os modos de *fazer* em promoção da saúde.

A promoção da saúde é um conceito que iniciou como um nível da medicina preventiva e, paulatinamente, foi transformando-se para caracterizar-se como um eixo político e técnico do processo saúde-doença-cuidado. A discussão da promoção da saúde tem como ponto de partida o próprio conceito de saúde. A mudança do conceito tem na Carta de Ottawa um de seus preconizadores, na medida em que correlaciona, em um mesmo nível de cuidado, conforme um conjunto de valores: “[...] vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria” com estratégias de responsabilização múltipla – Estado, indivíduos, sistema de saúde, intersetorialidade⁴.

A relevância da promoção de saúde está nessa articulação de saúde com outros conceitos que não apenas a doença. A saúde vai para além de um corpo com ausência de doenças, passando a ser uma possibilidade de formas de viver que incluem solidariedade, cidadania, equidade, entre outros. Desse modo, abre-se para a saúde a possibilidade de outras práticas de cuidado que, ao colocar outros possíveis às formas de vida, forja um campo de práticas de liberdade².

A promoção de saúde também não parte necessariamente da doença, mas da vida, das formas de viver mediadas por um contexto político econômico e social. A diversidade das formas de viver, culturalmente constituída, apresenta-se permanentemente como invenção de novas sensibilidades, experiências, desejos e afetos. Ao dimensionar a vida como forma e não como um fato da saúde, surgem possibilidades de criação de potencialidades que, no âmbito da promoção da saúde, é direcionar-se para um processo de diferenciação que transcende o individual e seus limites, sejam eles culturais, sociais, linguísticos, entre outros.

Assim podemos inferir que a promoção de saúde não trabalha com o igual, mas sim com a diferença e, portanto, com as especificidades e provocações do outro. Ao operacionalizar a promoção da saúde, criam-se possibilidades de reafirmar a vida e a saúde dando respostas às condições de vida e saúde das populações. Essa reflexão que coloca vida na vida, lança no trabalho da saúde o enfrentamento de formas de vida que se modificam permanentemente. A possibilidade que se abre quando se opera com a promoção da saúde e, portanto, com a produção de saúde, é justamente compreender como as práticas do cuidado se inserem nesta perspectiva. Trata-se, portanto, de um conceito positivo da saúde, que tem

nos recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas o seu foco de atuação, dessa forma, tendo que atuar de maneira intersetorial, tendo o setor saúde muitas vezes como protagonista^{2,5}.

Como se pode ver, a promoção da saúde traz uma complexidade que nos faz pensar que produzir saúde a partir de si, do trabalhador de saúde, na direção do outro, preocupando-se com o outro, com sua vida e com sua morte, por meio da responsabilidade, antes de pensar em si mesmo, seria uma forma de produção de saúde, numa relação de cuidado que já não se faz em função de si, mas, antes de tudo, se faz em função e no encontro com o (s) outro (s).

REFERÊNCIAS |

1. Ayres JRJM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004; 8(14):73-92.
2. Rocha RM. Formação em promoção da saúde: estudo de egressos do Curso de Especialização em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Pública]. – ENSP/FIOCRUZ; 2015.
3. Brasil. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia C, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.
5. Padilha MA. Análise do Programa Academia da Saúde à luz dos pressupostos teóricos e metodológicos da promoção da saúde. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. – ENSP/FIOCRUZ; 2016.

**Ergonomic risk assessment of
a food industry in Chapecó/
SC, Brazil**

**| Avaliação de riscos ergonômicos
de uma indústria alimentícia
chapecoense**

ABSTRACT | Introduction: *The food industry is characterized by the intense work required from employees to maximize productivity, and it combines strictly manual activities with automated processes. If carried out in inadequate conditions, this intense labor leads to tiredness, dissatisfaction, decreased productivity, health hazards and accidents. Objectives:* *To assess postural and ergonomic musculoskeletal risks for workers at a food industry. Methods:* *11 employees from the skin cutting, baking, packaging, storage and dispatch sectors of a food industry were evaluated. Data collection involved two questionnaire types: a) the Rapid Upper Limb Assessment (RULA) observational method, which analyzes the workers' posture, muscle strength, activities, while showing the degrees of effort used to perform a task; b) a more simplified questionnaire on the work-related biomechanical factors, which assesses posture, working environment, static force, repeatability, organization and tools used. Results:* *The biomechanical factor was significantly high, thus increasing the risk of musculoskeletal injuries. Conclusion:* *A high risk of upper limbs injuries was associated with the repeatability of the labor task. Further studies on working postures are needed.*

Keywords | *Ergonomic; Posture; Food industry; Cumulative trauma disorders.*

RESUMO | Introdução: o serviço de alimentação é caracterizado por um trabalho intenso, em que é exigida dos funcionários alta produtividade em tempo limitado, possuindo uma estrutura produtiva que combina atividades estritamente manuais com processos automatizados. Se realizado em condições inadequadas, leva ao cansaço, à insatisfação, à queda da produtividade, a problemas de saúde e a acidentes de trabalho. **Objetivos:** analisar as condições ergonômicas posturais e risco musculoesquelético em trabalhadores de uma indústria alimentícia. **Métodos:** Foram avaliados 11 funcionários de uma indústria de alimentos, especializados nos setores de corte de pele, cozimento, embalagem e empacotamento, armazenagem e expedição. Para a coleta de dados, utilizaram-se dois questionários: método observacional *Rapid Upper Limb Assessment* (RULA), que analisa a exposição de trabalhadores a posturas, forças e atividades musculares e que visualiza os graus e o esforço empregado para a realização da tarefa e avaliação simplificada do fator biomecânico no risco para distúrbios musculoesqueléticos de membros superiores relacionados ao trabalho, que avalia a postura e o ambiente de trabalho, além do esforço estático e a repetitividade, organização e ferramentas utilizadas. **Resultados:** verificou-se a presença de fator biomecânico significativo, com risco de lesões musculoesqueléticas. Em análise mais detalhada, as posturas de trabalho necessitam de investigação e mudanças brevemente. **Conclusão:** há presença de riscos para o desenvolvimento de doenças ocupacionais, associado a repetitividade dos membros superiores.

Palavras-chave | Ergonomia; Postura; Indústria alimentícia; DORT.

¹Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó/SC, Brasil.

²Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O serviço de alimentação é caracterizado por um trabalho intenso, em que é exigida dos funcionários alta produtividade em tempo limitado. Essa estrutura produtiva combina atividades estritamente manuais com processos automatizados, no entanto, na maioria das vezes, ele é realizado em condições inadequadas, levando ao cansaço, à insatisfação, à queda da produtividade, a problemas de saúde e a acidentes de trabalho^{1,2}. Esses fatores em conjunto levam à alta incidência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)³, acarretando prejuízos físicos, emocionais e sociais aos trabalhadores¹.

Uma maneira de minimizar esses prejuízos é por meio de uma intervenção preventiva nas situações de trabalho que apresentam risco de lesões musculoesqueléticas e isso, por sua vez, implica uma correta avaliação do risco, que pode ser realizada por intermédio de diversos instrumentos que vão desde a observação à aplicação de questionários^{4,5}.

Nas indústrias, os questionários são frequentemente utilizados e podem ser divididos em dois tipos de métodos para obtenção de informação sobre riscos de lesões musculoesqueléticas: os questionários e procedimentos médicos de base epidemiológica, que têm por objetivo recolher sinais e sintomas que possam ser ligados ao surgimento ou desenvolvimento de patologias relacionadas com o trabalho; e os questionários de aplicação geral com base na avaliação de sintomas autorreferidos e consequente monitorização dos graus de desconforto, incômodo ou dor por zonas corporais⁴.

Um dos instrumentos mais usados é o *Rapid Upper Limb Assessment* (RULA), desenvolvido para verificar a exposição do trabalhador a fatores de risco que podem ocasionar perturbações nos membros superiores com relevância científica de identificar o esforço associado com a postura de trabalho assumida na realização de atividades estáticas ou repetitivas⁵⁻⁷.

Dentro desse contexto, considerando o alto número de afastamentos do trabalho relacionados aos problemas musculoesqueléticos nas indústrias, a investigação dos fatores de risco presentes neste ambiente laboral se faz necessária. A análise e o estudo dos fatores de risco são fundamentais para o sucesso das intervenções preventivas na saúde do trabalhador⁸. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar as condições ergonômicas posturais e risco musculoesquelético em trabalhadores de uma indústria alimentícia.

MÉTODOS |

Esta pesquisa, com cunho quantitativo descritivo e transversal, analisou uma amostral intencional de 11 trabalhadores de uma indústria de alimentos na cidade de Chapecó (SC), especializados nos setores de corte de pele (n=5), cozimento (n=1), embalagem e empacotamento (n=3), armazenagem e expedição (n=2). Em todos os setores analisados, a postura predominante no trabalho foi ortostática estática com a utilização de movimentos contínuos dos membros superiores para gestos laborais como uso excessivo de flexão de ombros e inclinação de tronco. Desse modo os critérios de inclusão foram: todos os trabalhadores desses setores que aceitassem participar da pesquisa e que não tivessem nenhuma lesão musculoesquelética diagnóstica.

Os critérios de exclusão foram os trabalhadores dos setores em que o gesto biomecânico era diferente, tais como setores de recebimento e armazenagem de pele, laboratório de controle de qualidade, administrativo e de Serviço de Inspeção Federal (SIF), desistência de participar do estudo, afastamento laboral devido à lesão e/ou doença e demissão. No entanto, não houve exclusões.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó, sob protocolo número 337/12. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, baseado na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram realizadas três visitas consecutivas, com duração total de doze horas. Nas duas primeiras visitas, foram realizadas fotos e filmagens dos setores para aplicação do RULA⁹, sendo realizadas durante vários ciclos de trabalho, enquanto que, na última visita, foi realizado o questionário autoaplicativo de Couto e Cardoso¹⁰. Os colaboradores da indústria tinham uma jornada de trabalho de 40 horas semanais.

O método observacional RULA, validado na literatura científica⁹, é descrito como um programa ergonômico que visa analisar a exposição de trabalhadores a posturas, forças e atividades musculares e que visualiza os graus e o esforço empregado para a realização da tarefa. É composto de diagramas de posturas corporais e de três tabelas de pontuação para avaliar a exposição a fatores de risco.

Os segmentos corporais são considerados em dois grupos: o grupo A é formado pelos membros superiores, e o grupo B, pela cervical, tronco e membros inferiores; cada segmento é pontuado conforme o diagrama, por meio da análise das imagens fotográficas, e os valores são combinados nas tabelas; a esses dados são somadas pontuações para cargas adicionais de movimento estático ou repetitivo (músculo) e força excessiva ou externa suportada pelo funcionário (força). O valor obtido nos grupos A e B é relacionado em uma última tabela em que se obtém a pontuação final, que varia de 1 a 7; cada faixa de pontuação corresponde a um nível de intervenção ergonômica necessária, que varia de um (postura aceitável) a quatro (requer mudanças imediatas), sendo: Nível 1 – escore de 1 a 2: postura aceitável se não mantida ou repetida por longos períodos; Nível 2 – escore de 3 a 4: futuras investigações podem ser necessárias e mudanças podem ser apontadas; Nível 3 – escore de 5 a 6: investigações e mudanças são requeridas em breve; e Nível 4 – escore de 7: investigações e mudanças são requeridas imediatamente.

Foram determinados os riscos de distúrbios musculoesqueléticos dos membros superiores por meio da avaliação simplificada do fator biomecânico relacionado ao trabalho. Para tanto, foi aplicado aos trabalhadores o *checklist* de Couto e Cardoso¹⁰, que é dividido em quinze seções e que avalia se o trabalhador apresenta algum desconforto, o local e o tipo, intensidade, se está relacionado à atividade

laboral, se há períodos de melhora com o repouso, se há sobrecarga física, se realiza força com as mãos, a postura durante a atividade, o posto de trabalho e esforço estático, repetitividade, organização e ferramentas utilizadas.

Após sua aplicação, é somado o total de pontos respondido pelos indivíduos e interpretados conforme os critérios estabelecidos: de 0-3 pontos, há ausência de fatores biomecânicos (ausência de risco); entre 4-6 pontos há fator biomecânico pouco significativo (ausência de risco); entre 7-9 pontos há fator biomecânico de moderada importância (improvável, mas possível); entre 10-14 pontos há fator biomecânico significativo (risco) e, finalmente, 15 ou mais pontos há fator biomecânico muito significativo (alto risco)¹⁰.

Para apresentação dos dados, foi utilizada estatística descritiva, com os dados sendo representados com valores de média, desvio-padrão, percentuais e números absolutos, representados por gráficos e tabelas. Os dados quantitativos foram analisados com o auxílio do programa *Microsoft Office Excel* (2010).

RESULTADOS |

Dos 11 funcionários avaliados, sete eram do sexo feminino e quatro do masculino. A Tabela 1 apresenta as características

Tabela 1 - Caracterização da dor dos trabalhadores (n=9)

Variável	Classificação	N (%)
Tempo da dor	Até um mês	3 (33,4%)
	De 1 a 3 meses	0 (0%)
	De 3 a 6 meses	3 (33,4%)
	Acima de 6 meses	3 (33,4%)
Intensidade da dor	Muito forte/forte	5 (67%)
	Moderado	4 (34%)
	Leve/muito leve	0 (0%)
Sintomas aumentam com o trabalho	Jornada	6 (75%)
	Horas extras	2 (23%)
	À noite	1 (12%)
	Não	0 (0%)
Sintomas melhoram com o repouso	À noite	0 (0%)
	Nos fins de semana	4 (45%)
	Revezamento de outras tarefas	2 (22%)
	Férias	0 (0%)
	Não melhora	3 (33%)

*2 funcionários foram excluídos pois não apresentaram quadro algico.

âlgicas dos trabalhadores. Em relação à intensidade da dor, a maioria dos entrevistados apresentou dor forte (67%), que aumentava durante a jornada de trabalho (75%) e melhorava com o repouso nos fins de semana (45%).

Na avaliação pelo método RULA, os setores em que mais há risco biomecânico é o de corte de pele e embalagem e empacotamento, em que os funcionários obtiveram pontuação final 7, o que equivale ao nível de ação 4, indicando investigação e mudanças imediatamente. Na tabela 2 são apresentados os escores por grupo anatómicos, verificando que os itens que mais contribuíram para o escore obtido foram as posturas do grupo A (membros superiores). E na Figura 1 estão representados os níveis de ação de acordo com cada setor industrial.

A Figura 2 apresenta os segmentos anatômicos mais acometidos pelo quadro âlgico. Observou-se maior prevalência de dor na coluna vertebral (18%).

Figura 2 - Segmentos corporais afetados pelo quadro âlgico

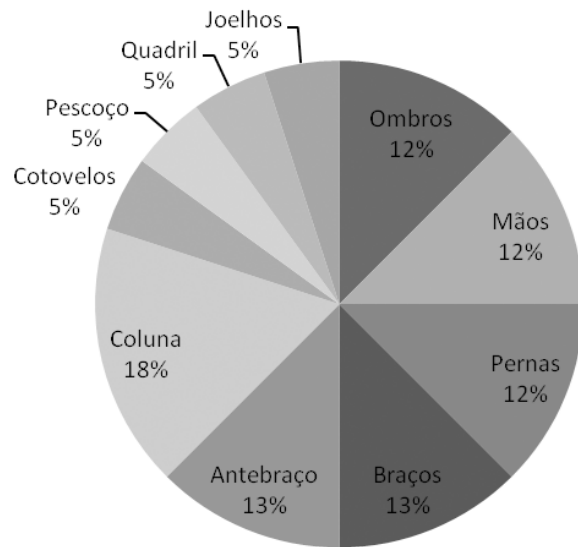
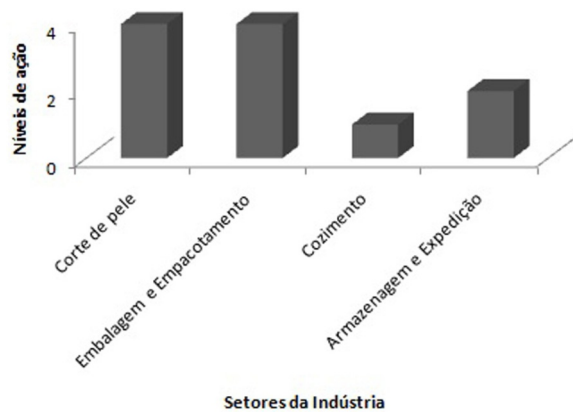


Tabela 2 - Valores de médios e respectivos desvios padrão, mínimos e máximos dos escores obtidos dos setores segundo avaliação rápida de RULA

Setores	Escore	
	Grupo A	Grupo B
Corte de pele	5,8 ± 1,9 [3 - 8]	5,7 ± 2,2 [3 - 8]
Embalagem e empacotamento	5,6 ± 1,5 [4 - 7]	7,3 ± 1,5 [6 - 9]
Cozimento	6,0 ± 0,0 [0 - 6]	4,0 ± 0,0 [0 - 4]
Armazenagem e expedição	5,0 ± 1,4 [4 - 6]	4,5 ± 0,7 [4 - 5]

Figura 1 - Níveis de classificação pelo método RULA dos trabalhadores dos diferentes setores



Legenda: Nível 1: aceitável; nível 2: requer mudanças; nível 3: requer mudanças breves; nível 4: requer mudanças imediatamente.

DISCUSSÃO |

O serviço de alimentação é caracterizado por trabalho intensivo com altas exigências em relação à produtividade e repetitividade de movimentos de membros superiores¹¹⁻¹³, como visto neste estudo, justificada pelo ritmo excessivo de trabalho, longas jornadas na postura ortostática, movimentos excessivos e deslocamentos constantes¹⁴⁻¹⁹.

Os resultados encontrados neste estudo mostraram que 66,8% dos funcionários sentem dor por um tempo superior a um mês, o que corrobora com o estudo de Lourenço e Menezes²⁰, que estudou as condições de trabalho dos colaboradores de uma unidade de alimentação e nutrição da cidade de Rio de Janeiro e verificou que 92,1% dos entrevistados relataram algum tipo de dor, e, em 44,7% dos casos, essa dor é persistente por alguns meses.

Além disso, em 75% dos funcionários os sintomas aumentaram com a jornada laboral. Battisti et al.²¹ investigaram a prática da atividade física e a qualidade de vida de operadores de caixa de supermercado e, como resultado, destacaram que 95% dos entrevistados relataram que a atividade é altamente repetitiva, e, desses, pelo menos 65% sentem dor ou desconforto durante a jornada de trabalho. Além disso, os autores concluem que a prática regular de atividade física melhora o bem-estar físico, a disposição para o trabalho e a qualidade de vida. Sendo assim podem-se transpor iniciativas que abordam as atividades esportivas e de lazer nos funcionários da linha alimentícia para promoção à saúde.

Em 18% dos trabalhadores analisados neste estudo, o local anatômico mais acometido foi a coluna vertebral, seguido de antebraço e braços (13%), corroborando com Lourenço e Menezes²⁰, que salientam que os trabalhadores que exercem suas funções na maior parte do tempo na postura em pé relatam dores mais frequentes na região da coluna, podendo levar a um maior desconforto e dor, acrescentando precocemente o mecanismo de fadiga muscular e lesão musculoesquelética.

Segundo Przyieszny²², a postura dentro do ambiente de trabalho tem uma íntima relação com a coluna vertebral, e ela é a base de todos os movimentos. As dores nesta região constituem a maior causa de transtornos à saúde do trabalhador e de absenteísmo relacionados ao trabalho. A manutenção da postura em pé durante o trabalho pode se tornar cansativa, pois exige uma contração contínua dos grupos musculares atuando contra a gravidade para sustentar essa posição²³. Além disso, Rumaquella e Filho²³ acreditam que, ao manter uma postura em pé prolongada, os músculos responsáveis pela sustentação sofrem constante processo de fadiga, levando a alterações posturais, por exemplo, à postura relaxada e às posturas incorretas de torção e inclinação de tronco.

Dessa maneira, a postura em pé, adotada no ambiente de trabalho, pode ser considerada um fator associado com risco de lesão musculoesquelética para a coluna vertebral, principalmente se for por tempo prolongado, e associado a posturas de torção, inclinação e flexão do tronco, devido à sobrecarga imposta nas articulações e músculos da coluna vertebral²⁴.

Battisti et al.²¹ observaram que as regiões anatômicas mais frequentes em que os operadores de caixa de

supermercado sentem desconforto ou dor foram os braços, tronco e coluna vertebral, resultados semelhantes aos encontrados neste estudo. Apesar de o gesto biomecânico não ser considerado o mesmo, os operadores de caixa de supermercado realizam rotações de tronco durante a atividade laboral.

Já no estudo de Serranheira et al.²⁵, que realizou uma autorreferência de sintomas de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho (LMELT) em uma grande empresa em Portugal, verificou-se elevada presença de sintomas osteomusculares principalmente em ombros, coluna lombar e membros inferiores. Os sintomas referidos na região lombar podem ser explicados pela sobrecarga do sistema osteomuscular, devido ao trabalho predominantemente em pé, pela manutenção da postura de flexão de tronco e/ou número excessivo de movimentos de flexão.

No presente estudo obteve-se como resultado do RULA o nível de ação 4, indicando necessidade de investigação e mudanças imediatamente, principalmente nos setores de corte de pele e embalagem e empacotamento. No estudo de Lourinho et al.²⁶, em que foi aplicado o método RULA em diferentes setores de uma empresa calçadista, 78% dos funcionários foram classificados como nível 3. Conforme o mesmo autor, esses achados são justificados pela combinação dos movimentos de flexão e rotação do tronco e cabeça. Ainda na comparação entre os diferentes setores de uma indústria calçadista pelo método RULA, pode-se observar que todos os setores apresentaram em média um nível de ação entre 3 e 3,5. Os setores de corte e de montagem (média=3,3) tenderam a apresentar um nível de classificação maior que os demais setores, no entanto, as diferenças não foram estatisticamente significativas²⁶. Já no estudo de Batiz et al.²⁷, do total de posturas analisadas pelo método RULA, a maioria encontra-se no nível 2 (47,9%) e 22% encontram-se no nível 3.

O nível de ação 4 do método RULA representa uma condição de investigação e mudança imediatas. Dentro desse contexto, a cinesioterapia laboral é uma medida de prevenção que pode ajudar a minimizar o problema, mas a prevenção primária faz-se necessária. Portanto, o desenvolvimento e implementação de intervenções ergonômicas com o intuito de potencializar a biomecânica e diminuir os esforços repetitivos durante as atividades laborais tornam-se ações essenciais para promover melhores condições ocupacionais aos trabalhadores²⁸.

Como limitação do estudo pode-se citar a falta de estudos que abordassem o mesmo gesto biomecânico em indústrias alimentícias. No entanto, a fim de minimizar tal fato, os dados foram discutidos com base em pesquisas que abordavam trabalho em indústrias que utilizaram posturas e movimentos similares ao do presente estudo.

Por fim, com base nos resultados deste estudo, destaca-se a importância de intervenções ergonômicas que modifiquem as condições atuais, com o objetivo de melhorar a saúde e qualidade de vida dos trabalhadores. Dessa maneira, considera-se de extrema importância a temática abordada e a sua estreita relação com o risco de lesões musculoesqueléticas, reconhecendo como um problema crescente na população do estudo em questão, sendo necessária a realização de mais pesquisas nesta área.

CONCLUSÃO |

Conclui-se que o ambiente de trabalho na indústria analisada apresenta risco de lesões musculoesqueléticas, indicando investigação e mudanças breves. Além disso, os principais achados deste estudo mostraram riscos para o desenvolvimento de doenças ocupacionais, associado à repetitividade dos membros superiores e postura estática da coluna vertebral.

REFERÊNCIAS |

1. Silva FC, Nunes TT, Carlos CALV, Mafra SCT. Estudo dos riscos da LER/DORT no serviço de alimentação. II Workshop de Análise Ergonômica do Trabalho na UFV, em 16 de junho de 2005.
2. Mozzini CB, Polese JC, Beltrame MR. Prevalência de sintomas osteomusculares em trabalhadores de uma empresa de embalagens metálicas de Passo Fundo – RS. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2008; 21(2):92-97.
3. Padovani A. Segurança do trabalho em indústrias alimentícias: uma abordagem geral [internet]. 2008 [acesso em 19 de outubro de 2011]. Disponível em: URL: <<http://docplayer.com.br/2459151-Seguranca-do-trabalho-em-industrias-alimenticias-uma-abordagem-geral.html>>.
4. Serranheira F, Uva AS, Lopes MF. Lesões músculo-esqueléticas e trabalho. *Sociedade Portuguesa Medicina do Esporte. Cadernos Avulsos*. 2008; 8:1-48.
5. Signori LU, Guimarães LBM, Sampredo RMF. Análise dos instrumentos utilizados para a avaliação do risco da ocorrência dos D.O.R.T./L.E.R. *Rev P&P*. 2007; 7(3):51-62.
6. Serranheira F, Uva AS. LER/DORT: Que métodos de avaliação do risco? *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010; 35(122):314-26.
7. Naveiro RMN, Guimarães CP. Uma aplicação da análise biomecânica do processo de montagem de produtos industriais. *Prod*. 2003; 13(1):76-90.
8. Coury HJCG. Perspectivas e requisitos para a atuação preventiva da fisioterapia nas lesões músculo-esqueléticas. *Fisioter Mov*. 1993; 5(2):63-8.
9. Mcatamney L, Corlett N. RULA: A survey method for the investigation of work-related upper limb disorders. *Appl Ergon*. 1993; 24(2):91-9.
10. Couto HA, Cardoso OS. Censo de ergonomia [internet]. 2000 [acesso em 10 ago 2013]. Disponível em: URL: <www.segtrainne.com.br/manuais/Manual_de_Ergonomia.pdf>.
11. Abrahão J. Introdução à ergonomia: da prática à teoria. São Paulo: E. Blucher, 2009.
12. Silva KR, Souza AP, Minetti LJ. Avaliação do perfil de trabalhadores e das condições de trabalho em marcenarias no município de Viçosa-MG. *Rev Árvore*. 2002; 26(6):769-75.
13. Ferreira VMV, Shimano SGN, Fonseca MCR. Fisioterapia na avaliação e prevenção de riscos ergonômicos em trabalhadores de um setor financeiro. *Fisioter Pesq*. 2009; 16(3):239-45.
14. Lancman S, Siqueira AR, Queiroz MFF, Varela RCB. Estudo e intervenção no processo de trabalho em um restaurante universitário: em busca de novas metodologias. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2000; 11(2/3):79-89.
15. Matos CH, Proença RPC. Condições de trabalho e estado nutricional de operadores do setor de alimentação coletiva: um estudo de caso. *Rev Nutr*. 2003; 16(4):493-502.

16. Casarotto RA, Mendes LF. Queixas, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho em trabalhadores de cozinhas industriais. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2003; 8(107/108):109-26.
17. Sant'ana HMP, Azeredo RMC, Castro JR. Estudo ergonômico em serviços de alimentação. *Saúde em Debate.* 1994; (42):45-8.
18. Colares LGT, Freitas CM. Processo de trabalho e saúde de trabalhadores de uma unidade de alimentação e nutrição: entre a prescrição e o real do trabalho. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(12):3011-20.
19. Bertoldi CML, Proença RPC. Doença venosa e sua relação com as condições de trabalho no setor de produção de refeições. *Rev Nutr.* 2008; 21(4):447-54.
20. Lourenço MS, Menezes LF. Ergonomia e alimentação coletiva: análise das condições de trabalho em uma unidade de alimentação e nutrição. IV Congresso nacional de excelência em gestão, Rio de Janeiro; 2008.
21. Battisti HH, Guimarães ACA, Simas JPN. Atividade física e qualidade de vida de operadores de caixa de supermercado. *R Bras Ci e Mov.* 2005; 13(1):71-8.
22. Przysieszny WL. A Avaliação Postural como ferramenta para análise do trabalho. Tese [Doutorado em Engenharia de Produção]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
23. Rumaquella MR, Filho AGS. Postura de trabalho relacionada com as dores na coluna vertebral em trabalhadores de uma indústria de alimentos: estudo de caso. *Educação Gráfica;* 2010; 14(1):90-100.
24. Maciel ACC, Fernandes MB, Medeiros LS. Prevalência e fatores associados à sintomatologia dolorosa entre profissionais da indústria têxtil. *Rev Bras Epidemiol.* 2006; 9(1):94-102.
25. Serranheira F, Pereira M, Santos CS, Cabrita M. Auto-referência de sintomas de lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho (LMELT) numa grande empresa em Portugal. *Saúde Ocup.* 2003; 21(2):37-47.
26. Lourinho MG, Negreiros GR, Almeida LB, Vieira ER, Quemelo PRV. Riscos de lesão musculoesquelética em diferentes setores de uma empresa calçadista. *Fisioter Pesqui.* 2011; 18(3):252-7.
27. Batiz EC, Santos AF, Licea OEA. A postura no trabalho dos operadores de checkout de supermercados: uma necessidade constante de análises. *Prod.* 2009; 19(1):190-201.
28. Vieira ER. Prevenção e reabilitação de distúrbios músculo-esqueléticos relacionadas ao trabalho: uma visão integrada para promoção de saúde ocupacional. *ConScientiae Saúde.* 2010; 9(1):131-7.

Correspondência para/ Reprint request to:
Josiane Schadeck de Almeida
Avenida Senador Atilio Fontana, 591-E,
EEAPI, Chapecó/SC, Brasil
CEP: 89809000
Tel.: (49) 33218056
E-mail: jsa_fisio@yahoo.com.br

Submetido em: 01/10/2015

Aceito em: 04/01/2016

Samilly Silva Miranda¹
Elissandro Miranda Martins²
Larissa Araújo Queiroz¹
Ana Paula Eufrázio do Nascimento Andrade¹
Lília Paula Souza Santos¹
Thiago Marcelino Sodré¹
Liliane Brito de Oliveira¹

The role of health information systems in supporting and managing Public Health Care: analysis of a midsize city of the Northeast region

| Os sistemas de informação em saúde e seu apoio à gestão e ao planejamento do Sistema Único de Saúde: análise de um município de médio porte da região Nordeste

ABSTRACT | Introduction:

Health information systems are important tools for assessing health status, planning and decision making.

Objective: *To assess the role health information systems play in the management and planning of the National Health Service (SUS) in the city of Serrinha, Bahia.* **Methods:** *We carried out quantitative-descriptive study, based on secondary data from DATASUS database.* **Results:** *Between 2011 and 2012, more men died than women (59.13% e 61.21% versus (vs) 40.87% e 38.55%) and the race/color most affected skin color was brown (49.04% and 45.10%). No data for dental care data was recorded in this period.* **Conclusion:** *Through this research, we detected the need for the city manager to value projects emphasizing the social determinants of health and to promote awareness and training for those responsible for feeding the databases.*

Keywords | *Health Information Systems; Health Planning; Public Health; Health Management.*

RESUMO | Introdução: Os sistemas de informação em saúde constituem instrumentos importantes para a avaliação do processo saúde e doença, planejamento e tomada de decisão. **Objetivo:** Demonstrar o papel dos sistemas de informação em saúde no apoio à gestão e ao planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Serrinha (BA). **Método:** Realizou-se estudo quantitativo-descritivo, a partir de dados secundários disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Resultados:** Observou-se que, nos períodos de 2011 e 2012, homens morreram mais que as mulheres (59,13% e 61,21% versus (vs) 40,87% e 38,55%) e que a raça/cor da pele mais acometida foi a parda (49,04% e 45,10%). No que concerne aos dados referentes à atenção odontológica, não foram encontrados registros destes períodos. **Conclusão:** Por meio desta pesquisa, percebe-se a necessidade de o gestor municipal valorizar em seus projetos os determinantes sociais em saúde, bem como estimular e promover capacitações tanto para os responsáveis em alimentar os bancos de dados quanto para os profissionais de saúde que fazem os registros.

Palavras-chave | Sistemas de Informação em Saúde; Planejamento em Saúde; Saúde Pública; Gestão em Saúde.

¹Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana/BA, Brasil.

²Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz - Fundação Oswaldo Cruz, Salvador/BA, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O Sistema de Informação é definido pela Organização Mundial de Saúde como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde¹. White² acrescenta que este pode ser compreendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados.

Os dados disponibilizados por um sistema de informação, para serem transformados em informação, dependem da capacidade de compreensão dos profissionais que têm acesso às bases de dados. Esses bancos de dados representam fontes importantes que podem ser utilizados rotineiramente em estudos epidemiológicos, na vigilância, pesquisa e na avaliação de programas e serviços³, mas que, no entanto, precisam ser compreendidos para gerar informações condizentes com a realidade.

No setor da saúde, a informação subsidia o processo decisório, uma vez que contribui para o conhecimento sobre as condições de saúde, mortalidade e morbidade, fatores de risco, condições demográficas, entre outras⁴. Assim, os Sistemas de Informação da Saúde (SIS) têm estrutura capaz de facilitar a obtenção e transformação de dados em informação, que são essenciais para compreender a situação de saúde da coletividade.

Nesse sentido, a realização de estudos que visam à obtenção de dados sobre o processo saúde-doença no âmbito de populações é essencial para a tomada de decisão na medicina clínica, no planejamento e administração na área da saúde. Estes contribuem, consideravelmente, com o estabelecimento das políticas de promoção, prevenção, controle ou tratamento, fornecendo indicadores que sirvam de suporte à execução e à avaliação das ações em saúde ou ainda ao estabelecimento de estratégias de pesquisas que superem as limitações das existentes.

Diante desse entendimento, este estudo visa demonstrar o papel dos SIS no apoio à gestão e ao planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Serrinha (BA). Assim, a abordagem dessa temática se conforma de particular relevância para uma melhor atuação dos gestores

no âmbito do SUS, adicionalmente porque, até o momento, não há registros de pesquisas que tenham abordado a importância dos sistemas de informação no apoio à gestão e ao planejamento do referido município.

MÉTODOS |

Realizou-se um estudo quantitativo-descritivo, em decorrência da necessidade de descrever e quantificar as características sociodemográficas e de mortalidade, bem como os tipos de procedimentos odontológicos que foram realizados no município de Serrinha/BA. Foram utilizados dados secundários provenientes do banco de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Serrinha é um município brasileiro do estado da Bahia, localizado na mesorregião do Nordeste Baiano, a 173 km de Salvador. Apresenta, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁶, população estimada para 2015 de 83.275 indivíduos.

No site do DATASUS⁵, as informações sobre características demográficas e socioeconômicas, estatísticas vitais e de assistência à saúde do dito município foram colhidas a partir do *link* “Informações de saúde”, considerando o período de 2011 a 2012.

No quesito “demográficos e socioeconômicos”, selecionou-se a opção censos e, no mapa, a Bahia. Em seguida marcou-se: Linha (Município), Coluna (não ativa), Conteúdo (Pop. Residente), Período (2011 e 2012), Município (Serrinha). Na análise da distribuição da população por faixa etária e sexo foi seguido o roteiro: Linha (Faixa etária), Coluna (sexo), Conteúdo (População Residente), Período (2011 e 2012), Município (Serrinha).

Para os dados de mortalidade seguiu-se: Estatísticas Vitais – mortalidade geral – no mapa: Bahia. Selecionou-se: Linha (Cap. CID 10 - Classificação Internacional de Doenças), Coluna (não ativa), Conteúdo (óbitos por residência), Período (2011 e 2012), Município (Serrinha), Cap CID 10 (todas as categorias). Para obter os dados segundo sexo, realizou-se a seguinte sequência: Estatísticas Vitais – mortalidade geral – no mapa: Bahia. Selecionou-se: Linha (Sexo), Coluna (não

ativa), Conteúdo (óbitos por residência), Período (2011 e 2012), Município (Serrinha), Sexo (todas as categorias). Utilizando a mesma lógica, obteve-se dados referentes à mortalidade por raça/cor da pele, nível de escolaridade, estado civil e por local de ocorrência.

Para análise dos tipos de tratamento odontológico, foram selecionados: Assistência à saúde e Produção ambulatorial por local de atendimento; e os seguintes filtros: Procedimento; Quantidade aprovada; Período (2011 e 2012); Município (Serrinha); Subgrupo de Procedimentos (Tratamentos Odontológico e Bucomaxilofacial) e Complexidade (Atenção Básica).

A busca foi realizada por dois membros da pesquisa, sendo repetida em dias diferentes pelos mesmos pesquisadores, com o fito de confirmar os resultados encontrados, além de garantir que a falta de informação fosse decorrente de um problema momentâneo do sistema. Vale salientar que não foram realizadas buscas documentais no município, visto que o objetivo do artigo foi avaliar os dados disponíveis nos SIS.

Os dados sociodemográficos, de mortalidade e de tratamento odontológico foram tabulados por meio do software *TabWin*, versão 3.6. Após a tabulação, os dados

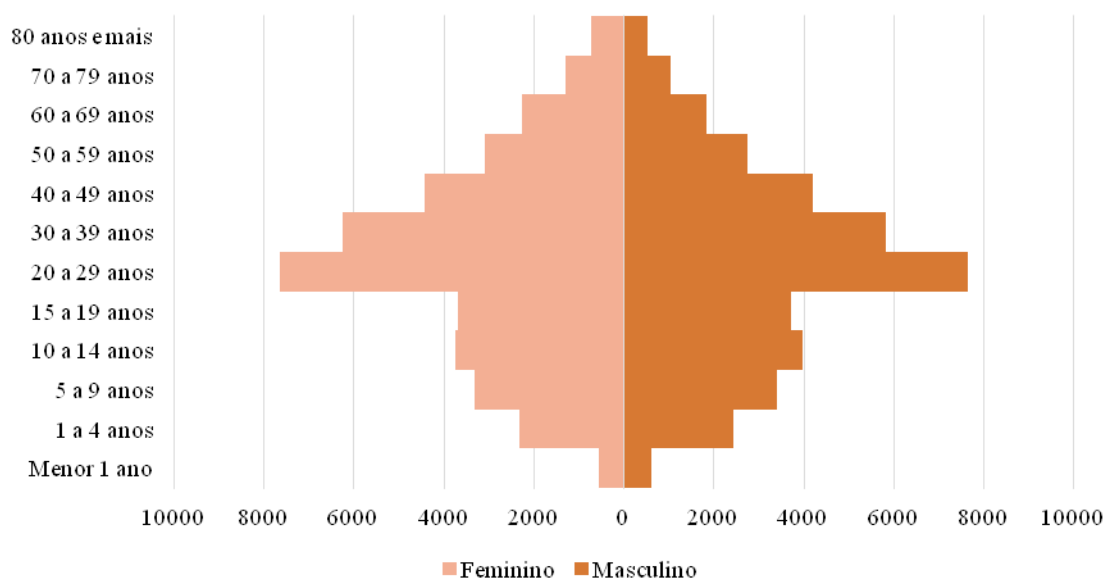
foram exportados para o programa *Microsoft Office Excel*® 2013 e foram organizados em formato de gráficos e tabelas.

RESULTADOS |

Os resultados sobre a distribuição da população por sexo, segundo faixa etária, revelam que o município não apresenta diferenças significativas em relação ao sexo e que existe uma predominância de indivíduos com idade entre 20 a 29 anos no biênio 2011-2012. Percebe-se também uma baixa taxa de natalidade, bem como um contingente de idosos acima de 80 anos bastante reduzido (Gráficos 1 e 2).

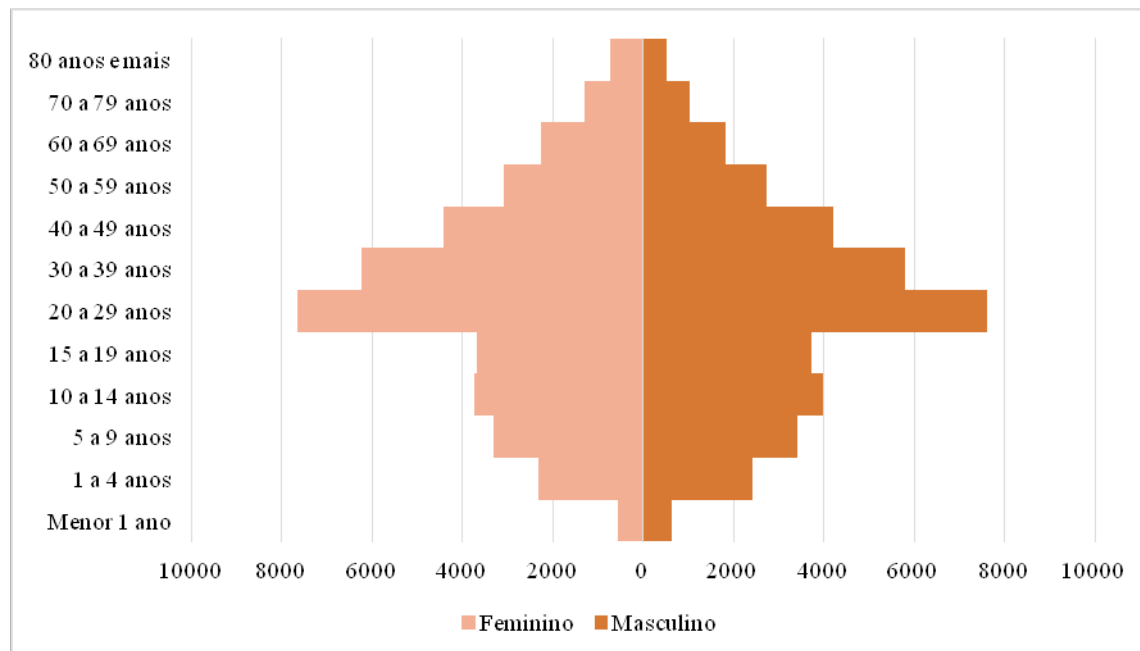
No que concerne aos dados de mortalidade segundo características socioeconômico-demográficas desta população, nota-se nos períodos de 2011 e 2012, respectivamente, que os homens (59,13% e 61,21%) morreram mais que as mulheres (40,87% e 38,55%), que a raça/cor da pele mais acometida foi a parda (49,04% e 45,10%), que aqueles que não possuíam nenhum ano de escolarização morreram mais (26,44% e 31,07%) e que os solteiros são mais vulneráveis ao óbito (32,22% e 30,37%). Salienta-se ainda que a maioria dos indivíduos vão a óbito em âmbito hospitalar (Tabela 1).

Gráfico 1 - Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade, Serrinha/BA, 2011



Fonte: Sistema de Informação em Saúde – DATASUS.

Gráfico 2 - Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade, Serrinha/BA, 2012



Fonte: Sistema de Informação em Saúde – DATASUS.

Tabela 1 - Mortalidade segundo características socioeconômico-demográficas da população do município de Serrinha/BA, 2011 e 2012

Características	2011 (N=416)		2012 (428)	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	246	59,13	262	61,21
Feminino	170	40,87	165	38,55
Ignorado	-	-	01	0,24
Raça/cor da pele				
Branca	82	19,71	94	21,96
Preta	79	18,99	100	23,36
Amarela	-	-	1	0,24
Parda	204	49,04	193	45,10
Ignorado	51	12,26	40	9,34
Nível de escolaridade (anos de estudo)				
Nenhum	110	26,44	133	31,07
1 a 3 anos	98	23,56	89	20,80
4 a 7 anos	40	9,61	26	6,07
8 a 11 anos	19	4,57	8	1,87
12 anos e mais	4	0,96	3	0,71
Ignorado	145	34,86	169	39,48

*continua.

*continuação.

Estado civil				
Solteiro	134	32,22	130	30,37
Casado	118	28,37	113	26,41
Viúvo	57	13,70	85	19,86
Separado	12	2,88	08	1,87
Outro	9	2,16	05	1,17
Ignorado	87	20,67	86	20,32
Local de ocorrência				
Hospital	241	57,93	228	53,27
Outro estado	01	0,24	-	-
Domicílio	134	32,21	165	38,55
Via pública	22	5,29	19	4,44
Outros	17	4,09	14	3,27
Ignorado	1	0,24	02	0,47
TOTAL	416	100,00	428	100,00

Fonte: Sistema de Informação em Saúde – DATASUS.

Na avaliação das causas de mortalidade do município, de acordo com capítulos do CID-10, observa-se que a maioria das pessoas morreram principalmente por sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (28,36% e 31,10%, em 2011 e em 2012, respectivamente) e por doenças do aparelho cardiovascular (21,40% e 18,46%, em 2011 e em 2012, respectivamente) (Tabela 2).

Quando da busca dos dados referentes à produção ambulatorial do SUS, relacionados aos tratamentos odontológicos realizados no município, não foram encontradas informações referentes a este aspecto. O sistema de informação indicava não existir registros.

Tabela 2 - Mortalidade segundo capítulos do CID-10 do município de Serrinha/BA, 2011 e 2012

Capítulos CID-10	2011 (N=416)		2012 (N=428)	
	N	%	N	%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16	3,85	18	4,20
Neoplasias (tumores)	41	9,86	40	9,34
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitário	3	0,72	1	0,23
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	34	8,17	24	5,61
Transtornos mentais e comportamentais	6	1,44	-	-
Doenças do sistema nervoso	4	0,96	4	0,93
Doenças do aparelho circulatório	89	21,40	79	18,46
Doenças do aparelho respiratório	22	5,29	27	6,31
Doenças do aparelho digestivo	14	3,36	21	4,91
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0,24	-	-
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	0,24	-	-
Doenças do aparelho geniturinário	8	1,92	4	0,93
Gravidez, parto e puerpério	2	0,48	-	-
Algumas afecções originadas no período perinatal	10	2,40	7	1,63
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	4	0,96	6	1,40
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	118	28,36	133	31,10
Causas externas de morbidade e mortalidade	43	10,34	64	14,95
TOTAL	416	100,00	428	100,00

Fonte: Sistema de Informação em Saúde – DATASUS.

DISCUSSÃO |

Os dados de estatísticas de mortalidade revelam importantes fontes de informações para a identificação das desigualdades existentes segundo o sexo, raça/cor da pele e escolaridade de uma população. Em relação ao sexo, neste estudo, verificou-se maior mortalidade entre os homens. Segundo o IBGE⁷, a mortalidade masculina é superior à feminina ao longo de toda a vida, fazendo com que a esperança de vida dos homens seja inferior a das mulheres.

Para Souza⁸, esse fato pode ser explicado porque os homens se expõem mais a situações de acidentes e violência por causa de comportamentos reafirmadores da masculinidade, próprios da sociedade contemporânea, que simbolizam maior poder e exigem maior virilidade e agressividade, tornando-os paradoxalmente mais vulneráveis a eventos de risco de morte precoce por agravos evitáveis.

Ademais, os dados revelam que, quando se avalia por meio do SIA as condições sociais e econômicas da população, observa-se que aquelas que apresentam distribuição de rendimentos e escolaridade inferiores apresentam piores condições de saúde e que, portanto, revelam um perfil característico de causas de óbitos. Ressalta-se que esse cenário pode ser devido ao desigual acesso a serviços de saúde, à informação, às condições de vida (por exemplo, alimentação e hábitos saudáveis) ou às condições de trabalho, lazer, entre outros⁹.

A variável raça/cor também se constitui uma ferramenta de orientação para análise das desigualdades em saúde, podendo ser utilizada como um eficiente marcador da desigualdade social⁹. Os negros e pardos representam 48,84% da população brasileira e geralmente apresentam maior perda de anos potenciais de vida, maior número médio de anos não vividos e morrem, em média, em idades mais precoces por homicídios, acidentes de trânsito e demais causas externas^{10,11}. A desigualdade social em relação à raça/cor da pele repercute diretamente nos indicadores de saúde, principalmente aqueles referentes à população negra, grupo mais vulnerável a uma série de agravos e doenças, quando comparada com a população branca^{9,12}.

Em relação ao estado civil, os resultados também são condizentes com a literatura. Verbrugge¹³, utilizando dados

americanos, observou que os indivíduos separados ou divorciados têm o pior estado de saúde, isto é, apresentam maior número de doenças crônicas, incapacidades e problemas de declínio cognitivo. Em seguida, viriam os viúvos e os solteiros e, finalmente, os casados. Em geral, a maioria das pesquisas realizadas nos Estados Unidos ou em outros países desenvolvidos sobre diferenciais de saúde por estado marital mostram que as pessoas casadas tendem a ter melhor saúde, demandam menos por serviços de saúde e experimentam menor mortalidade quando comparadas com as não casadas^{14,15}.

Salienta-se ainda que o estudo revelou uma maior porcentagem de mortalidade por sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte. Nesse capítulo do CID-10, está presente condições sem diagnóstico ou causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade. Assim, pode-se inferir que a qualidade dos dados sobre mortalidade fica comprometida quando uma proporção considerável de causas de morte é classificada como mal definida¹⁶.

Jorge, Laurenti e Gotlieb¹⁷, a partir de uma análise temporal da proporção dos óbitos sem diagnóstico ou causas mal definidas de 1979 a 2004 no Brasil, revelaram que, até meados da década de 1980, representava mais de 20% do total de óbitos captados pelo SIM; em 1990, havia declinado para cerca de 16%, e, nos anos 2000, sua frequência estava ao redor de 13%, sendo a região Nordeste a que apresentou proporção mais elevada entre as regiões do Brasil. Para os autores, os resultados são fruto de esforços dos gestores do Sistema, nos três níveis de atuação, federal, estadual e municipal, mas, embora auspiciosos, estão longe de corresponder a uma situação resolvida, visto que ainda é bastante elevado o índice de classificação de óbitos por causas mal definidas.

Estudo realizado em Minas Gerais buscou, por meio de uma pesquisa qualitativa, compreender o porquê da ocorrência de subnotificação de óbitos e de óbitos declarados com causa mal definida. Os entrevistados relataram: sepultamento sem exigência de documento nos denominados cemitérios não oficiais; registro do óbito em cartório com emissão de declaração de óbito sem assistência médica; e dificuldade de controle da ocorrência dos eventos devido à grande extensão da zona rural¹⁸.

É sabido que, na área da saúde, os programas e as políticas que têm como finalidade o controle de doenças

e mortes devem ser baseados em informações adequadas e oportunas sobre a natureza e extensão dos problemas observados, seus determinantes e sobre o impacto causado nas populações. Sem dúvida, os dados sobre mortalidade por idade, sexo e causa de morte se constituem na forma mais usada para atender às necessidades de planejamento e programação em saúde^{16,19}.

Ainda foi possível observar uma redução em relação ao número de óbitos por doenças cardiovasculares durante os anos de 2011 e 2012, fato que tem sido percebido no Brasil desde os anos 1990. Estudos têm observado uma progressiva redução na mortalidade por doenças cardiovasculares no país, mas que, apesar dessa redução, ainda apresentam taxas elevadas de morte por tais doenças²⁰⁻²².

Esta pesquisa também revelou existirem dificuldades operacionais nos diversos sistemas, como a não obtenção de dados referentes à produção ambulatorial do SUS relacionados aos tratamentos odontológicos realizados no município, impossibilitando a avaliação dos serviços. Uma das limitações pode estar atrelada à falta de uniformidade entre os profissionais envolvidos desde o registro dos dados à alimentação dos respectivos SIS. Esses problemas encontrados dificultam o processo de tomada de decisões, visto que as informações devem estar oportunamente disponíveis, ou seja, facilmente acessíveis ou recuperáveis.

Nesse sentido, quando não se tem acesso as informações que são geradas a partir dos dados alimentados pelos SIS, o planejamento e o desenvolvimento de políticas serão comprometidos, seja pela falta de realização, seja pela aplicação sem evidências das necessidades reais da população. Os gestores e profissionais de saúde precisam ter e conhecer bem as informações para poder exercer o processo de cuidado, de gerenciamento e de avaliação. Isto porque todas as atividades em saúde estão relacionadas com a busca e o uso da informação. Assim, quanto melhor os sistemas informatizados conseguem registrar, armazenar e disponibilizar esta informação, tanto melhor será o ato do profissional – melhor informação e maior qualidade na tomada de decisão²³.

CONCLUSÃO |

Os SIS são ferramentas essenciais ao apoio à gestão e ao planejamento do SUS, independentemente do município

estudado. Esta pesquisa evidencia que muitas questões relacionadas aos determinantes sociais em saúde ainda precisam ser valorizadas no município investigado. Ademais, dada a atual estrutura descentralizada para o levantamento de dados, cabe ao gestor municipal estimular e promover capacitações tanto para os responsáveis em alimentar os bancos de dados quanto para os profissionais de saúde que fazem os registros, seja de informações médicas, seja de odontológicas, para que esses sistemas cumpram o objetivo maior que é possibilitar o planejamento em saúde de maneira eficaz.

REFERÊNCIAS |

1. Guimarães EMP, Evora YDM. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. *Ci Inf.* 2004; 33(1):72-80.
2. White KL. Information for health care: an epidemiological perspective. *Inquiry.* 1980; 17:296-312.
3. Coeli CM, Camargo Junior KR, Sanches KRB, Cascão AM. Sistemas de informação em saúde. In: Medronho R, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia.* 2. ed. Atheneu: São Paulo; 2009. p. 337-57.
4. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & saúde.* 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.
5. Brasil. DATASUS [internet]. [acesso em 16 jul 2015]. Disponível em: URL: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>.
6. Brasil. IBGE [internet]. [acesso em 21 nov 2015]. Disponível em: URL: <<http://cod.ibge.gov.br/2352L>>.
7. Brasil. IBGE. Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 21 nov 2015]. Disponível em: URL: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf>>.
8. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Cienc Saude Colet.* 2005; 10(1):59-70.

9. Fiorio NM, Flor LS, Padilha M, Castro DS, Molinari MCB. Mortalidade por raça/cor: evidências de desigualdades sociais em Vitória (ES), Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2011; 14(3):522-30.
10. Brasil. IBGE. Censo 2010 [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 10 dez 2015]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/caracteristicas_da_populacao_tab_brasil_zip_ods.shtm>.
11. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(3):405-12.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [internet]. [acesso em 21 nov 2015]. Disponível em: URL: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/folder_politica.pdf>.
13. Verbrugge LM. Marital status and health. *JMF.* 1979; 41(2):267-85.
14. Goldman N, Korenman S, Weinstein R. Marital status and health among the elderly. *Soc Sci Med.* 1995; 40(12):1717-30.
15. Johnson NJ, Backlund E, Sorlie PD, Loveless CA. Marital status and mortality: the national longitudinal mortality study. *Ann Epidemiol.* 2000; 10(4):224-38.
16. Santo AH. Causas mal definidas de morte e óbitos sem assistência. *Rev Assoc Med Bras.* 2008; 54(1):23-8.
17. Jorge MHPM, Laurenti R, Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(3):643-54.
18. Campos D, Hadad SC, Abreu DMX, Cherchiglia ML, França E. Sistema de Informações sobre Mortalidade em municípios de pequeno porte de Minas Gerais: concepções dos profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18(5):1473-82.
19. Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ.* 2005; 83(3):171-7.
20. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde.* 2014; 23(4):599-608.
21. Villela LM, Gomes FE, Meléndez JGV. Tendência da mortalidade por doenças cardiovasculares, isquêmicas do coração e cerebrovasculares. *Rev Enferm UFPE* 2014; 8(9):3134-41.
22. Mansur AP, Favarato D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. *Arq Bras Cardiol.* 2012; 99(2):755-61.
23. Marin HF. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *J Health Inform.* 2010; 2(1):20-4.

Correspondência para/Reprint request to:

Samilly Silva Miranda

Rua Barão de Cotegipe, 95, Centro,

Serrinha/BA, Brasil

CEP: 48700-000

Tel.: (75) 9165-9365 / (75) 3261-2682

E-mail: samillymiranda@gmail.com

Submetido em: 21/01/2016

Aceito em: 31/10/2016

Perceptions of cardiac surgery patients and nursing education

O processo educativo do enfermeiro sob a ótica de clientes submetidos à cirurgia cardíaca

ABSTRACT | Introduction:

Nursing care is often enhanced by educational practices in health. The educational activity is intended to decrease the customers' lack of knowledge about a procedure a patient has to undergo.

Objective: *This study aims to analyze, from the perspective of patients in cardiac surgery, the contributions of an educational nursing program developed in the preoperative phase.*

Methods: *This is a descriptive, exploratory, and qualitative field research study, conducted in a teaching hospital between April and December 2012, involving 51 subjects, all older than 18 years. Data was collected through interviews and a semi-structured questionnaire.*

Results: *The presentation and analysis of the data was carried out using the thematic content analysis, and the following categories emerged: "The educational process in the perspective of the user: consensus and dissent" and "Nurse as Educator".*

Conclusion: *Our findings indicate that the client views the nurse as an educator and seem to confirm that the preoperative orientation favors the recovery of clients undergoing cardiac surgery, while pointing out the need to adapt the educational practice use.*

Keywords | *Cardiac Surgery; Perioperative Nursing; Nursing Care; Health Education.*

RESUMO | Introdução: O cuidado de Enfermagem é potencializado pelas práticas educativas em saúde. A ação educativa tem a finalidade de diminuir o déficit de conhecimento dos clientes acerca do procedimento ao qual será submetido.

Objetivos: Este estudo objetiva analisar, sob a ótica de clientes submetidos à cirurgia cardíaca, as contribuições de um programa educativo de enfermagem desenvolvido na fase pré-operatória. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritivo-exploratória com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em um hospital de ensino no período de abril a dezembro de 2012, com 51 sujeitos, maiores de 18 anos. A coleta de dados deu-se por meio de entrevista com questionário semiestruturado. **Resultados:** A apresentação e a análise dos dados foram realizadas por meio da análise de conteúdo temática, da qual emergiram as categorias: "O processo educativo na ótica do usuário: consensos e dissensos" e o "Enfermeiro como educador". **Conclusão:** Os resultados evidenciam que o cliente identifica o enfermeiro como educador e confirmam que a orientação pré-operatória favorece a recuperação dos clientes submetidos à cirurgia cardíaca, além de apontar a necessidade de adequação da prática educativa utilizada.

Palavras-chave | Cirurgia Cardíaca; Enfermagem Perioperatória; Assistência de Enfermagem; Educação em saúde.

¹Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, Vitória/ES, Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A incidência das doenças cardiovasculares nos países desenvolvidos aumenta a cada ano. Entre estas doenças, 80% estão relacionadas à doença arterial coronariana. É esperado que o número de mortes por doenças cardiovasculares, principalmente de doenças cardíacas e acidente vascular cerebral, no mundo, alcance 23,3 milhões em 2030¹. No Brasil, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte na população. Acredita-se que essas doenças sejam responsáveis por cerca de 20% das mortes em pessoas com mais de 30 anos de idade²⁻⁴.

Para a doença arterial coronariana, na maioria das vezes, a cirurgia de revascularização do miocárdio se faz necessária. Em geral, outros tipos de cardiopatias que podem requerer intervenção cirúrgica são as valvopatias e as cardiopatias congênitas^{4,5}.

Ao ser submetido à cirurgia cardíaca, o cliente vivencia uma experiência cheia de dúvidas, medos e inseguranças. Aqueles que têm conhecimento de sua doença e dos caminhos que devem percorrer agem de maneira mais segura e tranquila, cooperando com o tratamento e, conseqüentemente, com a alta hospitalar precoce, além de serem minimizados os riscos de complicações no pós-operatório⁶⁻⁸. Neste contexto, o enfermeiro e a equipe de enfermagem contribuem expressivamente para o alcance dos objetivos acima relacionados.

A enfermagem é caracterizada pelo cuidado e educação em saúde. Ao educar, o enfermeiro potencializa sua capacidade de cuidar⁹⁻¹⁰. Considerando a importância da ação educativa no exercício profissional do enfermeiro, julga-se que essa prática faz parte do cuidado em enfermagem, não só na atenção primária, mas igualmente na atenção secundária e terciária¹¹. Estudiosos do tema assinalam que, para que o processo de educação em saúde seja alcançado, se deve escolher métodos educativos que favoreçam a transformação dos indivíduos inseridos na sociedade, aumentando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de saúde e de ser saudável¹².

Estudos mostram que o cliente deve receber orientações acerca do procedimento cirúrgico, a respeito do que será esperado e vivenciado nos períodos pré, trans e pós-operatório. Essas orientações, se absorvidas, podem influenciar positivamente na recuperação pós-cirúrgica.

Assim, devem conter informações pertinentes à terapia indicada e serem de fácil compreensão por eles⁸⁻¹³. Essa discussão é ampliada ressaltando a necessidade da percepção do enfermeiro em abrir espaço para que as dúvidas elencadas pelos pacientes sejam dirimidas.

Estudo realizado na Colômbia, no ano de 2010, sugere que a intervenção educativa de enfermagem tem a finalidade de diminuir o déficit de conhecimento dos clientes acerca do procedimento ao qual será submetido, melhorar as condutas para o autocuidado, além de propiciar calma, tranquilidade e coragem ao paciente para enfrentar o processo cirúrgico em todo o período perioperatório¹⁴.

Considerando esses aspectos, iniciou-se em abril de 2012, em um hospital universitário no Estado do Espírito Santo, um plano de assistência de enfermagem ambulatorial com ênfase na educação em saúde, por meio de práticas educativas voltadas para orientações pré-operatórias ao cliente candidato à cirurgia cardíaca. O programa visa oferecer orientações, na consulta de enfermagem, de forma oral e por meio da entrega de uma cartilha impressa contendo informações sobre o período perioperatório. Além disso, é disponibilizado contato telefônico para esclarecimento de quaisquer dúvidas ou para agendar uma nova consulta com vista à reorientação dos pacientes e/ou familiares, caso necessário. No setor de internação, os pacientes recebem reforço das orientações discutidas no ambulatório, quando internados para a cirurgia.

Durante o desenvolvimento do projeto, surgiram questionamentos como: O programa educativo está interferindo positivamente na recuperação dos clientes submetidos à cirurgia cardíaca? Diante dessa experiência vivida, como foi para o cliente ter recebido as orientações pré-operatórias? Nesse contexto, tornou-se relevante a avaliação das contribuições deste programa educativo de enfermagem implementado no período pré-operatório de clientes candidatos à cirurgia cardíaca. O presente estudo objetivou analisar, sob a ótica de clientes submetidos à cirurgia cardíaca, as contribuições de um programa educativo de enfermagem aplicado na fase pré-operatória.

MÉTODOS |

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritivo-exploratória com abordagem qualitativa, a qual possibilita

conhecer, sob a ótica dos atores, as interpretações que fazem a respeito de como vivem, formam seus conhecimentos e a si mesmos, sentem e pensam, de modo a levantar temas importantes para a direção da pesquisa¹⁵.

O cenário de estudo foi o ambulatório de um hospital Universitário no Município de Vitória (ES), onde são realizadas consultas em diversas especialidades, entre elas a de cardiologia cirúrgica. Optou-se por este cenário também por constituir o local de vínculo profissional da pesquisadora principal e onde nasceram as inquietações que determinaram a realização desta investigação.

O presente estudo obteve aprovação do Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o parecer de nº 097/11 e está em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A população do estudo foi composta por 89 clientes inseridos no projeto de orientações, destes 38 não participaram do estudo por não se adaptarem aos critérios de inclusão. Assim, os sujeitos do estudo totalizaram 51 pacientes.

Foram incluídos no estudo clientes maiores de 18 anos, submetidos a cirurgias cardíacas via esternotomia, inseridos no projeto de orientações, que retornaram espontaneamente para a revisão da cirurgia ou por contato telefônico.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a dezembro de 2012 e, depois de orientados sobre os objetivos do estudo, a metodologia, a garantia do anonimato e a liberdade de se recusarem ou sair a qualquer momento do estudo, aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A identidade dos sujeitos do estudo foi preservada, usando para a sua identificação códigos alfanuméricos, em que E significa entrevistado; F, sexo feminino; M, sexo masculino, acrescido do número correspondente à ordem da realização das entrevistas.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi entrevista individual com base em um roteiro semiestruturado composto por questões abertas para o alcance dos objetivos propostos. Considerando o sujeito e a sua particularidade, buscou-se conhecer e descrever qual a importância

atribuída por eles ao processo educativo; qual a análise dos entrevistados em relação às orientações de enfermagem fornecidas no período pré-operatório e a contribuição do instrumento construído - cartilha de orientações, para o processo de recuperação pós-cirúrgica.

Para registro das entrevistas, foi utilizado um gravador. Posteriormente, os relatos dos participantes foram transcritos na íntegra.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática, que consiste em encontrar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, em que a presença ou frequência tenham algum significado para o objeto analítico desejado (15). Inicialmente, foi feito um contato direto e intenso com os depoimentos transcritos visando impregnar-se pelo seu conteúdo (leitura flutuante). Uma leitura exaustiva dos depoimentos transcritos foi feita para construção do universo analisado em sua totalidade (*corpus*), a fim de que o material contemplasse todos os aspectos levantados no roteiro e garantisse a representatividade dos sujeitos do estudo. Em seguida, buscou-se a formulação provisória de hipóteses tendo como parâmetro as indagações iniciais. Após, determinou-se as unidades de registro (palavra-chave ou tema), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro) os recortes e a forma de categorização (15), o que determinou duas grandes categorias temáticas: 1) O processo educativo na ótica do usuário: consensos e dissensos; 2) O enfermeiro como educador. Por fim, a descrição dos resultados e interpretação dos resultados obtidos.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Da análise dos dados, emergiram duas categorias: “O processo educativo na ótica do usuário: consensos e dissensos” e o “Enfermeiro como educador”.

Esta categoria foi construída a partir dos temas evidenciados nos depoimentos que melhor representam os sujeitos do estudo, indicando tanto concordância quanto discordância acerca do processo educativo desenvolvido com clientes incluídos no serviço de cirurgia cardiovascular sobre as questões: a percepção individual quanto às orientações fornecidas pelo enfermeiro no período pré-operatório; a percepção e sentimento dos clientes em

relação ao recebimento das orientações e sobre a cartilha de orientações.

Observou-se nos depoimentos de todos os sujeitos que eles avaliaram as práticas educativas implantadas como: relevantes para a recuperação pós-operatória; meio de proporcionar esclarecimentos, calma e tranquilidade; modo de ajuda para estar preparado para o momento cirúrgico. Ainda referiram que as orientações lhe trouxeram informações que eram desconhecidas, como consta nas falas abaixo registradas.

[...] mas tem que tá preparado pra essas coisas, e quanto mais informação você tiver melhor, sobre a cirurgia, sobre o que você vai passar ali “[...]” Pois é, eu tava tranquilo... Por causa das orientações que você me deu antes, entender? “[...]” Então, eu já sabia, porque eu fui orientado (EM 25).

É, ajudou bastante em termos de que estava ocorrendo enquanto o enfermeiro vinha e fazia as anotações, colhia o líquido do dreno, da urina, né? Isso ajudou muito a entender o que tava passando e me acalmar um pouco mais. Ajudou muito porque aí fiquei ciente do que tava ocorrendo, qual o tipo de cirurgia, qual o problema que eu estava passando, né? Então isso aí foi muito importante. A gente achava que o tubo era porque tinha parada cardíaca ou alguma coisa. Agora, a gente sabe que ele é necessário, deixa a gente mais tranquilo (EM 47).

É... A gente não se sabe mesmo, porque o paciente tá apreensivo, não sabe o que vai acontecer, o que pode acontecer principalmente no caso aí de uma cirurgia cardíaca, todo mundo tem medo de morrer “[...]” daí as orientações são ótimas, necessárias. Entendeu?(EM 33).

Dados semelhantes foram encontrados em um estudo que objetivou identificar os procedimentos e as orientações recebidas pelos clientes submetidos à cirurgia eletiva no preparo pré-operatório, no qual os pesquisadores constataram que os clientes perceberam o preparo pré-operatório como colaborador para o enfrentamento da cirurgia. No estudo citado, os pacientes referiram que as orientações diminuem a ansiedade e os medos causados pelos procedimentos¹⁶.

Corroborando com os nossos resultados, outros autores mencionam que a orientação pré-operatória é essencial para o preparo do cliente, pois coopera para torná-lo menos amedrontado, devido ao esclarecimento de dúvidas, e

ainda sugerem que a intervenção educativa de enfermagem auxilia na adoção de condutas para o autocuidado¹⁴.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade da abordagem pré-operatória com vários aspectos referentes a temas técnicos pautados no período perioperatório da cirurgia e na recuperação e ainda assuntos relacionados ao futuro e aos que se referem ao retorno das atividades diárias. O enfermeiro, quando realiza a orientação pré-operatória, necessita estar acessível à inserção de perguntas, permitindo assim que as dúvidas sejam elucidadas, objetivando a informação real a respeito do processo de recuperação, para não manter falsas expectativas¹⁷.

Os resultados apresentados confirmam a necessidade de práticas educativas voltadas ao cliente no pré-operatório de cirurgia cardíaca, uma vez que a obtenção de informações é sugerida pelos clientes como ações que o levam ao entendimento do seu estado de saúde, de como podem ajudar no processo de recuperação, além de lhes garantir a autonomia para decidir sobre o seu tratamento e sua recuperação.

Outro aspecto do processo educativo que traz uma concepção positiva é a cartilha, sobretudo pelo uso de linguagem clara e acessível e pelas ilustrações gráficas em sua estrutura.

Porque tá muito simples, tá fácil de qualquer um entender, né? Pode ser que haja alguma coisa a ser acrescentada que eu não sei o que é, mas do jeito que está é fácil de entender (EM 33).

Bom, o que eu tenho a dizer é que o uso dela é fundamental pra recuperação da gente, né? Pra entender melhor o que é uma cirurgia, que eu não entendia também, né? Pra mim foi bom! (EM 44).

Pra mim tá perfeita, pra mim foi perfeita, não tive dúvida nenhuma quanto à cartilha, tá bem explicado, não tive problema algum. Só melhorou mesmo pra eu tá já mais tranquila, né? Tava difícil, né? Até então. Eu vi, comecei a ler direitinho aí fiquei tranquila (EF 37).

Manuais informativos são avaliados como uma importante estratégia de apoio aos programas educativos e são fundamentais para que o enfermeiro realize suas orientações de forma organizada e padronizada, de maneira a não se perder informações. Ainda indicam sua eficácia para fixar

informações e estimular os clientes a seguirem as práticas sugeridas^{14,18}.

Os manuais devem conter orientações significativas sobre o tema, e a linguagem das informações deve ser simples, clara e objetiva, tornando-as compreensíveis a todos os leitores, independentemente do grau de instrução. Os mesmos autores afirmam ainda que o manual não dispensa as informações verbais fornecidas pelo enfermeiro, pois, no momento do contato, há a oportunidade de orientações específicas, além de permitir o esclarecimento de dúvidas do cliente e de seus familiares¹⁸⁻¹⁹.

De acordo com o que foi apresentado pelos participantes da pesquisa, a cartilha de orientações fornecida no período pré-operatório mostrou-se um material importante para prover informações e entendimento acerca do procedimento ao qual seriam submetidos. Diante disso, torna-se imprescindível que os termos utilizados em sua composição escrita sejam de fácil entendimento e de fácil compreensão.

Por sua vez, a análise de conteúdo revelou um elemento que merece maior aprofundamento no âmbito do processo educativo e a adoção de estratégias voltadas a tornar os clientes mais seguros durante a hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nesse sentido, a hospitalização na UTI, conforme relato dos depoentes mostra-se um momento ainda repleto de tensões e dúvidas.

Sim, com relação ao CII após o cirúrgico. O clima que fica dentro da UTI, as ações que são feitas dentro do CII. Possam ser de forma mais clara e/ou mais atenção para que o paciente possa se acalmar um pouco mais. No CII ele é um momento assim, pós-operatório muito complicado, difícil, né? Às vezes, a gente fica psicologicamente abatido e pensa em algumas coisas e, às vezes, não sabe e acontece de, assim, ficar sem explicações no momento, que demora um pouco a ser atendido. E a gente fica preocupado (EM 47).

A primeira sugestão que eu faço é orientar melhor a pessoa em como ela virar, se posicionar lá na UTI mesmo, né? “[...]” E também sobre a sonda, né? O negócio, igual eu falei da sonda, a pessoa não precisa de ir ao banheiro pra urinar “[...]” (EM25).

A UTI é definida como um setor de alta complexidade e detentor de particularidades físicas, estruturais e de profissionais altamente qualificados, que proporcionam

o máximo cuidado e controle dos pacientes, tornando-a uma unidade dedicada a pacientes graves. Dessa forma, desenvolve-se um conceito social de setor de pacientes cuja sensação de morte é iminente, o que causa no paciente o sentimento de medo, aumentando a ansiedade e o estresse para os que a experimentam²⁰.

O conteúdo descrito no primeiro depoimento acima corrobora com estudos que se referem aos pacientes que vivenciam a internação na UTI, além dos cuidados inerentes ao serviço dessa unidade, precisam de amor, atenção, compartilhar a sua dor e sofrimento²⁰⁻²¹. Nesse sentido, é oportuna a inferência de diversos pesquisadores de que a orientação pré-operatória deve conter informações acerca do que será vivenciado em todo o período perioperatório^{8,13}.

Considerando o contexto da cirurgia cardíaca, as orientações acerca da internação na UTI e dos procedimentos ali realizados se tornam necessárias. Ainda, é igualmente imprescindível que a equipe de enfermagem forneça esclarecimentos a respeito da realização da sondagem vesical, que se constitui em um procedimento que expõe a intimidade do indivíduo, sendo fundamental para o paciente conhecer a importância de sua realização¹⁶.

Por sua vez, o profissional precisa conhecer e respeitar a vontade do paciente em desejar ou não receber todas as orientações, conforme o seguinte relato¹⁷.

A cartinha é onde mostra como é feita a cirurgia, né, isso? Então, eu acho que algumas partes deveria ser até evitadas, porque, no caso, a pessoa já tá com medo, aí eu acho que ela, eu pelo menos fiquei um pouco mais preocupado em alguns detalhes, porque, por exemplo, eu acho que não deveria ser dito ao paciente 100% do que vai ser a cirurgia, eu acho que deveria ser dado algumas explicações que deixasse o paciente seguro, mas não tão quanto é dado com filmes, desenhos, mostrando como é que é feito, ou relatando como é feita a cirurgia, porque a partir do momento que a gente fica anestesiado, não como eu que não vi nada, eu acho desnecessário passar o que vai ser feito durante a cirurgia, como é a cirurgia em si no seu total, acho que não há necessidade da totalização de detalhes, pode causar nervosismo ou ansiedade (EM 30).

Compreende-se que a internação na UTI e o uso de sonda vesical são fontes geradoras de ansiedade e estresse no paciente no pós-operatório. Entende-se ainda que a informação fornecida pelo enfermeiro acerca desses

procedimentos no período pré-operatório pode diminuir esses efeitos no cliente.

Essa categoria retrata o papel do enfermeiro como integrante deste processo educativo e emergiu do questionamento sobre a percepção dos sujeitos quanto às orientações fornecidas pela enfermeira, sobretudo sobre a cartilha de orientações. O conjunto de depoimentos dos sujeitos reforçou a importância do enfermeiro como educador em saúde e suas orientações como fatores imprescindíveis para o entendimento das informações contidas nas cartilhas.

Não, pra melhorar ela tem que ter explicação do enfermeiro seja o que for, né? Pra melhorar pros pacientes pra frente também, né? Que tudo que é mais explicado é mais melhorado, né? Então se não explicar a daí vai pra pior, né? (EM 43).

A cartilha é muito boa. Que ela instrui aquela cirurgia tudo, né? Sem aquela, como é que a gente vai fazer? Tem que ter um professor explicando, você lê e já sabe do que vai fazer. É o caminho, né? Pra cirurgia é a cartilha (EM 45).

A eu achei muito bom, foram muito boas as orientações dela, né? As enfermeiras, né? Elas foram muito atenciosas, graças a Deus. Ajudou muito a estar preparada pra aquele momento (EF 36).

O papel educativo do enfermeiro é imprescindível no período perioperatório, pois o cliente será submetido a diferentes procedimentos, os quais desencadeiam situações de desconforto e ansiedade. Os relatos expostos a seguir evidenciam que as ações educativas do enfermeiro foram capazes de contribuir para o autodomínio do cliente quanto ao conhecimento referente ao período perioperatório, bem como na tomada de decisões quanto às condutas esperadas para o pós-operatório.

Por que tá tudo bem explicado, entendeu? Bem orientado, não tem nada contra. “[...]” já tava assim tudo na mente, tudo que você já tinha me orientado, né, falado, eu já sabia que ia acordar com aquele tubo, aí eu já acordei consciente de tudo, sabendo de tudo que já ia acontecer comigo ali (EF 10).

Por que eu fiz a orientação, né? Acompanhei a orientação dela, né? Aquele negócio de respirar antes e depois, entendeu? “[...]” por que lembrei, acordei assim, “[...]” ciente de tudo (EM 11).

Ensinou muitas coisas, né? Muitas coisas que eu não sabia “[...]” me ensinou, como é que eu deitava, que eu ficava, né? Depois de operado, aí eu me entendi tudo essas coisas (EM 31).

Me ajudou bastante porque, quando eu estava naqueles aparelhos, quando foi arrancar aquele tubo, eu não fiquei nervoso nem nada, fiquei calmo (EM 34).

A relação enfermeiro-paciente e o estabelecimento de vínculos são essenciais, pois o enfermeiro tem ação significativa na educação pré-operatória de clientes que serão submetidos à cirurgia cardíaca por apresentar competência técnica e saber científico para prestar informações adequadas ao cliente sobre os procedimentos a serem realizados^{11,16,17}. Assim, a orientação pré-operatória é considerada uma atividade educativa essencial do enfermeiro, que deve fazer uso dessa prática como prioritária para alcançar uma assistência segura e de qualidade, que considere o cliente em sua individualidade^{8,13,17}.

Os entrevistados identificam a figura do enfermeiro como educador. No entanto, ainda se evidencia a deficiência na interiorização e na incorporação dessa prática como algo indissociável ao cuidar em enfermagem. Cabe ao enfermeiro reconhecer e intervir na direção do encorajamento das estratégias que comprovadamente reduzem a tensão no período pré-operatório, enfatizando o suporte social e familiar e os recursos da própria religiosidade e espiritualidade do paciente²². Com essa conduta, espera-se que não se tenha pacientes, mas cidadãos conscientes e decisivos no seu processo de promoção, prevenção e recuperação de saúde.

CONCLUSÃO |

Este estudo permitiu analisar a visão do cliente em relação a um programa educativo de enfermagem desenvolvido na fase preparatória para a cirurgia cardíaca. Na percepção dos clientes, a orientação pré-operatória contribuiu para o enfrentamento da cirurgia na medida em que as informações diminuem a ansiedade e o medo desencadeados pela cirurgia.

Os resultados do estudo evidenciam que o cliente identifica o enfermeiro como educador. Nota-se que, na visão dos clientes submetidos à cirurgia cardíaca, a participação no programa educativo pré-operatório foi fator contribuinte para o seu processo de recuperação. Entretanto, houve

algumas divergências no grupo estudado que se referem à necessidade de melhor abordagem quanto à internação na Unidade de Terapia Intensiva e quanto aos procedimentos de rotina realizados no período perioperatório. Ainda evidenciaram que é fundamental investigar, de modo mais interativo, a aceitação do cliente em receber orientações.

As práticas educativas de enfermagem, além de colaborarem para o autodomínio e a tomada de decisões do cliente referente ao período perioperatório, constituem-se em uma das formas de valorização do enfermeiro, ampliando o campo de ação desse profissional e conferindo visibilidade à sua atuação.

REFERÊNCIAS |

1. World Health Organization (WHO). Cardiovascular diseases. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/>. Acesso em 06 maio 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Mansur AP, Favarato D. Trends in mortality rate from cardiovascular disease in Brazil, 1980-2012. *Arq Bras Cardiol.* 2016; 107(1):20-5.
5. Lisboa LAF, Moreira LFP, Mejia OV, Dallan LAO, Pomerantzeff PMA, Costa R, et al. Evolução da cirurgia cardiovascular no Instituto do Coração: análise de 71.305 operações. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 94(2):174-18.
6. Soares GMT, Ferreira DCS, Gonçalves MPC, Alves TGS, David FL, Henriques KMDC, et al. Prevalência das principais complicações pós-operatórias em cirurgias cardíacas. *Rev Bras Cardiol.* 2011; 24(3):139-46.
7. Regis SR, Santiago LC. Contribuição das orientações de enfermagem pré-operatórias para clientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Enfermería Global.* 2008; (14):1-6.
8. Duarte SCM, Stipp MAC, Mesquita MGR, Silva MM. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. *Esc Anna Nery.* 2012; 16(4):657-65.
9. Ferraz F, Silva LWS, Silva LAA, Reibnitz KS, Backes VMS. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(5):607-10.
10. Góes FGB, La Cava AM. Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. *Rev Eletr Enf.* 2009; 11(4):942-51.
11. Acioli SA. Prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(1):117-21.
12. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007; 12(2):335-42.
13. Carvalho LDP, Mamede MV, Araújo MRO. Conhecimento de pacientes sobre o processo de autocuidado em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Cad Pesq.* 2011; 18(esp):18-25.
14. Rodriguez-Gázquez MLA, Arredondo-Holguin E, Herrera-Cortés R. Efetividade de um programa educativo em enfermagem no autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: Ensaio clínico randomizado. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012; 20(2):1-11.
15. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.
16. Perrando M S, Beuter M, Brondani C M, Roso C C, Santos T M, Predebon G R. O preparo pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico. *R Enferm UFSM.* 2011; 1(1):61-70.
17. Camponogara S, Soares SGA, Silveira M, Viero CM, Barros CS, Cielo C. Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Min Enferm.* 2012; 16(3):382-90.
18. Bittar E, Silva EA, Duarte D. Satisfação dos pacientes quanto ao manual de orientação pré e pós-cirurgia cardíaca. *Rev Sobecc.* 2012; 17(1):54-60.

19. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(5):754-7.

20. Bringuente MEO. Estressores e sentimentos vivenciados por pacientes em unidade de terapia intensiva. Vitória: EDUFES; 2012.

21. Silva FD, Cherniharo IM, Silva RC, Ferreira MA. Discurso de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(4):719-27.

22. Gonçalves KKN, Silva JI, Gomes ET, Pinheiro LLS, Figueiredo TR, Bezerra SMMS. Anxiety in the preoperative period of heart surgery. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(2):397-403.

Correspondência para/Reprint request to:

Karolini Zuqui Nunes

Av. Marechal Campos, 1468,

Campos Universitário Maruípe, Vitória/ES, Brasil.

CEP: 29040-090

Tel.: (27) 33357280

E-mail: karol-zuqui@hotmail.com

Data de submissão: 09/03/2016

Data de aceite: 01/11/2016

Characterization and prevalence of breastfeeding in a population attending public health units in Palmas/TO, Brazil

| Caracterização e prevalência do aleitamento materno em uma população atendida na rede pública de saúde de Palmas/TO, Brasil

ABSTRACT | Introduction: *Among the factors that contribute to the healthy growth of children, breastfeeding is quite important, since it prevents several health injuries. Exclusive breastfeeding should be ensured from the first extra-uterine life hour until the 6th month of postnatal life. Objective: This study aimed to evaluate the prevalence of breastfed children and the main limitations of breastfeeding among the women cared by the public health units of Palmas, Tocantins. Methods: In the 12-month period of the study, questionnaires were answered by mothers and women with children up to four months old at Primary Care Units. The questions focused on the mothers' practices regarding breastfeeding, as well as about the children (good hold of the breast; number of feedings per day; the average length of each feeding, use of pacifiers and baby bottles). Results: The main results point that most subjects practiced exclusive breastfeeding (64%), but a relatively large percentage (21%) of mothers included other foods in the children's diet. Conclusion: The study population recognizes the importance of breastfeeding; however, further clarification on this issue is needed for developing informed strategies of health promotion.*

Keywords | Breast Feeding; Human milk; Supplementary Feeding.

RESUMO | Introdução: Dos fatores que contribuem para o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças pode-se destacar o aleitamento materno, uma vez que previne uma série de agravos à saúde. Deve-se garantir o aleitamento materno exclusivo desde a primeira hora de vida extrauterina até o 6º mês de vida pós-natal. **Objetivos:** Este estudo teve por objetivo avaliar a prevalência de crianças em aleitamento materno e as principais limitações do ato de amamentar entre as mulheres atendidas pela rede pública de saúde da cidade de Palmas, Tocantins. **Métodos:** A coleta de dados ocorreu em um período de 12 meses, aplicando-se questionários às puérperas e mulheres com filhos de até quatro meses de idade, atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da cidade. Entre os questionamentos estavam as práticas da mãe, no que diz respeito ao aleitamento, bem como informações sobre a criança (se conseguia fazer boa pega do seio; o número de mamadas/dia; a duração média de cada mamada e se fazia uso de chupetas e mamadeiras). **Resultados:** Como principais resultados, constatou-se que a maioria das entrevistadas praticava o aleitamento materno exclusivo (64%), porém era grande o percentual (21%) de mães que fazia a inclusão de outros alimentos na dieta da criança. **Conclusão:** A população estudada reconhece a relevância da prática da amamentação, entretanto, mais esclarecimentos sobre esse tema figuram ainda como estratégia importante de promoção à saúde.

Palavras-chave | Amamentação; Leite materno; Alimentação complementar.

¹Universidade Federal do Tocantins, Palmas/TO, Brasil.

²Universidade Norte do Paraná/PR, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Mulheres e crianças constituem a maioria das pessoas que vivem na pobreza, em todo o mundo¹. No Brasil, esse grupo corresponde a uma grande parcela da população, estimada em mais da metade do número total de habitantes, que apresenta as mais elevadas taxas de morbimortalidade, quando comparada aos demais grupos populacionais².

A assistência pré-natal está associada aos níveis de saúde das mães e de seus filhos, uma vez que a ausência ou a baixa qualidade dessa assistência está associada à taxa de mortalidade materna mais alta e a inadequadas condições de nascimento. Nesse sentido, é importante enfatizar que os cuidados direcionados ao grupo maternoinfantil são imprescindíveis para aumentar o conforto e a segurança integral, num contexto de promoção da saúde da mulher e da criança, bem como promover a saúde da população em geral³.

Uma das maneiras de promover a saúde da criança é fornecendo-lhe o leite materno até o sexto mês de vida, pois este é o alimento ideal para o bebê, sendo recomendado como o único alimento necessário nesse intervalo de tempo. Passados os seis meses de vida pós-natal, deve ser feita a introdução de alimentos complementares, mantendo a amamentação⁴.

Sabe-se que a introdução de outros líquidos, além do leite materno, nos primeiros quatro meses de vida da criança pode interferir de maneira negativa na absorção e biodisponibilidade de nutrientes, podendo tornar menor a oferta de leite materno ingerido e levar ao ganho de peso insuficiente, bem como elevar o risco para diarreia, infecções respiratórias e alergias⁵.

Crianças que não recebiam leite materno tiveram um risco 14 vezes maior de morrer por diarreia, quando comparadas às que recebiam exclusiva ou predominantemente o leite materno⁶.

Pelos benefícios apresentados, o aleitamento materno tem sido recomendado tanto por organizações nacionais quanto internacionais, entretanto, sua prevalência é reduzida⁷.

Estudos mostram que estratégias precisam ser implantadas e aprimoradas, recorrendo-se, por exemplo, à atenção básica e aos profissionais nela inseridos, visto que atuam diretamente e de forma contínua com as gestantes e

puérperas, tornando-se propagadores importantes das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno⁸.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é uma boa ferramenta para a promoção e apoio ao aleitamento materno, pois oferece às famílias atenção à saúde preventiva e curativa, em suas próprias comunidades. Especificamente com relação à amamentação, a equipe de saúde da família pode promover atividades educativas desde o período pré-natal ao puerpério.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência de crianças em aleitamento materno (exclusivo ou complementado) e as principais limitações e fatores complicadores do ato amamentar, entre as lactantes, atendidas pela rede pública de saúde, na cidade de Palmas.

MÉTODOS |

Tratou-se de uma pesquisa de corte transversal, em que foram coletados dados de mães e respectivas crianças, assistidas na rede pública de saúde da cidade de Palmas. Foram incluídas no estudo todas as mulheres no primeiro semestre de lactação, de diferentes níveis de escolaridade e número de gestações que, ao serem abordadas, aceitaram participar. Mães adotivas não foram incluídas no estudo, pois não estavam amamentando no momento da coleta de dados.

O tamanho amostral foi calculado de acordo com as fórmulas propostas em Barbetta⁹, admitindo-se uma margem de erro de 8% e depositando-se nesse resultado um grau de confiança de 95%, obtendo a amostra mínima de puérperas a serem entrevistadas. As fórmulas utilizadas foram:

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} \text{ onde: } n_0 \text{ é a primeira aproximação do tamanho da amostra; } E_0 \text{ é o erro amostral tolerável;}$$

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0} \text{ onde: } N \text{ é o número de elementos da população; } n \text{ é o tamanho da amostra.}$$

O tipo de amostragem foi estratificado proporcional, onde cada Unidade de Saúde foi considerada um estrato. Para este fim, foi usado o programa estatístico *Bioestat* 5.0¹⁰.

Ao todo foram entrevistadas 321 mulheres, sendo 87 da região norte, 89 da região central e 145 da região sul de Palmas - Tocantins. Os dados foram coletados por meio de abordagem individual, nas consultas puerperais, nos encontros de puericultura e em visitas domiciliares.

As informações foram coletadas por meio de um questionário, especificamente elaborado para este estudo, que foi testado anteriormente em um estudo piloto, com 60 participantes. As informações levantadas eram sobre a mãe e seu recém-nascido, tais como: se a criança conseguia fazer boa pega do seio; o número de mamadas/dia; a duração média de cada mamada; se a criança fazia uso de chupetas e/ou mamadeiras; o tipo de aleitamento praticado; os alimentos lácteos e complementares oferecidos aos bebês; as intercorrências mais comuns no processo de lactação (dores mamárias, ingurgitamento mamário, tipo de mamilo e presença de candidíase mamária); se foi realizada a amamentação na primeira hora de vida da criança e os principais motivos que levaram a mãe a não amamentar.

O aleitamento foi avaliado como: *Aleitamento materno exclusivo*: criança alimentada apenas com leite humano, diretamente do peito ou ordenhado; *Aleitamento materno predominante*: criança alimentada com leite materno, complementado com água (adoçada ou não), chá, outras infusões, suco de frutas e outros líquidos, exceto leite não materno; *Aleitamento materno complementado*: crianças alimentadas com leite materno, associado a qualquer outro tipo de complemento: líquido, semissólido ou sólido ou outros leites; *Aleitamento Artificial*: crianças não alimentadas com leite materno. São alimentadas com outros leites e/ou qualquer tipo de alimento complementar, líquido, semissólido ou sólido¹¹.

Para definir o tipo de aleitamento materno, foram consideradas as informações referentes à amamentação praticada nos primeiros quatro meses de vida dos bebês.

O projeto somente foi iniciado após submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Tocantins (Número 007/2011), e todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

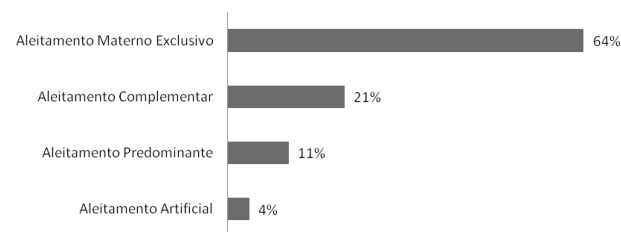
Os resultados da pesquisa foram informados ao gestor municipal de saúde, para que a atenção nutricional pré-natal seja mantida e incentivada na rede pública de saúde.

Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas, utilizando-se o programa *Epi Info* 3.4.2¹².

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Pode-se observar na Figura 1 que a maior parte das crianças com idades até quatro meses recebia leite materno. É importante ressaltar ainda a alta prevalência de aleitamento materno exclusivo, 64% das mulheres entrevistadas ofereciam exclusivamente o leite humano aos seus bebês.

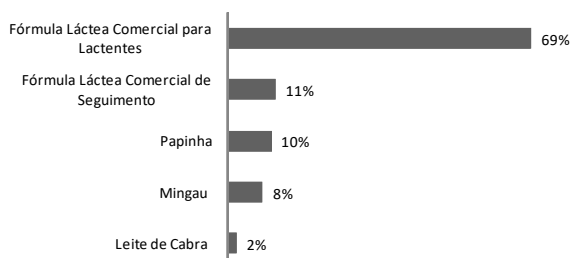
Figura 1 - Tipos de Aleitamento ofertado aos bebês (n=321), cidade de Palmas/TO, 2011/2012



A inexistência de amamentação ou sua interrupção precoce (antes dos 4 meses), e a inclusão de outros alimentos à dieta da criança, durante esse período, resultam em consequências importantes para a saúde do bebê, como exposição a agentes infecciosos, contato com proteínas estranhas, prejuízo da digestão e assimilação de nutrientes¹³.

Entre as 61 mães (36%) que ofertavam alimentação complementar aos filhos, 18% ofertavam dois ou mais tipos de complementos. Na Figura 2 podem ser observados os tipos de alimentos complementares oferecidos aos lactentes estudados.

Figura 2 - Tipos de alimentos complementares oferecidos aos lactentes (n=61) na cidade de Palmas/TO, 2011/2012



No Brasil é prática comum a oferta de fórmulas lácteas para bebês antes do tempo apropriado, mesmo que amamentados exclusivamente com leite materno. O desmame precoce ocorre pela crença materna de que o leite humano é fraco e não supre as necessidades nutricionais do bebê¹⁴. Tal crença é devida à aparência aguada do leite materno, quando comparado ao leite bovino, em razão do primeiro possuir alto teor de água em sua composição e, por desinformação, as mães acreditarem que produzem um alimento aquém do que o filho necessita¹⁵.

Do número total de entrevistadas 10 relataram oferecer aleitamento materno predominante, no entanto, não informaram o tipo de alimento que ofereciam ao bebê, além do leite materno. Na maioria dos casos, as mães relataram dar água ao bebê, por acreditarem ser uma necessidade, devido ao clima quente da cidade.

Sabe-se que a complementação do leite materno com água ou chás, nos primeiros seis meses de vida, é desnecessária, inclusive em dias secos e quentes¹⁶.

Entre os motivos que levaram as mães a não amamentarem, foram citados: a) “leite fraco” ou “só o leite não sustenta a criança” (n=4); b) “criança que nasceu prematura ou com baixo peso não deve mamar no peito” (n=1); c) “trabalho fora e não tenho tempo para amamentar” (n=4); d) “rachaduras no bico do seio” (n=1); e) “empedramento do leite” (n=1); f) “mastite e/ou abscesso” (n=2); g) “o leite está secando” (n=2); h) “não querer amamentar” (n=4); i) “problemas no mamilo” (n=2); j) “dor ao amamentar” (n=1); k) “o bebê sente cólicas quando mama” (n=1).

O valor atribuído ao leite de vaca, em relação ao leite materno, se dá pelo fato daquele apresentar na sua composição maior quantidade de proteína e saciar por mais tempo o lactente, dando a impressão de que o leite materno não sustenta a criança¹⁷.

A prevalência de mães que amamentaram seus filhos na primeira hora de vida dos bebês foi consideravelmente alta (83%) e maior que os índices dessa prática no Brasil, que atingem apenas 43%¹⁸.

Sabe-se que a amamentação na primeira hora após o nascimento é importante para a descida do leite e manutenção do processo de lactação. Quando mais cedo se inicia o aleitamento materno, menores são os riscos de mortalidade neonatal causadas por infecções¹⁹.

A cada 10,9 milhões de óbitos de crianças menores de cinco anos, quatro milhões de bebês morrem no primeiro mês, e é possível salvar um milhão dessas vidas, amamentando na primeira hora após o nascimento²⁰. Além disso, se o aleitamento materno exclusivo, até os seis meses de idade, fosse praticado universalmente, mais de dois milhões de mortes poderiam ser evitadas²¹.

Em relação ao tipo de parto, percebeu-se que o número de cesarianas foi relevantemente alto (50%). O parto cesáreo pode gerar um atraso na descida do leite materno, em virtude dos níveis de prolactina serem bloqueados com a anestesia recebida pela mãe, fato que pode atrapalhar o início da prática do aleitamento materno²².

A maioria dos bebês apresentou boa pega ao seio materno (97%). Na avaliação da pega, os sinais observados durante a mamada e considerados como boas pegas são: o queixo do bebê tocar no seio da mãe; a boca estar bem aberta; o lábio inferior do bebê estar voltado para fora e a aréola do seio da mãe estar mais visível acima da boca do bebê, do que abaixo²³.

Praticar a técnica adequada de amamentação é importante para a manutenção da lactação, pois previne traumas e complicações relacionadas aos mamilos e possibilita a retirada efetiva do leite pela criança²⁴.

No que diz respeito ao uso de mamadeiras, este estudo mostrou que, das 319 mães avaliadas, 77% não ofereciam mamadeiras às crianças. Entre as que utilizavam mamadeiras estavam aquelas que ofertavam fórmulas lácteas artificiais, outros complementos líquidos e leite humano ordenhado. As mães que ordenhavam leite e o ofereciam em mamadeiras o faziam pelo fato de não terem tempo para dar o peito e pelo fato de trabalharem fora de casa.

A mamadeira é uma importante fonte de contaminação para a criança. Além disso, é uma das principais causas

da redução no tempo das mamadas, pois, quando o bebê conhece a mamadeira, muitas vezes passa a rejeitar o seio da mãe pela facilidade em realizar a sucção na mamadeira²⁵, logo, o lactente pode apresentar dificuldades para sugar o seio materno, pois aprendeu a sugar o bico artificial²⁶.

Entre as dificuldades do ato de amamentar e problemas relacionados com as mamas, 44% relataram ingurgitamento mamário. Este consiste na distensão do tecido das mamas, tendo início quando o leite fica retido nos alvéolos²⁷. Os sintomas são o aumento no tamanho das mamas, presença de dor, hiperemia local, edema mamário e mamilos achatados que dificultam a pega pelo recém-nascido²⁸.

A presença de ingurgitamento mamário foi relatada por mães de bebês com até um mês de vida. Isso se deve ao fato do recém-nascido ainda possuir volume gástrico reduzido, não conseguindo esvaziar completamente as mamas, durante as mamadas. Com o crescimento do bebê e adequação do processo de lactação às demandas da criança, espera-se que esse problema se resolva. A drenagem incompleta das mamas a cada mamada também pode ser causa do ingurgitamento, por isso, a mãe deve ser corretamente orientada quanto à oferta das mamas à criança e ordenha do excedente de leite²⁹.

Mais da metade das crianças alvo da pesquisa não utilizavam chupeta (Tabela 1), e o maior percentual de crianças que não usavam chupetas esteve entre aquelas que estavam em aleitamento materno exclusivo.

O uso de chupeta tem sido contraindicado devido ao fato de interferir no aleitamento materno. Crianças que utilizam bicos e/ou chupetas em geral são amamentadas menos frequentemente, o que pode prejudicar na produção de leite. Embora seja negativa a associação entre o uso de chupeta e períodos mais curtos de amamentação³⁰.

A maioria das mães questionadas deixou explícito que foram orientadas e auxiliadas pelo Banco de Leite Humano (BLH), localizado na Maternidade Pública do município, em como amamentar o bebê de forma correta e pelo maior tempo possível. Tal fato denota a relevância da presença do BLH na conscientização das mulheres quanto à importância e orientação sobre como amamentar.

A Rede Nacional de Bancos de Leite (REDEBLH) tem promovido avanços no intuito de apoiar ações que incentivem o aleitamento materno no território nacional. Desde a implantação do primeiro banco de leite no Brasil, atores e grupos sociais empreendem esforços para que os BLH sejam locais de apoio às situações excepcionais de desmame precoce e também unidades de atendimento a serviço da amamentação.

Entre as limitações do estudo destaca-se que, por se tratar de estudo transversal, o viés de memória pode comprometer a precisão das informações e os dados somente retratam o aleitamento no momento da entrevista, praticado pelas mulheres que eram puérperas à época da coleta. Sugere-se futuros estudos de seguimento da população maternoinfantil de Palmas, para se estabelecer, com fidedignidade, a tendência comportamental do aleitamento materno no município.

A entrevista, como técnica utilizada para a coleta de dados, também apresenta limitações, entre elas: inadequada compreensão do significado das perguntas; o fornecimento de respostas falsas, determinadas por várias razões conscientes ou inconscientes. Para estudos futuros, sugere-se que os dados informados sejam confirmados por informações também disponíveis em registros do sistema de saúde, como os prontuários, por exemplo.

Tabela 1 - Tipo de Aleitamento e predominância do uso de chupetas (n=321), cidade de Palmas/TO, 2011/2012

Uso de chupeta	ALEITAMENTO				TOTAL
	Complementar	Exclusivo	Artificial	Predominante	
Sim					
N	32	60	15	7	114
%	47,8	29,7	100	18,9	35,5
Não					
N	35	142	0	30	207
%	52,2	70,3	0	81,1	64,5
TOTAL					
N	67	202	15	37	321
%	100	100	100	100	100

CONCLUSÃO |

A maioria das entrevistadas reconhece a relevância da prática da amamentação, e as mães que não o fazem apresentam como motivos problemas relacionados à saúde da mama e dúvidas quanto à adequação nutricional do leite humano. Nesse caso, fazem-se necessárias ações educativas com a população gestante, no sentido de orientar a técnica adequada para a amamentação e esclarecer quanto ao teor nutricional e benefícios do leite materno à saúde da criança.

Apesar dos resultados satisfatórios e alguns acima da média nacional, ressalta-se ainda a necessidade de implantação de estratégias a fim de promover saúde, proteger e promover o aleitamento materno e melhorar a qualidade de vida dos recém-nascidos.

REFERÊNCIAS |

1. Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2009. 651 p.
2. Vitolo MR. Nutrição da gestação ao envelhecimento. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2014. 628 p.
3. Salvador BC, Paula HAA, Souza CC, Cota AM, Batista MA, Pires RC, et al. Atenção pré-natal em Viçosa-MG: contribuições para discussão de políticas de saúde. *Rev Med.* 2008; 18(3):167-74.
4. World Health Organization (WHO). WHO Resolution 54.2. Geneva: WHO; 2001.
5. World Health Organization (WHO). Improving child health. IMCI: the integrated approach. Geneva: WHO; 1997.
6. Silva MB, Albernaz EP, Mascarenhas MLW, Silveira RB. Influence of breastfeeding support on the exclusive breastfeeding of babies in the first month of life and born in the city of Pelotas, State of Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2008; 8(3):275-84.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Ramos CV, Almeida JAG, Alberto NSMC, Teles JBM, Saldiva SRDM. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(8):1753-62.
9. Barbeta PA. Estatística Aplicada às Ciências Sociais. 7. ed. Florianópolis: UFSC; 2010.
10. Ayres M, Ayres Junior M, Ayres DL, Santos AS. BioEstat: Aplicações estatísticas nas áreas das ciências biomédicas. 5. ed. Belém: Sociedade Civil de Mamirauá; 2007.
11. World Health Organization (WHO). Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6-8 november Washington. Geneva: WHO; 2007.
12. Centers For Disease Control And Prevention. EPI Info for Windows version 7.1.5. [internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. Division of Public Health Surveillance and Informatics; 2007 [acesso em 15 mai 2011]. Disponível em: URL: <<https://www.cdc.gov/eppi/info/support/downloads/preversions.html>>.
13. Bicalho EF, Costa VLD, Ferreira GF, Fonseca LV, Peres HB, Rezende SO, et al. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança [internet]. 2008 [acesso em 25 ago 16]. Disponível em: URL: <www.oncare.org/rokdownloads/AleitamentoMaterno.pdf>.
14. Frota MA, Casimiro CF, Bastos PO, Filho OAS, Martins MC, Gondim APS. Conhecimento de mães acerca do aleitamento materno e complementação alimentar: pesquisa exploratória [internet]. *Online Braz J Nurs.* 2013 [acesso em 26 nov 2016]; 12(1):120-34. Disponível em: URL: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3890/html_2>.
15. Marques ES, Cotta RMM, Araújo RMA. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta. *Rev Bras Enf.* 2009; 62(4):562-9.
16. World Health Organization (WHO). Why can't we give water to a breastfeeding baby before the 6 months, even when it is hot? Geneva: WHO; 2014.
17. Euclides MP. Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada. 5. ed. Viçosa: UFV; 2014. 616 p.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. 245 p.
19. Edmond KM, Kirkwood BR, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Hurt LS. Effect of early infant feeding practices on infection-specific neonatal mortality: an investigation of the causal links with observational data from rural Ghana. *Am J Clin Nutr.* 2007; 86(4):1126-31.
20. World Alliance for Breastfeeding Action. Breastfeeding and food security [internet]. 2008 [Acesso em 25 nov 2011]. Disponível em: URL: <www.waba.org.my/resources/activitysheet/acsh10.htm>.
21. Batista KRA, Farias MCAD, Melo WSN. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde em Debate.* 2013; 37(96):130-8.
22. Anstey EH, Jeivit C. Maternal obesity and breastfeeding a review of the evidence and implications for practice. *Clinical Lactation.* 2011; 2(3):11-6.
23. Levy L, Bértolo H. Manual de aleitamento materno. Lisboa: Comitê Português para a UNICEF; 2008. 45 p.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 88 p.
25. Nyqvist KH, Ewald U. Avaliação eletromiográfica dos músculos faciais durante o aleitamento natural e artificial de lactentes: identificação de diferenças entre aleitamento materno e aleitamento com uso de mamadeira ou copo. *J Pediatr.* 2006; 82(2):85-6.
26. Medeiros AMC, Bernardi AT. Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2011; 16(1):73-9.
27. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
28. Sousa L, Haddad ML, Nakano AMS, Gomes FA. Terapêutica não-farmacológica para alívio do ingurgitamento mamário durante a lactação: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(2):472-9.
29. Randow AOV, Arruda RH, Souza KA. Ações de enfermagem na prevenção do desmame precoce. *Rev Edu Meio Amb e Saúde.* 2008; 3(1):117-36.
30. Carvalho MR, Tavares LAM. Amamentação: bases científicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Correspondência para/ Reprint request to:

Renata Junqueira Pereira

*Quadra 109 Norte, Avenida NS 15, ALCNO 14, Bloco BALA 1, Sala 16, Campus Universitário de Palmas, Palmas/TO, Brasil
CEP: 77001-090*

Tel.: (63) 3232-8200

E-mail: renatajunqueira@mail.ufp.edu.br

Submetido em: 03/05/2016

Aceito em: 04/12/2016

Igor Fernando Barros Pires¹
Adriana Alkmim de Sousa¹
Cássio de Almeida Lima²
Júlia Duarte Costa³
Maria Helena Alves Feitosa¹
Simone de Melo Costa¹

Medicinal plants: cultivation and knowledge transmission in communities registered at the Family Health Strategy program

| Plantas medicinais: cultivo e transmissão de conhecimento em comunidade cadastrada na Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT | Introduction: *Human societies accumulate information and experiences from their surrounding environment and its relationship with health status. Among the many practices transmitted by popular culture, plants, for numerous reasons, became important due to their therapeutic potential in health care.*

Objectives: *To analyze the cultural aspects regarding the domestic cultivation of plants and the transmission of popular knowledge about medicinal plants in the North of Minas Gerais.*

Methods: *This cross-sectional analytical research was conducted using the population registered at the Family Health Strategy Program. Data was collected through semi-structured questionnaire with questions about the profile of the population, and the use of plants and transmission of knowledge about their medicinal value. Significance level was set at $p < 0.05$.*

Results: *Among the 191 users of medicinal plants, 88.9% indicated that they cultivate them at home. Plants were cultivated more extensively among those who had acquired knowledge about medicinal plants through their family, friends and colleagues ($p < 0.05$). Only 1.2% reported that their knowledge of plants came from health professionals. Among the users of plants, 91.0% passed on their knowledge regularly.*

Conclusion: *The use of medicinal plants is culturally embedded in the community registered at ESF. The study suggests a serious lack of participation of public health professionals in promoting this practice, which has been included in the network of the Brazilian National Health System (SUS).*

Keywords | *Medicinal Plants; Culture; Family Health Strategy.*

RESUMO | Introdução: As sociedades humanas acumulam informações e experiências sobre o ambiente que as cercam e a relação deste com o processo saúde-doença. Entre tantas práticas difundidas pela cultura popular, as plantas, por inúmeras razões, são evidenciadas devido às suas potencialidades terapêuticas no cuidado em saúde. **Objetivos:** Analisar aspectos culturais quanto ao cultivo doméstico e à transmissão de conhecimento popular acerca de plantas medicinais em comunidade do norte de Minas Gerais. **Métodos:** Trata-se de pesquisa transversal e analítica, conduzida em população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família. A coleta de dados foi por meio de questionário semiestruturado com questões sobre o perfil da população, uso, cultivo e transmissão de conhecimento acerca de plantas medicinais. A estatística considerou nível de significância $p < 0,05$. **Resultados:** Participaram deste estudo 191 indivíduos usuários de plantas medicinais, desses 88,9% informaram que as cultivam em casa. O maior cultivo foi entre aqueles que adquiriram conhecimento sobre plantas medicinais pelos familiares, amigos e colegas ($p < 0,05$). Apenas 1,2% relatou que o conhecimento foi procedente dos profissionais da saúde. Entre os usuários de plantas, 91,0% transmitem os conhecimentos. **Conclusão:** O uso de plantas medicinais foi, culturalmente, incorporado na comunidade cadastrada na ESF. O estudo sugere falta de participação dos profissionais de saúde pública na ampliação dessa prática, apesar de ser regulamentada na rede do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave | Plantas Medicinais; Cultura; Estratégia Saúde da Família.

¹Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros /MG, Brasil.

²Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina/MG, Brasil.

³Universidade Severino Sombra, Vassouras/RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Desde épocas remotas, as sociedades humanas acumulam informações e experiências sobre o ambiente que as cercam, para com ele interagir e prover suas necessidades de sobrevivência. Entre tantas práticas difundidas pela cultura popular, as plantas, por inúmeros motivos, são salientadas por suas potencialidades terapêuticas aplicadas ao longo das gerações¹⁻³.

Nessa perspectiva, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, incentivou-se a adoção de terapias tradicionais, entre elas a fitoterapia. Também, no Brasil, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, recomendou-se a introdução de práticas tradicionais, de cura popular, no sistema público de saúde. Essa discussão foi reforçada durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, com a proposta de incorporação dessas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS)^{4,5}.

Em 2006, o governo brasileiro aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, com o propósito de inserir, com segurança, eficácia e qualidade as plantas medicinais e serviços relacionados à fitoterapia na rede pública^{6,7}. Ainda no mesmo ano, promulgou-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), que contempla o uso de plantas medicinais no âmbito da saúde pública. Na PNPIC destaca-se que as plantas medicinais podem ser utilizadas *in natura* ou secas, e quando se utiliza a matéria-prima da planta para produzir medicamentos, manipulados ou industrializados, denomina-se o produto como fitoterápico⁸.

A implementação da fitoterapia no SUS representa, além da incorporação de mais uma terapêutica, o resgate de uma prática milenar, onde se imbricam o conhecimento científico e o popular^{5,9}. O saber popular se vincula, principalmente, ao contexto do grupo familiar, que abriga um conhecimento próprio, repassado entre as gerações familiares¹⁰⁻¹³.

Todavia, na sociedade ocidental contemporânea, o modelo de saúde hegemônico vigente está centrado na doença, na especialidade de partes do corpo humano e no tratamento alopatóico¹⁰. Cientificamente legitimado, esse modelo ignora outras dimensões do saber em que o cuidado segue a lógica da saúde e abrange a família, a natureza, concretizada pela terra, pelo trabalho e pela seleção e produção de plantas que

possuem significado para determinado contexto cultural. Adicionalmente, o sistema de formação em saúde, com o enfoque na patologia, leva a uma interpretação inadequada do processo saúde-doença, o qual é restringido ao campo biológico e desvinculado dos fatores socioculturais^{4,5,10,11}.

Reconhecer a existência de outros recursos na comunidade, além do oferecido pelo modelo oficial de saúde, é indubitavelmente relevante para os profissionais, especialmente para aqueles que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), para que possam ampliar seus conhecimentos e desenvolver ações de cuidado que atendam às reais necessidades das comunidades. Nessa perspectiva, a relevância do presente estudo se destaca por estabelecer um elo entre o conhecimento popular e o científico^{2,7,12,13}.

O objetivo deste estudo foi analisar os aspectos culturais quanto ao cultivo doméstico e à transmissão do conhecimento popular acerca de plantas medicinais em comunidade do norte de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODOS |

Trata-se de pesquisa quantitativa, de caráter observacional, transversal e analítico. O presente trabalho é oriundo de um estudo maior sobre o uso de plantas medicinais em comunidade cadastrada na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Para o cálculo amostral, representativo da população, considerou-se o universo de 1.393 famílias cadastradas na ESF, uma prevalência de 50%, estimativa de erro igual a 5% e intervalo de confiança igual a 95%. O tamanho da amostra foi definido no Programa de Estatística Epi-info versão 6.0-DOS e resultou em 253 famílias. A seleção da amostra considerou o número de domicílios existentes em cada rua da área coberta pela ESF, para alocação proporcional de casas e sorteio das famílias pela numeração das casas. A partir da seleção dos domicílios, uma pessoa em cada casa foi entrevistada, considerando que as famílias têm hábitos comuns. A seleção do morador respeitou o critério: escolha prioritária do sexo feminino responsável pela família e, na ausência deste, entrevistou-se o cônjuge, e, como terceira opção, um(a) filho(a) maior de 18 anos. Na ausência dessas três opções, retornou-se ao local por até três vezes, antes de optar pela casa de numeração posterior à sorteada. Justifica-

se a prioridade pelas mulheres, por serem as principais responsáveis pelo tratamento caseiro com uso de plantas medicinais. Entre os 253 participantes do estudo maior, 75,5% (n=191) utilizavam plantas medicinais¹⁴. No atual trabalho avaliou-se o perfil dos 191 usuários de plantas medicinais e os aspectos culturais relativos a elas.

A investigação constou de um levantamento de dados sobre uso, cultivo, conhecimento e transmissão do conhecimento acerca de plantas medicinais em comunidade cadastrada na ESF de município situado no norte de Minas Gerais, Brasil. Esse município se caracteriza como principal polo urbano da região e é referência na atenção à saúde da população regional, sobretudo no SUS.

À época da coleta dos dados, o município possuía um contingente populacional de 355.401 habitantes, com cobertura de 65 equipes de saúde da família, na zona urbana, para cerca de 54% da população. A escolha do cenário de estudo deu-se em decorrência de ser espaço de integração ensino-serviço-comunidade dos cursos de graduação da área de saúde vinculados à Instituição de Ensino Superior dos pesquisadores.

Para a coleta de dados, aplicou-se um questionário semiestruturado, oriundo de um estudo maior, em que parte da análise já foi publicada previamente¹⁴. Para o atual trabalho, utilizou-se questões referentes ao: perfil do pesquisado (sexo, renda, escolaridade, ocupação, religião, idade), uso de plantas medicinais, e aspectos culturais relacionados às plantas medicinais (cultivo, origem e transmissão do conhecimento). As questões de aspectos culturais foram respondidas apenas por aqueles que afirmaram utilizar plantas medicinais. As entrevistas foram conduzidas em visita domiciliar por pesquisadores deste estudo: uma docente do Curso de Graduação em Medicina, acompanhada por outros dois pesquisadores, à época graduandos de iniciação científica. Os acadêmicos foram devidamente treinados por meio de um estudo piloto, conduzido com 10 moradores residentes na mesma área geográfica deste estudo, que não foram considerados no estudo principal. A coleta de dados foi realizada no ano de 2010.

Os dados coletados foram organizados no *software IBM SPSS Statistics* versão 22.0, para Windows® e submetidos à estatística descritiva e analítica. Calcularam-se os valores percentuais e absolutos, e, a seguir, adotou-se a Regressão de Poisson, bivariada e múltipla, com variância robusta.

Todas as variáveis independentes com associação até o nível de 20% ($p \leq 0,20$) foram para a análise múltipla, com exclusão progressiva das variáveis com maior valor de p até a permanência daquelas com $p < 0,05$. A significância estatística foi determinada pelo teste de *Wald*, estimando-se as razões de prevalências (RP) ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), parecer nº 1189. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos participantes da pesquisa.

RESULTADOS |

Este estudo avaliou os aspectos culturais relacionados ao cultivo, à origem e transmissão do conhecimento acerca de plantas medicinais entre 191 pessoas que manifestaram utilizar as plantas no processo saúde-doença, em estudo prévio. Não houve nenhuma recusa em participar do estudo.

A Tabela 1 mostra que, entre os 191 participantes, 83,3% são do sexo feminino, a maioria tem renda familiar de até três salários mínimos (86,9%). Quanto à escolaridade, verificou-se que a maior parcela frequentou a escola em um tempo menor que 12 anos, ou seja, até o ensino médio (63,4%). Com relação à religião, a maioria é católica (60,7%), enquanto 39,3% se enquadraram na categoria outros. Para a ocupação, quase metade dos usuários (47,1%) se classificou como “do lar”, enquanto 52,9% se enquadraram na categoria outros (estudante, aposentado(a), comerciante, desempregado(a) e auxiliar de serviços gerais). Os participantes com idade acima de 44 anos constituíram 60,0% dos usuários de plantas medicinais.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos usuários de plantas medicinais, Montes Claros/MG, 2010 (n=191)

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sexo	N	%
Feminino	163	83,3
Masculino	28	16,7
Renda		
≤ 3 Salários mínimos	166	86,9
> 3 Salários mínimos	25	23,1
Escolaridade		
< 12 anos	121	63,4
≥ 12 anos	70	36,6
Religião		
Católica	116	60,7
Outros	88	39,3
Ocupação		
Do lar	90	47,1
Outros	101	52,9
Idade*		
18 a 43 anos	76	40,0
44 a 89 anos	114	60,0

*Perda de um respondente, valores percentuais ajustados.

Entre os 191 usuários de plantas medicinais, constatou-se que a origem do conhecimento sobre plantas proveio de familiares, amigos e colegas (88,9%), livros, meios de comunicação e raizeiros (9,9%) e apenas 1,2% relatou ter aprendido com os profissionais da saúde. A maioria transmite o conhecimento para outras pessoas e cultiva as plantas medicinais em domicílio (Tabela 2).

Tabela 2 - Cultivo, origem e transmissão do conhecimento sobre plantas medicinais, Montes Claros/MG, 2010

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
	N	%
Cultivo de plantas medicinais*		
Sim	169	88,9
Não	21	11,1
Origem do conhecimento acerca de plantas*		
De familiares, amigos e colegas	169	88,9
Outras fontes	21	11,1
Transmissão de conhecimento acerca de plantas*		
Sim	173	91,0
Não	17	9,0

*Perda de um respondente, valores percentuais ajustados.

Houve associação entre cultivo de plantas e renda mensal (RP=2,45; IC95%1,04-5,75), indicando que pessoas com renda menor ou igual a três salários mínimos cultivam mais as plantas em seus domicílios. Houve também associação entre cultivo de plantas e origem do conhecimento: as pessoas que obtiveram conhecimento sobre as plantas por meio de familiares, amigos e colegas apresentaram 3,14 vezes (IC95%1,43-6,90) a prevalência para o cultivo de plantas.

Não houve associação entre cultivo de plantas com sexo, escolaridade, ocupação, religião e idade, demonstrando que o cultivo independe de qualquer característica do perfil do pesquisado ($p>0,05$) (Tabela 3).

A Tabela 4 demonstra a associação entre transmissão e origem do conhecimento sobre plantas medicinais ($p=0,011$). Entrevistados que adquiriram o conhecimento por meio de familiares, amigos e colegas apresentaram uma prevalência 3,02 (IC95% = 1,28-7,09) vezes de transmiti-lo, quando comparados àqueles que adquiriram conhecimento de outras fontes, tanto na análise bivariada como na múltipla. A variável religião foi para análise múltipla, contudo não permaneceu associada, demonstrando ser uma variável de confusão.

Desse modo, no modelo ajustado, não houve associação entre transmissão do conhecimento acerca de plantas medicinais e sexo, renda, escolaridade, ocupação, religião e idade, demonstrando que a transmissão independe dessas variáveis ($p>0,05$).

DISCUSSÃO |

O reconhecimento científico construído em torno das terapêuticas complementares influencia a aceitação como práticas de cuidado incorporadas pelos profissionais de saúde. Para os usuários, a busca por serviços que ofereçam práticas integrativas e complementares se configura hábito comum no Brasil, especialmente no que se refere às plantas medicinais, prática utilizada para tratar problemas de saúde na APS, sobretudo na ESF^{1,14}. Neste estudo, as características sociodemográficas dos usuários foram similares às de outras investigações acerca da temática^{2,9,10,15-17}.

Apesar de neste estudo não ter sido encontrada associação entre sexo e cultivo de plantas medicinais, vale refletir que,

Tabela 3 - Cultivo de plantas medicinais conforme perfil do entrevistado e origem do conhecimento. Montes Claros/MG, 2010

Variáveis	Cultiva plantas medicinais		RP (95% IC) ^a univariada	RP (95% IC) ^a múltipla
	Sim (%)	Não (%)		
Renda em Salário Mínimo (SM)			p=0,057 ^b	p=0,040 ^b
≤ 3 SM	89,2%	10,8%	2,23 (0,98-5,08)	2,45 (1,04-5,75)
>3 SM	76,0%	24,0%	1	1
Escolaridade			p=0,720 ^b	
< 12 anos	86,8%	13,2%	1	-
≥ 12 anos	88,6%	11,4%	1,16 (0,52-2,57)	-
Ocupação			p=0,214 ^b	
Do Lar	91,1%	8,9%	1,67(0,74--3,76)	-
Outros	85,1%	14,9%	1	-
Religião			p=0,884 ^b	
Católica	87,3%	12,7%	1	-
Outros	88,0%	12,0%	1,06 (0,49-2,30)	-
Idade			p=0,480 ^b	
18 a 43 anos	89,5%	10,5%	1,33 (0,60-2,96)	-
44 a 89 anos	86,0%	14,0%	1	-
Origem do conhecimento de plantas			p=0,007 ^b	p=0,004 ^b
Familiares, amigos e colegas	90,0%	10,0%	2,90 (1,34-6,25)	3,14 (1,43-6,90)
Outras fontes	70,8%	29,2%	1	1

^aRP (95% IC) – Razão de Prevalência (95% intervalo de confiança); ^bTeste de Wald.

Tabela 4 - Transmissão de conhecimentos acerca de plantas medicinais conforme perfil do entrevistado e origem do conhecimento. Montes Claros/MG, 2010

Variáveis	Transmissão de conhecimento acerca de plantas medicinais (n=190)*		RP (95% IC) ^a univariada	RP (95% IC) ^a múltipla
	Sim (%)	Não (%)		
Renda em Salário Mínimo (SM)			p=0,762 ^b	
≤ 3 SM	91,0%	9,0%	1	-
> 3 SM	76,9%	23,1%	1,11(0,56-2,22)	-
Escolaridade			p=0,673 ^b	
< 12 anos	90,9%	9,1%	1	-
≥ 12 anos	85,9%	14,1%	1,11(0,56-1,45)	-
Ocupação			p=0,328 ^b	
Do lar	92,2%	7,8%	1	-
Outros	86,3%	13,7%	1,25(0,80-1,95)	-
Religião			p=0,044 ^b	
Católica	89,1%	10,9%	1	-
Outros	89,3%	10,7%	1,74(1,02-2,98)	-
Idade			p=0,602 ^b	
18 a 43 anos	85,7%	14,3%	1	-
44 a 89 anos	91,2%	8,8%	1,13(0,72-1,76)	-
Origem do conhecimento de plantas			p=0,011 ^b	p=0,011 ^b
Familiares, amigos e colegas	91,7%	8,3%	3,02(1,28-7,09)	3,02(1,28-7,09)
Outras fontes	75,0%	25,0%	1	1

^aRP (95% IC) – Razão de Prevalência (95% intervalo de confiança); ^bTeste de Wald.

comumente, observa-se que o conhecimento sobre as plantas medicinais é detido, principalmente, pelas mulheres. Esse fato pode estar relacionado ao papel delas no cuidar da família, casa, horta, dos idosos e doentes^{9,18}. No início das civilizações, o cuidado à saúde era desenvolvido por mulheres, cujo conhecimento era adquirido no seio familiar. Assim, passou-se a perceber uma estreita relação das mulheres com as plantas, principal recurso terapêutico utilizado para tratar a saúde das pessoas². Ademais, a concepção histórica da construção social do gênero revela que em tal construção impõe-se à mulher o papel de cuidar da família.

O convívio diário e a divisão do trabalho, de acordo com o gênero, propicia troca de experiências, valores e saberes entre os membros da família, que são diferenciados para o que é do homem e o que é da mulher. O conhecimento relacionado às plantas medicinais, na maioria das vezes, é repassado das mulheres mais velhas para as mais novas¹⁰.

A literatura científica indica que a informação sobre esse assunto é mantida por pessoas mais velhas, o que retrata, provavelmente, que os mais jovens não se interessam tanto por esse tipo de conhecimento⁹. O tema plantas medicinais tem sido pouco discutido no Brasil, devido à supremacia de um paradigma que vê o cuidado centrado nas tecnologias biomédicas, em que um único princípio ativo purificado e seu mecanismo de ação são os protótipos de entendimento e de ação na terapêutica^{19,20}. Isso faz com que o uso das plantas medicinais pareça um resquício de tempos subdesenvolvidos, primitivos e arcaicos de cuidado, e não como um futuro possível de tecnologias novas sustentáveis - e paradoxalmente antigas -, aberto a modelos mais complexos de entendimento da ação das plantas sobre o ser humano^{19,21}.

O amplo uso de plantas medicinais na comunidade, cenário deste trabalho, pode ser explicado, em parte, por ser a região norte de MG, em sua totalidade, caracterizada pelo forte histórico cultural, enraizado na população. Quanto à tradição de uso das plantas medicinais, o mercado central do município manifesta esse aspecto, por meio de raizeiros que comercializam diferentes tipos de plantas cultivadas na região, na forma de sementes, raízes, cascas e folhas¹⁴.

No estudo realizado no município de Foz do Iguaçu – Paraná, percebeu-se que a utilização das plantas na terapia popular também é bastante difundida e presente⁴. As plantas nas unidades básicas de saúde desse município representam

um relevante papel na manutenção das condições de saúde. Constituem também parte de um saber local preservado e utilizado, ancorado na manutenção da cultura e dos costumes da comunidade⁴.

A utilização de plantas medicinais está em consonância com as proposições da Organização Mundial da Saúde (OMS), que incentivam a valorização das terapias tradicionais, reconhecidas como recursos terapêuticos úteis. Tais recursos podem atender a algumas demandas de saúde da população, além de contribuir para o sistema público de saúde local^{4,22}.

Dos participantes que utilizam plantas medicinais, quase a totalidade deles as cultivam em casa e afirmou que o aprendizado foi por meio de pessoas familiares, amigos e colegas. Nota-se que somente 1,2% relatou ter obtido esse conhecimento com os profissionais de saúde, mesmo a pesquisa tendo sido conduzida em território da ESF. Esse resultado também foi identificado em outras investigações na literatura científica^{9,10,15-17}.

Esse dado permite sugerir que os profissionais da ESF precisam rever sua atuação enquanto responsáveis pela promoção de uma fitoterapia racional, conforme previsto pelo Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos¹⁶. Nos serviços em que a fitoterapia já foi implementada, é comum a participação dos usuários em atividades de educação em saúde e de construção de canteiros, promovidas nas unidades de saúde da família. A participação comunitária é importante por deter o conhecimento na área e interagir com os outros⁵. Nesse sentido, ocorre uma atenção à saúde compartilhada e dialógica entre usuários e profissionais da ESF.

Embora a população utilize, constantemente, a fitoterapia com base nos conhecimentos populares, considera-se que os profissionais de saúde necessitarão de ter o conhecimento mais aprofundado sobre o tema. Os profissionais, geralmente, são oriundos de extratos sociais que usam quase exclusivamente o medicamento sintético^{5,7,23}.

Por conseguinte, os profissionais de saúde, majoritariamente, têm deficiência de conhecimento sobre o assunto^{7,19,23}. E o desconhecimento é terreno fértil para crescer o preconceito acerca das plantas medicinais, comumente vistas como tratamento eficaz apenas para situações de adoecimento superficial^{7,23}. Para tanto, a fim de aumentar o conhecimento dos profissionais, a Política Nacional de

Plantas Medicinais e Fitoterápicos recomenda a inserção, nos cursos de graduação e pós-graduação da saúde, de disciplinas com conteúdo voltado à essa temática⁶.

No que concerne à origem e transmissão do conhecimento, verificou-se em investigação feita no distrito de Rincão da Cruz, Pelotas (RS), que o cuidado relativo às plantas medicinais envolve não somente a família, mas também a comunidade, ou seja, abrange diferentes círculos de pessoas, em trocas de saberes¹³. Nessa perspectiva, cada mulher ou grupo familiar prepara produtos medicinais a partir das plantas que mais conhece ou produz para distribuição às pessoas da comunidade, conforme suas necessidades. Com isso, as famílias não precisam se preocupar em possuir todas as plantas, pois poderão recorrer a uma família vizinha, quando necessário¹³.

No atual estudo, evidenciou-se que as pessoas com renda mensal menor ou igual a três salários mínimos, e os que obtiveram o conhecimento sobre as plantas medicinais por meio de familiares, amigos e colegas apresentaram maior prevalência para o cultivo dessas plantas.

Ainda, no presente trabalho, pessoas que adquiriram conhecimento sobre as plantas medicinais em suas relações sociais e familiares apresentaram maior prevalência para transmissão desse conhecimento. Converte com tal achado o identificado em estudo feito entre os usuários de duas unidades de saúde da família de Mato Grosso⁹ e na área de abrangência de uma unidade de município da região central do Rio Grande do Sul².

A indicação, majoritária, de uso das plantas por familiares, amigos e colegas representa que o conhecimento e o uso das espécies vegetais é proveniente da tradição familiar e vai sendo repassado de geração a geração. Nota-se, entretanto, em outros estudos, que a maioria dos usuários de plantas medicinais tem a visão errônea que “planta não faz mal à saúde”^{2,9}. Assim, é necessário que a comunidade seja orientada pelos profissionais da ESF quanto à forma de uso e preparo das plantas medicinais, com vista a contribuir para uma terapêutica alternativa adequada e sem malefícios à saúde da população, que possa melhorar a qualidade de vida e minimizar os custos para o SUS^{2,9,19}. O uso indevido de plantas medicinais poderá resultar em efeitos deletérios à saúde e, eventualmente, levar a quadros fatais de intoxicação. Especial atenção a esse fato deve ser dada, porque os resultados deste estudo demonstraram que a população que mais cultivava as plantas medicinais é aquela

mais carente, que geralmente necessita de mais informações acerca do uso adequado e seguro das plantas medicinais no processo saúde-doença.

Essa realidade evidencia que o uso de plantas medicinais tem sido realizado de forma empírica, em elevada frequência, baseado em experiências caseiras e no conhecimento popular, mesmo quando a comunidade não possui pleno conhecimento sobre a sua utilização e/ou comprovação científica. A prática indiscriminada do uso das plantas medicinais pode ocasionar a ineficácia do tratamento e, até mesmo, pôr em risco a saúde de quem a pratica, haja vista que cada espécie medicinal possui especificidades no que concerne à manipulação, à forma de cultivo e às formas de administração²⁴.

Sendo assim, para que as práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos sejam mais eficazes, necessita-se de ações consistentes e duradouras, por exemplo, avaliar se o paciente se automedica e orientá-lo para o uso racional de medicamentos, inclusive fitoterápicos e plantas medicinais^{16,25}. Nesse contexto, existem programas de fitoterapia implantados ou em fase de implantação, em diferentes regiões do Brasil. Isso se deve à busca das secretarias municipais de saúde em facilitar o acesso da população às plantas medicinais e aos fitoterápicos e ao seu uso correto⁷.

Entre as razões apontadas para a crescente utilização de terapias complementares, em especial o uso de plantas medicinais no tratamento de saúde, destacam-se: o sentimento de que a medicina convencional não tem conseguido oferecer soluções eficazes para os problemas de saúde da população; a necessidade que os usuários têm de desempenhar um papel mais ativo no seu processo saúde-doença; e a consciência ecológica, que eclodiu após os anos de 1990, contribuindo para que as pessoas busquem outras formas de cuidado com menor impacto no ambiente^{13,22,25}.

O presente trabalho tem limitações, pois se trata de um estudo de desenho transversal, cujos resultados não podem ser tomados como causa e efeito. Há possibilidade de viés de informação, porque os dados foram obtidos a partir da aplicação de questionário na comunidade. Para controlar esse tipo de viés, houve um treinamento prévio e estudo piloto para uniformizar a conduta de abordagem aos participantes e testar o instrumento de coleta de dados. A amostra de participantes foi restrita ao cenário de uma comunidade, comprometendo a generalização

dos resultados. Ademais, o método quantitativo aplicado pode apresentar limitações em atingir o objetivo de analisar os aspectos culturais, que talvez possam ser mais bem compreendidos por meio de abordagens qualitativas.

CONCLUSÃO |

O estudo evidenciou que a maioria dos participantes utiliza plantas medicinais, e as cultivam em seus domicílios. O conhecimento sobre as plantas e a transmissão ocorrem nas relações familiares e sociais. Isso demonstra que o processo de construção desse conhecimento se dá no cotidiano comunitário e nas relações entre as pessoas, caracterizando como um aspecto cultural enraizado na população estudada.

Uma ínfima quantidade de participantes afirmou ter obtido o conhecimento sobre plantas medicinais a partir de profissionais de saúde, resultado que reforça a importância de incentivar a Política de Práticas Integrativas e Complementares no âmbito da ESF e planejar ações de educação permanente para os profissionais que trabalham na saúde da família quanto ao uso adequado e seguro dessas práticas, com inclusão de metodologias participativas e que considere o saber popular.

REFERÊNCIAS |

1. Fontenele RP, Sousa DMP, Carvalho ALM, Oliveira FA. Fitoterapia na atenção básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia em Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(8):2385-94.
2. Badke MR, Budó MLD, Alvim NAT, Zanetti GD, Heisler EV. Popular knowledge and practices regarding healthcare using medicinal plants. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(2):363-70.
3. Antonio GD, Tesser DC, Moretti-Pires RO. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu).* 2013; 17(46):615-33.
4. Bruning MCR, Mosegui GBG, Vianna CMM. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná: a visão dos profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(10):2675-85.
5. Figueredo CA, Gurgel IGD, Gurgel Junior GD. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. *Physis.* 2014; 24(2):381-400.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Santos RL, Guimarães GP, Nobre MSC, Portela AS. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Pl Med.* 2011; 13(4):486-91.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 971. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Lima DF, Pereira DL, Franciscon FF, Reis C, Lima VS, Cavalcanti PP. Conhecimento e uso de plantas medicinais por usuários de duas unidades básicas de saúde. *Rev Rene.* 2014; 15(3):383-90.
10. Ceolin T, Heck RM, Barbieri RL, Schwartz E, Muniz RM, Pillon CN. Medicinal plants: knowledge transmission in families of ecological farmers in Southern Rio Grande do Sul. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(1):46-53.
11. Santos FAS, Sousa IMC, Gurgel IGD, Bezerra AFB, Barros NF. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Rev Saude Publica.* 2013; 45(6):1154-9.
12. Cruz PLB, Sampaio SF, Gomes TLCS. O uso de práticas complementares por uma equipe de Saúde da Família e sua população. *Rev APS.* 2012; 15(4):486-95.
13. Lima ARA, Heck RM, Vasconcelos MKP, Barbieri RL. Actions of women farmers in family care: use of medicinal plants in southern Brazil. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(2):365-72.
14. Pires IFB, Souza AA, Feitosa MHA, Costa SM. Plantas medicinais como opção terapêutica em comunidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Pl Med.* 2014; 16(2):426-33.

15. Giraldi M, Hanazaki N. Uso e conhecimento tradicional de plantas medicinais no Sertão do Ribeirão, Florianópolis, SC, Brasil. *Acta Bot Bras.* 2010; 24(2):395-406.

16. Araújo CRF, Silva AB, Tavares EC, Costa EP, Mariz SR. Perfil e prevalência de uso de plantas medicinais em uma unidade básica de saúde da família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2014; 35(2):233-8.

17. Messias MCTB, Menegatto MF, Prado ACC, Santos BR, Guimarães MFM. Uso popular de plantas medicinais e perfil socioeconômico dos usuários: um estudo em área urbana em Ouro Preto, MG, Brasil. *Rev Bras Pl Med.* 2015; 17(1):76-104.

18. Oliveira ER, Menini Neto L. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais utilizadas pelos moradores do povoado de Manejo, Lima Duarte - MG. *Rev Bras Plantas Med.* 2012; 14(2):311-20.

19. Varela DSS, Azevedo DM. Saberes e práticas fitoterápicas de médicos na Estratégia Saúde da Família. *Trab Educ Saúde.* 2014; 12(2):273-90.

20. Barreiro EJ, Bolzani VS. Biodiversidade: fonte potencial para a descoberta de fármacos. *Quim Nova.* 2009; 32(3):679-88.

21. Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Phytotherapy in primary health care. *Rev Saúde Pública.* 2014; 48(3):541-53.

22. Apu AS, Liza MS, Jamaluddin AT, Howlader MA, Saha RK, Rizwan F, et al. Phytochemical screening and in vitro bioactivities of the extracts of aerial part of *Boerhavia diffusa* Linn. *Asian Pac J Trop Biomed.* 2012; 2(9):673-8.

23. Rosa C, Câmara SG, Béria JU. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(1):11-8.

24. Araújo MSC, Costa JW, Costa AA, Tocchio PSPL, Araújo LSA, Nunes VMA. A utilização de plantas medicinais e da fitoterapia em comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2015; 17(4):6-16.

25. Chaudhary G, Dantu PK. Morphological, phytochemical and pharmacological, studies on *Boerhaavia diffusa* L. *J Med Plant Res.* 2011; 5(11):2125-30.

Correspondência para/Reprint request to:

Cássio de Almeida Lima

Rua Dom João Pimenta, número 781, apt. 02, Centro, Montes Claros/MG, Brasil

CEP: 39400-003

Tel.: (38) 9246-0602

E-mail: cassioenf2014@gmail.com

Submetido em: 18/05/2016

Aceito em: 05/12/2016

**Curta SUS: the role of the
cinema and popular health
education in promoting
Public Health**

**| Curta SUS: avaliação sobre um
projeto de cinema e educação
popular na promoção à Saúde Pública**

ABSTRACT | Introduction: *This research reports the results of an observational, retrospective, descriptive qualitative-quantitative study, which addresses Popular Education in Health based on a dialogical perspective of effective communication.*
Objective: *To assess the Curta SUS project, which ties popular education and cinema to develop new, participatory strategies for health education.*
Methods: *The research was carried out with 33 professionals working at SUS/Aracaju Units, and other articulated networks.*
Results: *Social participation was enhanced, thus contributing to health promotion and awareness.*
Conclusion: *Integrating cinema and health promotion to conversation circles helped promote dialogue and exchange of knowledge and enhanced the whole health education process.*

Keywords | *Health Education; Health evaluation; Health Promotion; Arts; Communication.*

RESUMO | Introdução: Trata-se de um estudo de campo, observacional, retrospectivo e descritivo com interpelação quali-quantitativa, que analisa a relação entre Educação Popular em Saúde, comunicação e trabalho baseado na experiência do projeto Curta SUS. **Objetivo:** Avalia o impacto de linguagens e técnicas inovadoras, a exemplo do cinema, articulado à Educação Popular, como estratégia para os serviços e processos de trabalho na saúde pública. **Métodos:** Foi realizado com 33 profissionais da rede pública de saúde de Aracaju, Sergipe, e de outros setores. **Resultados:** Os resultados revelam que o potencial do projeto se concentra no fomento à expressiva participação social, na humanização dos processos de trabalho e na inserção de temas transversais que ampliam o conceito e a concepção de saúde. Não obstante, favorece a promoção da saúde nos espaços intersetoriais, com ênfase para o setor educação. **Conclusão:** A arte e o cinema, integrados às rodas de conversa, fomentam diálogos e a construção de espaços dinâmicos nos quais o protagonismo, a formação política dos profissionais, a implicação e a produção de sentido amalgamam a troca de saberes e a educação em saúde com os atores do SUS, no cotidiano dos serviços.

Palavras-chave | Educação em Saúde; Avaliação em saúde; Promoção da Saúde; Arte; Comunicação.

¹Universidade Federal de Sergipe, Aracaju/SE, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A participação dos trabalhadores e do controle social na consolidação das políticas públicas de saúde no Brasil constitui-se em uma problemática que alude permanentemente às práticas cotidianas. Somada à relevância que a educação popular em saúde exerce no contexto dessas práticas faz-se necessário também analisar criação de novas estratégias micropolíticas.

O projeto experimental Curta SUS insere-se nesta perspectiva, sendo idealizado pelo Núcleo de projetos inovadores no SUS (NUPRIN), da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS). Surgiu com o objetivo de articular ações de promoção, prevenção/cura e reabilitação no âmbito da saúde em geral. Trata-se, pois, de um recurso que almeja a construção de espaços de produção em saúde a partir dos atores do SUS, tendo como ferramenta algumas técnicas e dispositivos que articulam comunicação cinematográfica, arte, educação permanente e popular em saúde¹. Pode-se inferir que a iniciativa está fundamentada na Política Nacional de Humanização no SUS (PNH), na Política Nacional de Educação Popular da Saúde (PNEPS) e na Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS).

A concepção do projeto esteve inicialmente voltada às práticas desenvolvidas no âmbito da atenção básica no SUS. Todavia, no decurso de sua realização, espalhou-se para outras áreas e espaços de produção de saúde correlacionados. Suas metodologias vislumbram o potencial subjetivo da arte e da popularidade alcançada pelo cinema como artefato de reflexão sobre a realidade e sobre as experiências a partir dos espectadores. Parte-se do pressuposto de que tais recursos potencializam nos sujeitos-espectadores a expressão e a formação de opiniões acerca de problemas histórico-sociais por eles vivenciados, conferindo à arte a função de porta-voz da sua coletividade².

As problemáticas disparadas em torno de temas diversos, ligados direta ou indiretamente à produção de saúde, avultados pela arte, constituem-se, na dimensão dos compartilhamentos, como artefatos de diálogo, de implicações e, sobretudo, protagonismo entre os sujeitos considerados atores do SUS. Deduz-se que a aproximação dos sujeitos com tais temas constitui-se em uma espécie de produto da intencionalidade da arte enquanto recurso voltado para produção de sentido e de significados.

O método utilizado pelo Curta SUS abarca um conjunto de atividades realizadas em dois momentos. O primeiro consiste na exibição de películas e produções cinematográficas de cunho artístico, cujo conteúdo subjetivo alude às diversas temáticas da saúde. Dissidente deste, o segundo momento fomenta, por meio da criação de rodas de conversa, discussões, debates e compartilhamentos espontâneos mediados a partir do tema proposto. O substrato das discussões alveja a produção crítica e reflexiva de conhecimento por parte dos atores, permitindo a troca de conhecimento e deliberando formas de relacionamento, negociação e resolutividade para os problemas apresentados.

A existência e os objetivos do projeto foram amplamente divulgados pelos dispositivos e aparelhos que compreendem a rede de saúde do município de Aracaju/SE. Com o passar do tempo, o Curta SUS passou a ser ofertado mediante solicitação dos atores supostamente envolvidos ou implicados com a estrutura e o funcionamento da saúde pública desse município. A identificação do perfil e avaliação do impacto são os objetivos do estudo, realizados pelos autores deste trabalho¹, este método foi estrategicamente aplicado com o intuito de avaliar o impacto e a adesão ao projeto na rede, concomitante às ações desenvolvidas por ele. Permitiu também identificar o perfil dos sujeitos, que se convencionou chamar aqui de “solicitantes”, bem como as temáticas e assuntos que a ele estiveram mais ligadas ao longo dessa trajetória.

O Curta SUS é notabilizado em função do uso de tecnologia leve, com baixo investimento para implementação, alicerçado nos princípios da Educação Popular idealizada por Paulo Freire e postulada na obra “Pedagogia da autonomia” (1996) e na Política Nacional de Humanização (PNH). Formulada e lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde (MS), a PNH é um exemplo de proposta de renovação dos modelos de gestão e atenção no cotidiano dos serviços de saúde. Ela reafirma os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS, além de propor a transversalidade, a não dissociação entre atenção, gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos⁴.

A PNH sugere ainda a mudança dos modelos de atenção e gestão fundados na racionalidade biomédica por meio de práticas como: a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento, a ambiência, a defesa dos direitos dos usuários, entre outras. Enquanto objetiva o fortalecimento e a efetivação do SUS,

compromete-se em qualificá-lo por meio da mobilização dos sujeitos e determina o papel do apoio institucional, o qual visa à construção de outro formato do trabalho³.

Outra proposta que constitui um dos pilares do projeto é a Educação em Saúde, orientada pelas ideias de Educação Popular, propostas por Paulo Freire. A educação em saúde no Brasil teve início nas primeiras décadas do século XX, no contexto das campanhas sanitárias e na expansão da medicina preventiva para diversas regiões do País. Nessa época, tais ações não eram vistas como prioritárias e, nas poucas vezes que ocorriam, visavam domesticar as pessoas para obedecerem às normas de conduta⁵.

As ações de educação contempladas pelo projeto têm como objetivo a promoção de saúde por meio da articulação do conhecimento científico aos valores e representações subjetivas⁶. Sendo assim, não perfazem transmissões de informações, mas sim a construção de processos reais de conhecimento, fundamentado em práticas do cotidiano carregadas pelas subjetivações. Esse cotidiano é, por sua vez, compreendido como um território político e como fonte inexaurível de situações que podem se tornar disparadores de reflexões⁷.

Este estudo consiste, de forma geral, em avaliar como se deu o desenvolvimento do projeto Curta SUS, considerado pelos seus idealizadores como uma estratégia inovadora, e o impacto provocado pela utilização de suas ferramentas na efetivação do Sistema Único de Saúde. Os objetivos foram avaliar o perfil dos solicitantes, e avaliar ainda o impacto do projeto nas ações de educação em saúde desenvolvidas por profissionais da rede do SUS em Aracaju/SE, Brasil

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo de campo realizado em 2014, do tipo observacional, retrospectivo e descritivo com interpelação quali-quantitativa, que analisa a relação entre Educação Popular em Saúde, comunicação e trabalho com foco no impacto das experiências de campo vivenciadas pelos sujeitos que solicitaram e participaram do projeto Curta SUS. O campo foi delineado a partir dos diferentes dispositivos da rede de saúde pública de Aracaju que usufruíram dos serviços ofertados pelo Curta SUS. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS) da Secretaria Municipal de Saúde de

Aracaju e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU/ UFS). Embora envolva seres humanos, foi evidenciado risco mínimo devido caráter observacional. Convém destacar que a coleta de dados teve início somente após aprovação do CEPS e do CEP do HU/UFS, conforme parecer número 977.136, regulamentado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A amostra obtida foi do tipo não probabilística e por meio de critérios de conveniência, resultando em um grupo de 33 sujeitos denominados aqui de “solicitantes”. Foram incluídos a partir desse critério os atores que requisitaram formalmente a realização do projeto ao serviço em que atuam, por motivos diversos ligados a temáticas igualmente diversas. São profissionais da rede, que estão vinculados aos diferentes dispositivos, tais como Unidades de saúde da família, Programas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Secretaria Municipal de Educação de Aracaju e outros serviços inseridos, ou não, na rede de saúde e assistência social.

Os critérios de inclusão adotados para obtenção dessa amostra foram: ser profissional solicitante da intervenção, participação ativa na realização do projeto e ter aceitado participar da pesquisa. O segundo critério exclui aqueles sujeitos que não participaram das rodas de conversa, por entender que estes não possuem propriedade sobre o andamento ou os desdobramentos do projeto.

Foram realizadas entrevistas individuais com os sujeitos da amostra por meio de instrumento elaborado com questões semiestruturadas. As informações obtidas foram registradas por grafia no próprio roteiro de entrevistas ou por meio de gravação de áudio com transcrição posterior.

A análise dos dados foi feita de forma descritiva por meio de elaboração de planilhas e tabulação dos resultados. Realizou-se também análise dinâmica das narrativas com posterior categorização sistemática e quantitativa delas. Tais análises e observações foram feitas em conjunto com o método das *palavras geradoras* propostas por Paulo Freire⁸, o qual tem como objetivo promover a conscientização acerca dos problemas cotidianos, a compreensão do mundo e o conhecimento da realidade social, além de estimular a capacidade crítica do aluno a partir do pensamento-linguagem ou da escolha aleatória de uma palavra cujo significante tem propriedades semânticas que remetem ao seu cotidiano.

Os indicadores de avaliação foram tomados em razão do quantitativo de vezes que o mesmo entrevistado solicitou o projeto, do serviço em que estiveram lotados os solicitantes, das temáticas debatidas e das palavras geradoras com núcleos de significado presentes nas narrativas. Nesse processo, tabulou-se o quantitativo de vezes que determinada palavra ou expressão apareceu na narrativa dos entrevistados, considerando apenas uma vez para cada participante.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Em 81,8% dos casos os entrevistados conheceram o projeto Curta SUS por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. É possível afirmar com base nisso que há um apoio e amparo decisivo da gestão local em saúde às ações de promoção da saúde no município por meio da difusão deste projeto.

Em relação ao perfil dos profissionais solicitantes que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa é possível afirmar que a maioria (63,6%) possui idade entre 30 e 50 anos. Daqueles que possuem formação em nível superior, pode-se identificar que a maioria (57,6%) se graduou em cursos inseridos na grande área da saúde. Desses, 27,3% dos entrevistados são formados em Serviço Social; 15,2%, em Psicologia; 12,1%, em Enfermagem; e 3,0%, em Odontologia. Os demais possuem formação em outras áreas de conhecimento e cursos técnicos diversos.

Acerca do tempo de vínculo na instituição de trabalho, a média é de 9,5 anos: 69,1% vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju; 21,2%, à secretaria Municipal de Educação de Aracaju; 6,7%, à Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe; e 3,0%, à Secretaria Municipal de Assistência Social de Aracaju.

Evidencia-se que as atividades e ações de promoção e prevenção à saúde, veiculadas pelo Curta SUS na rede, são realizadas prioritariamente por assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros. Tais dados obtidos deflagram que os profissionais das demais categorias, sobretudo aqueles que realizam os chamados “atendimentos de consultório”, pouco ou nunca se envolveram nas atividades de educação permanente em saúde.

Essa realidade pressupõe que, tais profissionais, principalmente os médicos, ainda se encontram norteados

pelo modelo curativo assistencial como fundamento das práticas de saúde. Há, de certo modo, uma insipiência ou distanciamento das atividades médicas dos demais afazeres da equipe, revelando assim um predomínio de modalidades e ações guiadas pelo uso das chamadas tecnologias duras⁹.

Para o Curta SUS e para as ações de saúde pública, esse dado se faz extremamente relevante, pois denota a existência de lacunas ou limitações que interferem decisivamente na realização das ações de promoção. Uma reflexão com o objetivo de analisar tais aspectos relacionados aos serviços de saúde deve lançar sobre eles um olhar crítico e interrogador das diversas questões a ele implicadas, esclarecer os pedidos e compromissos assumidos entre os diversos atores implicados na arena operacional e decisória; ouvir com objetividade os ruídos que existem no processo de trabalho¹⁰.

Constatou-se, no contato com os serviços, que a maioria das ações de saúde na atenção básica tem como empecilho o pragmatismo da relação saúde-doença, regido por princípios higienista e imediatista que forjam a noção de cura, além da ênfase ao cumprimento de medidas contingenciais. Isso se deve, segundo alguns profissionais, à burocratização excessiva das ações, especialmente aquelas voltadas à prevenção e reabilitação, que os leva a priorizar o desenvolvimento de procedimentos técnicos e atividades protocolares ou administrativas em detrimento de ações promocionais isoladas ou associadas às práticas de rotina.

Há categorias de profissionais em que essa conduta é ainda mais recorrente quando comparadas a outras. Revela-se com base nisso um cenário contundente transfigurado nos processos de trabalho em determinadas unidades de produção, a exemplo dos Programas de Saúde da Família, assim como também a divergência de ideias de promoção à saúde existente entre tais profissionais, razões e concepções que fazem deste um princípio segregado ou até mesmo preterido por alguns trabalhadores.

Para alguns técnicos, a burocratização excessiva das atividades, incluindo as ações programáticas, apresenta-se como um impedimento à realização de práticas que visualizem a promoção à saúde. Para outros, as dificuldades são inevitáveis e precisam ser enfrentadas operacionalmente, no sentido de investir sempre em instrumentos inovadores, como ilustra a narrativa abaixo:

[...] O curta SUS é simples, mas veio dar uma oxigenada no nosso trabalho, na forma de lidar e fazer promoção de saúde, sendo uma importante ferramenta para que possamos fazer saúde de uma maneira diferente; devolvendo o brilho aos olhos não só dos usuários como também dos profissionais (F.A.S., Enfermeiro).

A necessidade de criação de novas formas de abordagem e intervenção como meio de enfrentamento dos problemas e realinhamento das ações em relação aos seus propósitos originais é uma tendência das gestões contemporâneas com foco na descentralização do poder¹¹. A existência de projetos inovadores, a exemplo do Curta SUS, é algo imprescindível e decisivo tanto à efetividade das ações quanto à indissociação entre trabalho e sentido que ele produz.

Nessa perspectiva, a maioria dos profissionais (60,4%) visualizou o projeto Curta SUS como uma ferramenta de apoio que fomenta novas possibilidades de realização do fazer educativo em saúde, enfatizando o uso de tecnologia leve e versátil, como expressa a narrativa abaixo:

[...] acredito muito nas tecnologias leves para o desenvolvimento do trabalho de saúde da família. O Projeto Curta SUS conseguiu dar uma vivacidade ao serviço, trazendo algo novo numa perspectiva de fazer saúde, deixando um pouco o modelo assistencialista e se voltando mais as ações preventivas (F.A.S., Enfermeiro).

No que diz respeito ao alcance do projeto, os dados obtidos apontaram para a escola como um dos espaços em que o projeto mais foi solicitado. A difusão do Curta SUS para além de instituições consideradas originais do setor saúde reafirma a intersetorialidade não só como uma ferramenta importante para o SUS, mas sim um desdobramento do projeto que ratifica o forte poder de articulação atribuído à comunicação, a arte e a outras metodologias a ela associadas.

Segundo alguns solicitantes, lotados em instituições da rede educacional do município, a possibilidade de abordar diversos temas de maneira leve, lúdica, motivou crianças e adolescentes a participarem da roda e assumirem o papel de protagonistas. A produção de conhecimento nestas circunstâncias pôde ser realizada de maneira compartilhada. A relevância da iniciativa, neste aspecto, deu-se em razão do uso da arte como forma versátil e produtiva de comunicação, capaz de atingir espaços que até então se constituem como desafio para as ações de promoção à saúde.

Dentro das ações do PSE existe o componente 2 que contempla atividades educativas sobre temáticas que são trabalhadas com o Projeto Curta SUS [...] os objetivos destas atividades eram alcançados satisfatoriamente, pois os adolescentes interagem durante a roda de conversa tirando suas dúvidas e proporcionando a troca de experiências sobre o tema abordado [...] (I.S.S.C., Enfermeira).

A solicitação do projeto por mais de uma vez a partir do mesmo serviço, sugere o impacto positivo e adesão das ações. Os dados revelam que todos os entrevistados agendaram o projeto mais de uma vez. 60,6% agendaram entre duas a sete vezes; 9,1% agendaram entre oito e dez vezes; e 30,3% agendaram mais de dez vezes. O agendamento foi realizado em 51,5% dos casos por telefone, sugerindo assim plena efetividade e adesão ao projeto.

A maioria dos solicitantes (72,7%) utilizou o Curta SUS para trabalhar com mais de um tipo de público-alvo. 51,5% dos entrevistados realizaram agendamento para ações que tinham como público-alvo crianças e adolescentes de escolas vinculadas ao PSE (Programa de saúde na escola) e 33,3% aos trabalhadores da saúde. As temáticas discutidas após exibição do curta-metragem foram variadas e em diversos casos o mesmo solicitante trabalhou o mesmo tema repetidas vezes. Em 51,5% das entrevistas o tópico mais trabalhado foi cultura de paz (Figura 1).

Em uma intervenção do Curta SUS, dentro das ações do Programa Saúde na Escola, os alunos da escola que fomos não queriam participar; o projeto mobilizou os adolescentes, por meio do curta, de tal forma que toda turma do 7º ano participou ativamente da discussão, rendendo uma roda de conversa muito produtiva sobre violência, bullying, drogas (J.S.A., Geografo).

[...] chama a atenção como prende a atenção e proporciona maior interação e participação dos grupos, dos adolescentes. (L.N.C., Assistente Social).

No tocante à satisfação com o projeto, mais precisamente no que diz respeito ao aproveitamento das discussões tecidas acerca de determinadas temáticas, pode-se inferir que 57,6% dos entrevistados declararam que as expectativas foram atendidas para além do esperado. Dentro desse subgrupo, 30,3% afirmaram que houve uma alteração e ampliação da participação do público, também para além do esperado (Figura 2), se comparado a outras atividades realizadas com o mesmo propósito.

Figura 1 - Temáticas planejadas

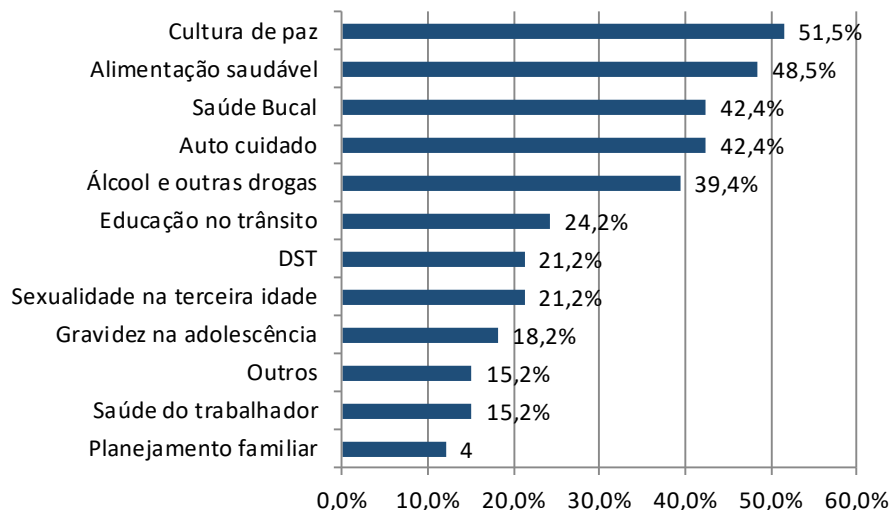


Figura 2 - Alcance dos Objetivos Propostos x Alteração na Participação/Fala

	Houve alteração na participação/fala dos participantes da roda de conversa?			
	Parcialmente	Totalmente	Além da expectativa	Total geral
Parcialmente	1	4	2	7
%	3,0%	12,1%	6,1%	21,2%
Totalmente	0	3	7	10
%	0,0%	9,1%	21,2%	30,3%
Além da expectativa	0	6	10	16
%	0,0%	18,2%	30,3%	48,5%
Total	1	13	19	33
%	3,0%	39,4%	57,6%	100,0%

Para a realização de atividades de educação em saúde os sujeitos entrevistados revelaram, em sua maioria, utilizar apenas a modalidade palestra, com auxílio de recursos, tais como cartazes e panfletos. Trata-se de um modelo de comunicação considerado pedagogicamente diretivo e de impacto restrito, no qual o emissor aplica determinados estímulos espera obter do receptor determinadas respostas. Esse modelo está, por diversos motivos, amplamente arraigado nas práticas de saúde coletiva, nas quais é valorizado prioritariamente o saber científico hegemônico, a fim de fomentar hábitos e práticas que articulem a promoção à saúde e a adesão da população aos procedimentos médico-sanitários¹².

Quando à comunicação em saúde, é restrita exclusivamente ao saber técnico, ou seja, como um fator legitimador

de um poder aliado a uma pretensa razão, ela perde gradativamente sua força. Na perspectiva do projeto, faz-se necessário dar maior atenção aos discursos de outros atores sociais, valorizando, assim, a construção de um dialogismo entre ciência e realidade que visa à interação e à construção coletiva de saberes envolvidos no cotidiano das práticas.⁸ Desse modo, ao mesmo tempo que produz e faz circular seus discursos, apropria-se dos discursos circulantes¹³.

[...] O Curta SUS traz novas possibilidades ao profissional de saúde, proporcionando formas para maior interação com os usuários, trocas de experiências entre trabalhadores e usuários, e entre os próprios usuários, podendo assim conhecer as demandas, os anseios, as dúvidas (M.V.A.N., Assistente Social).

A necessidade de protagonismo por parte dos atores da saúde é aclamada constantemente na narrativa dos profissionais. O processo de análise de determinado serviço de saúde, deve ser eficaz para mostrar aos trabalhadores o que eles estão vivendo a cada dia, no sentido de construí-los enquanto sujeitos coletivos que podem ser os protagonistas das mudanças nos serviços¹⁰. A horizontalidade nas relações entre tais sujeitos no ensejo das realizações expressa, de certo modo, tal produto como resultado das ações empreendidas. Entretanto, faz-se importante notar, por meio dos dados, que a participação social, nesse contexto, é uma consequência de ações fomentadas por profissionais da rede e não diretamente por parte dos próprios usuários.

Pode-se inferir que a produção de saúde e de práticas de saúde, vista também como objetivo do exercício da cidadania e do protagonismo dos sujeitos a ser galgada a partir do projeto Curta SUS, demonstra certa fragilidade no que diz respeito ao incentivo do controle social e da participação direta da população na gerência dessa ferramenta. Reforçar o papel do trabalhador como exclusivo na solicitação das ações implica, de certa forma, subsumir o desejo dos usuários a condições favoráveis, ou não, de realização do projeto, cuja ocorrência passa a ser determinada pelos trabalhadores em razão da conveniência dos serviços. Trata-se de um risco à institucionalização das práticas, que isenta os usuários do papel de gestores da saúde e da rede.

Conceber a comunicação na atenção à saúde como algo que está para além dos muros dos serviços, ou da noção institucionalizada e centralizada de gestão, requer, nestas circunstâncias, uma reflexão sobre possíveis limitações operacionais no uso de novas tecnologias¹⁴. Tal premissa poderia transformar as ações desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais de modo que elas venham ganhar caráter inclusivo e participativo com objetivo de empoderamento e posicionamento dos diversos atores sociais.

Para mim, o principal benefício é promover o diálogo, as pessoas expõem suas opiniões, suas dúvidas, seus anseios, onde não há certo ou errado nas falas que circulam na roda. Eu recomendaria a outros trabalhadores por ser uma ferramenta que podemos usar de diversas maneiras, com inúmeras possibilidades de adaptar a cada público, a cada local, sempre de forma gratificante [...] (C.C.M., Bióloga).

Nesse contexto, pode-se inferir que o propósito da Educação Popular em Saúde não foi somente o de informar

para atenção à saúde, mas de transformar os saberes existentes por meio de práticas educativas emancipatórias. Tal prática visou ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, não mais pela imposição dos saberes técnicos-científicos, mas sim pela valorização das relações interpessoais estabelecidas nos serviços de saúde¹⁵.

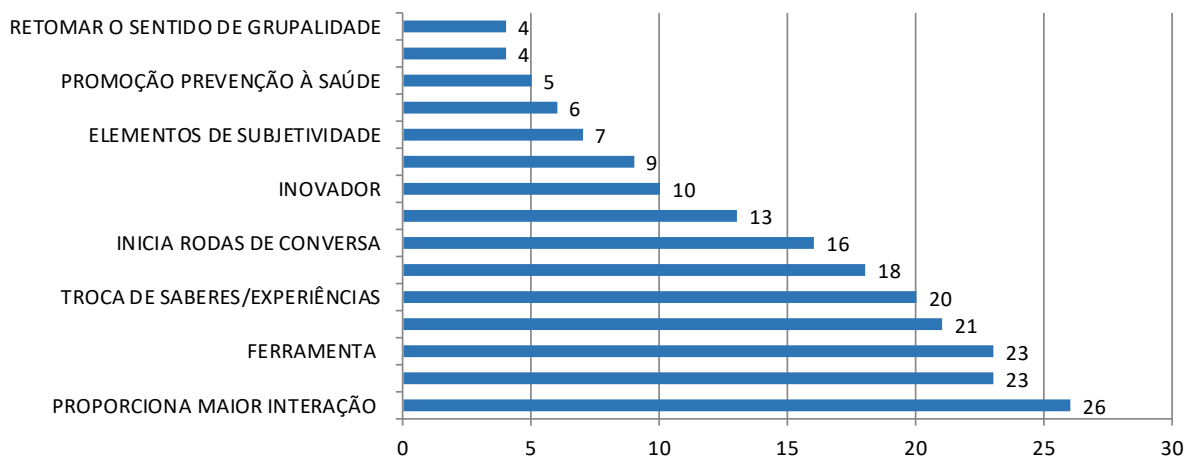
Acerca dessa prática, identificou-se entre os trabalhadores que seus objetivos para com o projeto e opiniões sobre ele se deu em razão da ideia de aproveitamento e efetividade das ações planejadas. Nos dados que sustentam essa afirmação, constata-se que houve repetição de algumas palavras e/ou expressões que foram categorizadas e quantificadas (Figura 3).

Percebe-se que o objetivo das atividades do projeto Curta SUS – busca pela promoção da ampliação e desenvolvimento estratégias inovadoras que visem garantir a integralidade, a universalidade e a equidade a partir do estímulo da autonomia e da corresponsabilização social – estiveram presentes como norteadores metodológicos e fundamentais das ações do próprio projeto. Percebeu-se ainda que a grande adesão por parte dos trabalhadores das redes de saúde e educação possui uma relação com termos que objetivam a ideia de efetividade por meio da repetição das falas por meio das seguintes expressões: maior interação, diálogo, inovador, promoção e prevenção à saúde e troca de saberes.

A realização de ações educativas por intermédio da arte possibilitou a produção de sentidos de aprendizagem que ultrapassam a instrumentalidade da razão e do mecanicismo dos procedimentos técnicos protocolados, institucionalizados na formação e na prática dos profissionais de saúde¹⁶. Dessa forma, quando a Educação Popular é inserida no cotidiano das ações e práticas de educação em saúde, pode-se, por meio da crítica e da reflexão, constatar as transformações e reconstruções dos saberes dos sujeitos ou do grupo, que não detinham o conhecimento oriundo do princípio acadêmico-científico, ao mesmo tempo em que o profissional com papel de educador apropria-se do conhecimento que tem origem no universo comum¹⁷.

De acordo com a narrativa dos solicitantes pesquisados, o projeto serve como ferramenta que os auxilia na realização de ações de caráter educativo que visam à promoção e à prevenção à saúde. Dessa forma, traz benefícios não só para

Figura 3 - Palavras e expressões utilizadas durante os relatos das questões abertas



os sujeitos que são alvo das ações, como também para os profissionais que transformam suas práticas e conseguem – com auxílio do projeto Curta SUS – ampliar as ações de educação em saúde.

Outro aspecto relevante é a grande variedade de temáticas trabalhadas e a diversidade nos perfis do público-alvo dos envolvidos, o que demonstra a versatilidade do projeto, bem como de suas possibilidades de atuação. Nesse contexto, verificou-se que o Curta SUS pode ser uma ferramenta de gestão transversal nos diversos programas e redes de atenção à saúde, na medida em que visa reconhecer a importância e a pluralidade deles, assim como propõe a necessidade de ampliação do diálogo entre eles. Além de evidenciar a necessidade de entendê-los como instâncias de produção de subjetividade na busca da corresponsabilização dos sujeitos em relação à saúde.

CONCLUSÃO |

A criação e o desenvolvimento de projetos inovadores voltados para as práticas no Sistema Único de Saúde reafirmam o processo como condição para o êxito e efetivação das ações dentro do SUS, sobretudo no que se refere à parcela de contribuição dos trabalhadores e do controle social. A plasticidade e o dinamismo das ações cunhadas pelo projeto revelam como determinados conteúdos podem ser abordados de modo articulado a própria realidade da saúde, de suas relações e efemérides, além da influência que outros elementos do cotidiano das práticas exercem no campo da promoção.

O Curta SUS se apresentou ao longo deste estudo como um instrumento de fácil acesso e de baixo custo no que se refere à implantação e execução, além de elevado grau de satisfação e adesão por parte dos profissionais solicitantes. O impacto sobre as ações de educação em saúde avaliadas a partir dessa experiência reafirmam o caráter político do projeto mediante a reação dos trabalhadores das redes e da participação popular. Não obstante, faz-se imprescindível considerar a intersetorialidade como um dos produtos mais salutar, ratificando a importância do diálogo entre a saúde e outros espaços que lhe são tangenciais.

Este trabalho, por ser de caráter retrospectivo e ter como amostra de pesquisa apenas os solicitantes das ações do Curta SUS, limita sua avaliação às percepções deste grupo e em momento posterior as ações. É recomendável a realização de estudos correlacionados sobre os desdobramentos dessa experiência, ou de outras afins, que compensem as limitações deste trabalho. Além disso, faz-se oportuno também uma análise de segmentos temáticos precisos que aqui estiveram embutidos e que expressem mais opiniões a partir dos envolvidos em diferentes instâncias deste projeto, a fim de verificar, na dimensão micropolítica, o impacto da utilização dos recursos e obtenção de resultados complementares.

REFERÊNCIAS |

1. Lemle M. IdeaSUS: Vamos trocar experiências? Revista de Manguinhos. 2013; 28:22-3.

2. Altmann E. Olhares da recepção: a crítica cinematográfica em dois tempos. Cad CRH [Internet]. 2008 [acesso em 15 dez 2014]; 54(21):611-22. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v21n54/13.pdf>>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Mattos RA. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2009 [acesso em 02 dez 2014]; 13(1):771-80. Disponível em: URL: <http://www.cpgss.pucgoias.edu.br/ArquivosUpload/31/file/DE%20MAT%20TOS_%20PRINCIPIOSDO%20SUS.pdf>.
5. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(1):319-25.
6. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2004 [acesso em 27 nov 2014]; 9(3):669-78. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>>.
7. Oliveira A, Silva Neto JC, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MN. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. Interface (Botucatu) [Internet]. 2008 [acesso em 02 dez 2014]; 12(27):749-62. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a06v1227.pdf>>.
8. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
9. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2003 [acesso em 08 maio 2015]; 8(2):569-84. Disponível em: URL: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>>.
10. Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
11. Tanaka OU, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(4):821-8.
12. Freitas FV, Rezende Filho LA. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. Interface (Botucatu) [Internet]. 2011 [acesso 10 maio 2015]; 15(36):243-55. Disponível em: URL: <<http://www.scielosp.org/pdf/icse/v15n36/aop4510.pdf>>.
13. Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(1):1509-20.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Censo Demográfico 2010 [acesso em 02 dez 2014]. Disponível em: URL: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>.
15. Pitta AMR, Rivera FJU. Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2006 [acesso em 08 dez 2014]; 10(20):395-410. Disponível em: URL: <<http://static.recantodasletras.com.br/arquivos/4242018.pdf>>.
16. Fernandes SCA. As práticas educativas na Saúde da Família. Natal. Tese [Doutorado em Ciências Sociais] – Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010.
17. Pires MRG, Spagnol CA, Brito MJM, Gazzinelli MFC, Montenegro LC. Diálogos entre a arte e a educação: uma experiência no ensino da disciplina de administração em saúde. Texto Contexto Enfermagem [Internet]. 2009 [acesso em 26 nov 2014]; 18(3):559-67. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a20v18n3.pdf>>.

Correspondência para/ Reprint request to:

Chenya Valença Coutinho

Rua Jorge Pereira Porto, 248,

Salgado Filho, Aracaju/SE, Brasil

CEP: 49020-140

Tel.: (79) 991190144

E-mail: chenya.coutinho@gmail.com

Submetido em: 03/07/2016

Aceito em: 26/10/2016

Patrícia Maurer¹, Angelica Aparecida da Costa Gullich¹,
Vanessa Rosa Retamoso¹, Eva Ribeiro Villanova de Freitas¹,
Jamila Benvegna Bruno¹, Lyana Feijoo Berro¹,
Ana Claudia Colombo de Oliveira¹, Rafael Noal Moresco²
Patrícia Dutra Sauzem¹, Vanusa Manfredini¹,
Michel Mansur Machado¹ e Jacqueline da Costa Escobar Piccoli¹

Components for diagnosing Metabolic Syndrome using NCEP-ATP III in an Afro- Brazilian population

Componentes para diagnóstico de Síndrome Metabólica pelo NCEP-ATP III em uma população afro-brasileira

ABSTRACT | Introduction:

Metabolic syndrome consists of a set of risk factors associated with increased cardiovascular morbidity and mortality, including the increase in triglyceride levels. However, specific features of the black population involve high blood pressure and low frequency of dyslipidemia, which can mask diagnosis. Objective: To assess the prevalence of Metabolic Syndrome (MetS) in Afro-Brazilians and estimate the relative risk of each component for the diagnosis of MetS. Methods: This is a cross-sectional study involving 197 self-declared blacks (black and brown). The two-staged data collection included obtaining anthropometric variables and evaluating laboratory biochemical parameters. MetS was diagnosed according to the National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III and after statistical analyzes were performed. Results: The study population had increased anthropometric parameters and borderline blood pressure. The prevalence of MetS was 59.4%. Most of the participants declared themselves as black. The relative risk of each component was evaluated, and among the five composing the diagnosis, only the triglyceride component presented in a lower risk for MetS. Conclusion: Triglyceride level was the component found to be protective in the group of the self-declared blacks, i.e. this component may be the criterion responsible for underestimating the prevalence of MetS in blacks, thus hindering early diagnosis and decreasing the effectiveness in preventing cardiovascular events and mortality among blacks.

Keywords | African Continental Ancestry Group; Metabolic Syndrome X; Triglycerides.

RESUMO | Introdução: A síndrome metabólica é composta por um conjunto de fatores de risco associados à maior morbimortalidade cardiovascular, entre eles o aumento dos níveis de triglicerídeos. Entretanto, características específicas da população negra envolvem níveis pressóricos elevados e baixa frequência de dislipidemia, o que pode mascarar o diagnóstico. **Objetivo:** Verificar, em uma amostra autodeclarada negra brasileira, a prevalência de síndrome metabólica (SM) e estimar o risco relativo de cada componente diagnóstico da SM segundo a autodeclaração de cor. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com 197 participantes autodeclarados negros (pretos e pardos). A coleta de dados foi composta por duas etapas e incluiu a obtenção de variáveis antropométricas e avaliação de parâmetros bioquímicos laboratoriais. A SM foi diagnosticada conforme o *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III*, após foram realizadas as análises estatísticas. **Resultados:** A população deste estudo apresentou parâmetros antropométricos alterados e níveis pressóricos limítrofes. A prevalência de SM foi de 59,4%. Entre os participantes, a maioria se autodeclarou como pretos. O risco relativo de cada componente foi avaliado e, entre os cinco que compõem o diagnóstico, apenas o componente de aumento de triglicerídeos apresentou-se de menor risco para SM. **Conclusão:** A trigliceridemia foi o componente considerado protetor no grupo autodeclarado preto, ou seja, este pode ser o critério responsável por subestimar a prevalência da SM em negros, dificultando o diagnóstico precoce e fazendo com que medidas de prevenção de eventos cardiovasculares não sejam eficazes na diminuição da mortalidade entre negros.

Palavras-chave | Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Síndrome X Metabólica, Triglicerídeos.

¹Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiana, Uruguaiana/RS, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A síndrome metabólica (SM) é um conjunto de fatores de risco associados à maior morbimortalidade cardiovascular. Entre os componentes da SM, estão níveis elevados de triglicerídeos, especialmente por serem um dos marcadores de resistência à insulina e uma das principais causas do diabetes de tipo II¹. Segundo a *I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica*, não existem dados representativos sobre a prevalência da SM na população brasileira, mas a prevalência em diferentes populações varia de 10,7% a 40,5%¹. Contudo, a doença cardiovascular e o diabetes não estão normalmente associados com a hipertrigliceridemia em pessoas de ascendência africana e, desse modo, o uso generalizado dos níveis de triglicerídeos (TG) como critério para prever estas condições é controverso^{1,2}.

Apesar da baixa incidência de trigliceridemia³, a população negra (pretos e pardos) apresenta uma maior prevalência de eventos cardiovasculares, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, quando comparados aos brancos. Porém, o perfil lipídico favorável de baixos níveis de triglicerídeos e elevados níveis de colesterol HDL (*High Density Lipoproteins*), observado em estudos populacionais com negros é considerado surpreendente e paradoxal^{3,4}.

Conhecer a prevalência da SM e suas consequências tem sido parte de um esforço para prevenir a doença cardiovascular e complicações associadas, visto que a SM, por si só, eleva o risco para desenvolvimento de doença cardiovascular (DCV) e de diabetes tipo II⁵. Não há um consenso universal sobre os critérios diagnósticos da SM⁶, tampouco sobre uma definição única para todas as populações. Entretanto, evidências demonstram que a SM é subdiagnosticada nas populações de descendência africana, fato provavelmente associado ao paradoxo dos TG e alto colesterol HDL que fazem parte dos componentes de diagnóstico da SM².

Atualmente, os critérios que caracterizam a SM variam tanto na prática clínica quanto em estudos epidemiológicos^{1,3,6}. Os mais utilizados são os propostos pelo “*National Cholesterol Education Program’s Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III), que é o critério recomendado pela I Diretriz Brasileira de SM e pela Federação Internacional de Diabetes (IDF) e que surgiu como um consenso para a adoção de uma definição unificada^{1,7}.

Considerando a variação dos componentes diagnósticos, a falta de dados sobre populações brasileiras específicas e o subdiagnóstico da SM na população negra, caracterizando uma prevalência não representativa do risco cardiovascular associado a esta população, estudos que abordem a frequência dos componentes da SM são necessários.

Assim, o objetivo do presente estudo foi verificar, em uma amostra autodeclarada negra brasileira, a prevalência de SM e estimar o risco relativo de cada componente para o diagnóstico da SM segundo a autodeclaração de cor.

MÉTODOS |

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), parecer 977.827. Todos os procedimentos realizados no trabalho estão de acordo com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil e com os princípios éticos da Declaração de Helsinkí.

A população conhecida de autodeclarados negros (pretos e pardos) de Uruguaiana é de 5.576 pessoas, segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁸. A partir deste número, foi feito o cálculo amostral para um nível de significância de 95%, erro máximo de 5%, prevalência da população de 20%, resultando na amostra estimada de 236 participantes. Dessa forma, 280 indivíduos que preenchiam os seguintes critérios de inclusão: autodeclaração de cor, maiores de 18 anos e moradores do município de Uruguaiana/RS, foram convidados para participar do estudo. Como critérios de exclusão, foram considerados incapacidade de comunicação (deficiente visual ou auditivo) ou recusa em participar de alguma etapa da pesquisa.

Após a aplicação dos critérios de exclusão, a amostra total foi composta de 197 sujeitos. Foi obtido Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes e a coleta de dados foi composta de duas etapas. A primeira consistiu na aplicação de um questionário semiestruturado e avaliações antropométricas, e a segunda na coleta das amostras biológicas para os exames laboratoriais.

As avaliações antropométricas realizadas foram: peso, aferido em balança portátil digital; altura, por meio de estadiômetro portátil; circunferência abdominal, aferida no

ponto médio entre a margem inferior do último arco costal e a crista ilíaca; pressão arterial sistólica e diastólica obtidas com esfigmomanômetro digital devidamente calibrado. Para classificação dos níveis pressóricos, foram utilizados os limites recomendados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁹. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado por meio da razão entre o peso corporal (kg) e o quadrado da estatura (m²).

Amostras de sangue venoso periférico foram coletadas, após jejum de 12 horas, em tubos contendo anticoagulante para obtenção de plasma e sem anticoagulante para obtenção de soro. Após a centrifugação (10 minutos, 3000rpm), alíquotas foram estocadas a -20°C para as análises bioquímicas posteriores. Estas incluíram determinações de glicose e perfil lipídico completo (colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL e triglicerídeos) em equipamento bioquímico semiautomatizado ChemWell T (Lagoa Santa (MG), Brasil), utilizando kits de reagentes padrão doados pela empresa Bioclin (Belo Horizonte (MG), Brasil).

Para determinação de síndrome metabólica, empregou-se a definição do NCEP-ATP III, que consiste na presença de pelo menos três entre cinco critérios, que são: circunferência abdominal >102 cm em homens ou >88 cm em mulheres; glicose ≥110mg/dL ou diagnóstico de diabetes; triglicerídeos ≥150mg/dL; HDL <40mg/dL em homens ou <50mg/dL em mulheres; pressão arterial sistólica ≥130mmHg ou diastólica ≥85mmHg ou em tratamento para hipertensão¹.

Os dados foram inseridos em planilha eletrônica e a análise estatística foi realizada no software SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 16.0. Foi utilizada estatística descritiva, teste t de Student para determinar diferenças entre os grupos e teste do qui-quadrado de Pearson para análise bivariada. Para testar a independência das variáveis, foi realizada regressão binária logística (método Enter). Para a aceitação do modelo, foi realizada a estatística de adequação de ajuste de Hosmer-Lemeshow, considerando valor de p maiores do que 0,05 como indicativos para a aceitação do modelo. Nos demais testes, adotou-se o nível de significância de p ≤ 0,05.

RESULTADOS |

Participaram do estudo 197 sujeitos, 113 (57,4%) autodeclarados como pretos e 84 (42,6%) como pardos, com média de idade de 46,4 ± 14,7 anos. A amostra foi composta em sua maioria pelo sexo feminino (79,7%). A prevalência de SM entre os participantes foi de 59,4% (117 pessoas).

As características antropométricas, pressóricas e bioquímicas de base da população total estão apresentadas na Tabela 1. Os indicadores antropométricos indicam uma população com obesidade (IMC e circunferência da cintura aumentados) e pressão arterial limítrofe. A glicemia apresentou-se aumentada, embora o valor médio não seja considerado critério para definição de diabetes.

Tabela 1 - Características antropométricas, pressóricas e bioquímicas de base da população total e estratificada por grupos de autodeclaração

	Amostra total* (n=197) Média±DP	Pretos (n=113) Média±DP	Pardos (n=84) Média±DP	p-valor**
Circunferência Abdominal (cm)	99,3±12,9	99,7±13,5	98,7±12,1	0,60
IMC (kg/m ²)	30,2±5,8	30,3±5,8	30,0±5,8	0,52
PAS (mmHg)	133,9±24,7	132,8±24,4	135,4±25,2	0,66
PAD (mmHg)	86,4±17,5	86,6±17,7	85,9±17,3	0,61
Colesterol total (mg/dL)	185,6±43,0	187,3±47,5	183,2±36,2	0,51
Glicose (mg/dL)	124,4±42,8	126,0±37,2	122,4±49,4	0,56
HDL (mg/dL)	49,8±12,8	50,6±13,8	48,8±11,5	0,15
LDL (mg/dL)	108,8±37,8	110,7±42,5	106,2±30,6	0,36
Triglicerídeos (mg/dL)	140,2±84,9	132,8±91,0	150,1±75,3	0,16

Legenda: DP= Desvio padrão; IMC= Índice de Massa Corporal; PAS= Pressão Arterial Sistólica; PAD= Pressão Arterial Diastólica; HDL= lipoproteína de alta densidade; LDL= lipoproteína de baixa densidade. *Tratamento estatístico utilizado: análise descritiva de dados (frequência). **Tratamento estatístico: teste-t Student (comparação entre pretos e pardos); Nível de significância: p ≤ 0,05.

Figura 1 - Risco relativo quanto à presença de cada componente da SM × a autodeclaração de cor preto

	Exp (β)	IC 95%	Gráfico com Exp (β)	p-valor*
Hiperglicemia	1,52	0,81-2,85		0,19
HAS	1,24	0,65-2,36		0,51
HDL baixo	0,83	0,45-1,51		0,53
Obesidade	1,24	0,65-2,38		0,51
Trigliceridemia	0,49	0,26-0,91		0,02

Exp (β)= exponencial beta; IC 95%= intervalo de confiança com limites inferior e superior de 95%; HAS= hipertensão arterial sistêmica. *Tratamento estatístico utilizado: Análise de regressão logística; nível de significância: $p \leq 0,05$. Teste de Hosmer-Lemeshow $p=0,95$.

A amostra foi dividida em dois grupos, conforme a autodeclaração de cor (pretos, com $n=113$, e pardos, com $n=84$). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas médias das variáveis antropométricas, bioquímicas e pressóricas (Tabela 1).

A frequência de SM não foi diferente entre os grupos de autodeclaração (pretos= $61,5\%$ e pardos= $38,5\%$; $p=0,15$). Na análise da comparação individual de cada um dos cinco componentes da SM pelo NCEP ATP III, observou-se que a trigliceridemia (triglicédeos ≥ 150 mg/dL) foi o componente diagnóstico menos frequente no grupo autodeclarado preto ($27,7\%$) quando comparado ao grupo autodeclarado pardo ($42,9\%$) ($p=0,02$). A frequência dos demais componentes da SM pelo NCEP ATP III não foi diferente entre os grupos de autodeclaração de cor.

Observou-se, na análise bivariada, que o componente trigliceridemia foi associado com a autodeclaração preto, (OR= $0,74$, IC 95%: $0,55-0,98$, $p=0,03$). Os demais componentes da SM NCEP ATP III não foram associados com a autodeclaração de cor.

Na análise de regressão logística, foram incluídos todos os componentes da SM NCEP ATP III e a autodeclaração de cor como variável de desfecho. Nesta análise, a trigliceridemia permaneceu associada independentemente dos demais componentes da SM NCEP ATP III à autodeclaração de cor preta como fator protetor (ExpB= $0,49$, IC 95% $0,26-0,91$; $p=0,02$). Os resultados obtidos estão descritos na Figura 1. O teste de Hosmer-Lemeshow apresentou $p=0,95$, evidência favorável para a aceitação do modelo.

DISCUSSÃO |

O estudo realizado demonstrou que a população estudada apresentou elevada prevalência de SM segundo os critérios do NCEP-ATP III e que o componente trigliceridemia demonstrou-se como protetor para a SM, indicando que ele pode ser considerado fraco para o diagnóstico de SM na população negra.

A frequência de SM neste grupo populacional foi considerada alta ($59,4\%$). Barbosa *et al.*¹⁰ realizaram um estudo em subgrupos populacionais na cidade de Salvador (BA) e encontraram prevalência de SM em brancos de $23,3\%$, em pardos de $23,3\%$ e em negros de $23,4\%$, sem diferença significativa entre os grupos¹⁰. Estudos que abordam a questão étnico-racial e a SM ainda são escassos no Brasil. Por exemplo, um estudo realizado pela Faculdade de Medicina do estado de São Paulo apontou a prevalência de $35,5\%$ de SM em pacientes cardiológicos, mas não especificou a cor dos participantes¹¹. Já um estudo realizado entre quilombolas do Piauí encontrou frequência de SM pelos critérios de NCEP-ATP III de $55,4\%$, corroborando a frequência observada no presente estudo¹².

Fitzpatrick *et al.*¹³ construíram e validaram um modelo para SM em adolescentes negros americanos e demonstraram que os componentes circunferência da cintura, colesterol HDL, insulina de jejum e pressão arterial sistólica foram significativamente indicativos para SM nestes adolescentes. Os autores sugerem que os resultados indicam a existência do paradoxo da SM em adolescentes afro-americanos e demonstram a necessidade de um novo

modelo para SM dentro de grupos étnicos raciais. Neste estudo, especificamente, a inclusão dos triglicérides (hipertrigliceridemia) entre os componentes diagnósticos para a SM tornou o modelo pobre para este objetivo¹³.

No presente estudo, o componente hipertrigliceridemia (≥ 150 mg/dL), segundo critérios de diagnóstico do NCEP ATPIII, apresentou-se como protetor para SM no grupo autodeclarado preto, indicando que ele não foi associado a risco para SM nesta população. Desse modo, o paradoxo da SM foi observado no presente estudo apenas no grupo autodeclarado preto, em que as médias, tanto de triglicérides (132,8mg/dL) quanto de colesterol HDL (48,8 mg/dL) estiveram fora do ponto de corte para caracterizar a SM. No contexto em que cinco variáveis compõem a SM, a ausência, ou baixa frequência de dois deles, pode comprometer a efetividade do diagnóstico e a verdadeira avaliação do risco cardiovascular nesta população.

A literatura internacional sugere que o paradoxo da SM pode ser devido a esta ausência de dislipidemia entre afro-americanos e que os pontos de corte atuais para triglicérides e colesterol HDL para diagnosticar SM precisam ser revistos para serem efetivamente indicativos de risco na população de afro-americanos^{2,4,13,14}. Podemos considerar que os pontos de corte utilizados para triglicérides e colesterol HDL nos critérios do NCEP ATPIII possam ser a razão da baixa prevalência de SM encontrada em Salvador (BA), onde a prevalência entre pardos (23,3%) e pretos (23,4%) foi baixa¹⁰ em comparação com a prevalência encontrada na população miscigenada e negra da fronteira Sul do Brasil participante de nosso estudo (59,4%).

Avaliamos ainda o colesterol total e o colesterol LDL, embora estes não façam parte dos componentes diagnósticos para a SM, para propiciar uma análise completa do perfil lipídico e a avaliação geral da dislipidemia. Apesar do baixo risco de dislipidemia na população geral, conforme tabela 1, a maioria de autodeclarados pretos (61,5%) no grupo com SM chama a atenção. Este fato demonstra que, muito possivelmente, se houver modificações nos pontos de corte para afro-brasileiros, o risco para desenvolvimento de doença cardiovascular se tornará evidente nesse grupo populacional, mas não entre os pardos.

A autodeclaração, como conceito para definição de raça/cor, pode ser considerada a principal limitação deste estudo. Entretanto, optamos por esse critério, pois envolve apenas as características e a percepção do próprio indivíduo, e não questões subjetivas dos pesquisadores¹⁵.

O próprio Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística relata dificuldades na abordagem de questões étnicas e na adequação de questionários com o uso da autodeclaração de preto ou pardo para identificação de raça e indica que a definição de raça dada pela “cor de pele” aferida pelo investigador não é o melhor critério¹⁵.

Dessa forma, consideramos que este é um estudo pioneiro na abordagem étnico/racial e da SM no estado do RS e um dos poucos realizados no Brasil. Os dados do último censo demográfico⁸ indicam que o Brasil é um país de maioria negra (pretos e pardos) e, desse modo, as estratégias de prevenção e promoção de saúde devem estar voltadas para questões étnicas/raciais e para considerar as especificações que podem estar mascarando ou minimizando a detecção precoce de risco cardiovascular e o consequente tratamento na população afro-brasileira.

CONCLUSÃO |

A frequência de SM na amostra populacional negra foi de 59,4%. Dos cinco componentes da SM, a trigliceridemia foi o menos frequente e considerado protetor para pretos. A partir deste estudo concluímos que a ausência de hipertrigliceridemia pode ser responsável por subestimar a prevalência de SM em pretos, mas não em pardos. Este fato pode dificultar o diagnóstico precoce da SM e diminuir a eficácia da prevenção de eventos cardiovasculares nesta população. Novos estudos abordando o tema étnico-racial e o diagnóstico de SM são necessários em outras populações do Brasil para melhor elucidar o tema aqui abordado.

REFERÊNCIAS |

1. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia; Sociedade Brasileira de Diabetes; Associação Brasileira para Estudos da Obesidade. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 84(Suppl 1):1-28.
2. Yu SSK, Castillo DC, Courville AB, Sumner AE. The triglyceride paradox in people of African descent. *Metab Syndr Relat Disord.* 2012; 10(2):77-82.

3. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, Simone GD, Ferguson B, Flegal K, et al. Heart disease and stroke statistics - 2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2009; 119(3):e21-e181.
4. Osei K. Metabolic syndrome in blacks: are the criteria right? *Curr Diab Rep*. 2010; 10(3):199-208.
5. Grundy SM. Metabolic syndrome pandemic. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2008; 28(4):629-36.
6. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M, American Diabetes Association; European Association for the Study of Diabetes. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2005; 28(9):2289-304.
7. Barbalho SM, Quesada K, Goulart RA, Bechara MD, Gabaldi MR, Batista GLSA, et al. Aspectos oxidativos da síndrome metabólica e aterosclerose. *Sci Med*. 2015; 25(3):ID21092.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese dos indicadores de 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1 supl.1):1-51.
10. Barbosa PJB, Lessa I, Almeida Filho N, Magalhães LBNC, Araújo J. Influence of the self-reported skin color on the prevalence of Metabolic Syndrome in an urban Brazilian population. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 94(1):34-40.
11. Nakazone MA, Pinheiro A, Braile MCVB, Pinhel MAS, Souza GF, Pinheiro Júnior S, et al. Prevalência de síndrome metabólica em indivíduos brasileiros pelos critérios de NCEP-ATPIII e IDF. *Rev Assoc Med Bras*. 2007; 53(5):407-13.
12. Aragão JA, Bós AJG, Souza GC. Síndrome metabólica em adultos e idosos de comunidades quilombolas do Centro-Sul do Piauí, Brasil. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2014; 19(2):501-12.
13. Fitzpatrick SL, Lai BS, Brancati FL, Golden SH, Hill-Briggs F. Metabolic syndrome risk profiles among African American adolescents: National Health and Nutrition Examination Survey 2003-2010. *Diabetes Care*. 2013; 36(2):436-42.
14. Sumner AE. Ethnic differences in triglyceride levels and high-density lipoprotein lead to underdiagnosis of the metabolic syndrome in black children and adults. *J Pediatr*. 2009; 155(3):S7.e7-e11.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características étnico-raciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

Correspondência para/Reprint request to:

Jacqueline da Costa Escobar Piccoli

BR 472, KM 592,

Uruguaiana/RS, Brasil

CEP: 97508-000

Tel.: 55-9939-9106

E-mail: jcpiccoli@yahoo.com.br

Submetido em: 16/07/2016

Aceito em: 29/11/2016

Safety culture assessment in health institutions by Nursing professionals

Avaliação da cultura de segurança das instituições de saúde por profissionais de Enfermagem

ABSTRACT | Introduction: *Patient safety is defined as the reduction of unnecessary harm associated with healthcare to an acceptable minimum.*

Objective: *To identify the safety culture among nursing professionals.*

Methods: *This a descriptive, cross-sectional and qualitative study. Data were collected through the use of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), which was answered by 36 nursing technicians in 2016 in the city of Curitiba/PR. Results: Women accounted for the majority of respondents (80.56%). In assessing the safety culture, only two domains had a satisfactory average score (≥ 75): job satisfaction (85,40) and stress perception (76,70). The Perception of Management domain obtained the lowest score of the study: 52,60 for General Management and 52,80 for Sector Management (52,80).*

Conclusion: *There is a clear need to promote and implement improvements in patient safety, along with a greater commitment of managers to strengthen safety culture and offer the patient a safe and quality care.*

Keywords | *Patient safety; Nursing team; Organizational culture.*

RESUMO | Introdução: A segurança do paciente é conceituada como a redução do risco de danos desnecessários associados a cuidados de saúde a um mínimo aceitável. **Objetivo:** Identificar a cultura de segurança praticada por profissionais de enfermagem. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal quantitativo. Os dados foram coletados por meio da aplicação do Questionário Atitudes de Segurança (SAQ) a profissionais de enfermagem no ano de 2016 na cidade de Curitiba (PR). **Resultados:** Compuseram a amostra 36 Técnicos de enfermagem. O sexo feminino representou a maioria (80,56%). Na avaliação da Cultura de segurança, apenas dois domínios atingiram a média de pontos considerada adequada (≥ 75): Satisfação no trabalho (85,40) e Percepção do estresse (76,70). O domínio Percepção da Gerência obteve a média mais baixa do estudo, tanto a Gerência geral (52,60) quanto a Gerência do setor (52,80). **Conclusão:** Observa-se a necessidade de promover e implementar melhorias para a segurança do paciente e maior envolvimento dos gestores a fim de fortalecer a cultura de segurança e oferecer ao paciente uma assistência segura e com qualidade.

Palavras-chave | Segurança do paciente; Equipe de enfermagem; Cultura organizacional.

¹Centro Universitário Campos de Andrade, Curitiba/PR, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A segurança do paciente é conceituada como a redução do risco de danos desnecessários associados a cuidados de saúde a um mínimo aceitável, esses danos são denominados eventos adversos (EA), definidos como complicações ou lesões não intencionais decorrentes do cuidado prestado ao paciente, que podem causar incapacidade permanente ou temporária, prolongamento do tempo de internação e até o óbito, não tendo correlação com a doença de base¹⁻³. Estimativas de países desenvolvidos indicam que a cada dez pacientes que recebem cuidados assistenciais hospitalares pelo menos um sofre danos ou lesões decorrente deles⁽²⁾.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído em 2013 pelo Ministério da Saúde, definiu que, para estabelecer um cuidado seguro, é necessário construir uma Cultura de Segurança (CS) na qual todos os profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumam responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares. Uma cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; cultura que a partir da ocorrência de incidentes promova o aprendizado organizacional e proporcione recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança^{4,6}.

A CS é o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura². É uma cultura em que o aprendizado ocorre por meio das notificações dos resultados. Recomenda-se relatar e notificar os incidentes ocorridos, não expor, não acusar ou punir quem erra, e sim oferecer subsídios para que essas pessoas aprendam com os erros, além de que o medo de uma punição dificulta que os trabalhadores assumam tais acontecimentos⁷.

Para estabelecer uma CS positiva e eficaz em uma organização de saúde, é necessária boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua, percepções comuns sobre a importância da segurança e da eficácia de ações preventivas e avaliar a cultura vigente. Essa avaliação proporciona acesso às informações dos funcionários sobre suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, além de que possibilita identificar as áreas

mais problemáticas para que se possa implementar as intervenções^{2,8}.

Dessa forma, é fundamental que a CS seja operacionalizada, pois esta viabiliza a gestão dos riscos de eventos adversos e constitui o alicerce das questões que envolvem a segurança do paciente, possibilitando evitar que eles sejam expostos a riscos indevidos⁹.

Portanto, o ato de avaliar a CS permite formas de identificar e gerenciar preventivamente as rotinas e condições do trabalho na saúde, buscando pontos fracos e fortes relativos à CS, voltado a implementar ações e intervenções¹⁰. Dessa forma, elabora-se a seguinte questão central deste estudo: Como a CS está sendo praticada por profissionais de Enfermagem? Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi identificar a cultura de segurança praticada por profissionais de enfermagem.

MÉTODOS |

Estudo de campo descritivo transversal quantitativo. Participaram do estudo profissionais de Enfermagem vinculados à graduação em Enfermagem de uma Instituição de ensino privado do município de Curitiba, Paraná. Consideraram-se critérios de inclusão: ser Técnico ou Auxiliar de enfermagem e trabalhar em instituições de saúde no estado do Paraná. Todos os participantes consentiram sua participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados no período de 14 de março de 2016 a 10 de maio 2016 por meio da aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) traduzido e adaptado culturalmente para a realidade brasileira¹¹. Foram distribuídos 115 questionários, porém apenas 70 (60,87%) foram devolvidos. Na análise, observou-se que 34 (48,58%) estavam incompletos ou preenchidos incorretamente, os quais foram descartados do estudo restando 36 questionários válidos.

O SAQ é utilizado para avaliar a cultura de segurança em instituições de saúde. Esse instrumento é dividido em duas partes, a primeira é composta por 41 questões divididas em seis domínios: Clima de trabalho em equipe; Satisfação no trabalho; Percepção da Gerência do setor e Gerência geral; Clima de segurança; Condições de trabalho; e Percepção

Quadro 1 - Descrição de domínios que compõem o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) e a quantidade respectiva de itens

DOMÍNIO	DESCRIÇÃO	ITENS
Clima de trabalho em equipe	Compreende a qualidade do relacionamento e cooperação entre integrantes de uma equipe	1 a 6
Clima de segurança	Percepção dos profissionais do comprometimento institucional para segurança do paciente	7 a 13
Satisfação no trabalho	Visão positiva do local de trabalho	15 a 19
Percepção do estresse	Verificar o quanto os fatores estressores interferem na realização do trabalho	20 a 23
Percepção da Gerência do setor e Gerência geral	Aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança	14 e 24 a 29
Condições de trabalho	Percepção da qualidade do ambiente trabalho	30 a 32

Fonte: Carvalho¹¹.

do estresse (Quadro 1). A segunda parte compõe-se de dados do profissional, sexo, categoria profissional, tempo de atuação e unidade de atuação.

Os itens 33, 34, 35 e 36 não compreendem domínio algum no instrumento original¹¹. Os itens reversos são 2, 11 e 36. Para a contagem dos escores primeiramente os itens reversos foram recodificados, ou seja, as perguntas preenchidas com “discordo totalmente” passaram a ser “concordo totalmente” e, assim, para os demais itens. Os itens são agrupados por domínios. As respostas das questões de cada domínio são somadas, e o resultado é dividido pelo número de questões de cada um.

A resposta para cada questão ocorreu da seguinte forma: (A) Discorda totalmente = zero ponto, (B) Discorda parcialmente = 25 pontos, (C) Neutro = 50 pontos, (D) Concorda parcialmente = 75 pontos, (E) Concorda totalmente = 100 pontos e (X) não se aplica. O escore final varia de 0 a 100. Zero corresponde à pior, e 100 corresponde à melhor percepção do clima de segurança do paciente. Os escores considerados positivos são aqueles que atingiram valor igual ou maior que 75 pontos^{2,6}.

O desenvolvimento da pesquisa seguiu os preceitos éticos, conforme determinam as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos dispostos na Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹². O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Campos de Andrade por meio do parecer substanciado n° 017345 de 2016.

Para a análise estatística, os dados colhidos foram tabulados e analisados por meio do *software IBM SPSS Statistics* versão

20.0. Foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk para verificar se os dados apresentavam distribuições normais. Uma vez que as variáveis apresentaram distribuição gaussiana, optou-se pelo uso da estatística paramétrica. Assim, foi utilizada ANOVA de um caminho com *post-hoc* Bonferroni para avaliar a diferença nos escores médios de cada domínio do SAQ. O nível de significância foi estabelecido em 5% ($p < 0,05$). Não foram realizadas comparações entre gêneros pelo reduzido tamanho do grupo do sexo masculino. Nesse sentido, a comparação entre domínios do SAQ considerou a amostra completa (ambos os gêneros).

RESULTADOS |

A amostra foi composta por 36 (100%) profissionais de enfermagem. O sexo feminino representou a maioria (80,56%) dos participantes. Na categoria profissional, predominaram os Técnicos de enfermagem (100,00%). Estas categorias de variáveis estão descritas na Tabela 1.

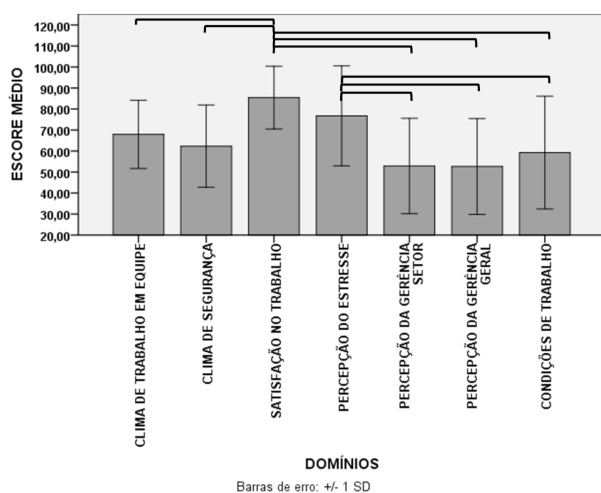
Tabela 1 - Perfil dos participantes da pesquisa, Curitiba, Paraná, Brasil, 2016

Variáveis	N	%
Serviço de Saúde Público	16	44,44
Serviço de Saúde Privado	20	55,56
Masculino	07	19,44
Feminino	29	80,56
Técnicos de enfermagem	36	100,00
Atua em serviço de saúde menos de 5 anos	14	38,88
Atua em serviço de saúde entre 5 e 10 anos	09	25,00
Atua em serviço de saúde 10 anos ou mais	13	36,12

Com relação à avaliação da CS, observou-se que apenas dois domínios atingiram a média de pontos considerada positiva (≥ 75) para cultura de segurança do paciente, sendo eles: Satisfação no trabalho (85,40) e Percepção do estresse (76,70). Os demais domínios apresentaram escores abaixo da média.

Os domínios “Satisfação no Trabalho” e “Percepção do estresse” apresentaram resultados significativamente mais altos do que os demais. A barra horizontal na Figura 1 identifica as diferenças com $p < 0,05$ na ANOVA *one-way* com *post-hoc* de Bonferroni.

Figura 1 - Análise dos resultados por comparação entre os domínios. Curitiba, Paraná, Brasil, 2016

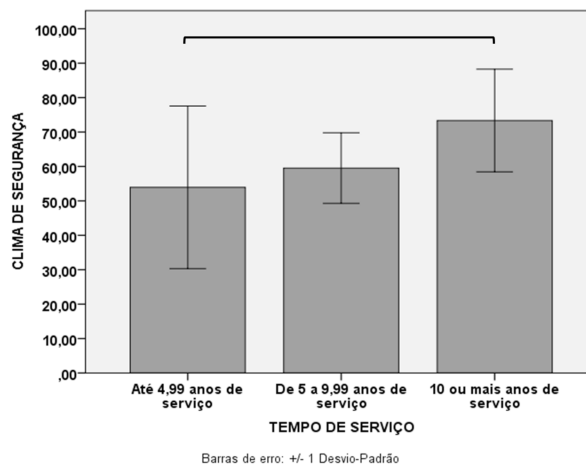


Legenda: “—” significa diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) pela ANOVA *one-way* com *post-hoc* de Bonferroni.

Houve diferença também na comparação dos escores por gênero. O sexo masculino atingiu a média positiva em três domínios: Clima de trabalho em equipe (76,10), Satisfação no trabalho (91,40) e Percepção do estresse (80,30). Já o sexo feminino alcançou somente duas médias positivas: Satisfação no trabalho (83,90) e Percepção do estresse (75,80).

Na análise por tempo de serviço, o grupo que trabalhava há 10 anos ou mais obteve valores mais altos para a cultura de segurança em comparação aos outros grupos de menor tempo de serviço, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 - Análise por Tempo de Serviço. Curitiba, Paraná, Brasil, 2016



Legenda: “—” significa diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) pela ANOVA *one-way* com *post-hoc* de Bonferroni.

Houve diferença estatisticamente significativa (ANOVA *one-way* com *post-hoc* de Bonferroni, $p = 0,026$) entre o grupo até 4,99 anos e o grupo com 10 ou mais anos de serviço. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os demais grupos.

DISCUSSÃO |

O sexo feminino predominou na amostra do estudo (80,56%), mesmo resultado em pesquisa realizada com 46 profissionais de enfermagem na qual o sexo feminino representou a maioria dos participantes, confirmando a característica da profissão¹³, assemelha-se também a esse mesmo estudo a variável categoria profissional, onde houve predominância dos Técnicos de Enfermagem.

Os profissionais que atuavam em serviço de saúde privado representaram a maior parte (55,56%) da população do estudo. Referente ao tempo de serviço no mesmo local os profissionais que trabalhavam há cinco anos ou mais foram a maior parte (61,11%) da amostra, resultado similar a um estudo desenvolvido em 2012 no qual a maioria dos profissionais apresentou tempo de serviço igual ou maior que 5 anos trabalhando na mesma unidade¹⁴.

O domínio Clima de trabalho em equipe compreende a qualidade do relacionamento e a cooperação entre os profissionais, este ficou com média abaixo do considerado positivo para segurança do paciente. Resultado similar a um estudo realizado em 2014 o qual também ficou com média negativa para esta dimensão¹³.

Observou-se a necessidade de os profissionais de enfermagem deste estudo melhorar o nível de colaboração e comunicação com os demais membros da equipe, pois falhas nesse sentido podem constituir uma fonte potencial de erro, levando à quebra na continuidade da assistência, a tratamentos e procedimentos inadequados ou pouco eficazes com efeitos potencialmente negativos para o paciente¹³.

Trabalhar em equipe é trabalhar com diferentes pessoas, diferentes habilidades e conhecimentos para a gestão de um problema em comum. Para que as equipes trabalhem o seu melhor, todos os integrantes precisam compreender as habilidades e potencialidades individuais¹⁵. Sendo assim, é essencial manter ajuda mútua, respeito e comunicação clara e efetiva no sentido de prestar ao paciente uma assistência segura e com qualidade¹⁶.

O Clima de segurança avalia a percepção dos profissionais do comprometimento institucional para segurança do paciente, este domínio também não atingiu média positiva. Assemelha-se aos resultados de outros dois estudos nos quais esta dimensão também apresentou escores negativos pelos profissionais da enfermagem^{13,16}.

Esse resultado alerta para a necessidade de melhorar o gerenciamento de erros, a discussão, o aprendizado organizacional, o encorajamento pelos colegas a relatar preocupações com a segurança do paciente, retorno adequado sobre o desempenho dos profissionais, bem como divulgar os meios apropriados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente¹⁶.

Quanto à Satisfação no trabalho, este domínio apresentou o maior escore entre todas as dimensões avaliadas no estudo. Este diz respeito à visão positiva do local de trabalho. Um estudo realizado no ano de 2012, também com profissionais de enfermagem, identificou resultado semelhante¹⁴. A boa avaliação deste domínio pelos profissionais é considerada fator positivo uma vez que a satisfação no trabalho possui ligação com o aumento no desempenho e na qualidade da segurança do paciente^{16,17}.

Profissionais satisfeitos têm menor possibilidade de solicitar troca de setor, ou até mesmo de instituição, reduzindo dessa forma a rotatividade, à qual está relacionada a ocorrência de eventos adversos, tais como: erros de medicação, infecções nosocomiais e quedas^{14,16}.

A dimensão Percepção do estresse refere-se à forma como o profissional se percebe diante de situações de estresse em seu trabalho e associa isso com situações de vulnerabilidade à segurança do paciente¹⁸. Essa dimensão foi avaliada de forma positiva, apresentando o segundo escore mais alto, o que evidencia a boa percepção dos respondentes de que as situações de estresse podem influenciar negativamente a segurança do paciente.

Fatores como a sobrecarga de trabalho, acúmulo de tarefas, problemas com materiais e equipamentos, a realização de escalas de serviço e a falta de profissionais por férias, licenças ou outros afastamentos aumentam a fadiga e o estresse dificultando a realização de ações que promovam a segurança do paciente¹⁷.

A maior fragilidade para CS do paciente foi identificada no domínio Percepção da Gerência, tanto para Gerência do setor (52,80) quanto para Gerência geral (52,60). Resultados similares para esta dimensão emergiram em outros estudos^{13,14,16}. Este domínio corresponde à aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança do paciente.

O resultado chama a atenção para a necessidade de apoio da administração quanto às questões de segurança, estabelecendo ações que favoreçam a qualidade do cuidado¹³. Criar um ambiente de trabalho não punitivo, propiciar um diálogo aberto sobre os erros e treinar continuamente os profissionais são algumas das principais ações da gestão que podem provocar um impacto positivo na segurança do paciente¹⁴.

O domínio Condições de trabalho ficou entre as médias mais baixas do estudo, estando à frente somente da Percepção da gerência, que obteve a pior pontuação. Assemelha-se aos resultados apresentados para esta dimensão em dois estudos^{13,16}. Esse domínio compreende a percepção da qualidade do ambiente de trabalho.

A fragilidade identificada nesse domínio alerta para a necessidade de intervenções que favoreçam o treinamento de profissionais recém-contratados, disponibilidade de

informações necessárias para discussões diagnósticas e terapêuticas, equipamentos eficazes e com adequada manutenção, infraestrutura de qualidade, bem como supervisão adequada de estagiários¹⁶. As condições de trabalho, quando relacionadas a número subdimensionado de profissionais, sobrecarga de trabalho, escassez de recursos, falta de materiais, insumos e suprimentos, comprometem a qualidade da assistência¹⁵.

Na análise dos escores por gênero, ambos os sexos atingiram médias positivas em dois domínios, Satisfação no trabalho e Percepção do estresse. Porém, o sexo masculino obteve nota positiva em mais uma dimensão, Clima de Trabalho em equipe evidenciando que possui uma melhor percepção do trabalho em equipe em relação ao sexo feminino.

As médias mais elevadas foram na dimensão Satisfação no trabalho, tanto do sexo masculino (91,40) quanto do feminino (83,90), ambos avaliaram positivamente este domínio demonstrando que estão satisfeitos com o trabalho. As médias mais baixas foram para o domínio Percepção da gerência em que novamente ambos os sexos apresentaram opinião semelhante, porém a nota mais baixa do sexo masculino foi para a dimensão Percepção da gerência geral (55,90), enquanto do sexo feminino foi para a Percepção da gerência do setor (51,40).

Em relação ao tempo de serviço observou-se que os profissionais que já possuíam 10 anos ou mais de atuação obtiveram escores mais elevados em relação aos outros dois grupos com menor tempo de serviço. Com esse resultado nota-se que os profissionais como mais anos de trabalho possuem uma melhor percepção da CS do paciente.

Apesar dos resultados obtidos, o estudo teve limitações quanto à heterogeneidade dos profissionais de enfermagem envolvidos, não sendo possível a comparação entre instituições de saúde pública e privada, além do número de questionários que não foram validados por ausência de questões completamente respondidas pelos participantes do estudo.

CONCLUSÃO |

Na avaliação da CS praticada pelos profissionais de enfermagem deste estudo, foi identificada a fragilidade em quatro domínios, Clima de trabalho em equipe, Clima de

segurança, Condições de trabalho e Percepção da gerência. Este último apresentou a maior fragilidade entre todos. Apenas em relação aos domínios Satisfação no trabalho e Percepção do estresse foi identificada uma CG fortalecida, indicando a presença de atitudes e percepções que contribuem para a segurança do paciente.

Com esses resultados observa-se que é necessário promover e implementar melhorias para a segurança do paciente no âmbito da enfermagem, entre elas, fortalecer o trabalho em equipe, melhorando a comunicação e colaboração entre esses profissionais; encorajar o relato de erros e discutilos, fazendo com que a ocorrência destes seja vista como oportunidade de aprendizado, e não de punição; tentar entender o contexto em que ocorreram com intuito de prevenir recorrência.

Além disso, a gestão precisa participar mais ativamente das questões que envolvem a segurança do paciente com o propósito de identificar as principais dificuldades e desafios enfrentados, e, dessa forma, estabelecer as intervenções necessárias a fim de fortalecer a cultura de segurança e prestar ao paciente uma assistência segura e com qualidade.

REFERÊNCIAS |

1. Lima FDM. A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. *Rev Espaço para Saúde*. 2014; 15(3):22-9.
2. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Ciências] - FIOCRUZ/ENSP; 2013.
3. Nunes FDO, Barros LAA, Azevedo RM, Paiva SDS. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? *Rev Pesqui Cuid Fundam (online)*. 2014; 6(2):841-7.
4. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [acesso em 06 out 2016]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: URL: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>.

5. Urbanetto JDS, Gerhardt LM. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013; 34(3):8-9.
6. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the hospital survey on patient safety culture: initial stage. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(11):2199-210.
7. Souza FT, Garcia MC, Silva PPR, Rocha PK. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. *Rev Enferm UFSM.* 2014; 4(1):152-62.
8. Reis CT, Martins M, Laguardia J. Patient safety as a dimension of the quality of health care: a look at the literature. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18(7):2029-36.
9. Alves KYA, Costa TD, Barros AG, Lima KYN, Santos VEP. Segurança do paciente na terapia intravenosa em unidade de terapia intensiva. *Rev Pesqui Cuid Fundam (online).* 2016; 8(1):3714-24.
10. Sorra J, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
11. Carvalho REFL. Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil: questionário de atitudes de segurança [Internet]. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Ciências]. - Universidade de São Paulo; 2011 [acesso em 06 fev 2014]. Disponível em: URL: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-30112011-085601/pt-br.php>>.
12. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras De Pesquisa Envolvendo Seres Humanos [Internet]. Diário Oficial da União 13 jun 2013; Seção 1 [acesso em 22 fev 2014]. Disponível em: URL: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.
13. Marinho MM, Radünz V, Barbosa SDF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(3):581-90.
14. Rigobello MCG, Carvalho REFLD, Cassiani SHDB, Galon T, Capucho HC, Deus NND. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(5):728-35.
15. Paese F, Sasso GTMD. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 22(2):302-10.
16. Fermo VC, Radünz V, Rosa LMD, Marinho MM. Cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(6):1139-46.
17. Corregio TC, Amante LN, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. *Rev SOBECC.* 2014; 19(2):67-73.
18. Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49(esp):123-30.

Correspondência para/ Reprint request to:

Gleudson Brandão Oselame

Rodovia BR 116, 17906,

Pinbeirinho, Curitiba, Paraná, Brasil

CEP: 81690300

E-mail: gleidsonoselame@gmail.com

Submetido em: 14/07/2016

Aceito em: 13/10/2016

Attitudes of health care professionals working for Consultation Offices in the Street Program towards the use and abuse of alcohol and other drugs

| Avaliação das atitudes dos profissionais do Consultório na Rua frente ao uso e abuso de álcool e outras drogas

ABSTRACT | Introduction: *The Consultation Offices in the Street Program represents a new strategy to deliver access to health care to the underprivileged, according to the right to citizenship under the Harm Reduction Policy. Objective:* *To assess the attitudes of professionals working for the Program after the training held at the Regional Reference Centre on Drugs in the Espírito Santo state. Methods:* *This is a qualitative, exploratory, and descriptive study. The research used a sociodemographic questionnaire and a semi-structured script for the discussions in the focus group. Data was explored using thematic content analysis proposed by Bardin. Results:* *It was found that the Program requires a welcoming, unbiased attitude. Regarding the training received, the professionals presented gaps or deficiencies in the discussion of “psychoactive substances” in their undergraduate course. They received training offered by the institution where they work. However, they reported a lack of awareness about the consumption of psychoactive substances in their everyday practices. Conclusion:* *The pre-training received changed the professionals’ attitudes towards daily care to psychoactive substances users in Consultation Offices in the Street Program, which points to the importance of furthering such initiatives.*

Keywords | *Attitudes; Mental health; Psychoactive substances.*

RESUMO | Introdução: Os Consultórios na Rua representam uma nova estratégia para prover acesso aos serviços de saúde e direito à cidadania no contexto da política de Redução de Danos. **Objetivo:** Avaliar as atitudes dos profissionais do Consultório na Rua após a capacitação realizada no Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo. **Métodos:** Estudo qualitativo, de caráter exploratório, descritivo. No estudo, utilizou-se um questionário sociodemográfico e um roteiro semiestruturado no grupo focal. Os dados foram interpretados por meio da análise de conteúdo temático, proposta por Bardin. **Resultados:** Verificou-se que o processo de trabalho requer postura acolhedora e livre de preconceitos. Quanto à formação, os profissionais apresentaram lacunas ou deficiências na discussão da temática “substâncias psicoativas” na graduação. Eles receberam capacitações oferecidas pela Instituição em que trabalham. No entanto, referem fragilidade na abordagem específica do tema consumo de substâncias psicoativas no cotidiano de suas práticas. **Conclusão:** As experiências com as capacitações têm trazido mudanças de atitudes no cotidiano da atenção aos usuários de Substâncias Psicoativas nos profissionais do Consultório na Rua, requerendo uma maior ampliação e abrangência destas capacitações.

Palavras-chave | Atitudes; Saúde Mental; Substâncias psicoativas.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O tratamento de pessoas que apresentam transtornos mentais, incluindo os transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas (SPAs), vem sofrendo mudanças desde meados do século passado. Na década de 1990, no Brasil, desenvolveu-se o processo de desinstitucionalização do tratamento da população segregada em manicômios. No entanto, poucas ações foram direcionadas aos portadores de transtornos psíquicos que não vivenciaram a internação nesses espaços. Essa realidade é evidente ao se analisar as políticas direcionadas aos indivíduos com transtorno psíquico em situação de rua (PSR)¹.

Essa população tem se apresentado em número crescente nas grandes cidades do País e vem sendo alvo de fortes estigmas por parte da sociedade¹. Diante dessa problemática, a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, implementada pelo Ministério da Saúde em 2003, propõe a ampliação do acesso ao tratamento e a promoção do direito de cidadania, e destaca a Redução de Danos como política pública a ser adotada². Essa política respeita a livre escolha do indivíduo e o acesso aos serviços de saúde, objetivando a redução das consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas, provendo estratégias de ações conjuntas em saúde³.

No ano de 2007, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome realizou censo para PSR acima de 18 anos em 71 municípios com população superior a 300 mil habitantes. Foram identificadas 31.922 pessoas (0,061% da população). Esse dado serviu como referência para o governo federal reformular e sistematizar políticas públicas intersetoriais para a inclusão de pessoas em situação de rua⁴.

Dessa forma, a partir da necessidade de prover assistência a essa população, surgiram os Consultórios de Rua, baseados na experiência de Dr. Antônio Nery Filho, na cidade de Salvador/BA, oferecendo atendimentos fora das instalações das instituições, com o objetivo de prover acessibilidade aos serviços de saúde e assistência integral a PSR⁵.

No entanto, apesar dos avanços, estudos como os realizados por Ronzani e Furtado⁷ e Ronzani et al.⁸ mostram que o atendimento ofertado a essa população pode ser comprometido diante do desconhecimento de assuntos pertinentes a esse contexto. Associadas a isso, têm-se também as atitudes (ações positivas, ou negativas, diante de uma avaliação da relação entre sujeitos, situações

ou objetos⁶) e crenças negativas de alguns profissionais em relação a PSR, que favorecem a estigmatização e, conseqüentemente, diminuem as oportunidades de acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, entende-se o estigma como algo ligado à censura social que atribui uma imagem negativa aos indivíduos e às situações problemáticas^{7,8}.

Diante disso, Ceccim⁹ sugere que, para haver mudanças de postura de profissionais, faz-se necessário maior investimento na formação. Esse autor aponta a Educação Permanente em Saúde como estratégia para promover transformações do processo de trabalho para que se tenha uma atuação crítica e reflexiva, visando a propostas para ações comprometidas com o serviço de modo a agir com competência⁹.

Assim, diante dos dilemas da formação e desafios do cuidado com o portador de transtornos mentais relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, entre outras vulnerabilidades sociais, foi instituído pelo governo Federal o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, o qual foi substituído pelo Programa “Crack, é Possível Vencer” (PCPV), em 2011¹⁰. Um dos eixos de trabalho desse programa é a atuação na formação continuada dos profissionais que atuam com usuários de SPA, ofertando recursos financeiros para implantação dos Centros Regionais de Referência sobre Drogas (CRRs)^{11,12}.

No estado do Espírito Santo, o Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES) foi criado em 2011, por meio de uma parceria entre o MJ/SENAD e a UFES/CEPAD, com os municípios de Vitória e Vila Velha^{11,12}.

Assim, os CRRs têm como proposta primordial a promoção da qualificação da educação permanente dos profissionais que atuam em diferentes e diversos setores da sociedade, na atenção a pessoas com problemas relacionados ao consumo (uso, abuso e dependência) de substâncias psicoativas. Entre elas, o álcool, substância lícita, merece destaque^{11,12}.

Diante disso, este estudo teve como objetivo avaliar as atitudes dos profissionais do Consultório na Rua do município de Vitória/ES que participaram da capacitação “Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional em Crack e outras drogas”, oferecido pelo CRR/ES, além de verificar a influência do conhecimento adquirido nas atitudes dos profissionais.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico, com abordagem qualitativa, no qual a investigação foi baseada na avaliação das atitudes, conhecimentos e vivências dos profissionais que realizaram o curso de capacitação “Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional em Crack e outras drogas”, oferecido pelo CRR/ES.

A população estudada foi constituída por 11 (onze) profissionais atuantes nos Consultórios na Rua do município de Vitória/ES. No entanto, a amostra foi composta por sete sujeitos que concordaram em participar da pesquisa. O critério de inclusão foi a conclusão do referido curso e foram excluídos aqueles que não tiveram aproveitamento mínimo de 70% nas avaliações e 75% de frequência na capacitação.

Os dados foram coletados por meio de um questionário sociodemográfico e de um grupo focal, realizado em fevereiro de 2016. Utilizou-se um roteiro semiestruturado para obter as informações durante as entrevistas coletivas, composto por quatro eixos temáticos: atitudes e crenças; conhecimentos específicos; vivências profissionais; e formação profissional sobre o tema em questão.

O grupo foi realizado na Unidade de Saúde Dr. Luis Claudio Passos, no bairro de Andorinhas, no Município de Vitória/ES. Os discursos foram gravados e posteriormente transcritos na íntegra de acordo com a autorização dos participantes da pesquisa. O tempo de duração foi de aproximadamente 60 minutos. Os participantes foram identificados por números, e as inferências foram exploradas por meio da análise de conteúdo baseada em Bardin¹³ para captar as evidências científicas encontradas na capacitação realizada pelos profissionais do CR.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFES por meio da Plataforma Brasil, observando-se os dispositivos da Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos, sendo aprovado sob o Parecer n°. 732.798 em 30 de junho de 2014. O estudo foi iniciado mediante Termo de Consentimento Institucional (TCI) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

A amostra foi composta por sete participantes, sendo a maioria do sexo feminino (85,7%). Quanto à formação, eram majoritariamente assistentes sociais (42,8%). As demais profissões perfizeram igualmente 14,3%, a saber: psicólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, conforme apresentado na Tabela 1.

Os participantes acima atuam em diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, sendo uma equipe lotada na Unidade Básica de Saúde Geny Grijó (Centro de Vitória/ES) e na Unidade Básica de Saúde Dr. Luis Cláudio Passos (bairro Andorinhas, em Vitória/ES).

Assim, após caracterizar a amostra do estudo, nessa próxima etapa serão apresentados os resultados obtidos no grupo focal. Os resultados foram organizados em variáveis de análise, que possibilitaram maior exploração sobre cada eixo abordado.

Em relação às crenças e atitudes no âmbito da atuação profissional na assistência aos usuários de SPAs, foram indagadas questões relativas à postura profissional a ser adotada por eles ao trabalhar com essa população.

Percebeu-se, nos discursos, que, antes da inserção dos profissionais nesse serviço, a PSR era invisível aos olhos dos participantes, o que se modificou com a atuação no programa. Atualmente, eles compartilham a ideia de que, para trabalhar com esse público, é necessário despir-se de preconceitos para exercer uma escuta qualificada.

Campos e Souza¹⁴ pontuam que viver nas ruas está condicionado a diversos fatores, como pobreza, rompimento dos vínculos familiares, adversidades pessoais e doenças. Como se não bastassem tais perdas, essas pessoas encaram cotidianamente o preconceito da sociedade, pelas condições precárias de higiene com que se apresentam nos serviços de saúde, e isso dificulta o atendimento e o acesso aos serviços como direito de cidadania.

Diante do exposto, o acolhimento e o vínculo são dois processos decisivos para estabelecer a relação de cuidado entre o trabalhador e o usuário. Esses processos facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e em conformidade com o pacto feito entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica. Além disso, a escuta no acolhimento torna visível a interpretação mútua

entre o que o serviço pode oferecer e o que o usuário deseja em sua vida cotidiana¹⁵.

[...] o fato dele (usuário) está com odor fétido, tem profissionais que se recusam a atender [...] o pior de tudo é verbalizar isso para o usuário (Participante 4).

Diante das atitudes estigmatizadoras apresentadas, alguns usuários ficam inseguros em procurar os serviços aos quais são referenciados pela equipe do CR, o que acarreta um comprometimento da efetividade das ações. Ao acolher pessoas em situação de rua, cotidianamente se produz estranhamentos por parte da própria rede que atende a essa população, até então inexistente¹.

Às vezes a gente indica para eles um profissional de determinado serviço e logo eles respondem: - Ah! Vai comigo porque com você a gente tem certeza que vai ser bem atendido (Participante 2).

Outro ponto destacado pelos profissionais foi o receio pela insegurança nas ruas, por não existir uma retaguarda, tanto da Polícia Militar quanto da Guarda Municipal durante os atendimentos. Algumas práticas profissionais podem ser prejudicadas pelo medo de represálias por parte dos pacientes, por acreditar que serão apontados como informantes de fatos à polícia¹⁶. Por sua vez, a ausência destes profissionais da segurança pode ser justificada pela possibilidade de comprometer negativamente a interação paciente-profissional.

Já aconteceu uma agressão em um atendimento, em um local onde a gente já tinha uma prática naquela região. Era uma pessoa que a gente não conhecia que nunca atendemos, e ela veio e agrediu (Participante 4).

Amaral¹⁷ afirma que, para existir melhoria na qualidade da atenção prestada a essa população, é necessário existir uma aproximação entre poder público e sociedade em geral, de forma que ocorra diálogo e comprometimento com este problema.

Além disso, os profissionais reconhecem também a necessidade de uma postura livre de estigmas, demonstrando respeito aos indivíduos, realizando uma abordagem com humildade, enxergando os usuários como seres humanos que possuem, em sua essência, uma história de vida. É preciso também agir com respeito ao espaço de convívio e ao momento em que fazem o uso da droga, pois se sabe que é a escolha dele naquele instante.

Sendo assim, nos casos em que o usuário esteja usando a droga, os profissionais optam por adiar a abordagem e retornam em outro momento. Esses mostram que essa postura garante maior resolubilidade às propostas de intervenção, seja elas o estabelecimento do vínculo, por meio da conversa e da escuta; seja outras ações anteriormente planejadas. Isso “assegura” também maior segurança à equipe, pois as reações dos usuários durante o consumo das diversas SPAs são múltiplas.

Um dos usuários chegou pra mim e falou: quando a gente estiver fazendo uso, não chega perto, não. Porque a gente pode se alterar [...] (Participante 6).

Ao explorar um pouco mais essa temática, observou-se que três dos participantes referiam sentir receio em abordar os problemas relacionados às SPAs e realizar intervenções com seus pacientes até estabelecer o vínculo. Os demais relataram que se sentem um pouco mais bem preparados, visto que a proposta do CR já inclui os usuários de drogas como população alvo.

Em relação à população estudada neste trabalho, para Hallais e Barros¹⁸, o que corrobora para fortalecer a associação entre a violência e a PSR é o fato da mídia relacioná-la aos locais em que usuários de crack costumam se agrupar, denominados “cracolândias”. Essa concepção projeta nessa população uma visão negativa e estigmatizante, associando-a à insegurança e à violência urbana.

Essa associação entre violência e consumo de SPA é também observada em atitudes de profissionais que trabalham com outras populações. Gonçalves¹⁹, em uma pesquisa realizada com os profissionais da rede socioeducativa em face do álcool, alcoolismo e alcoolista, destaca que mais da metade da amostra analisada (61,4%) acredita que as pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool têm maior propensão a adquirir comportamento violento¹⁹. Amaral¹⁷ reafirma que, mesmo diante de atitudes positivas, 61,1% dos profissionais estudados em sua pesquisa referem acreditar na maior probabilidade do alcoolista tornar-se violento. Isso porque o uso do álcool tende a associar-se aos problemas de saúde física e mental, bem como a acidentes e violência²⁰.

O receio ou medo durante o início das atividades no CR é comumente sentido pelos profissionais, por temerem a reação dos usuários durante a abordagem. Ainda assim não deixam de exercer o papel que cada profissão exige

dentro do programa normatizado pelas diretrizes da atenção básica.

Outro ponto abordado nesta pesquisa foi a opinião dos entrevistados a respeito do uso de SPAs. Eles destacaram que a presença das várias SPAs está no dia a dia da sociedade em sua totalidade.

[...] o problema não é o uso, mas sim o uso abusivo e a relação que você estabelece com aquela substância (Participante 1).

As drogas lícitas são usadas por toda a população no mundo, por exemplo, o café, os medicamentos, a cerveja e outras bebidas alcoólicas, além do cigarro, que são consumidos e estimulados²¹. No entanto, o problema está no equilíbrio perdido pelas pessoas diante de qualquer substância. As SPAs são, muitas vezes, utilizadas como mecanismos de fuga do sofrimento. As relações de cumplicidade e o tempo compartilhado em família tendem a promover relação protetora²².

Gonçalves¹⁹ afirma, em seu estudo, que o nível de conhecimento adquirido na formação influencia consideravelmente as atitudes dos profissionais para com os usuários de SPAs. Sendo assim, quanto maior for o conhecimento agregado do profissional, maiores serão as chances de adotar uma postura positiva diante dos usuários.

O profissional que está cotidianamente trabalhando nas ruas consegue identificar sinais que o embasam para abordagem de usuários de SPAs, conforme afirma o Participante 6

O alcoolista é melancólico, quando começa a conversar ele começa a chorar, a deambulação é diferente. O usuário de crack geralmente apresenta queimadura nos lábios e nos dedos, são inquietos.

Para aprofundar um pouco a discussão sobre a temática, foi lançada a sentença “o homem tem uma longa história de convivência com SPAs”. Essa afirmativa explorou o conhecimento e a opinião dos participantes, revelando que todos compartilham da mesma opinião ao dizer que a droga sempre esteve presente nos diversos contextos sociais desde os primórdios. O que mudou foi o modo de consumo.

[...] Hoje em dia nós vivemos numa sociedade tão acelerada e muita coisa a gente vai fazendo uso sem nem perceber. Então, essa relação que se estabelece com a substância e com o uso dela que foi alterando durante o tempo (Participante 1).

Pratta e Santos²³, em seu estudo, concluem que o processo saúde e doença e as SPAs sofrem influência direta do contexto histórico, cultural e social desde a antiguidade até os dias atuais. No entanto, o consumo destas substâncias (lícitas ou ilícitas) tomou proporções alarmantes a partir do século XX, sendo, desde então, necessário adotar medidas para intervir neste complexo problema de saúde pública²³.

Segundo Raup e Adorno²⁴, o padrão de uso compulsivo na população em situação de rua é atribuível a inúmeros fatores individuais, que são utilizados como artifícios capazes de transformar uma vida marcada por ausências, preconceitos, baixa autoestima, falta de perspectivas futuras, em uma constante busca por prazer, focada no presente, para manter o estado de satisfação.

Como observado na portaria nº 1029/GM/MS de maio de 2014, a equipe de profissionais exigida para atuar nas Equipes de Consultório na Rua é de formação generalista, não havendo a cobrança de qualificação específica em saúde mental²⁵. Sendo assim, mediante os discursos dos profissionais, percebe-se uma fragilidade no processo de formação para atuar no campo de saúde mental, especificamente em relação à dependência química, seja na graduação, seja até mesmo no processo de educação permanente, como revela o Participante 1:

Na época da minha graduação tinha uma matéria que era optativa “optatória”, mas na grade curricular do serviço social não tinha discussão específica em saúde mental.

Outro participante pontua:

Trabalhei com um profissional que tinha experiência na área, era o que me ajudava. Tirava as dúvidas, mas na graduação não teve (Participante 3).

Diante desses relatos, percebe-se a necessidade de se estabelecer a educação permanente dos profissionais que atuam no contexto de saúde mental, pois a fragilidade no processo de formação nessa área pode interferir na qualidade da assistência prestada pela equipe²⁶.

Neste estudo, foi observado, a partir de relatos, que, desde a inserção destes profissionais no CR, ocorreram poucas capacitações específicas na área de saúde mental e as que foram ofertadas não atenderam às expectativas dos profissionais diante da demanda do cotidiano de trabalho.

A carência em especialização vem sendo registrada por estudos que avaliam o perfil dos profissionais que atuam no campo de saúde mental. Silveira et al.²⁷, em seu estudo sobre a composição das equipes atuantes nos CAPS da região Sul do Brasil, utilizaram dados como a formação e a qualificação profissional e concluíram que as equipes estudadas contam com aproximadamente 16% de especialistas e 4,6% de mestres. Esses dados mostram um quantitativo baixo de qualificação profissional específica para saúde mental.

Mediante relatos dos participantes, a Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) propôs um curso na modalidade à distância, realizado pela FIOCRUZ, com temática direcionada ao “aperfeiçoamento no atendimento à população em situação de rua”, conforme especificou a Participante 4. No entanto, os poucos cursos oferecidos não abordam especificamente a dependência química nem a saúde mental. Sendo assim, os entrevistados referem uma carência na oferta de capacitações que sanem suas dúvidas nesse contexto e que proporcionem maior efetividade no serviço.

Em um debate, o professor Emerson Elias Merhy, da Universidade de Campinas, explanou a ideia de que as ações de saúde têm baixa eficácia pela falta de competência dos trabalhadores e podem ser corrigidas a partir da oferta de cursos compensatórios, a fim de suprir a deficiência²⁸.

Assim, essa é justamente a proposta do CRR, oferecendo cursos de capacitação e atualização regulares aos profissionais. Os participantes referiram ter buscado o curso de capacitação do CRR/ES para melhorar a qualidade da assistência prestada e destacam que o conteúdo apresentado contribuiu para fortalecer as experiências já vivenciadas em serviço. Entretanto, esses profissionais apresentam, como sugestão, a ideia de que haja formação mais específica, direcionada à população atendida por eles, adaptando a linguagem conduzida pelos educadores à realidade de cada profissional.

Os profissionais também afirmaram que temas como anatomia e fisiologia do sistema nervoso, por exemplo, eram novos para alguns profissionais. A linguagem técnica dificultou a compreensão dos cursistas que não possuíam em sua formação conhecimentos como os mencionados acima, o que gradativamente foi provocando desmotivação e insatisfação para prosseguir o curso. Este fato também é afirmado em estudos no qual os participantes contestam o caráter metodológico do ensino destinado a categorias específicas, com a consequente fragmentação do pensar o trabalho interdisciplinar²⁹.

CONCLUSÃO |

A população em situação de rua vem vivenciando uma constante realidade de marginalização e estigma que é agravada pelo uso de SPAs. Diante desse fato, este estudo propôs conhecer um pouco mais sobre esse universo sob a ótica dos profissionais atuantes em um serviço de saúde destinado especificamente a essa população, que é o CR.

Observou-se que a prática diária trouxe aos profissionais mudanças de atitudes. Eles passaram a olhar o outro sem rótulos previamente construídos, o que os tornaram profissionais mais acolhedores e empáticos, bem como cidadãos capazes de contribuir para uma sociedade mais inclusiva.

No entanto, merece destaque a fragilidade na formação acadêmica para atuar na área, bem como a pouca oferta, por parte da gestão, de formações que preencham as lacunas que dificultam a realização das abordagens tanto da população em questão, em situação de rua, quanto num contexto mais amplo, da saúde mental propriamente dita.

Sendo assim, a pesquisa evidenciou, à luz dos profissionais do CR, que o processo de educação associado ao trabalho apresenta um grande potencial para a incorporação de atitudes positivas na conduta profissional em relação aos indivíduos envolvidos com a problemática de álcool e outras drogas.

Além disso, o estudo aponta muitas fragilidades e algumas potencialidades no processo de ensino e aprendizagem relacionado ao campo da saúde mental, especialmente do álcool e de outras drogas. Assim, foi possível conhecer outras vertentes do trabalho dos profissionais CR dirigidas para o público em questão.

REFERÊNCIAS |

1. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. Interface (Botucatu). 2014; 18(49):251-60.
2. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acesso em 02 abr 2016]. Disponível em: URL: <http://

- bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>.
3. Andrade TM. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(12):4665-74.
 4. Brasil. Decreto nº. 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*; 24 dez 2009 [acesso em 20 maio 2016]. Disponível em: URL: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>.
 5. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(4):805-14.
 6. Ajzen I. *Attitudes, personality and behavior*. Buckingham: Open University Press; 2005.
 7. Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. *J Bras Psiquiatr*. 2010; 59(4):326-32.
 8. Ronzani TM, Costa PHA, Mota DCB, Laport TJ. Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas. São Paulo: Cortez; 2015. p. 155-83.
 9. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16):161-77.
 10. Brasil. Portaria nº. 7179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União* 21 maio 2010 [acesso em 15 mar 2016]. Disponível em: URL: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>.
 11. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro Regional de Referência Sobre Drogas do Espírito Santo: uma experiência interdisciplinar e intersetorial Vitória e Vila Velha. Vitória: UFES; 2014.
 12. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro Regional de Referência Sobre Drogas do Espírito Santo: uma experiência interdisciplinar e intersetorial Vitória e Vila Velha (Relatório final 2016). Vitória: UFES; 2016.
 13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edição 70; 2011.
 14. Campos AG, Souza MPF. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*. 2013; 14(3):344-51.
 15. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da saúde mental - tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(7):3051-60.
 16. Paula ML, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Albuquerque RA. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicol Estud*. 2014; 19(2):223-33.
 17. Amaral TR. *Atitudes dos profissionais da rede de atenção compartilhada frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista*. Vitória. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal do Espírito Santo; 2016.
 18. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(7):1497-504.
 19. Gonçalves WS. *Atitudes dos profissionais da rede socioeducativa frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista*. Vitória. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal do Espírito Santo; 2014.
 21. Musse AB. *Apologia ao uso e abuso de álcool entre universitários: uma análise de cartazes de propaganda de festas universitárias*. SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2008; 4(1):1-10.
 22. Roehrs H, Lenardt MH, Maftum MA. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(2):353-7.
 23. Pratta EMM, Santos MA. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psic: Teor e Pesq*. 2009; 25(2):203-11.
 24. Raup LM, Adorno RCF. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. *Rev Bras Adolescência e Conflitualidade*. 2011; (4):52-67.

25. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n°. 1.029, de 20 de maio de 2014. Amplia o Rol das Categorias Profissionais que Podem Compôr as Equipes de Consultório na Rua em Suas Diferentes Modalidades e dá Outras Providências [Internet]. Diário Oficial da União 21 maio 2014 [acesso em 22 abr 2016]. Disponível em: URL: <http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/portarias/2014/05_maio/PT_GM_N_1029_20.05.2014.pdf>.

26. Tavares CMM. A educação permanente da equipe de saúde para o cuidado nos serviços de saúde mental. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(2):287-95.

27. Silveira DS, Corrêa MS, Saes MO, Kantorski L, Jardim V, Rosa CQ. Composição das equipes de centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. Rev Enferm UFSM. 2014; 3(4):509-18.

28. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface (Botucatu). 2005; 9(16):161-77.

29. Figueredo RC, Celestino KAA, Moraes CRF, Figueiredo IIS. Desafios e perspectivas na educação permanente em saúde desenvolvida na atenção primária: uma revisão bibliográfica. Rev Científica do ITPAC, Araguaína. 2014; 7(4):1-7.

Correspondência para/Reprint request to:

Tatiana Rodrigues do Amaral

Av. Marechal Campos, 1468,

Campus Universitário de Maruípe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29043-910

Tel.: (27) 3335-7492

E-mail: tatianamaral.ta@gmail.com

Submetido em: 15/07/2016

Aceito em: 01/12/2016

**Survival analysis of patients
undergoing hemodialysis in
Tubarão/SC, Brazil**

**| Análise da sobrevida de pacientes
submetidos à hemodiálise em
Tubarão/SC, Brasil**

ABSTRACT | Introduction:

Brazil has the fourth-largest dialysis population worldwide. However, few studies have assessed the survival rate and predictors of death in this population at a national level.

Objective: *To determine the survival rate and find evidence of any association between clinical and laboratory characteristics of patients on hemodialysis.* **Methods:** *This is an exploratory study with a retrospective cohort design. An analysis of 142 medical records of dialysis patients with chronic kidney disease in Tubarão, Santa Catarina was carried out between March 2006 and March 2012.* **Results:** *The population was predominantly male, accounting for 52.7% of patients. The mean age at the beginning of treatment was 59 years and the mean duration of hemodialysis was 21 ± 17 months. Diabetic nephropathy was the primary underlying diagnosis (51.8%), followed by hypertensive nephrosclerosis (30%). One-year and 5-year overall survival rates were 86.3% and 14.7% respectively. Cardiovascular diseases were the leading cause of death (32.7%), followed by infections (22.4%). Diabetes, serum albumin levels below 3.5 g/dL and serum creatinine lower than 8.5 mg/dL were directly related to worsened survival rates.* **Conclusion:** *Reduced survival rates in diabetic patients should serve as a warning for the need to improve the management of these patients. In addition, low serum levels of albumin and creatinine may contribute as predictors of mortality in hemodialysis patients.*

Keywords | *Survival analysis; Chronic Kidney Disease; Hemodialysis.*

RESUMO | Introdução: O Brasil tem o quarto maior contingente de pacientes em diálise no mundo. No entanto, poucos trabalhos avaliam, em âmbito nacional, a sobrevida e os preditores de óbito nessa população. **Objetivo:** determinar a taxa de sobrevida e verificar a existência de associação com as características clínicas e laboratoriais dos pacientes em tratamento hemodialítico. **Métodos:** estudo exploratório com delineamento de coorte retrospectiva. Foram analisados prontuários de pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise em Tubarão, Santa Catarina, no período entre março de 2006 e março de 2012. **Resultados:** foram estudados os prontuários de 142 pacientes. A população foi predominante masculina, representando 52,7% dos pacientes. A média de idade no início do tratamento foi de 59 anos. O tempo médio de tratamento hemodialítico foi de 21 ± 17 meses. O principal diagnóstico de base foi nefropatia diabética (51,8%), seguido por nefrosclerose hipertensiva (30%). A taxa de sobrevida global foi de 86,3% e 14,7% no final de um e cinco anos, respectivamente. As doenças cardiovasculares foram as principais causas de óbito, atingindo uma incidência de 32,7% entre os pacientes, seguida de infecções (22,4%). Diabetes, níveis séricos de albumina abaixo de 3,5 g/dL e de creatinina abaixo de 8,5 mg/dL foram diretamente relacionados com piores taxas de sobrevida. **Conclusão:** as reduzidas taxas de sobrevida alcançadas por pacientes diabéticos servem como alerta para a necessidade de otimizar o manejo dessa categoria de doentes. Além disso, valores séricos baixos de albumina e creatinina podem contribuir para preditores de óbito em pacientes hemodialisados.

Palavras-chave | Análise de Sobrevida; Doença Renal Crônica; Hemodiálise.

¹Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão/SC, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A doença renal crônica (DRC) envolve múltiplas desordens que afetam a função e estrutura do rim. Caracteriza-se por apresentações clínicas variadas, em parte relacionadas com a causa, gravidade e taxa de progressão do acometimento renal¹.

Atualmente, a DRC é definida como anormalidades estruturais (como relação albumina/creatinina ≥ 30 mg/g) e/ou funcionais dos rins (ritmo de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73m²) presentes por mais de três meses e com implicação para a saúde do indivíduo. É considerada um grave problema de saúde pública, com grande impacto socioeconômico².

Os estágios iniciais da doença renal geralmente são assintomáticos, sendo detectados apenas durante a avaliação das comorbidades presentes. A insuficiência renal ou DRC terminal (caracterizada por terapia de substituição renal ou RFG < 15 ml/min/1,73m²) é o estágio mais grave da DRC. Condições rapidamente progressivas podem levar à insuficiência renal dentro de alguns meses, no entanto, a maioria das doenças evoluem para esse desfecho ao longo de décadas².

Os sintomas são geralmente causados por complicações relacionadas à diminuição da função renal e, quando graves, podem ser tratados apenas por diálise ou transplante¹. No Brasil, avaliando 44% das unidades de diálise do País, o número total estimado de pacientes em diálise em 1º de julho de 2014 foi de 112.004³. Em 2011, esse procedimento custou ao Sistema Único de Saúde (SUS) US\$ 970.354.599,98, sendo estimado um custo anual médio por paciente de US\$ 9.112,75⁴.

O Brasil tem o quarto maior contingente de pacientes em diálise no mundo⁵. No entanto, poucos trabalhos avaliam, em âmbito nacional, a sobrevida e os preditores de óbito dessa população.

Assim, o presente estudo teve como objetivos determinar a taxa de sobrevida e verificar a existência de associação com as características clínicas e laboratoriais dos pacientes em tratamento hemodialítico em Tubarão, Santa Catarina.

MÉTODOS |

Foi realizado um estudo exploratório com delineamento de coorte retrospectiva. A população de estudo foi composta por uma amostra de conveniência, no qual foram avaliados todos os prontuários de pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) submetidos à hemodiálise na Clínica de Doenças Renais de Tubarão/SC, no período entre março de 2006 e março de 2012. A Clínica de Doenças Renais de Tubarão é um centro de diálise que faz parte da Associação de Municípios da Região de Laguna (AMUREL), que é composta por 18 cidades⁶.

Os critérios de inclusão utilizados foram: 1) ser portador de DRC terminal; 2) realizar três sessões de hemodiálise por semana, com duração de quatro horas. Os critérios de exclusão foram: 1) ter diagnóstico de insuficiência renal aguda; 2) ter realizado hemodiálise por um período inferior a 90 dias; 3) não dispor de informações suficientes no prontuário.

O evento inicial (E_0) caracterizou-se pela data em que o paciente foi admitido para o tratamento de hemodiálise; o segundo evento (E_1), a data em que este deixou de realizar o procedimento. Essa saída pôde ser em virtude de óbito, cura, mudança de procedimento (transplante e/ ou diálise peritoneal), abandono de tratamento ou término do estudo. Nessas situações, as saídas foram consideradas perdas de observação.

Foram coletados dados em relação ao sexo, idade, diagnóstico inicial (doença de base), comorbidades, início do tratamento e resultado das seguintes variáveis - creatinina, fósforo, albumina e paratormônio (PTH). Para os pacientes que faleceram, também foi coletado o motivo do óbito.

Devido à baixa frequência de algumas patologias, para comparar a sobrevida baseada nas doenças de base, o grupo total foi dividido em pacientes com nefrosclerose hipertensiva, nefropatia diabética e outras patologias (que englobaram glomerulonefrite crônica, rins policísticos e IRC não especificada).

Foi elaborado um banco de dados com o auxílio do software *Microsoft Office Excel 2007*. Os dados foram analisados com o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 17.0 e tratados por meio de estatística descritiva, utilizando frequência relativa

(%) para variáveis clínicas e sociodemográficas e média e desvio padrão (DP) para os valores laboratoriais. Os testes de *Shapiro-Wilk* e *Kolmogorov-Smirnov* foram utilizados para avaliar a distribuição normal das variáveis. O teste *t-Student* foi utilizado para comparar as médias entre os grupos. A sobrevida foi comparada pelo método de *Kaplan-Meier* e as diferenças nas curvas de sobrevida foram avaliadas pelo teste *Log Rank*. Para todas as análises, foi adotado nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina, sob código 13.039.4.01.III, em 04 de abril de 2013.

RESULTADOS |

A população total no período estudado foi de 142 pacientes. Ocorreram 32 perdas de observação devido à transferência de unidade, transplante ou abandono.

As características dos pacientes estão descritas na Tabela 1. Dos 110 prontuários analisados, 61 foram de pacientes vivos (55,5%). A população estudada foi predominante masculina, representando 52,7% dos pacientes. A média de idade no início do tratamento foi de 59 ± 14 anos. O tempo médio de tratamento hemodialítico foi de 21 ± 17 meses. O principal diagnóstico de base da IRC foi nefropatia diabética (51,8%), seguido por nefrosclerose hipertensiva (30%). As doenças cardiovasculares foram as principais causas de óbito, atingindo uma incidência de 32,7% entre os pacientes, seguida por infecções (22,4%).

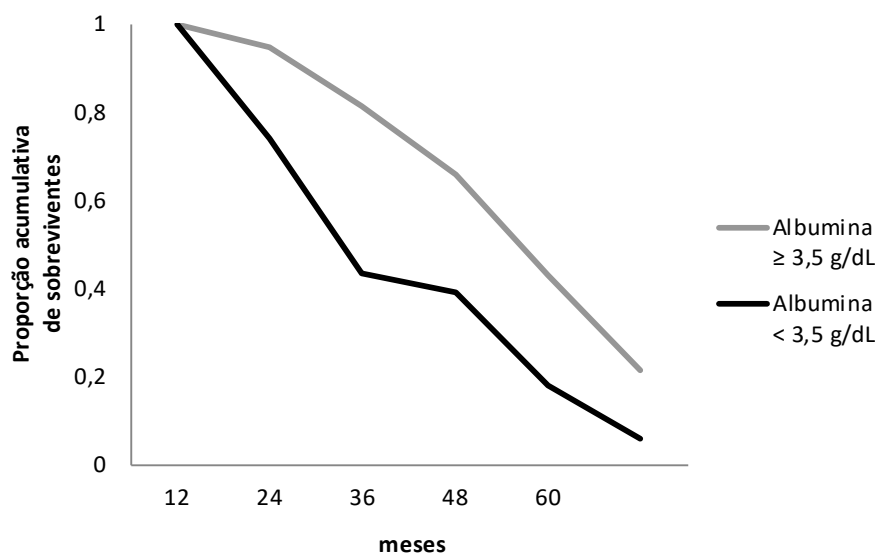
Para a coorte total, a sobrevida dos pacientes foi de 86,3% em um ano, 66,5% em dois anos, 45,7% em três anos, 26% em quatro anos e 14,7% ao final de cinco anos de seguimento. Não houve diferença significativa quando comparada a sobrevida dos pacientes com as variáveis gênero e hipertensão (*Log Rank* = 2,75; $p = 0,97$ e *Log Rank* = 0,314; $p = 0,575$ respectivamente). Já para variável diabetes, a análise univariada mostrou sobrevida média significativamente inferior para os pacientes diabéticos

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes em função da idade, sexo, tempo de hemodiálise, doença de base, comorbidades e causa de óbito, no período de 2006 a 2012, Tubarão/SC

	TOTAL (n=110)	ÓBITO (n=49)	VIVOS (n=61)
Idade início (anos) (\pm DP)	59,1 (\pm 14,2)	62 (\pm 12,4)	57 (\pm 15)
Sexo masculino n (%)	58 (52,7%)	22 (44,9%)	36 (59%)
Sexo feminino n (%)	52 (47,3%)	27 (55,1%)	25 (41%)
Tempo de HD (meses) (\pm DP)	20,98 (\pm 17)	23,51 (\pm 16,1)	18,95 (\pm 17,5)
Doença de base n (%)			
Nefropatia diabética	57 (51,8%)	33 (67,4%)	24 (39,4%)
Nefrosclerose hipertensiva	33 (30%)	13 (26,5%)	20 (32,8%)
Glomerulonefrite crônica	11 (10%)	1 (2%)	10 (16,4%)
Outras causas de IRC	5 (4,6%)	2 (4,1%)	3 (4,9%)
Rins policísticos	3 (2,7%)	0 (0%)	3 (4,9%)
IRC não especificada	1 (0,9%)	0 (0%)	1 (1,6%)
Comorbidades n (%)			
HAS	74 (67,3%)	36 (73,5%)	38 (62,3%)
Diabetes <i>mellitus</i>	60 (54,5%)	35 (71,4%)	25 (41%)
Causas de óbito n (%)			
Doença cardiovascular		16 (32,7%)	
Infecções		11 (22,4%)	
DMO		9 (18,4%)	
Indeterminada		3 (6,1%)	
Doença cerebrovascular		3 (6,1%)	
Outros		7 (14,3%)	

HD: hemodiálise; IRC: insuficiência renal crônica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DMO: disfunção múltipla de órgãos.

Figura 1 - Curva de sobrevida para doentes renais crônicos tratados por hemodiálise, estratificado segundo os valores séricos de albumina maior (\geq) e menor ($<$) que 3,5 g/dL, no período de 2006 a 2012, Tubarão/SC



(30,81 \pm 2,5 meses) em relação aos não diabéticos (43,3 \pm 4,3 meses) (*Log Rank* = 5,04; *p* = 0,025). A sobrevida, respectivamente, para não diabéticos e diabéticos foi de 87,9% *versus* 85,7% em 1 ano, 67,3% *versus* 66% em 2 anos, 66% *versus* 36,1% em 3 anos, 50,1% *versus* 15,6% em 4 anos e 50,1% *versus* 5,4% em 5 anos.

Quanto à doença de base, a sobrevida no primeiro ano dos três grupos foi similar: 86,5% para os pacientes com nefrosclerose hipertensiva, 84,3% para nefropatia diabética e 92,6% para outras patologias. Após cinco anos a sobrevida dos pacientes com nefropatia diabética mostrou-se significativamente inferior (5,2%) quando comparada à dos pacientes com nefrosclerose hipertensiva (39,4%) e outras patologias (62,4%) (*Log Rank* = 6,40; *p* = 0,041).

Na Figura 1 está representada a análise de sobrevida dos pacientes em relação aos valores séricos de albumina. Comparando a sobrevida média (23,8 \pm 3,4 meses) dos pacientes que mantiveram o nível sérico de albumina abaixo de 3,5 g/dL com a sobrevida média (41,6 \pm 2,7 meses) dos pacientes que apresentaram concentração sérica de albumina acima desse valor, verificou-se que a sobrevida foi significativamente menor nos pacientes com valores baixos de albumina. Nos pacientes com albumina abaixo de 3,5 g/dL, a taxa de sobrevida no primeiro ano foi de 77,5% contra 94,5% daqueles com nível sérico superior a esse valor. Nos anos seguintes, a sobrevida foi de 43,2% *versus*

83,5% no segundo ano; 17,8% *versus* 68,7% no terceiro ano; 11,7% *versus* 42,7% no quarto ano e 11,7% *versus* 21,3% no quinto ano de acompanhamento (*Log Rank* = 14,50; *p* = 0,0001).

Ao analisar a sobrevida em relação aos valores séricos de creatinina, baseada na média global de 8,5 \pm 2,9 mg/dL, foi encontrada uma taxa de sobrevida de 90,1% no primeiro ano para os pacientes em que a creatinina estava acima desse valor, enquanto que para os pacientes com creatinina abaixo da média, a sobrevida no primeiro ano foi de 82,7%; já no terceiro ano de estudo, a sobrevida foi de 59,7% *versus* 41% e, no quarto ano, 56,5% *versus* 31,2%, respectivamente. A sobrevida média dos pacientes com creatinina abaixo da média foi de 29,5 \pm 2,8 meses, enquanto que para os pacientes com creatinina sérica acima da média foi de 41 \pm 3,7 meses, sendo essa diferença significativa (*Log Rank* = 6,32; *p*=0,012) (Figura 2).

Os demais marcadores bioquímicos (PTH e fósforo) não demonstraram diferença significativa na análise de sobrevida.

Verificou-se que não houve diferença significativa entre os valores médios de fósforo, creatinina, PTH e albumina entre o grupo que foi a óbito e o que permaneceu no estudo até a data final de acompanhamento (Tabela 2).

Figura 2 - Curva de sobrevida para doentes renais crônicos tratados por hemodiálise, estratificado segundo os valores séricos de creatinina maior (\geq) e menor ($<$) que 8,5 mg/dL, no período de 2006 a 2012, Tubarão/SC

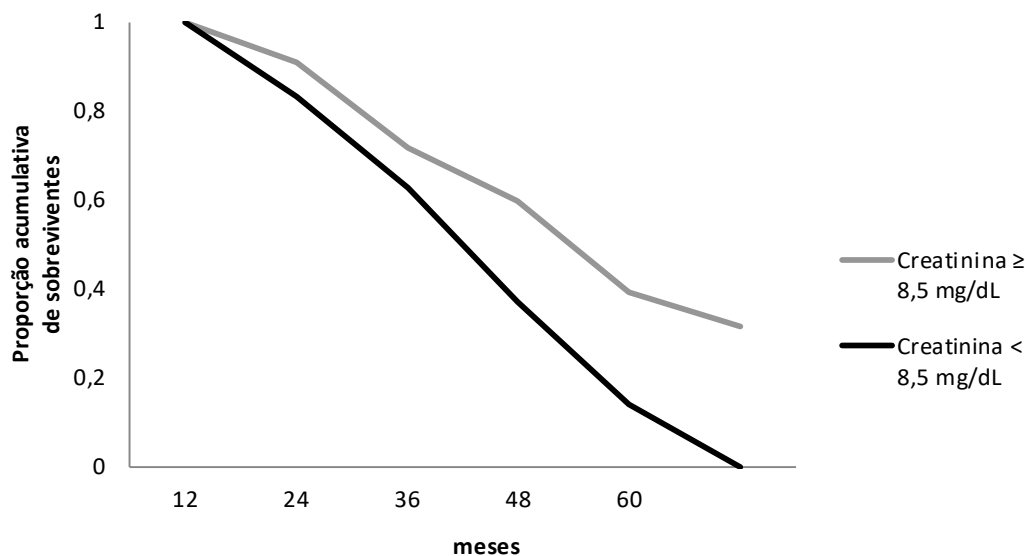


Tabela 2 - Análise dos registros laboratoriais no grupo total, óbito e sobreviventes (vivos), no período de 2006 a 2012, Tubarão/SC

	TOTAL (n=110)	ÓBITO (n=49)	VIVOS (n=61)	p-valor *
Fósforo (mg/dL) (\pm DP)	5,5 (\pm 1,4)	5,2 (\pm 1,2)	5,7 (\pm 1,5)	0,370
Creatinina (mg/dL) (\pm DP)	8,5 (\pm 2,9)	7,7 (\pm 2,4)	9,2 (\pm 3,0)	0,106
Albumina (g/dL) (\pm DP)	3,5 (\pm 0,4)	3,5 (\pm 0,3)	3,5 (\pm 0,4)	0,394
PTH (pg/mL) (\pm DP)	291,8 (\pm 278,3)	238,1 (\pm 202,3)	335,0 (\pm 322,0)	0,084

PTH: paratormônio. * Teste *t-Student*.

DISCUSSÃO |

Constatou-se neste estudo taxa de sobrevida global de 86,3% e 14,7% no final de um e cinco anos, respectivamente. As piores taxas de sobrevida estiveram associadas com a presença de diabetes, níveis séricos de albumina abaixo de 3,5 g/dL e de creatinina abaixo de 8,5 mg/dL.

A análise de sobrevida é uma ferramenta de grande valor na avaliação dos resultados de um tratamento hemodialítico crônico. Esse tipo de estudo é útil para analisar a evolução dos pacientes e para verificar os resultados obtidos por essa modalidade de tratamento globalmente utilizada e de alto custo.

Observou-se que a maioria da população analisada pertencia ao sexo masculino (52,7%) e a média de idade dos pacientes avaliados foi de 59 anos. Esses dados são semelhantes aos observados no inquérito da Sociedade Brasileira de Nefrologia sobre diálise crônica, realizado em 2014³. No entanto, a principal doença de base nesta população foi a nefropatia diabética (51,8%), enquanto que no inquérito o diagnóstico da doença renal primária mais prevalente foi nefrosclerose hipertensiva (35%). A nefropatia diabética já aparece como a principal causa de DRC terminal na Europa e nos Estados Unidos, sendo responsável por quase metade dos novos casos entre pacientes americanos⁷. O avanço da nefropatia diabética dá-se principalmente pelo crescimento dos casos de diabetes *mellitus* tipo 2, que deve atingir aproximadamente 7,1% da população mundial até o ano de 2040⁸.

As principais causas básicas de óbito identificadas foram doenças cardiovasculares (32,7%) e infecções (22,4%). Esse achado corrobora com resultados do Censo Brasileiro de Diálise de 2009⁹, em que 35% da população geral em diálise apresentaram as doenças cardiovasculares como causa de óbito e, em segundo lugar, com 24%, as infecções. Além dos fatores de risco tradicionais (por exemplo, diabetes e hipertensão) compartilhados pelos pacientes, a própria uremia contribuiu para a patogênese das doenças cardiovasculares nos pacientes com DRC¹⁰. Quanto às infecções, estão relacionadas com o próprio procedimento de hemodiálise, além de distúrbios na imunidade inata e adquirida associados à uremia¹¹.

A taxa de sobrevida global foi de 86,3 e 14,7% em um e cinco anos, respectivamente. A sobrevida em um ano foi semelhante ao que é relatado na literatura^{7,12-15}. No entanto, a taxa de sobrevida em cinco anos encontrada foi inferior a de estudos prévios^{7,12-16}. Essa discrepância pode ser justificada pela grande quantidade de pacientes que tiveram a nefropatia diabética como doença de base. A nefropatia diabética responde por uma parcela importante do aumento na mortalidade observada no diabetes *mellitus*. Além da sua alta prevalência, essa condição está associada a um aumento substancial do risco de morte cardiovascular e por todas as causas¹⁷.

Em concordância com o exposto, pacientes diabéticos tiveram sobrevida significativamente inferior aos não diabéticos, o que também tem sido reportado em diversos outros trabalhos^{7,15}. A hemoglobina glicada (HbA1c) continua a ser o índice mais utilizado no controle glicêmico da população diabética. A meta glicêmica nos pacientes com DRC em diálise não está claramente definida; a dificuldade é, em parte, decorrente da complexidade do tratamento e, em parte, à falta de dados convincentes que apoiem um rígido controle glicêmico. Alguns estudos mostram benefício¹⁸, enquanto outros relatam não existir associação significativa entre o controle glicêmico rígido e aumento da sobrevida¹⁹. Atualmente, as diretrizes do *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI)* e do *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)* recomendam que o alvo de HbA1c deve ser estendido para > 7% em pacientes com comorbidades, expectativa de vida limitada e aqueles com risco de hipoglicemia (que abrange pacientes com DRC avançada, incluindo aqueles em diálise)².

O nível de albumina sérica teve associação significativa com a taxa de sobrevida. Os pacientes que mantiveram o nível sérico de albumina baixo (< 3,5 g/dL) tiveram sobrevida consideravelmente menor. Já está bem estabelecido que

a hipoalbuminemia é um importante determinante da morbimortalidade em pacientes com IRC²⁰. A albumina, proteína plasmática que é produzida no fígado, tem a capacidade de ligar-se a inúmeras substâncias, funcionando como proteína de transporte para vários minerais, hormônios e ácidos graxos, e também ajuda a manter a pressão oncótica nos capilares²¹.

A síntese de albumina diminui nos estados de desnutrição, presente em 23-76% dos pacientes em hemodiálise²². No entanto, seu nível plasmático também é afetado por vários medicamentos e condições inflamatórias²¹. Assim, o uso de albumina para avaliar o estado nutricional de pacientes renais é limitado²³. No entanto, a albumina é um importante preditor de mau prognóstico, independentemente do estado nutricional ou inflamatório. A redução da albumina sérica de 1,0 g/dL aumenta significativamente os riscos de mortalidade (137%) e morbidade (89%), bem como a necessidade de cuidados intensivos de longa duração (28%) ou hospitalização (71%)²⁴.

A creatinina sérica esteve diretamente relacionada com a sobrevida, compatível com resultados prévios^{13,25}. O músculo esquelético é responsável por 40% do peso corporal e 50% da proteína corporal. Em pacientes com DRC, há aumento do catabolismo proteico devido à alta renovação de proteínas, resultando em importante perda de massa muscular²⁶.

Entre os marcadores bioquímicos de massa muscular, o valor sérico de creatinina é o mais avaliado na prática clínica, mas sua associação com a função renal pode limitar sua utilização. No entanto, em doentes que realizaram tratamento hemodialítico de longo prazo e que tenham pouca ou nenhuma função renal residual, a creatinina sérica pode ser utilizada como substituto na avaliação da massa muscular²⁷. Estudos mostram que níveis baixos de creatinina sérica, indicando baixa massa muscular, estão associados à diminuição da sobrevida de pacientes em hemodiálise²⁸.

Ao analisar a associação entre PTH, fósforo e a sobrevida dos pacientes, o presente estudo não demonstrou diferenças significativas, diferentemente de pesquisas anteriores^{12,13}. Anormalidades nos níveis séricos de cálcio, fósforo, e PTH são comuns em pacientes com DRC e têm sido associados com disfunções no sistema cardiovascular e aumento da morbimortalidade²⁹⁻³⁰. Essas alterações bioquímicas, com anormalidades no metabolismo da vitamina D e na remodelação óssea, constituem uma síndrome sistêmica

conhecido como distúrbio mineral e ósseo da doença renal crônica (DMO-DRC)².

Como limitações do estudo, destaca-se a amostra relativamente pequena e o grande número de perdas de seguimento, que podem subestimar as associações encontradas. Além disso, o estudo incluiu apenas um centro de diálise, prejudicando a validade externa dos resultados. No entanto, por ser realizado em um centro de referência para muitos municípios, este trabalho pode contribuir para a produção científica local e promover melhorias das características assistenciais do serviço, beneficiando um grande número de pessoas.

CONCLUSÃO |

As reduzidas taxas de sobrevida alcançadas por pacientes diabéticos servem como alerta para a necessidade de otimizar o manejo desse subgrupo de doentes que compõem uma grande parcela dos pacientes em hemodiálise. Além disso, valores séricos baixos de albumina e creatinina podem contribuir para preditores de óbito em pacientes hemodialisados.

Por fim, um conjunto de fatores pode contribuir para a qualidade do tratamento, e a correta análise destes fatores permite a identificação precoce dos pacientes com alto risco, possibilitando uma intervenção multiprofissional e individualizada.

REFERÊNCIAS |

1. Vassalotti JA, Centor R, Turner BJ, Greer RC, Choi M, Sequist TD, et al. Practical approach to detection and management of chronic kidney disease for the primary care clinician. *Am J Med.* 2016; 129(2):153-62.
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl* 2013; 3(1):1-150.
3. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. *J Bras Nefrol.* 2016; 38(1):54-61.
4. Menezes FG, Barreto DV, Abreu RM, Roveda F, Silva RF, Filho P. Panorama do tratamento hemodialítico financiado pelo Sistema Único de Saúde - Uma perspectiva econômica. *J Bras Nefrol.* 2015; 37(3):367-78.
5. Fresenius Medical Care. ESRD Patients in 2013: a global perspective. *Fresenius Medical Care;* 2013.
6. Associação de Municípios da Região de Laguna (AMUREL). Municípios Associados [Internet]. Tubarão: Amurel; 2016 [citado 2016 jul 04]. Disponível em: URL: <<http://www.amurel.org.br/index/municipios-associados/codMapaItem/41796>>.
7. Saran R, Li Y, Robinson B, Abbott KC, Agodoa LY, Ayanian J, et al. US Renal Data System 2015 annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. *Am J Kidney Dis.* 2016; 67(3 Suppl 1):1-305.
8. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 7. ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2015.
9. Sesso RCC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Burdmann EA. Censo Brasileiro de Diálise, 2009. *Bras Nefrol.* 2010; 32(4):380-4.
10. Tonelli M, Karumanchi SA, Thadhani R. Epidemiology and mechanisms of uremia-related cardiovascular disease. *Circulation.* 2016; 133(5):518-36.
11. Eleftheriadis T, Liakopoulos V, Leivaditis K, Antoniadis G, Stefanidis I. Infections in hemodialysis: a concise review - Part 1: bacteremia and respiratory infections. *Hippokratia.* 2011; 15(1):12-7.
12. Azevedo DA, Correa MC, Botre L, Mariano RM, Assis RR, Grossi L, et al. Sobrevida e causas de mortalidade em pacientes hemodialíticos. *Rev Med Minas Gerais.* 2009; 19(2):117-22.
13. Matos JPS, Almeida JR, Guinsburg A, Marelli C, Barra ABL, Vasconcelos MS, et al. Avaliação da sobrevida de cinco anos em hemodiálise no Brasil: uma coorte de 3.082 pacientes incidentes. *J Bras Nefrol.* 2011; 33(4):436-41.
14. Kramer A, Pippias M, Stel VS, Bonthuis M, Abad Diez JM, Afentakis N, et al. Renal replacement therapy in Europe: a summary of the 2013 ERA-EDTA Registry

Annual Report with a focus on diabetes mellitus. Clin Kidney J. 2016; 9(3):457-69.

15. Silva LAM, Mezzomo NF, Pansard HM, Arantes LC, Rempel W, Argenta LC, et al. Sobrevida em hemodiálise crônica: estudo de uma coorte de 1.009 pacientes em 25 anos. J Bras Nefrol. 2009; 31(2):190-7.

16. Masakane I, Nakai S, Ogata S, Kimata N, Hanafusa N, Hamano T, et al. An Overview of Regular Dialysis Treatment in Japan (As of 31 December 2013). Ther Apher Dial. 2015; 19(6):540-74.

17. Afkarian M1, Sachs MC, Kestenbaum B, Hirsch IB, Tuttle KR, Himmelfarb J, et al. Kidney disease and increased mortality risk in type 2 diabetes. J Am Soc Nephrol. 2013; 24(2):302-8.

18. Ricks J, Molnar MZ, Kovesdy CP, Shah A, Nissenson AR, Williams M, et al. Glycemic control and cardiovascular mortality in hemodialysis patients with diabetes: a 6-year cohort study. Diabetes. 2012; 61(3):708-15.

19. Williams ME, Lacson E, Wang W, Lazarus JM, Hakim R. Glycemic control and extended hemodialysis survival in patients with diabetes mellitus: comparative results of traditional and time-dependent Cox model analyses. Clin J Am Soc Nephrol. 2010; 5(9):1595-601.

20. Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Elder SJ, Ginsberg N, Goodkin DA, Pifer T, et al. Independent and joint associations of nutritional status indicators with mortality risk among chronic hemodialysis patients in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). J Ren Nutr. 2010; 20(4):224-34.

21. Bharadwaj S, Ginoya S, Tandon P, Gohel TD, Guirguis J, Vallabh H, et al. Malnutrition: laboratory markers vs nutritional assessment. Gastroenterol Rep (Oxf). 2016; 4(4):272-80

22. Kadiri Mel M, Nechba RB, Oualim Z. Factors predicting malnutrition in hemodialysis patients. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2011; 22(4):695-704.

23. Mutsert R, Grootendorst DC, Indemans F, Boeschoten EW, Krediet RT, Dekker FW, et al. Association between serum albumin and mortality in dialysis patients is partly explained by inflammation, and not by malnutrition. J Ren Nutr. 2009; 19(2):127-35

24. Vincent JL, Dubois MJ, Navickis RJ, Wilkes MM. Hypoalbuminemia in acute illness: is there a rationale for intervention? A meta-analysis of cohort studies and controlled trials. Ann Surg. 2003; 237(3):319-34.

25. Patel SS, Molnar MZ, Tayek JA, Ix JH, Noori N, Benner D, et al. Serum creatinine as a marker of muscle mass in chronic kidney disease: results of a cross-sectional study and review of literature. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2013; 4(1):19-29.

26. Stenvinkel P, Carrero JJ, von Walden F, Ikizler TA, Nader GA. Muscle wasting in end-stage renal disease promulgates premature death: established, emerging and potential novel treatment strategies. Nephrol Dial Transplant. 2016; 31(7):1070-7.

27. Keshaviah PR, Nolph KD, Moore HL, Prowant B, Emerson PF, Meyer M, et al. Lean body mass estimation by creatinine kinetics. J Am Soc Nephrol. 1994; 4(7):1475-85.

28. Kalantar-Zadeh K, Streja E, Kovesdy CP, Oreopoulos A, Noori N, Jing J, et al. The obesity paradox and mortality associated with surrogates of body size and muscle mass in patients receiving hemodialysis. Mayo Clin Proc. 2010; 85(11):991-1001.

29. Wanner C, Amann K, Shoji T. The heart and vascular system in dialysis. Lancet. 2016; 388(10041):276-84.

30. Tentori F, Blayney MJ, Albert JM, Gillespie BW, Kerr PG, Bommer J, et al. Mortality risk for dialysis patients with different levels of serum calcium, phosphorus, and PTH: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). Am J Kidney Dis. 2008; 52(3):519-30.

Correspondência para/Reprint request to:

Marcos de Oliveira Machado

Avenida José Acácio Moreira, 787,

Debon, Tubarão/SC, Brasil

CEP: 88704-900

Tel.: (48) 36213-000

E-mail: gustavopsilvano@hotmail.com

Submetido em: 11/07/2016

Aceito em: 04/11/2016

The impact of a breast cancer diagnosis on the patient's family

| Repercussão do diagnóstico do câncer de mama no contexto familiar

ABSTRACT | Introduction: Breast cancer is a public health problem around the world. **Objective:** To assess the impact of a breast cancer diagnosis in the patient's family. **Methods:** This is a qualitative study involving five families of patients treated at a University Hospital in Botucatu/SP. Data were collected by means of interviews followed by content analysis. Seventeen family members were interviewed. The project was approved by the institution's Ethics Committee. **Results:** Families find it difficult to come to terms with the diagnosis, since it evokes feelings of helplessness, anxiety and non-acceptance. Family members may be in denial or may accept it, or may experience the stigma of a fatal disease and the suffering. **Conclusion:** Breast cancer diagnosis causes suffering and distress and requires reorganization of the family structure.

Keywords | Breast Cancer; Family; Diagnosis; Qualitative research; Oncology.

RESUMO | Introdução: O Câncer de mama é um importante problema de saúde pública em todo o mundo. **Objetivo:** Compreender a repercussão do diagnóstico do câncer de mama no contexto familiar. **Métodos:** Estudo qualitativo, desenvolvido com cinco famílias de pacientes atendidas no Hospital das Clínicas em Botucatu/SP. A coleta de dados foi por meio de entrevista, seguida da análise de conteúdo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição. **Resultados:** Foram entrevistados 17 familiares, incluindo as mulheres. O diagnóstico de câncer de mama representa para a família uma ocorrência de forma inesperada com dificuldades na aceitação, e desperta sentimentos de impotência, ansiedade e inconformismo. Negar ou aceitar e viver o estigma como doença fatal e com sofrimento. **Conclusão:** A repercussão do diagnóstico do câncer de mama gera sofrimento e angústias e requer uma reorganização na estrutura familiar.

Palavras-chave | Neoplasias da mama; Família; Diagnóstico; Pesquisa qualitativa; Oncologia.

¹Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu/SP, Brasil.

²Universidade de São Carlos, São Carlos/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O câncer de mama se configura como um problema de saúde pública em todo o mundo. É o tipo que possui maior incidência e mortalidade na população feminina em todo o mundo, tanto nos países em desenvolvimento quanto naqueles desenvolvidos. Foram esperados, para o ano de 2012, aproximadamente 1,67 milhão de casos novos dessa neoplasia em todo o mundo. Para o Brasil, em 2016, a estimativa é de 57.960 casos novos de câncer de mama¹.

Até o ano de 2030, estima-se que haverá 22,2 milhões de casos novos de câncer, e em 12,7 milhões estará relacionado à morte em todo o mundo².

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados³.

A confirmação do diagnóstico de câncer de mama tem impacto capaz de mudar de forma considerável o relacionamento entre os membros da família. Pelo estresse associado, a maioria dos pacientes demonstra uma resiliência física e psicológica notável. Alguns dos fatores importantes na adaptação ao tratamento do câncer incluem: acesso à informação, percepção de um certo grau de controle sobre o tratamento e capacidade de expressar emoções enquanto se sente apoiado por outras pessoas⁴.

Sabe-se que uma das principais consequências em receber o diagnóstico de câncer é o sentimento de incerteza relacionado aos problemas e às mudanças que as famílias vão vivenciar⁵.

O objetivo deste estudo foi compreender a repercussão do diagnóstico do câncer de mama no contexto familiar.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo de análise qualitativa e utilizou-se do referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS), que concebe o ser humano como ativo, pois interage no contexto social e atribui significados por meio da interação da pessoa com o outro e consigo própria⁶.

O IS pauta-se em compreender como os seres humanos agem em relação às coisas com base em sua significação.

“Coisas” são consideradas tudo o que podem observar em seu mundo, como os objetos físicos, outros seres humanos e atividades, bem como a situação da vida cotidiana⁶.

Foi realizado estudo em profundidade com cinco famílias de pacientes, atendidas na Faculdade de Medicina de Botucatu, no ambulatório de Mastologia do Hospital das Clínicas. A divulgação do local da pesquisa foi autorizada. O município situa-se no Sudoeste do Estado de São Paulo, a 230 km da capital, Brasil.

A concepção de família adotada compreende um grupo social, cujos membros mantêm um sistema de relações significativas entre si⁷. Nesta concepção, os laços efetivos e afetivos são mais valorizados do que a condição de consanguinidade. Portanto, foram considerados familiares àqueles referidos pela mulher, indicando vínculo biológico, afetivo ou de conjugalidade, independentemente de existir vínculo jurídico.

As participantes obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: diagnóstico de câncer de mama, estar ou ter realizado algum tipo de tratamento, tempo decorrido entre o diagnóstico e a realização do estudo de até dois anos. Esse período foi determinado por acreditar que as descrições reveladas pelas famílias seriam mais fiéis à vivência do diagnóstico. Não houve uma predeterminação de núcleo familiar básico para participação no estudo. O tempo decorrido entre o diagnóstico e a realização do estudo foi de: 16 meses; 24 meses; 20 meses; 18 meses; 22 meses.

O contato com as mulheres foi efetivado por meio telefônico de uma lista de agendamento de consulta do ambulatório, e a mulher, ao receber o convite, comunicava à família sua decisão. Para participação na pesquisa, foi agendada uma entrevista com a mulher e sua família no local e horário que facilitasse a presença de todos. Quatro famílias optaram por realização da entrevista no domicílio e no período noturno. Somente uma família preferiu a realização no ambulatório, em um dia de retorno da mulher. Nesta ocasião, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era lido e assinado por todos, e para os filhos e netos menores, além do termo assinado pelos pais e avós, assinaram ainda o termo de assentimento.

Para o desenvolvimento do projeto de pesquisa respeitou-se a resolução nº 466/2012, que trata de pesquisas e testes em seres humanos. Assim, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na data de 07/04/2014 sob o número de parecer 607.254.

Ainda, em relação às questões éticas para assegurar o anonimato dos participantes, a identificação foi realizada pela enumeração conforme a ordem de realização das entrevistas, e com a letra F de família, e as iniciais - MM para mulher, M - marido, FM - filho, FF - filha e N - neto, membros da família que participaram do estudo.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a outubro de 2015, e os instrumentos foram:

Ficha de caracterização (componentes da família, idade dos membros familiares, tempo decorrido entre o diagnóstico e a realização do estudo, escolaridade e tratamento realizados ou em andamento); Entrevista semiestruturada e Questionário Critério Brasil^{8,9}: escala que divide a população em sete classes sociais: A – 45-100 pontos, B1- 38-44 pontos, B2 – 29-37 pontos, C1 – 23-28 pontos, C2 – 17-22 pontos, C2 – 17 a 22 pontos D e E – 0-16 pontos. Essa avaliação é por meio do poder aquisitivo familiar, baseando-se na quantidade de posse de bens de consumo duráveis, grau de instrução do chefe da família e em alguns outros fatores, como a presença de empregada doméstica. Assim, a classificação “A” é atribuída às pessoas com maior poder aquisitivo pela maior pontuação, e “E” às pessoas com menor poder aquisitivo (menor pontuação).

À luz de tais conhecimentos, as famílias (pessoas que residiam com a mulher na ocasião da pesquisa) foram instigadas a discorrer sobre suas experiências, por uma questão norteadora: Como foi para vocês a (nome da mulher) ter tido câncer de mama?; Participaram do estudo cinco famílias, totalizando 17 membros familiares, incluindo a mulher, número que indicou a saturação teórica, que é

determinado de acordo com o conteúdo e consistência dos dados oriundos dos depoimentos¹⁰.

As entrevistas tiveram uma duração entre 40 e 80 minutos, com a participação de todos os membros familiares, foram gravadas, transcritas na íntegra e sistematizadas, segundo o método da Análise de Conteúdo na modalidade Temática, proposta por Bardin¹¹.

Esse método constitui-se em um conjunto de técnicas utilizadas para o entendimento dos significados implícitos nas mensagens. A análise preconiza que a transcrição das entrevistas seja feita na íntegra, lida com detalhamento e profundidade, para apreender como a família vive essa experiência. Essa fase é denominada pré-análise. As leituras posteriores têm a finalidade de explorar o material, que passa pelo processo de desmembramento e reagrupamento, denominado sistematização dos dados. Na sequência, os dados, que já foram inicialmente separados por temas, recebem uma releitura, cujo processo de reflexão e análise dos resultados produz a interpretação das descrições¹¹.

RESULTADOS |

Foram entrevistadas 17 pessoas das cinco famílias participantes do estudo, com duração da entrevista entre 40 a 90 minutos. Entre as mulheres acometidas por câncer, a faixa etária ficou entre 38 e 50 anos. O tempo decorrido entre o diagnóstico e a realização do estudo variou de 16 a 24 meses, e o tempo máximo, de dois anos, foi estabelecido como critério de inclusão (Tabela 1).

Tabela 1 - Características das famílias participantes do estudo, Botucatu/SP, 2016

Família	Tempo entre diagnóstico e realização do estudo	Participantes por família	Duração da entrevista	Participantes/ idade	Estratificação Socioeconômica/consumo
F1	16 meses	04	40 min	MM(39),M(42), FM(21), FF(05)	Classe D- 13 pontos
F2	24 meses	03	60 min	MM(39), M (45),FF(07)	Classe C1- 25 pontos
F3	20 meses	04	90 min	MM(38), M(30), FM (10), FM(06)	Classe E- 07 pontos
F4	18 meses	03	80 min	MM(40),M(43), FM(14)	Classe B2- 29 pontos
F5	22 meses	03	45 min	MM(50), M(62), N (08)	Classe B2- 30 pontos

*F 1 a 5: família, MM: mulher, M: marido, FM: filho, FF: filha, N: neto, Min: minutos.

Segundo o Critério de Classificação Econômica – Brasil, as famílias foram classificadas em: F1 – D (13 Pontos), F2 – C1 (25 pontos), F3 – E (07 pontos), F4 e F5 – B2 (29 e 30 pontos) (Tabela 1).

Assim, duas famílias estão na estratificação mais baixa, segundo o poder econômico, que são os últimos cortes do critério Brasil, D e E. As demais famílias obtiveram a classificação mediana, estando uma na C1 e duas na B2. Todas as famílias possuem um padrão socioeconômico baixo. Associado ao poder econômico está o grau de instrução do chefe da família, dois deles tinham ensino fundamental I incompleto, um fundamental II incompleto, e dois com ensino médio incompleto. Quanto às mulheres, todas possuíam escolaridade entre ensino fundamental II incompleto ao médio incompleto. Todas as crianças das famílias estudavam em escolas municipais.

Assim os participantes deste estudo possuem baixa escolaridade, o que reflete no poder econômico e também no conhecimento em saúde.

Diante do fenômeno da repercussão do diagnóstico do câncer de mama no contexto familiar, iniciou-se a análise dos dados, por meio da leitura exaustiva das transcrições. Como sustentação da análise, utilizou-se o referencial teórico do IS para interpretação das descrições. Isso possibilitou conhecer a repercussão do diagnóstico de câncer de mama no contexto familiar por meio das categorias: Receber o diagnóstico de câncer de mama em família, enfrentar o diagnóstico e viver o estigma do câncer como doença fatal.

O diagnóstico de câncer de mama repercute na família em todos os momentos do processo de adoecimento, sendo lembrado e permeado por dificuldades. Inicia-se com o momento em que é divulgado. Os demais momentos estão associados ao início do tratamento, quer seja cirúrgico, ou não, bem como às complicações terapêuticas.

Diante da possibilidade de estarem com diagnóstico de câncer de mama, as mulheres demonstraram-se ansiosas para a confirmação do resultado. Os relatos abaixo evidenciam essa ansiedade em saber o resultado do exame:

Eu me lembro de quando fui pegar os exames, que a moça, eu cheguei lá e não estava ainda no envelope e a hora que ela foi envelopar eu vi BIRADS 6 e aí eu fiquei mal, mal [...] (F2,MM).

Eu não conseguia pensar... não dava conta de fazer nada, minhas mãos tremiam [...] (F3,MM).

Pode-se apreender que, de forma geral, as pessoas não esperam ser, tampouco que algum familiar seja acometido por uma doença grave como o câncer de mama. Assim, vivenciam a revelação do diagnóstico de forma inesperada.

Fiquei chocado, angustiado, foi do nada, para mim ela não tinha nada [...] (F1,M).

Você trombou com ele [o câncer], foi ver uma coisa, que doía, dava pontada [...] foi atrás de uma coisa e encontrou outra (F2,M).

Eu fiquei chocada quando recebi o diagnóstico de câncer, eu não esperava [...] (F1,MM).

No dia do diagnóstico, fiquei transtornada, angustiada, não sabia nem o que pensar, não esperava (F2,M).

Foi desesperador saber que minha mãe estava com câncer, porque uma coisa dessa ninguém espera, principalmente sendo uma pessoa que a gente ama (F4,FM).

O período do diagnóstico foi descrito pelos familiares como uma fase muito difícil por defrontar-se com o estigma da doença. Passam assim a enfrentar aflições diante da confirmação do diagnóstico de câncer de mama:

Eu não me conformava de minha mulher ter câncer, uma doença tão grave (F5,M).

Quando ela [a mulher] recebeu o diagnóstico, foi o momento mais difícil da família, eu não vi o caminho para vir para casa, fiquei sem chão (F4,M).

O desespero é grande, é difícil porque ter um diagnóstico de câncer é um... terremoto, a própria palavra detona, explode no organismo. A gente logo pensa na morte, sofrimento, é desesperador [...] (F4,M).

Eu fiquei muito nervosa, abalada, queria fingir que não estava acontecendo nada, que não era realidade [...] (F1,FF).

A gente se pega para pensar, já tem que sair... se distrair, não pode pensar no câncer, porque senão o sistema nervoso ataca [...] (F5,M).

Com o diagnóstico, você passa a conviver com o fantasma do câncer [...] (F2,M).

A preocupação se era maligno ou não, e graças a Deus não era... a gente tem a nossa luta, e não sei até hoje se era maligno ou não [...] (F5,M);

É uma doença muito dura de enfrentar [...] (F5,MM).

Também foi desvelada a necessidade de um apoio familiar no recebimento do diagnóstico:

Foi dado apoio para minha esposa, mas sentimos a necessidade de ajuda para a família toda, pois, perdemos o chão [...] (F1,M).

A confirmação do diagnóstico de câncer é um dos momentos mais difíceis da vida das mulheres e de suas famílias, pois, quando recebem a notícia, defrontam-se com uma doença que carrega uma carga emocional negativa para a mulher, a sua família e a sociedade e, assim, surgem sentimentos de impotência, ansiedade, desesperança, dificuldade para aceitar, e necessidade de utilizar-se de estratégias, como se acalmar e se informar.

É duro você ver a pessoa passar por tudo aquilo e saber que, o que a gente pode fazer é segurar na mão, porque se sente impotente para resolver [...] (F2,M).

Mas vai fazer o que! Tem que conviver, porque a hora que chega o resultado não tem como voltar atrás... eu fiquei sem esperança [...] (F5,MM).

Após realizar os exames ocorre uma espera permeada de ansiedade e expectativa sobre a hipótese diagnóstica, e, com a confirmação, vem a necessidade de informar-se mais sobre a doença. Esta informação sobre o câncer de mama surge como estratégia de enfrentamento para a família.

Eu pesquisei na internet (F2,MM).

Conversei com as mulheres que estavam no dia que fui à consulta, e fiquei sabendo algumas coisas sobre o câncer que eu não sabia (F3,MM).

Eu me orientava, lia, para poder orientar minha mãe (F4,FM).

Durante o período de espera da confirmação do diagnóstico, a mulher com a ajuda da família, busca estratégias de

enfrentamento, uma vez que, com a confirmação, é fato, é real. Diante da realidade, as descrições revelam várias ações:

[...] fui à farmácia, comprei um calmante natural, tomei na rua mesmo, eu estava no consultório, e eu pensava: ai meu Deus, não vou aguentar receber o diagnóstico [...] (F2,MM).

Eu precisei de força para enfrentar... e meu marido me ajudou muito (F3,MM).

Tentei me preparar para o que estava para acontecer, que é receber um diagnóstico de câncer de mama. O final de semana parecia uma eternidade, pois tinha que esperar a segunda-feira para ver o resultado (F4,MM).

Tentei me preparar para receber o diagnóstico, quando estava esperando o resultado da biópsia (F2,MM).

Eu já tinha feito várias biópsias, tirei vários nódulos e acho que estava meio preparada para saber de coisa ruim (F5,MM).

Na hora falei: calma, vamos buscar tratamento, vamos fazer os exames que faltam, hoje em dia tem muitos recursos, calma, vamos sofrendo aos poucos, porque, quem sabe, lá no final a gente não sofre tanto [...] (F4,M).

As dificuldades enfrentadas ao receber o diagnóstico relacionam-se ao estigma que o câncer carrega de ser uma doença que leva à morte e ao sofrimento. Assim, abala a estrutura familiar.

Ao receber o diagnóstico, a família passou por momentos difíceis (Marido 3).

Vida familiar atribulada após o diagnóstico da doença. (F1,MM).

Famíliares sofrendo com diagnóstico (F1,MM).

A hora que soube que minha mãe tinha isso, pensei que eu ia perder minha mãe. Eu achei muito difícil (chora muito, e neste momento todos choram) (F3,FM).

Eu acho, acho que o diagnóstico é muito negativo para a família, até hoje me recordo do dia que fui pegar o exame [...] (F2,MM).

Para a família, foi difícil receber o diagnóstico de câncer de mama (F4,FM).

Normalmente, as pessoas imaginam um acontecimento desta natureza para outras pessoas, não para sua família.

Quando a gente ficou sabendo que ela estava com a doença, nós ficamos abalados, porque, na verdade, nós assistimos a isso na televisão, e nunca achava, pensava, que ia passar por isso na família, então, foi para ficar muito abalado mesmo, ficamos com um medo danado (F3,M).

Então, quando vi a possibilidade de estar com câncer, pensei quando ouvia que alguém estava com câncer, eu não imaginava que um dia eu pudesse estar nesta situação (F2,MM).

O estigma que o câncer possui de ser uma doença que leva à morte repercutiu nas descrições dos membros da família. Também foi observada a preocupação de ser uma doença que provoca sofrimento.

O câncer é uma doença, que eu não gostava nem de falar, para mim, era sinônimo de morte, quando ouvia falar que alguém estava com câncer, eu já associava, vai morrer (F2,MM).

A gente pensa que vai morrer, quando é diagnosticada. A primeira coisa que vem é que você vai morrer. Você tá passando por tudo aquilo, mas não vai chegar ao fim (F4,MM).

Eu só pensava que ela ia sofrer e morrer, isso me desesperava a cada dia que passava [...] (F4,FM).

No sofrimento descrito, as famílias referem-se não somente ao físico, mas também ao emocional.

Com o diagnóstico do câncer, a gente pensa em sofrimento e morte [...] (F4,M).

Quando falo em câncer, me arrepio, vejo sofrimento pela dor, e, por pensar que posso passar por isso e estar lúcida, e sentir sofrimento na alma (F3,MM).

Desvelaram ainda que, diante do estigma de morte e sofrimento, a vulnerabilidade do ser humano é percebida e suscita reflexões sobre a vida.

Então, o ser humano é frágil, a gente fica muito vulnerável a tudo... e, diante de uma doença dessas, o que fazer? Pensar na morte, no sofrimento... é muito ruim [...] (F1,M).

DISCUSSÃO |

A comprovação de estar com câncer é a primeira etapa vivenciada e percebida pela mulher e sua família.

Repercutiu na família revelada pela categoria “Receber o diagnóstico de câncer de mama”, que, ao descobrir-se portadora desta doença, a mulher e seus familiares depararam-se com esse momento de forma inesperada.

E é nesse momento que a família passa por experiências nunca vivenciadas anteriormente, o que desencadeia uma nova rotina na estrutura familiar¹². O câncer de mama causa impacto nas mulheres e em seus familiares, pois vivenciam, nesse momento, um acontecimento inesperado, que afeta a vida deles. A neoplasia comumente coloca a pessoa acometida e seus familiares diante da perspectiva da morte¹³. Esses estudos corroboraram com nossos achados, pois as famílias participantes não tinham ainda casos de câncer, o momento do diagnóstico é visto como inesperado, e a ideia de morte é associada.

O impacto psicológico do diagnóstico na família é alto e é imperativo que todos recebam atenção precoce para melhor compreensão de sua experiência, proporcionando, assim, orientação para intervenções de apoio com a mulher diagnosticada com câncer de mama¹⁴⁻¹⁵. No momento do diagnóstico recebido pela família, a angústia é um sentimento vivenciado de forma coletiva. O significado de estar com câncer de mama, as concepções sobre a doença e incertezas para viver com o diagnóstico conduzem a família a um processo de compreensão das mudanças ocorridas, pautadas nas experiências vividas por outras mulheres¹⁶.

Na categoria “Enfrentar o diagnóstico” deste estudo, a mulher e sua família evidenciaram sentimentos de impotência e desesperança, que vem a corroborar com o estudo de Albarello, Laber Dalegrave, Franciscatto e Argenta¹⁷, que avaliou as percepções e enfrentamento de mulheres que vivenciaram diagnóstico de câncer de mama. A ansiedade para o enfrentamento dos resultados positivos dos exames é sintoma comum nas mulheres. Em nosso estudo evidenciou-se entre as mulheres o estado ansioso. As descrições das mulheres vêm ao encontro do estudo que acredita se, a ansiedade for a nível elevado, pode provocar percepções negativas quanto às habilidades motoras e intelectuais do indivíduo. Isso, por sua vez, interfere na atenção seletiva e na codificação de informações na memória, bloqueando a compreensão e o raciocínio⁽¹⁸⁾. Em

busca por respostas a muitos questionamentos, a mulher e sua família iniciam uma investigação sobre a doença, com a finalidade de informar-se para melhor compreender o processo de adoecimento. Nesse sentido ainda as famílias revelaram que vivenciaram a fase de procurar por equilíbrio, pois uma doença pode provocar a ruptura do equilíbrio familiar¹⁹.

As preocupações sobre a ameaça à vida e à saúde, o medo da modificação da imagem corporal, a invalidez e a angústia, associados ao tratamento, tornam-se motivadores de luto e são comuns às mulheres e suas famílias que enfrentam o diagnóstico de câncer de mama²⁰.

O medo da doença passa a ser uma barreira para a sua aceitação, bem como para o tratamento e descrença quanto à possibilidade de cura²¹. Assim, a família revela em seus depoimentos dificuldade na aceitação do diagnóstico.

No processo de enfrentamento do câncer, a mulher e sua família necessitam de tempo para trabalhar suas emoções e tecer novas perspectivas de vida, pois os sentimentos confrontados no momento do diagnóstico são difíceis de serem elaborados de imediato²². No entanto, os familiares podem enfrentá-lo de várias maneiras, uns aceitam mais rápido e enfrentam o tratamento de maneira positiva, outros demoram um pouco mais, tendo ainda aqueles que negam a doença e não aceitam a sua nova condição²³.

Receber o diagnóstico de câncer de mama suscita reflexões na família, uma vez que apontam para uma situação não imaginada. Nesse momento, a mulher e seus familiares lidam com o inconformismo e associação da doença com a morte.

Os familiares, na maioria das vezes, se sentem despreparados para lidar com a gama de emoções intensas referentes à doença¹⁵. Assim, na categoria “Vivenciar o estigma do câncer como doença fatal e de muito sofrimento”, apreende-se essa compreensão como uma realidade que já é vivenciada com o diagnóstico, historicidade de morte e sofrimento que se remete a esta doença.

O período do diagnóstico pode ser traumático, principalmente se é prolongado ou termina com a confirmação de uma doença ameaçadora da vida. Estar com diagnóstico de câncer expõe ao ser humano sua vulnerabilidade e se alia a várias questões sobre a vida e seu significado. Este estudo corrobora com essa pesquisa

de Salimena et al.²⁴, pois as descrições dos familiares abordaram reflexões sobre a vida e o quão vulnerável se percebem como ser humano.

Os familiares referem ainda que, ao mesmo tempo em que a vida foi ameaçada pelo diagnóstico de câncer, eles não sabiam o que fazer para apoiar as mulheres em suas dificuldades²². Por isso, os familiares reconhecem a importância dos profissionais de saúde para o acolhimento das necessidades e orientação durante o enfrentamento do câncer de mama, mesmo que sejam realizados encontros breves, muitas vezes intermediados pela própria mulher²³. É imperativo que os familiares recebam atenção precoce e a oportunidade de expressar suas percepções e necessidades, pois isso pode levar a uma melhor compreensão de sua experiência, fornecendo orientação para intervenções de apoio⁽¹³⁾. Nosso estudo corroborou com essas pesquisas, por meio das descrições dos membros da família, a necessidade de apoio familiar no recebimento do diagnóstico.

CONCLUSÃO |

O objetivo proposto desta investigação foi alcançado, pois pudemos compreender como o diagnóstico do câncer de mama repercute no contexto familiar, no momento de receber, enfrentar e vivenciar a doença.

Esta investigação pode contribuir para maior conhecimento dos profissionais no âmbito assistencial acerca da abordagem e oferecimento de apoio social às famílias de pacientes com câncer de mama. Soma-se à produção nacional que enfoca a família de adultos com câncer como sujeito coletivo, cuja veiculação em formato de artigo ainda é insuficiente, considerando-se a elevada incidência desta doença na população feminina brasileira.

Os limites dos resultados deste estudo referem-se ao desenho da pesquisa, que trata de uma exploração profunda dos dados, por ser qualitativa, no entanto, não se pode chegar à generalização dos dados.

Compreender a repercussão do diagnóstico do câncer de mama no contexto familiar possibilita ao profissional de saúde um aporte teórico das vivências e viabiliza, assim, oferecer suporte adequado e auxiliar no enfrentamento da doença, por meio de esclarecer dúvidas e inquietações que possam vir a aparecer. Salienta-se ainda que este estudo

contribui com conhecimentos importantes por meio das descrições desveladas pelas famílias.

A repercussão do diagnóstico do câncer de mama no contexto familiar gera sofrimento e angústias e requer uma reorganização na estrutura familiar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de prevenção e vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
2. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman F. Global cancer transitions according to the human development index (2008–2030): a population-base study. *Lancet Oncol*. 2012; 13(8):790–801.
3. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Tipos de câncer: mama [acesso em 03 nov 2015]. Disponível em: URL: <<http://www.inca.gov.br/>>.
4. Straub RO. Psicologia da saúde: uma abordagem psicossocial. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
5. Ferreira NML, Dupas G, Costa DB, Sanchez KOL. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. *Ciênc Cuid Saúde*. 2012; 9(2):269-77.
6. Blummer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Berkeley: University of California; 1969.
7. Cervený C. A família como modelo: desconstruindo a patologia. São Paulo: Livro Pleno; 2001.
8. Mazzon JA, Kamakura WA. Estratificação socioeconômica e consumo no Brasil. São Paulo: Blucher; 2013.
9. Kamakura WA, Mazzon JA. Socioeconomic status and consumption in an emerging economy. *Intern. J. of Research in Marketing*. 2013; 30(1):4-18.
10. Fontanella MR. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicologia em Estudo* 2012; 17(1):63-71.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
12. Salci MA, Marcon SS. A convivência com o fantasma do câncer. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(1):18-25.
13. Khanjari S, Langius-Eklof A, Oskouie F, Sundberg K. Family caregivers of women with breast cancer in Iran report high psychological impact six months after diagnosis. *Eur J Oncol Nurs*. 2014; 18(6):630-5.
14. Conceição LL, Lopes RLM. O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. *Rev Enferm UERJ*. 2008; 16(1):26-31.
15. Northouse LL, Katapodi MC, Schafenacker AM, Weiss D. The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *Semin Oncol Nurs*. 2012; 28(4):236-45.
16. Zieger MLPS, Bortoli CFC, Prates LA. Sentimentos e expectativas de mulheres após diagnóstico de câncer de mama. *Espaço Saúde: Rev Saúde Pública Paraná*. 2016; 17(1):107-12.
17. Albarello R, Laber ACF, Dalegrave D, Franciscatto LHC, Argenta C. Percepções e enfrentamento de mulheres que vivenciaram diagnóstico de câncer de mama. *Rev de Enfermagem*. 2012; 8(8):31-41.
18. Caniçali Primo C, Gonçalves LRN, Olympio PCAP, Leite FMC, Amorin MHC. Ansiedade em mulheres com câncer de mama. *Enfermería global*. 2012; 11(4):63-73.
19. Melo MCB, Barros EN, Campello MCVA, Ferreira LQL, Rocha LLC, Silva CIMG, Santos NTF. O funcionamento familiar do paciente com câncer. *Psicologia em Revista* 2012; 18(1):73-89.
20. Andolhi R, Guido LA, Bianchi ERF. Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(3):711-20.
21. Sales CA, Silva VA, Calíope P, Marcon SS. A música na terminalidade humana: concepções dos familiares. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1):138-45.
22. Zahlis EH, Lewis FM. Coming to grips with breast cancer: the spouse's experience with his wife's first six months. *J Psychosoc Oncol*. 2010; 28(1):79-97.
23. Hoa SSM, Soa WKW, Leunga DYP, Laib ETL, Chan

CWH. Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and after treatment: a comparative evaluation. *Eur J Oncol Nurs.* 2013; 17(6):877-82.

24. Salimena AMO, Campos TS, Melo MCSC, Magacho EJC. Mulheres enfrentando o câncer de mama. *Rev Mineira Enferm.* 2012; 16(3):339-47.

Correspondência para/Reprint request to:

Giselle Dupas

Universidade Federal de São Carlos, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UFSCAR, Departamento de Enfermagem

Rodovia Washington Luis, Km 235,

13565-905 - São Carlos/SP, Brasil

Tel.: (16) 3351-8334

E-mail: gdupas@ufscar.br

Submetido em: 15/07/2016

Aceito em: 19/12/2016

Lucília Silva Gontijo¹
Bruno Leal Barbosa¹
João Honorato da Silva Neto¹
Rafael Custódio Silva Oliveira¹
Renato Barbosa Ferreira¹

Assessment of quality of life of cochlear implant users

| Avaliação da qualidade de vida dos usuários de implante coclear

ABSTRACT | Introduction: Cochlear implant (CI) is an effective procedure for hearing-impaired individuals who do not respond well to hearing aids. **Objective:** To evaluate the sociodemographic profile and the quality of life of users of cochlear implant (CI) attended at a clinic in the city of Montes Claros, Minas Gerais. **Methods:** Two hundred thirty-four CI users answered the abbreviated version of the WHOQOL-BREF questionnaire, which consists of 24 questions covering four domains and two general questions. Along with the questionnaire, a survey of the respondents was carried out to collect sociodemographic data and obtain audiological profile. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences using techniques of descriptive statistics with the instrument's specific syntax and then generating a 4-20 Transformed Score (ET 4-20). **Results:** Approximately 70% of the sample were female, aged 9-72 years and incomplete primary schooling; 37.3% had a family income of two minimum wages; 80.8% had hearing loss detected when they were older than ten years. Regarding the perception of quality of life, the average score was 16.60 DP \pm 2.98. **Conclusion:** The analysis of the data showed that the cochlear implant users were mostly female of the upper-lower class. The scores obtained placed them near to the top score, which represents a satisfactory quality of life for all domains of the WHOQOL-BREF questionnaire, after cochlear implant surgery.

Keywords | Cochlear Implantation; Quality of Life; Hearing Loss. Audiology.

RESUMO | Introdução: O implante coclear (IC) é um efetivo recurso clínico no tratamento de indivíduos com deficiência auditiva que não apresentam aproveitamento com o aparelho de amplificação sonora individual. **Objetivo:** Avaliar o perfil sociodemográfico e a qualidade de vida dos usuários do implante coclear atendidos em uma clínica localizada na cidade de Montes Claros, Minas Gerais. **Metodologia:** Duzentos e trinta e quatro usuários de IC responderam ao questionário versão abreviada, WHOQOL-BREF, o qual consta de 24 questões que abrangem quatro domínios e duas questões gerais. Juntamente com a aplicação do questionário, realizou-se um levantamento de dados de identificação dos entrevistados para sua caracterização do perfil sociodemográfico e audiológico. Na análise estatística, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* utilizando-se de técnicas de estatística descritiva com a sintaxe específica do instrumento e escores transformados de quatro a 20. **Resultados:** Aproximadamente 70% da amostra eram do gênero feminino, com idade de 9 a 72 anos e ensino fundamental incompleto, 37,3% possuíam renda familiar de dois salários mínimos; 80,8% tiveram a surdez detectada após os dez anos. Com relação à percepção de qualidade de vida, o escore médio encontrado foi de 16,60 DP \pm 2,98. **Conclusão:** A análise dos dados demonstrou que os usuários do implante coclear, na sua maioria, pertencem ao gênero feminino, enquadram no estrato baixo superior, porém apresentaram escores próximos à pontuação máxima que representa qualidade de vida satisfatória para todos os domínios do questionário WHOQOL-BREF, após a cirurgia do implante coclear.

Palavras-chave | Implante coclear; Qualidade de vida; Deficiência auditiva; Audiologia.

¹Faculdades Integradas Pitágoras, Montes Claros/MG, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O implante coclear (IC) é um efetivo recurso clínico no tratamento de indivíduos com deficiência auditiva que não apresentam aproveitamento com o aparelho de amplificação sonora individual¹.

Desde sua introdução como ferramenta de reabilitação auditiva para pacientes surdos ou com disacusia grave e/ou profunda, o implante coclear revolucionou o modo com que esses pacientes interagem com outros indivíduos e com o meio ambiente².

Esse dispositivo eletrônico é uma prótese computadorizada inserida cirurgicamente na cóclea e que tem como função a substituição parcial das funções do órgão espiral fornecendo impulsos elétricos que estimulam diretamente as fibras neurais remanescentes da cóclea³. Ele é constituído por duas partes, uma parte interna e uma externa. A parte interna é introduzida por um processo cirúrgico no interior da cóclea, sendo constituída por um feixe de eletrodos que enviam sinais eletroacústicos que estimulam diretamente o nervo auditivo. A parte externa é constituída por um microfone, que capta o som e o transmite a um processador da fala, que descodifica e interpreta os estímulos auditivos recebidos, e um transmissor externo (bobina indutora), que os faz chegar à parte interna do implante por meio de um imã⁴.

A função do implante coclear é converter a energia sonora em baixos níveis de corrente elétrica para estimular diretamente as fibras nervosas remanescentes do nervo auditivo, ultrapassando as células ciliadas lesionadas na orelha interna, possibilitando acesso aos sons da fala⁵.

Como as habilidades comunicativas e a vida social frequentemente sofrem mudanças após o IC, a eficácia do procedimento deve ser avaliada considerando não somente testes estruturados de avaliação, mas também utilizando instrumentos que analisem a facilidade de comunicação cotidiana, as relações sociais, o bem-estar e outros constituintes da qualidade de vida (QV). As medidas de qualidade de vida podem fornecer informações sobre aspectos pessoais, bem como medidas de incapacidade e bem-estar psicológico, incorporando o ponto de vista do paciente⁶.

Os estudos sobre a QV em implantados podem contribuir essencialmente para as áreas de Audiologia, Otologia e de áreas afins, mais especificamente junto às equipes

interdisciplinares em implante coclear, no sentido de apresentar os resultados da qualidade de vida nesses indivíduos mensurados metodologicamente. Também poderão auxiliar e/ou confirmar a tomada de decisões quanto à indicação dos transplantes cocleares⁷.

Diante deste contexto, o principal objetivo do trabalho foi avaliar o perfil sociodemográfico e a qualidade de vida dos usuários do implante coclear atendidos em uma clínica localizada na cidade de Montes Claros, Minas Gerais.

MÉTODOS |

Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se por realizar uma pesquisa de campo com aplicação de questionário validado para captar explicações e interpretações do que ocorre no grupo, de corte transversal e com abordagem quantitativa, a fim de se conhecer a qualidade de vida dos usuários do implante coclear atendidos em uma clínica audiológica localizada na cidade de Montes Claros/MG. A aplicação de questionários sobre qualidade de vida fornece informações sobre as situações da vida real e ajuda traçar um quadro amplo do nível de atividades e da participação em diferentes ambientes sociais, facilitando a padronização das informações sobre as percepções dos pacientes após o implante e auxiliando no direcionamento de condutas dos profissionais de saúde e ensino⁶.

O projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras, sob o parecer nº 470.633/13, e iniciado após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todos os sujeitos envolvidos, obedecendo, dessa forma, às recomendações da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa envolvendo seres humanos, sendo preservados os princípios fundamentais do respeito ao indivíduo, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

A área do presente estudo foi a cidade de Montes Claros, localizada ao Norte de Minas Gerais, com uma população, de aproximadamente 380 mil habitantes, predominantemente urbana. A cidade representa o principal polo regional sendo referência na área de saúde para todo o norte de Minas, Vales do Jequitinhonha e Mucuri e Sul do Estado da Bahia. A clínica selecionada é habilitada e credenciada pelo Ministério da Saúde desde 2006. Além de ser referência em

seu segmento, é a única clínica em Montes Claros e região autorizada a realizar a cirurgia de implante coclear.

Para a realização deste estudo, o primeiro passo foi solicitar a autorização da instituição parceira da pesquisa, apresentando o projeto aprovado pelo Comitê de Ética. Posteriormente, foram identificados todos os possíveis sujeitos da pesquisa, isto é, aqueles que passaram pelo procedimento da cirurgia coclear, numa amostra de 312 pacientes. Foi realizado contato pessoalmente, e por meio de carta, com a família (no caso da única criança) ou com o próprio implantado solicitando a autorização para que os sujeitos pudessem participar da pesquisa.

Para a coleta de dados propriamente dita, foram realizados três encontros com os participantes deste estudo. No primeiro dia, eles foram esclarecidos sobre o projeto e convidados a colaborar. Todas as pessoas convidadas aceitaram participar da pesquisa, porém a população estudada foi constituída por uma amostra de 234 usuários de implante coclear, uma vez que 78 pacientes não foram localizados por meio dos dados fornecidos pela clínica. Em um segundo encontro, eles responderam ao questionário WHOQOL-BREF, bem como alguns dados do perfil sociodemográfico e audiológico. No último encontro, foram passados os dados tratados, bem como o artigo escrito.

Os critérios de inclusão foram: serem atendidos na cidade de Montes Claros, ser usuário de implante coclear há no mínimo seis meses, apresentar ausência de outra patologia associada à deficiência auditiva e ter capacidade de compreensão para responder ao questionário WHOQOL-BREF.

O questionário de qualidade de vida aplicado foi desenvolvido pelo programa de saúde mental da Organização Mundial de Saúde de Genebra, por meio do grupo WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life Group*, 1998), validado para o Brasil por Fleck *et al.*⁸. Esse questionário é originalmente composto por 100 questões e denominado WHOQOL-100, porém, para esta pesquisa foi aplicada a versão abreviada, WHOQOL-BREF, o qual consta de 24 questões que abrangem quatro domínios (físico - 7 questões; psicológico - 6 questões; relações sociais - 4 questões e meio ambiente - 7 questões) e duas questões gerais (Quadro 1).

Quadro 1 - Domínios e facetas do WHOQOL-BREF

Domínio	Facetas dentro dos domínios
Domínio Físico	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicações ou tratamentos Capacidade e trabalho
Domínio Psicológico	Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória e concentração Autoestima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade, religião, crenças pessoais
Domínio das Relações Sociais	Relações pessoais Suporte (apoio) social Atividade sexual
Domínio do Meio Ambiente	Segurança física e proteção Ambiente do lar Recursos financeiros Cuidado de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades Participação em e oportunidades de recreação/lazer Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima Transporte
Domínio Geral (Autoavaliação da qualidade de vida)	Qualidade de vida global e percepções de saúde geral

Fonte: Extraído de Fleck *et al.*⁸.

Optou-se pela versão abreviada do WHOQOL-100 porque o número menor de perguntas facilita a aplicação, diminui o tempo de preenchimento, e, ainda assim, segue a mesma metodologia do completo, além de possuir características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente e fidedignidade teste reteste⁸. Juntamente com a aplicação do questionário, realizou-se um levantamento de dados de identificação dos entrevistados para a caracterização do perfil sociodemográfico e audiológico.

O estudo respeitou o desenho do instrumento WHOQOL-BREF, sendo as questões avaliadas com base em escala com valores de 1 a 5, na qual cada resposta correspondeu a um escore específico. Para fins de análise, as questões 3, 4 e 26 tiveram seus escores invertidos em função de 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1. Assim, uma pontuação alta foi indicativa de uma avaliação positiva da qualidade de vida e uma pontuação baixa indicou uma avaliação negativa.

Tendo em vista que algumas questões dos instrumentos WHOQOL-bref não se aplicam às crianças e/ou influenciam a QV destas por meio de outro foco, e na amostra estudada houve a participação de uma criança, foi aplicado para ela, a versão C-QOL, que contempla os mesmos domínios presentes no WHOQOL-100, acrescido do domínio adicional; Direitos políticos das crianças. As facetas em comum foram acrescidas na análise estatística, e o domínio adicional não foi computado.

Na análise estatística, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13.0, utilizando-se de técnicas de estatística descritiva, com a sintaxe específica do instrumento e escores transformados de quatro a 20.

RESULTADOS |

Foram avaliados 234 pacientes submetidos à cirurgia de implante coclear, sendo 63 homens (26,9%) e 171 mulheres (73,1%) com idades entre 9 e 72 anos (média de 28,4 ± 14,7). Na variável escolaridade, uma das determinantes de inclusão social, verificou-se que 73,1% dos sujeitos não concluíram o ensino fundamental. No que se refere à renda familiar, a maioria (37,3%) encontrava-se na faixa de dois salários mínimos (Tabela 1).

Em relação à época do diagnóstico, 80,8% o obtiveram após os dez anos de vida. Quanto ao tempo de uso das próteses, a maioria dos pacientes utiliza a amplificação sonora entre 2-4 anos e 11 meses (55,1%) seguido do uso do implante entre 5-10 anos (24,4%). Quando indagados se a audição melhorou após o uso do implante coclear, cerca de 80% afirmaram que melhorou muito ou bastante (Tabela 2). Ao serem questionados sobre as principais insatisfações em relação ao dispositivo, a principal resposta foi "... manutenção muito cara! Deveria ser auxiliada pelo SUS".

Tabela 1 - Características gerais do grupo estudado (n=234)

Variáveis	Média ±DP	Frequência	%
Sexo			
Masculino		63	26,9%
Feminino		171*	73,1%
Idade			
	28,4 ± 14,7		
≤20 anos		72	30,8%
21-30 anos		27	11,5%
31-40 anos		24	10,2%
41-50 anos		45	19,4%
51-60 anos		24	10,2%
61-70 anos		24	10,2%
≥71 anos		18	7,7%
Escolaridade			
Fundamental Incompleto		171*	73,1%
Médio Incompleto		42	17,9%
Superior Completo		21	9,0%
Renda Familiar			
1 salário mínimo		63	26,9%
2 salários mínimos		87	37,3%
3 salários mínimos		42	17,9%
Mais 3 salários mínimos		42	17,9%

*Valores estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$) – Teste SPSS. **Legenda:** n = número de sujeitos; DP = desvio padrão. **Fonte:** Questionário aplicado aos usuários de implante coclear. Montes Claros/MG, 2015.

Tabela 2 - Perfil audiológico do grupo estudado (n = 234)

Variável	Frequência	%
Idade na época do diagnóstico		
Até 1 ano e 11 meses	21	8,9%
Entre 2 anos e 4 anos e 11 meses	06	2,6%
Entre 5 anos e 9 anos e 11 meses	18	7,7%
Mais de 10 anos	189*	80,8%
Tempo de uso do implante coclear		
Entre 6 meses e 2 anos	27	11,5%
Entre 2-4 anos e 11 meses	129	55,1%
Entre 5-10 anos	57	24,4%
Mais de 10 anos	21	9,0%
Audição após implante		
Melhorou Pouco	42	17,9%
Melhorou Bastante	192*	82,1%

*Valores estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$) – Teste SPSS. **Legenda:** n = número de sujeitos; DP = desvio padrão. **Fonte:** Questionário aplicado aos usuários de implante coclear. Montes Claros/MG, 2015.

Com relação à percepção de qualidade de vida, 85,9% dos implantados referiram ter “boa” ou “muito boa” qualidade de vida. Na análise dos domínios do WHOQOL-BREF, utilizando-se os escores transformados em escala de 4 a 20, verificou-se que, entre os domínios, o físico apresentou o maior escore médio (16,88 DP \pm 3,6), e o meio ambiente o menor escore (16,01 DP \pm 3,54) (Tabela 3).

Tabela 3 - Média, desvio padrão e valor máximo e mínimo dos escores de cada domínio do questionário WHOQOL-BREF (n = 234)

Domínio	Média	DP	Mínimo-Máximo
Domínio físico	16,88	3,60	5,0-20,0
Domínio psicológico	16,16	2,32	4,0-18,0
Relações sociais	16,12	2,25	4,0-20,0
Meio ambiente	16,01	3,54	4,3-17,0
TOTAL	16,60	2,98	5,1-19,0

Legenda: n = número de sujeitos. **Fonte:** Questionário WHOQOL-BREF aplicado aos usuários de implante coclear. Montes Claros/MG.

As questões 1 e 2, referentes à autopercepção do implantado sobre sua qualidade de vida e satisfação com a saúde, apresentaram escore médio de 18,16 DP \pm 2,52 e 17,08 DP \pm 2,91, respectivamente (dados não mostrados). A qualidade de vida geral apresentou escore médio de 16,60 DP \pm 2,98 (Tabela 3).

DISCUSSÃO |

Os resultados do atual estudo refletem a qualidade de vida de uma amostra de gênero predominantemente feminino (73,1%), assim como em outros estudos que pesquisaram a satisfação de usuários de próteses auditivas⁹⁻¹¹. De forma geral, há um consenso em relação ao maior prejuízo auditivo nos homens do que nas mulheres¹², porém há, por parte do homem, em relação à mulher, pouca procura por serviços de saúde¹³, o que se apresenta como uma justificativa para o maior número de mulheres em estudos que avaliam a surdez.

Outro fator encontrado na pesquisa foi um baixo estrato dos participantes, dados que corroboram com o estudo instrumental do Serviço Social, o qual analisou a situação socioeconômica familiar em seu contexto e demonstrou que

62,5% das pessoas pesquisadas, com deficiência auditiva, pertenciam ao estrato baixo superior, com renda de dois a quatro salários mínimos e com até o ensino fundamental incompleto¹⁴.

Há de se considerar que a educação é um fator preponderante para a qualidade de vida e que educação de melhor qualidade tem a capacidade de ampliar na pessoa a visão a respeito de si mesmo e das condições a seu redor.

O baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e do meio ambiente, tem um papel muito importante na condição de vida e da saúde. Sendo assim, essas variáveis de nível socioeconômico e de escolaridade podem estar relacionadas, ainda que a literatura não seja consensual a respeito, em estudos com usuários de implante coclear¹⁵.

O IC constitui-se em um processo que envolve diversas etapas e alguns fatores, por exemplo, a idade no momento da cirurgia, o tempo de privação sensorial e o tempo de uso do implante influenciam o desenvolvimento audiológico^{16,17}.

A detecção precoce da surdez até os três meses de vida e a intervenção terapêutica iniciada até os seis meses garantem que a criança que nasceu com surdez tenha o mesmo desenvolvimento da expressão da linguagem que crianças ouvintes da mesma idade, pois são nos primeiros anos de vida que acontece a maturação neurológica¹⁸. Já a surdez adquirida na vida adulta tem amplas consequências e não pode ser entendida somente pela perda auditiva detectada nos exames audiológicos. O sujeito vivencia a perda; o desamparo e as restrições na área pessoal e social afetam sua qualidade de vida¹⁹.

No trabalho desenvolvido por Francelin, Motti e Morita²⁰, 75% dos matriculados no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP) iniciaram a surdez na faixa etária compreendida entre 30 e 49 anos, dados que estão em parte de acordo com o presente estudo, em que pode se observar um diagnóstico em idade superior a 10 anos.

Em relação ao tempo de uso do implante, alguns autores consideram que é necessário um período de aproximadamente dois anos para a comprovação dos seus benefícios¹⁷. No presente estudo este tempo de uso do implante coclear foi atingido, uma vez que 88,5% da amostra o fazem há mais de dois anos.

Entre os cuidados que um serviço de implante coclear deve proporcionar à pessoa implantada, encontra-se a avaliação da qualidade de vida. Essa preocupação é vista como um cuidado das equipes interdisciplinares em prover a intervenção não apenas com conhecimento especializado que abarca a deficiência auditiva e o implante coclear, mas também pautada por parâmetros físicos, sociais, emocionais, ambientais, entre outros, que caracterizam a intervenção como um cuidado humanizado.

A avaliação da QV é subjetiva, pois, para cada indivíduo, há uma forma de operacionalizar sua avaliação, e a avaliação de um mesmo indivíduo pode variar com o tempo, com as mudanças de prioridade ao longo da vida e com as circunstâncias pelas quais a vida pode modificar.

Yamada²¹, ao buscar a compreensão do usuário de IC, verificou que passar a ouvir por meio do implante tem um significado especial, pois possibilita à pessoa entrar no mundo sonoro, diminui sua angústia, amplia sua comunicação com o outro e muda sua visão de mundo. O estudo desse autor apontou mudanças como melhora na autoconfiança, na autoaceitação, no sentimento do próprio valor e predominância de sentimentos positivos que se orientavam para a satisfação do eu. No entanto, para alguns, a unidade externa do IC, assim como as dificuldades na comunicação, expunha e confirmava a deficiência auditiva, algo que os faziam sentir-se “menos” que os outros e a manifestar sentimentos de inferioridade e rejeição²¹.

O grupo WHOQOL estuda questões de qualidade de vida relacionada à saúde e considera que a definição de QV deve levar em conta a percepção do indivíduo e suas relações com o meio ambiente. O WHOQOL-BREF “*alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso*”, o que o coloca como uma boa alternativa a estudos que se propõem a avaliar qualidade de vida no Brasil.

Na análise dos domínios do WHOQOL-BREF, utilizando-se os escores transformados em escala de 4 a 20, observou-se que a média do escore da qualidade de vida para o domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente foi de 16,88; 16,16; 16,12 e 16,01, respectivamente. Considerando que o escore máximo para cada domínio é de 20, ponderou-se que os sujeitos desta pesquisa apresentaram qualidade de vida satisfatória pela proximidade da pontuação esperada. Estudos encontrados na literatura internacional, utilizando outros instrumentos de avaliação para a qualidade de vida,

também relataram resultados na melhora da QV após o uso do implante coclear²²⁻²⁴.

O domínio meio ambiente, composto pela faceta segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados com a saúde, acesso às informações, recreação e lazer, ambiente físico e transporte, apresentou a menor pontuação. É possível que esse resultado esteja relacionado à situação socioeconômica dos entrevistados (baixa escolaridade e baixa renda).

O menor escore no Domínio Meio Ambiente é preocupante, uma vez que esse domínio versa sobre aspectos de recursos financeiros, cuidado de saúde e aspectos sociais, entre outros para os quais o nível socioeconômico mais elevado pode trazer um diferencial na vida das pessoas com deficiência auditiva, a qual requer intervenção de alto custo e envolve procedimentos clínicos e sofisticada tecnologia.

O sistema público de saúde disponibiliza integralmente, sem custo para o usuário, o sistema de implante coclear (componente interno e externo), além de toda infraestrutura necessária para as fases pré-cirúrgica, cirúrgica e pós-cirúrgica, porém, até a presente data, o Sistema Único de Saúde (SUS) não se responsabiliza pela manutenção do IC. Assim, ficam a cargo do paciente todas as despesas decorrentes do uso do dispositivo, que incluem reposição de peças defeituosas ou danificadas e troca periódica de baterias²⁵. Esses dados vão ao encontro da principal insatisfação dos usuários de IC da presente pesquisa, uma vez que, quando indagados sobre as insatisfações em relação ao dispositivo, foram mencionadas a manutenção muito cara e a necessidade de auxílio pelo SUS.

CONCLUSÃO |

A análise dos dados demonstrou que os usuários do implante coclear, na sua maioria, pertencem ao gênero feminino, enquadram no estrato baixo superior com renda de até dois salários mínimos e com ensino fundamental incompleto, porém apresentaram escores próximos à pontuação máxima, que representa qualidade de vida satisfatória para todos os domínios do questionário WHOQOL-BREF, após a cirurgia do implante coclear.

O uso do protocolo para avaliar o grau de satisfação do usuário de IC foi uma ferramenta simples e de fácil aplicação. Contudo, não se encontram na literatura muitos

trabalhos que se proponham a avaliar especificamente a satisfação de usuários de implante coclear por meio do questionário WHOQOL-BREF.

Melhorar a qualidade de vida desta parcela da população é de grande valia social. Assim, acredita-se que a realização de avaliações auditivas por profissionais da saúde legalmente capacitados e a aplicação de questionários sobre a qualidade de vida dos usuários de IC, de forma multidisciplinar e multiprofissional, devem fazer parte da rotina na prática em saúde, a fim de se dar subsídios para a melhoria das dimensões qualificativas de vida dos implantados cocleares, bem como para as populações correlatas.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro ABSM, Yamada MO, Bevilacqua MC, Crenitte PAP. Avaliação das habilidades escolares de crianças com implante coclear. *Rev CEFAC*. 2012; 14(5):826-35.
2. Carvalho GM, Guimarães AC, Danieli F, Onuki LCB, Paschoa JR, Bianchini WA. Avaliação do implante coclear Digisonic® SP: evolução dos pacientes e sistema de fixação com parafusos de titânio. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012; 78(6):56-62.
3. Ertmer D, Goffman L. Speech production accuracy and variability in young cochlear implant recipients: comparisons with typically developing age-peers. *J Speech Lang Hear Res*. 2011; 54(1):177-89.
4. Martín BH. Guía técnica de intervención logopédica en implantados cocleares. Madrid: Síntesis; 2005.
5. Couto MIV, Carvalho ACM. Fatores que influenciam na participação dos pais de crianças usuárias de implante coclear na (re)habilitação oral: revisão sistemática. *CoDAS*. 2013; 25(1):84-91.
6. Fortunato-Tavares T, Befi-Lopes D, Bento RF, Andrade CRF. Crianças com implante coclear: habilidades comunicativas e qualidade de vida. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012; 78(1):15-25.
7. Angelo TCS. Qualidade de vida em adultos usuários de implante coclear. Bauru. Dissertação [Mestrado em Ciências]. – Universidade de São Paulo; 2012.
8. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2):178-83.
9. Soares DO, Tavares RA, Ferreira RT, Guglielmino G, Dinato C, Franchi VM. Satisfação dos usuários de prótese auditiva em seu dia-a-dia. *Acta Orl*. 2007; 25(4):290-92.
10. Magni C, Freiburger F, Tonn K. Avaliação do grau de satisfação entre os usuários de amplificação de tecnologia analógica e digital. *Rev Bras Otorrinolaryngol*. 2005; 71(5):650-57.
11. Teixeira CF, Augusto LGS, Caldas Neto SS. Prótese auditiva: satisfação do usuário com sua prótese e com seu meio ambiente. *Rev CEFAC*. 2008; 10(2):245-53.
12. Helfer KS. Gender, age and hearing. *Semin Hear*. 2001; 22(3):271-86.
13. Costa Junior FM, Maia ACB. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. *Psic: Teor e Pesq*. 2009; 25(1):55-63.
14. Graciano MIG, Lehfeld NAS, Neves Filho A. Critérios de avaliação para classificação sócio-econômica: elementos de atualização II. *Serv Soc Realidade*. 1999; 8(1):109-28.
15. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):163-77.
16. Richter B, Eissele S, Laszig R, Löhle E. Receptive and expressive language skills of 106 children with a minimum of 2 years' experience in hearing with a cochlear implant. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2002; 64(2):111-25.
17. Martins MBB, Lima FVF, Santos Júnior RC, Santos ACG, Barreto, VMP, Jesus EPF. Implante coclear: nossa experiência e revisão de literatura. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2012; 16(4):476-81.
18. Françaço MFC, Masson GA, Rossi TRF, Lima MCMP, Santos MFC. Adesão a um programa de triagem auditiva neonatal. *Saúde Soc*. 2019; 19(4):910-18.
19. Yamada MO, Bevilacqua MC. Dimensão afetiva da pessoa com surdez adquirida, antes e após o implante coclear. *Estud Psicol*. 2012; 29(1):63-69.

20. Francelin MAS, Motti TFG, Morita I. As Implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adultos. *Saúde Soc.* 2010; 19(1):180-192.
21. Yamada MO. Dimensão afetiva, segundo a concepção de Emílio Romero, da pessoa com surdez adquirida antes e após o uso do implante coclear. Bauru. Dissertação [Mestrado em Ciências] – Universidade de São Paulo; 2002.
22. Klop WM, Boermans PP, Ferrier MB, Van Den Hout WB, Stiggelbout AM, Frijns JH. Clinical relevance of quality of life outcome in cochlear implantation in postlingually deafened adults. *Otol Neurotol.* 2008; 29(5):615-21.
23. Hirschfelder A, Gräbel S, Olze H. The impact of cochlear implantation on quality of life: the role of audiologic performance and variables. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008; 138(3):357-62.
24. Vermeire K, Brokx JP, Wuyts FL, Cochet E, Hofkens A, Van de Heyning PH. Quality-of-life benefit from cochlear implantation in the elderly. *Otol Neurotol.* 2005; 26(2):188-95.
25. Tefli D, Barrault GFG, Ferreira AA, Cordioli JA, Lettnin DV. Implantes cocleares: aspectos tecnológicos e papel socioeconômico. *Rev Bras Eng Bioméd.* 2013; 29(4):3-20.

Correspondência para/Reprint request to:

Lucília Silva Gontijo

An. Professora Aida Mainartina Paraiso, 80,

Ibituruna, Montes Claros/MG, Brasil

CEP: 39408-007

Tel.: (21) 96598-6094

E-mail: luciliagontijo@yahoo.com.br

Submetido em: 25/07/2016

Aceito em: 02/12/2016

Family evaluation of mental health services provided by a psychosocial care center

Avaliação familiar sobre resultados da assistência em um centro de atenção psicossocial

ABSTRACT | Introduction: *Family evaluation of mental health services has become essential to analyze the effectiveness of psychosocial practices, service dynamics, implementation of and commitment to the Psychiatric Reform. It helps design effective strategies to improve mental health care and enhances the educational health process. Objective:* To survey the perceptions of families about the treatment provided by a Psychosocial Care Center (CAPS). **Methods:** This is an evaluative study carried out with 25 relatives of CAPS users in the West Region of the State of Rio Grande do Norte, between March and April 2014. Interviews with family members were used for data collection. **Results:** Most of the relatives were women (84%), city dwellers (64%), parents and partners (72%). They had followed the user's mental care for one to ten years (56%); they did not attend the activities developed by the CAPS (72%) and did not make any suggestions for improving care (48%). When evaluating the treatment results in the previous year, the relatives mentioned improvements in the user's autonomy (78%), relationship with family member and other (80%), volition (51%), and decrease in crises (72%). **Conclusion:** Satisfaction with the mental health care provided was reported in all evaluated domains. The lack of family insertion in the service seems to be a relevant problem in the management of mental health care.

Keywords | Health Services Evaluation; Mental Health Services; Mental Health; Family.

RESUMO | Introdução: a avaliação dos serviços de saúde mental se torna imprescindível para análise da efetivação das práticas psicossociais, dinâmica do serviço, implementação e compromisso com a proposta da Reforma Psiquiátrica. Auxilia no desenvolvimento de estratégias efetivas de melhoria da assistência em saúde mental, emergindo de maneira promissora para discussão e enriquecimento do processo formativo em saúde. **Objetivo:** avaliar os resultados da assistência em um centro de atenção psicossocial (CAPS), na perspectiva familiar. **Métodos:** estudo avaliativo desenvolvido com 25 familiares de usuários de um CAPS no oeste potiguar, entre os meses de março e abril de 2014, por meio de entrevista. **Resultados:** a maioria dos familiares eram mulheres (84%), moradores da cidade (64%), representados por pais/cônjuges (72%). Acompanhavam a assistência do usuário entre um e dez anos (56%), não participavam de atividades no CAPS (72%) e não relataram sugestão de melhoria do serviço (48%). Os familiares, ao avaliarem os resultados da assistência no último ano, afirmaram melhoras na autonomia do usuário (78%), relacionamento (80%), volição (51%) e diminuição das crises (72%). **Conclusão:** os resultados da assistência em saúde foram positivos em todos os domínios avaliados. A ausência de inserção familiar no serviço parece ser um problema importante na gestão do cuidado.

Palavras-chave | Avaliação de Serviços de Saúde; Serviços de Saúde Mental; Saúde Mental; Família.

¹Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó/RN, Brasil.

INTRODUÇÃO |

No âmbito do serviço público de saúde, destacam-se a necessidade e as inquietações contemporâneas quanto à avaliação da qualidade dos serviços de saúde, variando a partir do contexto histórico, político e econômico. Tal fato é consequência da ampliação na oferta de serviços e do aumento considerável dos custos com a incorporação crescente de tecnologia para o diagnóstico e tratamento de doenças¹.

No cenário da assistência psiquiátrica, pode-se destacar, como desmonte do manicômio, a experiência vivenciada na Itália pelo psiquiatra Franco Basaglia, onde o Brasil se tornou signatário e sucessor dos modelos propostos na época². A partir da década de 1980, o movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) traz questionamentos sobre os saberes e práticas profissionais no espaço do hospital psiquiátrico. Atualmente, é marcada pela implantação de serviços substitutivos ao hospital, entre eles o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), principal dispositivo³.

O CAPS tem por finalidade principal fornecer atendimento à população no território, representando a porta de entrada e regulação em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Propõe um acompanhamento clínico, com foco na (re)inserção social dos usuários e de sua família, valorizando-se o trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e empoderamento comunitário⁴.

A substituição do modelo asilar é composta por medidas, de forma radical, de interlocução da instituição com a comunidade, liberdade do usuário com o serviço e população, e territorialização com integralidade, por oposição à imobilidade, mutismo e estratificação dos níveis de atenção que existiam anteriormente⁵. A conquista da cidadania e *empowerment* constitui princípio fundamental para usuários, familiares e profissionais, que assumiram a proposta de desinstitucionalização e da reinvenção da cidadania no campo da saúde mental⁶.

A atual política de saúde mental brasileira orienta o cuidado ao indivíduo com transtorno mental e/ou usuário de substância psicoativa para além dos muros do serviço substitutivo, enfatizando os recursos centrados no território. A família é percebida, nesse sentido, como sujeito que auxilia na construção dos cuidados, incentiva e se corresponsabiliza por ações de saúde, fortalecendo a condução terapêutica dos casos⁷. Nesse contexto,

a avaliação de serviços de saúde mental se torna um elemento imprescindível ao contextualizar o novo (modo psicossocial) em contraste com o velho (modo manicomial).

Pesquisa realizada com familiares demonstrou a satisfação destes com os serviços ofertados na rede substitutiva. Entre os fatores associados, destacaram-se a influência na melhora do quadro clínico dos usuários, inexistência de internações psiquiátricas/hospitalares, competência profissional, confiabilidade das informações e proporcionalidade direta entre o tempo de tratamento no serviço e maior satisfação⁸.

De forma complexa, em muitas situações, a família transfere toda a perspectiva de cura para a esfera organizacional, sobretudo nas intervenções médicas. Em contrapartida, a instituição deve preparar a família para o manejo da sintomatologia do transtorno mental, acolhendo-os em sua integralidade e intensidade nas propostas terapêuticas⁹.

Noutro estudo, familiares admitem que o CAPS não reconhece sua participação, importância no cotidiano e frequência no serviço. A família age de forma fundamental e privilegiada para a construção coletiva e institucional em saúde mental. O vínculo serviço *versus* família é de suma importância para consolidação das políticas públicas em saúde mental e do trabalho realizado pelos profissionais¹⁰.

A prática avaliativa no contexto substitutivo se torna imprescindível para análise da efetivação das práticas psicossociais, dinâmica do serviço, implementação e compromisso com a proposta da RP³. Ainda auxilia no desenvolvimento de estratégias efetivas de melhoria da assistência em saúde mental, emergindo de maneira promissora para discussão e enriquecimento do processo formativo em saúde¹¹. Esta pesquisa objetivou avaliar os resultados do tratamento de um CAPS na perspectiva dos familiares.

MÉTODOS |

O CAPS pesquisado foi inaugurado há nove anos e representa uma opção de tratamento mais próxima e efetiva para pessoas com transtornos mentais e familiares,

do município e região. Até então, a população tinha como referência um hospital psiquiátrico localizado a pouco mais de 100 km do município, uma alternativa de tratamento exclusivamente manicomial e distante dos ideais reformistas.

Pesquisa avaliativa, com delineamento quantitativo não experimental, realizada num município da mesorregião do Oeste Potiguar, entre os meses de março e abril de 2014. Foram entrevistados 25 familiares de um CAPS I, utilizando-se o instrumento “Avaliação dos Resultados de Assistência em Saúde no CAPS” (ARAS-CAPS), com três opções de resposta (piorou, não mudou e melhorou), além de um formulário para caracterização dos participantes.

O elemento resultados corresponde às implicações decorrentes das atividades realizadas nos serviços, seja por parte do profissional de saúde no tocante a mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes (conhecimentos e comportamentos), além da satisfação do usuário, familiar e profissional de saúde¹².

O ARAS-CAPS recebeu validação de conteúdo de 50 juízes de diferentes regiões do País, com formação e atuação no campo da saúde mental também distintas, por meio de duas fases do Método *Delft* (85% de retorno entre as fases). É composto por 10 questões, em quatro domínios avaliativos: Autonomia (dois itens); Relacionamento (três itens); Volição (quatro itens); e Diminuição das crises (um item). Refere-se, temporalmente, a mudanças ocorridas na saúde do paciente no último ano.

Todos os participantes preencheram o critério de inclusão: ter um parente (usuário) em tratamento há no mínimo um ano e ser responsável pelo acompanhamento do usuário no CAPS. Além disso, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme recomendação da Resolução CNS N° 466/12¹³. Esta pesquisa possui parecer ético favorável (n° 292.786), pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP/HUOL/UFRN - CAAE: 12288313.8.0000.5292).

Os dados foram processados por meio do *Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 2.0, e analisados mediante estatística descritiva, com apresentação em tabelas.

RESULTADOS |

A Tabela 1 traz a caracterização dos familiares entrevistados, sendo a maioria feminina (84%), idade entre 57 e 73 anos (48%), moradores da zona urbana (64%), pais e cônjuges (36%).

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual dos familiares segundo sexo, idade, zona de moradia e parentesco, São Miguel/RN, 2014

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	21	84
Masculino	4	16
Idade		
18-30	4	16
31-43	5	20
44-56	4	16
57-73	12	48
Zona de Moradia		
Urbana	16	64
Rural	9	36
Parentesco		
Pais	9	36
Cônjuge	9	36
Irmão	3	12
Outros	4	16
TOTAL	25	100

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos familiares conforme o tempo de acompanhamento no tratamento do parente, participação em atividades do CAPS e sugestão de melhorias. A maioria (56%) acompanhava seu parente entre 1 e 10 anos, não participava de atividades no CAPS (72%) e 48% não sugeriram melhoria alguma. Ainda foi questionado se outros familiares participavam do CAPS e 88% afirmaram que nenhum outro familiar participava dele.

Os resultados da assistência ofertada no CAPS pesquisado são apresentados na Tabela 3, em que, para todos os domínios, a opção “melhorou” apresentou maioria das respostas.

Tabela 2 - Distribuição absoluta e percentual dos familiares segundo tempo de acompanhamento, participação no serviço e sugestão de melhoria para o CAPS, São Miguel/RN, 2014

Variáveis	N	%
Tempo de acompanhamento no tratamento do familiar (anos)		
1 - 10	14	56
11 - 20	8	32
21 - 30	1	4
31 - 37	2	8
Participação de atividade no CAPS		
Nenhuma	18	72
Festividades	5	20
Acolhimento e Oficinas	2	8
Sugestão de melhoria no CAPS		
Nenhuma	12	48
Não faltar Medicamentos	6	24
Mais Funcionários	2	8
Transporte para o CAPS	2	8
Outros	3	12
TOTAL	25	100

Tabela 3 - Distribuição percentual dos Domínios relacionados aos resultados da assistência no CAPS, São Miguel/RN, 2014

Resultados da Assistência (%)	Piorou	Não Mudou	Melhorou
Domínio: Resultados/Autonomia	4,0	18,0	78,0
Domínio: Resultados/Relacionamento	5,4	14,6	80,0
Domínio: Resultados/Volição	9,0	40,0	51,0
Domínio: Resultados/Crises	8,0	20,0	72,0

DISCUSSÃO |

A caracterização dos familiares mostrou semelhança a resultados encontrados em pesquisa sobre o perfil de familiares dos CAPS Sul do Brasil¹⁴, com maioria feminina. O período etário foi igual a de outro estudo¹⁵, que apresentou variação de 20 a 71 anos. Já o grau de parentesco do familiar nesta pesquisa foi diferente em comparação a outro estudo, no qual a maioria eram mães¹⁶.

Em relação ao tempo de acompanhamento no tratamento do usuário, a maioria referiu entre um e dez anos, diferentemente do estudo realizado em Natal (RN), em que o acompanhamento no tratamento dos usuários foi superior a 11 anos¹⁷.

A não participação dos familiares nas atividades do CAPS foi um achado preocupante nesta pesquisa, pois a participação familiar é inerente ao paradigma psicossocial, que reconhece o sujeito e toda sua rede de afetos como partes integrantes do tratamento. Este parece ser um desafio que a equipe técnica do serviço possui, o de buscar a família para o espaço do CAPS e fazê-la agente ativo de participação, inclusão e corresponsabilização. Tal movimento é imprescindível não só para a compreensão do tratamento, mas também para avaliação do serviço em busca de melhorias e entendimento acerca da terapêutica ofertada¹⁸.

Estudo realizado em um serviço de saúde mental mostrou que familiares pesquisados nunca participaram de decisões quanto ao planejamento e/ou realização de atividades (87,04%), ou mesmo de avaliação das atividades no

serviço¹⁹. Torna-se importante utilizar estratégias que visem à participação familiar no contexto e cotidiano do serviço. A criação de grupos de apoio, baseados na escuta, solidariedade, compreensão e acolhimento, é mecanismo importante para aproximação e participação dos familiares²⁰.

Como reflexo desta ausência participativa no CAPS pesquisado, a maioria dos familiares não sugeriu melhoria referente ao trabalho realizado no CAPS. Em pesquisa realizada nos CAPS de Natal (RN), observou-se participação familiar nas atividades, com importância reconhecida no acompanhamento e tratamento da pessoa com transtorno mental, apesar de não reunirem condições para promover a inserção familiar, visto que somente a presença física não é suficiente para suscitar a inserção requerida, elemento emancipatório para a terapêutica²¹.

Na área da saúde mental, muitos familiares ainda não reconhecem a atenção psicossocial como algo necessário e positivo no tratamento dos usuários, elegendo o hospital como o dispositivo de primeira escolha, sobretudo para as crises²².

Passando-se a discutir os resultados da avaliação da assistência, no domínio autonomia, 78% dos participantes relataram que, no último ano de tratamento, a capacidade de administrar os próprios remédios, sair de casa e retornar sozinho, obteve melhoras. Em pesquisa realizada num CAPS II de Alegrete (RS), o CAPS cumpriu seu papel como fornecedor de suporte ao usuário, não apenas em ações assistencialistas, mas para que o sujeito em tratamento pudesse alcançar sua independência no contexto social²³.

O relacionamento do usuário com o meio social e familiar é de suma importância para a implementação e fortalecimento do tratamento. Os familiares do CAPS pesquisado relataram melhoras (80%) neste domínio. Resultados semelhantes à avaliação positiva de familiares de um outro CAPS potiguar, em que 56,5% relataram que a autonomia do usuário melhorou significativamente com o tratamento ofertado²⁴.

No domínio volição, foram avaliados o interesse de o usuário trabalhar, estudar, ocupar o tempo livre e o interesse por tarefas de casa, em que metade referiu melhoras (51%). Infere-se que este achado tenha interferência importante do tipo de transtorno que cada usuário apresenta, considerando que a maioria dos transtornos graves

interfere na capacidade de o sujeito estabelecer contato com estranhos ou em vários espaços sociais. Além disso, sabe-se que o conceito de loucura e seu tratamento no meio social ainda é percebido de forma estigmatizada e preconceituosa, interferindo na re(inserção) desse sujeito na comunidade, afazeres domésticos e na busca por trabalho²⁵.

A maioria dos familiares (72%) afirma melhoria das crises no último ano de tratamento, o que é algo bastante positivo. Acredita-se no surgimento de novos caminhos na efetivação da atenção psicossocial, trazendo a possibilidade de o serviço tornar-se promotor da reabilitação psicossocial nos diferentes cenários do cotidiano do usuário, seja ele sua casa, trabalho, lazer e demais espaços sociáveis²³.

O CAPS tem como principal papel a reabilitação psicossocial no processo de (re)socialização da pessoa com transtorno mental e sua família, valorizando a efetivação dos princípios que regem a RP. Incentivar o acolhimento nos serviços, estimular a convivência social, quebrar estigmas e considerar as potencialidades dos usuários são desafios para os profissionais do CAPS, fugindo de qualquer semelhança com o modelo manicomial².

A realização de um trabalho comprometido, com ênfase em atividades terapêuticas, acompanhamento, cuidado e reinserção social, torna o CAPS mediador e principal ator na realização de um cuidado integral em saúde mental²⁶.

Nesse contexto, o enfermeiro possui papel fundamental na assistência proposta aos serviços substitutivos. A criação, a implementação e a continuação de grupos de familiares, grupos de profissionais (para discussão de casos), por exemplo, tornam-se imprescindíveis para uma assistência focada no bem-estar biopsicossocial e inclusivo do usuário, seja no serviço, seja na comunidade.

CONCLUSÃO |

Apesar de considerar que a avaliação de um único CAPS, além da quantidade de participantes, possa ser um fator limitador de generalizações e inferências coletivas no cenário nacional, a realidade desse município pode ser a de muitos, e não deve ser desprezada.

Os resultados da assistência em saúde foram positivos em todos os domínios avaliados. Infere-se que esta avaliação

familiar receba influências da assistência substitutiva experimentada atualmente, em contraposição às experiências manicomial de outrora.

Mesmo com as dificuldades operacionais, logísticas e de recursos humanos não capacitados, o CAPS pesquisado mostra adesão ao modelo de substituição asilar. O serviço de base comunitária, respeitando-se suas peculiaridades, potencialidades e fragilidades, por si mesmo, traz respostas assistenciais consideráveis. Entretanto, a ausência de inserção familiar no serviço parecer ser um problema importante na gestão do cuidado, apontando maior atenção e compromisso da equipe em atuar com esse público.

Torna-se importante estabelecer vigilância e avaliação das práticas ofertadas, além de educação permanente em saúde aos profissionais, tendo em vista melhor compreensão e implementação dos princípios reformistas em curso.

REFERÊNCIAS

1. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(1):195-8.
2. Azevedo DM, Oliveira AM, Melo GSM, Salvetti MG, Vasconcelos QLDAQ, Torres GV. Avaliação da assistência em saúde num centro de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais. *Rev Bras Pesq Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 19 set 2015]; 16(2):109-116. Disponível em: URL: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/9293/6467>>.
3. Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(10):3243-53.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
5. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-68.
6. Vasconcelos EM. Reinvenção da cidadania, *empowerment* no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 169-94.
7. Lavval E, Olschowsky A. Dimensão psicossocial do cuidado em saúde mental realizado pela família no domicílio. *J Nurs Health*. 2013; 3(2):233-45.
8. Bandeira M, Silva MA, Camilo CA, Felício CM. Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. *J Bras Psiquiatr*. 2011; 60(4):284-93.
9. Rosa LCS. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez; 2012.
10. Camatta MW, Schneider JF. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(3):477-84.
11. Azevedo DM. Avaliação de serviços de saúde: perspectivas atuais da pesquisa em saúde mental. *Rev enferm UFPE online* [Internet]. 2011 [acesso em 13 set 2016]; 5(8). Disponível em: URL: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2162/pdf_673>.
12. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbankq* [Internet]. 2005 [acesso em 01 maio 2016]; 83(4):691-729. Disponível em: URL: <<http://www.milbank.org/quarterly/830416donabedian.pdf>>.
13. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras De Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 13 jun 2013; Seção 1.
14. Kantorski LP, Jardim VMR, Delpino GB, Lima LM, Schwartz E, Heck RM. Perfil dos familiares cuidadores de usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; 33(1):85-92.
15. Moreno V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(3):566-72.

16. Mello R, Furegato ARF. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008; 12(3):457-64.
17. Azevedo DM. Estudo representacional da participação familiar nas atividades do centro de atenção psicossocial do município de Natal-RN. Natal. Dissertação. [Mestrado em Assistência à Saúde] – Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.
18. Schrank G, Olschowsky A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(1):127-34.
19. Santos AFO, Cardoso CL. Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: satisfação com serviço. *Estudos de Psicologia.* 2014; 19(1):1-8.
20. Ribeiro MBS, Martins STF, Oliveira LR. Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. *Estudos de Psicologia.* 2009; 14(2):133-40.
21. Azevedo DM, Miranda FAN. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS II em Natal-RN: a participação familiar enquanto estratégia. *Rev Enferm UFPE online [Internet].* 2010 [acesso em 05 out 2014]; 4(4):1865-72. Disponível em: URL: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1174/pdf_238>.
22. Sant'ana AB, Lucas AS, Peres HS, Rosa VLM, Willrich JQ. A rede de saúde mental e as possibilidades de avaliação e intervenção na crise. *J Nurs Health.* 2012; 2Suppl:S216-23
23. Guedes AC, Kantorski LP, Coimbra VCC, Olshowsky A, Cortes JM, Cantarelli KJ. Tratamento em liberdade: pontos de tensionamento e avanço no centro de atenção psicossocial. *Rev Enferm UFSM.* 2014; 4(1):133-43.
24. Azevedo DM, Oliveira AM, Freitas CCS, Araújo RO, Melo GSM, Torres GV. Qualidade da assistência no centro de atenção psicossocial: perspectiva de familiares. *Rev Bras Pesq Saúde [Internet].* 2014 [acesso em 19 set 2015]; 16(4):6-12. Disponível em: URL: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/11168/7778>>.
25. Azevedo DM, Silva AC. A reforma psiquiátrica e o modelo de atenção substitutivo: implicações contemporâneas. *Rev Bras Pesq Saúde [Internet].* 2013 [acesso em 19 set 2016]; 15(2):1-2. Disponível em: URL: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/5668/4115>>.
26. Kantorski LP, Coimbra VCC, Demarco AD, Eslabão AD, Nunes CK, Guedes AC. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um centro de atenção. *Rev Enferm Saúde.* 2011; 1(1):4-13.

Correspondência para/ Reprint request to:

João de Deus de Araújo Filho

Rua Otávio Lamartine, 881,

Jardim do Seridó/RN, Brasil

CEP: 59343-000

Tel.: (84) 9-9666-5768

E-mail: joaofilho_js@hotmail.com

Submetido em: 01/10/2016

Aceito em: 10/12/2016

Manoelito Ferreira Silva-Junior¹
Camila Lopes Gonçalves²
Lezimara Santiago de Andrade Côco³
Paula Vitali Miclos⁴
Karina Tonini dos Santos Pacheco⁵
Maria José Gomes⁵

Promotion and education in oral health in the context of hospital dentistry of the metropolitan region of the Greater Vitória/ES, Brazil

| Promoção e educação em saúde bucal no contexto da odontologia hospitalar da região metropolitana da Grande Vitória/ES

ABSTRACT | Introduction:

*Hospital dentistry seeks to expand the role of dentists through a holistic, integrated and comprehensive view of patients in order to support the promotion of health. **Objective:** To assess health promotion and oral health education in the context of hospital dentistry in large hospitals in the Metropolitan Region of the Greater Vitória/ES (RMGV-ES), Brazil. **Methods:** This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study. A questionnaire was designed for the dentist or manager in charge of the dentistry sector at RMGV-ES. **Results:** Seven of the nine large hospitals of RMGV-ES employed dentists and among them five performed some type oral health education, with individual orientation in four hospitals and brushing techniques in three. The most discussed topics were the use of toothbrush, dental care and use of oral antiseptic, along with the relationship between oral health and the overall health. **Conclusion:** Most of the large RMGV-ES hospitals employ dentists; however, some fail to encourage prevention practices and promote oral health education beyond rehabilitation activities.*

Keywords | Health Promotion; Health Education; Oral Health; Oral Hygiene; Hospitalization.

RESUMO | Introdução: A Odontologia Hospitalar busca ampliar a atuação dos cirurgiões-dentistas por meio da visão holística, integral e ampliada dos pacientes no intuito de favorecer a promoção de saúde. **Objetivo:** Verificar as práticas de promoção e educação em saúde bucal no contexto da Odontologia Hospitalar nos hospitais de grande porte da Região Metropolitana da Grande Vitória/ES (RMGV-ES). **Métodos:** O estudo quantitativo, descritivo e transversal teve o questionário dirigido ao cirurgião-dentista ou coordenador responsável do setor odontológico na RMGV-ES. **Resultados:** Sete dos nove hospitais de grande porte da RMGV-ES apresentam cirurgiões-dentistas e, entre eles, cinco realizam algum tipo de procedimento educativo em saúde bucal. Os métodos mais utilizados foram as ações individuais em quatro hospitais e as técnicas de escovação em três. Os assuntos mais abordados foram: uso da escova, fio-dental e antisséptico bucal e a interferência das condições bucais sobre a saúde geral do paciente em quatro hospitais. **Conclusão:** A maioria dos hospitais de grande porte da RMGV-ES conta com a presença de cirurgiões-dentistas, no entanto, nem todos têm valorizado as práticas da prevenção, educação e promoção de saúde bucal, além das atividades reabilitadoras.

Palavras-chave | Promoção da saúde; Educação em Saúde; Saúde Bucal; Higiene Bucal; Hospitalização.

¹Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba/SP, Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/SC, Brasil.

³Consultório particular, Cirurgiã-dentista, Residencial Maracanã, Cariacica/ES, Brasil.

⁴Hospital Albert Einstein, São Paulo/SP, Brasil.

⁵Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A literatura evidencia uma relação via de mão dupla entre doenças bucais e doenças sistêmicas, sendo capazes de agravar ou originar comorbidades^{1,2}. A Odontologia Hospitalar surge inserida em equipes multidisciplinares, para atuar de forma integral em atendimentos de alta complexidade³, ambiente este propício para fomentar a promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação dos doentes e reabilitação.

O cirurgião-dentista é capaz de atuar com a equipe de saúde desde o diagnóstico até o processo de recuperação e melhora dos pacientes enfermos, apto a realizar tratamento como profissional principal, ou coadjuvante, durante os procedimentos de rotina hospitalares. Portanto, o atendimento odontológico em ambiente hospitalar não pode ser negligenciado perante o agravamento do estado de saúde do paciente, afinal sabe-se que a adequação bucal de pacientes hospitalizados pode alterar positivamente o desfecho clínico, minimizando fatores que possam influenciar negativamente o tratamento sistêmico^{4,5}.

Acredita-se que, atualmente, seja possível uma mudança de paradigma, no que diz respeito à promoção da saúde em ambientes hospitalares. No interior dos hospitais, os indivíduos suscitam de um novo olhar, nova postura, que outras culturas sejam cultivadas, objetivando a saúde em vez da doença⁶. Apesar de o hospital ainda ser compreendido como uma instituição de saúde direcionada ao cuidado de doenças, relegando a responsabilidade da promoção da saúde ao setor da saúde pública, é inegável que ele, como parte de um sistema integrado e comprometido com a sociedade, especialmente as instituições públicas, deve exercer a promoção da saúde^{6,7}. Todo o procedimento de internação requer cuidados específicos e, na Odontologia, deve-se ter como princípio que as doenças bucais são capazes de disseminar patógenos ou seus subprodutos, que são capazes de manifestar ou agravar doenças sistêmicas, que poderão agir negativamente durante o processo de adoecimento⁸.

A participação do cirurgião-dentista em nível ambulatorial ou hospitalar, como consultor da saúde bucal ou, de forma mais ativa, como prestador de serviços realizados nesse ambiente, tem o objetivo de colaborar, oferecer e agregar valores ao que caracteriza a nova identidade do hospital, um lugar de integralidade da atenção e assistência⁹. Os profissionais da saúde precisam conhecer a realidade em que atuam, levando em conta as interações sociais, políticas

e culturais dos espaços dentro e fora dos domicílios e dos núcleos familiares, bem como das unidades de saúde, evitando as relações que prejudicam a assistência em saúde, como o autoritarismo e o estranhamento da clientela¹⁰.

O objetivo deste estudo foi verificar as práticas de promoção e educação em saúde bucal nos hospitais de grande porte da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV-ES), Espírito Santo.

MÉTODOS |

Foi realizado um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa. O universo eleito para o estudo foram hospitais de grande porte localizados na RMGV-ES, visto que, de acordo com as perspectivas legais previstas no Projeto de Lei nº 3.504/00¹¹, estes são os estabelecimentos que deverão fornecer serviços odontológicos em ambiente hospitalar.

Para a seleção da amostra, utilizou-se a Terminologia Básica em Saúde¹² para definir quais eram os hospitais de grande porte, sendo categorizados aqueles que possuem capacidade instalada de 151 a 500 leitos. Os constituintes amostrais foram todos os hospitais de grande porte que ofereciam qualquer especialidade ou serviço odontológico, independentemente do vínculo de contrato que os cirurgiões-dentistas possuíam com o hospital e/ou sua equipe. A pesquisa utilizou como público-alvo os coordenadores ou cirurgiões-dentistas responsáveis pelo setor de Odontologia do hospital.

Foram utilizados dados secundários obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹³ para o levantamento da relação de hospitais existentes na RMGV-ES e também para coleta de informações (nome da instituição, razão social, natureza da organização, tipo de unidade, leitos existentes e dados sobre a presença de cirurgiões-dentistas a partir do cadastro de profissionais) sendo classificado um número de nove hospitais que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa na RMGV-ES distribuídos nas redes: pública, privada e filantrópica. Havia um total de nove hospitais de grande porte na RMGV-ES cadastrados no CNES, mas os que apresentaram em seu corpo clínico cirurgiões-dentistas, independentemente da área de atuação ou vínculo empregatício, foram sete.

Para coleta de dados, foi utilizado um questionário validado por Miclos *et al.*¹⁴ em pesquisa realizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG. O questionário foi composto por perguntas que abordavam questões sobre a existência das práticas de promoção de saúde no ambiente hospitalar, quais tipos de abordagem eram realizadas e os temas mais abordados pelos cirurgiões-dentistas. Os dados foram coletados por uma única pesquisadora, entre os meses de outubro de 2010 e maio de 2011.

Os resultados quantitativos foram tabulados por meio do *software* da *Microsoft Excel* 2010, por intermédio de frequências absolutas. O estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), sob o protocolo 053/10, da permissão pelos diretores gerais dos hospitais inclusos na amostra e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por parte dos coordenadores ou cirurgiões-dentistas participantes, seguindo todas as normas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS |

Havia um total de nove hospitais de grande porte na RMGV-ES cadastrados no CNES, mas os que apresentaram em seu corpo clínico cirurgiões-dentistas, independentemente da área de atuação ou vínculo empregatício, foram sete.

A RMGV-ES é composta por sete municípios, mas apenas três deles apresentam hospitais de grande porte que possuem cirurgiões-dentistas. Desses hospitais, quatro concentram-se na cidade de Vitória, dois na Serra e um no município de Cariacica.

Apesar de os hospitais apresentarem cirurgiões-dentistas em seu corpo clínico, nem todos realizam atividades educativas durante sua conduta de trabalho. Dos sete hospitais que contam com cirurgião-dentista, apenas cinco (71,42%) realizam algum tipo de procedimento educativo de saúde bucal no atendimento odontológico e/ou durante internação do paciente.

Existem vários métodos de atividades educativas e preventivas que podem agregar conhecimentos básicos de saúde bucal aos pacientes, na tentativa de auxiliá-los e facilitar suas escolhas saudáveis, assim, evidenciam-

se na Tabela 1, quais os tipos de condutas relacionadas à educação, prevenção e promoção são realizados pelos cirurgiões-dentistas no ambiente hospitalar.

Tabela 1 - Atividades educativas realizadas na área odontológica, Grande Vitória-ES, 2011

Procedimentos odontológicos educativos	Estabelecimentos hospitalares*
	n (%)
Orientação individual	4 (80)
Técnica de escovação	3 (60)
Escovação supervisionada	2 (40)
Palestras	1 (20)

*Foram incluídos somente os 5 hospitais onde ocorre algum tipo de educação para a saúde.

A saúde bucal apresenta inúmeros temas de relevância para promoção do autocuidado, devendo-se estes serem definidos de acordo com o público-alvo que se quer atingir, o nível prévio de instrução, nível sociocultural, entre outros fatores. A Tabela 2 apresenta quais são os temas mais abordados durante os atendimentos odontológicos.

Tabela 2 - Temas abordados no atendimento odontológico educativo, Grande Vitória/ES, 2011

Temas Abordados	Estabelecimentos Hospitalares*
	n (%)
Uso da escova e fio-dental	4 (80)
Interferência das condições bucais sobre a saúde geral	4 (80)
Uso de antissépticos bucais	4 (80)
Dieta cariogênica	3 (60)
Maus hábitos	3 (60)
Aleitamento materno	3 (60)
Cárie de mamadeira	3 (60)
Uso de chupeta	3 (60)
Transmissibilidade da cárie	3 (60)
Desmame do bebê	2 (40)

*Foram incluídos somente os 5 hospitais onde ocorre algum tipo de educação para a saúde.

DISCUSSÃO |

Investir na promoção da saúde é ainda um grande desafio. Embora haja esforços para a promoção da saúde, na prática o foco é a prevenção, estando a doença no centro das atenções. A Carta de Ottawa¹⁵ define promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. A promoção da saúde está inserida na perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde que busca a qualidade de vida das populações, compreendendo-a como resultado de um conjunto de determinantes do âmbito socioeconômico, político, cultural e emocional que influenciam os indivíduos, não se limitando apenas ao campo biológico⁶.

A Odontologia Hospitalar tem ampliado o campo de atuação do cirurgião-dentista, e este será um campo efetivo desses profissionais por meio da sanção presidencial do Projeto de Lei nº 2.776/2008 aprovado na Câmara dos Deputados, que determina a obrigatoriedade da presença do cirurgião-dentista nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), como também em clínicas ou hospitais públicos e privados em que haja pacientes internados, para que possam receber cuidados referentes à saúde bucal¹⁶.

A RMGV-ES apresentou um grande percentual de hospitais de grande porte com cirurgiões-dentistas, mesmo antes da aprovação do referido Projeto de Lei. Dessa forma, configurou-se a inserção do profissional da Odontologia nos ambientes hospitalares como uma medida de necessidade, e não por obrigatoriedade. No presente estudo, os cirurgiões-dentistas estiveram presentes em sete (77,8%) dos nove hospitais pesquisados. Esse dado corrobora estudo realizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte¹⁴ em 2008, em que 66,6% dos hospitais de grande porte também contavam com cirurgiões-dentistas em seu corpo clínico. Esses resultados demonstram que há uma mudança na concepção dos outros profissionais de saúde sobre o papel do cirurgião-dentista não somente como um reabilitador de dentes, mas como um profissional capaz de diagnosticar e tratar patologias bucais que apresentam repercussões sistêmicas, sendo responsável, portanto, por diagnósticos diferenciais importantes para o paciente¹⁷.

Apesar de a inserção do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar estar crescendo, um estudo com objetivo de conhecer a visão dos profissionais sobre os seus papéis dentro da equipe de saúde mostrou que os cirurgiões-

dentistas, mesmo sendo considerados membros da equipe de saúde, ainda são apontados muito distantes da equipe multidisciplinar, principalmente por desenvolverem seu trabalho, na maior parte do tempo, de forma isolada e em nível ambulatorial¹⁷. Sendo ainda um desafio ampliar o campo de atuação do profissional da Odontologia, o que foi constatado no presente estudo, em que nem todos os hospitais com cirurgiões-dentistas em seu corpo clínico realizam atividades de cunho educativo ou de promoção de saúde durante a prática odontológica. A prática da Odontologia Hospitalar no Brasil ainda é muito voltada para as práticas emergenciais e curativas, principalmente no campo da Cirurgia Bucomaxilofacial ou de procedimentos odontológicos que necessitam de anestesia geral. Isso é evidenciado no estudo realizado em Vitória-ES¹⁸, em que 57,14% das especialistas presentes nos hospitais de grande porte da RMGV-ES eram na área de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e atendimento a pacientes com necessidades especiais, estando em menor proporção, Odontogeriatra, em 42,86% dos hospitais; Estomatologista, em 14,28%, podendo esses serem especialistas em mais de uma área, o que ultrapassa a margem total de 100%. Cirurgiões-dentistas sem nenhuma especialidade estão presentes em 28,57% dos estabelecimentos hospitalares.

Pode-se verificar que a presença de cirurgiões-dentistas em seu corpo clínico não significa que a prática da Odontologia Hospitalar de forma conceitual ampla está sendo realizada. Logo, há uma necessidade de ampliação do conceito de saúde também dentro do ambiente hospitalar, por meio da valorização de práticas de promoção e educação em saúde, incluindo a saúde bucal. Os benefícios dessa inclusão vão além do sistema estomatognático, mas resultarão no estabelecimento de trabalho multidisciplinar por parte dos diversos profissionais de saúde, e, assim, permitirão melhor acompanhar a evolução e recuperação dos pacientes atendidos nos ambientes hospitalares. Em especial, as funções do cirurgião-dentista devem ser ampliadas no ambiente hospitalar, pois, além das obrigações iminentes de um profissional da saúde, complementa-se a este, a função de educador, pois apresenta vocação para lidar com o ser humano¹⁹. Para isso, um maior número de profissionais e de especialidades odontológicas deve estar presentes nesse ambiente, contemplando uma maior diversidade de atenção e melhores tratamentos aos pacientes.

Os estudos mostram que os pacientes em hospitais ou instituições de cuidado em longo prazo geralmente não

recebem o cuidado intensivo de que precisam. Dois estudos realizados em Teresina (PI) mostraram uma evidente piora na condição de saúde bucal dos pacientes ao longo do tempo de internação, principalmente nas condições periodontais^{20,21}. O que reforça a necessidade de reforço de uma adequada higienização durante o período de internação. Ximenes *et al.*⁸ reforçam que, para manutenção de bom estado de saúde bucal, é necessário que sejam realizadas diariamente medidas de higienização, e sua frequência dependerá das condições e necessidades individuais. Para isso, a educação em saúde deve ser realizada conforme a realidade de cada paciente. Com base na proposta de humanização da assistência à saúde articulada pelo Ministério da Saúde, e nas diretrizes amplamente discutidas para a promoção da saúde, considera-se que as práticas de higiene bucal podem estar presentes nos quatro momentos fundamentais do processo de internação: acolhimento, diagnóstico, plano de tratamento e acompanhamento^{3,9}.

A educação em saúde ajuda as pessoas a obterem informações e conhecimentos das técnicas necessárias que auxiliam em seu autocuidado na enfermidade e na convalescença, auxiliando-o em escolhas mais saudáveis⁸. Na perspectiva de que a internação hospitalar representa um momento cuja dinâmica confere cuidados específicos singulares, salienta a necessidade da adoção de hábitos adequados de higiene bucal para a prevenção de doenças bucais durante esse período²². Portanto, evidencia-se no trabalho multidisciplinar a educação em saúde bucal como prática indispensável no atendimento integral aos pacientes hospitalizados⁸.

A realização da promoção e educação em saúde bucal pode ser realizada por meio de vários métodos. Em ambiente hospitalar pode ser precedida a partir de orientação ao paciente em seu leito, sobre a importância de uma correta higiene bucal, com a utilização de macromodelos, obedecendo às limitações físicas e/ou neurológicas decorrentes do traumatismo sofrido⁵. Assim, o indivíduo pode demonstrar como atualmente escova os seus dentes, relatando a frequência e o modo com que essa prática é realizada.

O estabelecimento de um vínculo entre profissional e paciente ajuda no esclarecimento de dúvidas deste último e de sugestão de dicas que proporcionem a melhoria de sua escovação. Schneid *et al.*⁹ recomendam para uma boa didática desse método de aprendizagem oferecer ao paciente um kit básico de higiene oral, com escova dental,

creme dental e fio-dental, ao mesmo tempo em que serão disponibilizadas orientações sobre a forma adequada de utilização desse material e de como deve ser a frequência da higienização bucal. No momento da realização das atividades de escovação, os acompanhantes devem ser convidados a participar das atividades, principalmente, dos pacientes portadores de dificuldades de locomoção ou ainda daqueles que apresentam comprometimento de nível neurológico⁵.

Rodrigues *et al.*²² mostraram em seu estudo que orientações sobre práticas de higiene bucal são raramente abordadas pela equipe de saúde que presta assistência à criança durante a internação hospitalar, visto que apenas 7% dos cuidadores relataram ter recebido algum tipo de orientação sobre o assunto durante o período de internação. Em estudo desenvolvido por Praetzel *et al.*²³, realizado no Hospital Universitário de Santa Maria/RS, foi verificado que menos de 60% das mães foram atendidas em consultas odontológicas durante o pré-natal, além de apresentavam muitas dúvidas referentes aos aspectos odontológicos da saúde bucal dos bebês e que precisam de esclarecimentos. Mattevi *et al.*²⁴ citam que as ações de promoção de saúde em ambiente hospitalar têm se mostrado importantes na incorporação da higiene bucal dos pacientes à rotina hospitalar, reduzindo o biofilme dentário e, conseqüentemente, o risco de infecções sistêmicas provenientes da microbiota bucal.

Quanto aos métodos educativos adotados nos hospitais presentes na Tabela 1, foi verificado que não há tanta diversidade, por exemplo, as opções dinâmicas de grupo e distribuição de folhetos ou materiais educativos não foram assinaladas por nenhum dos hospitais. A maioria concentra suas atividades na orientação individual e no ensino da técnica de escovação. A Odontologia apresenta vários temas que podem e devem ser abordados durante práticas educativas. A escolha do método mais eficaz deve ser interdependente de qual público-alvo deve-se atingir, além das condições individuais e socioeconômicas do paciente. Esses dados corroboram achados da região metropolitana de Belo Horizonte/MG¹⁴, em que a maioria das atividades, 80% estão em orientação individual, seguidos de 60% de palestras e técnica de escovação, sendo a atividade menos realizada a distribuição de folhetos instrutivos, presente em apenas um hospital, correspondendo a 10%.

Ximenes *et al.*⁸ reforçam que cabe aos profissionais de saúde a consciência de sua responsabilidade na manutenção da higiene oral para prevenção de doenças bucais. Por sua vez,

pacientes devem manter uma boa higiene oral, por meio de orientação individual e/ou de seus responsáveis acerca dos benefícios dos métodos de prevenção, levando-os a compreender a necessidade desses cuidados. Atualmente, alguns protocolos de prevenção em saúde bucal e promoção de saúde a pacientes internados aproximam a Odontologia e a Enfermagem^{9,25}, mas a utilização de recursos humanos com formações de áreas afins como estratégia para a promoção de saúde que não odontológica pode representar uma alternativa ineficiente²⁶.

Em estudo realizado com 209 técnicos de enfermagem, Faiçal e Mesas²⁵ revelaram que, embora a higiene oral dos pacientes nos hospitais pesquisados fosse de responsabilidade deles, 126 (60,3%) disseram não receber informações sobre cuidados específicos com a saúde bucal. Nessa perspectiva, devem-se valorizar os profissionais habilitados para exercer tal função, que, após atendimento e protocolo realizado pelo cirurgião-dentista, o cuidado deve ser exercido pelos Técnicos de Saúde Bucal (TSB), que são os profissionais aptos a ensinar ou executar a manutenção da higiene bucal.

Na Tabela 2 estão expressos os temas abordados pela equipe odontológica. Os dados mostram uma grande diversidade de assuntos pertinentes apresentados aos pacientes hospitalizados, em que é interdependente do público-alvo e da especialidade dos profissionais que trabalham nos hospitais pesquisados.

Miclos *et al.*¹⁴ mostraram que em 100% das atividades educativas é ensinado sobre o uso de escova e fio-dental, e sobre dieta cariogênica, uso de antissépticos bucais, e a relação da saúde bucal e a saúde geral do paciente em 90% das atividades. Sendo o tema menos abordado durante essas atividades a transmissibilidade da cárie, sendo comentada em 40% dos hospitais de grande porte de Belo Horizonte. Ainda nesse estudo foram encontrados quatro (28,6%) estabelecimentos que ainda estão na perspectiva apenas reabilitadora durante o atendimento odontológico, pois são 10 dos 14 hospitais de grande porte da sua região metropolitana que realizam algum tipo de atividade educativa e de promoção de saúde por cirurgiões-dentistas¹⁴.

A equipe de saúde bucal que presta assistência à paciente hospitalizado deve ter ciência sobre seu papel na equipe hospitalar, pois seus procedimentos podem agravar ou retardar a recuperação do paciente, devendo este estar sempre respaldado pelo atendimento integral, cujo objetivo

principal é a melhora de forma mais segura do paciente²². Silva-Junior *et al.*²⁷ encontraram na RMGV-ES as equipes mais presentes com a presença do cirurgião-dentista dentro dos hospitais: 28,57% composta por CD e TSB; 28,57% por CD, com técnico de enfermagem; e 14,25%, por equipe apenas composta por CD especialistas em Cirurgia Bucocomaxilofacial.

Por meio da sanção do Projeto de Lei 2.776/2008, a inclusão dos cirurgiões-dentistas no foco da Odontologia Hospitalar será ampliada e presente em todos os ambientes hospitalares do País¹⁶. Apesar de um avanço para Odontologia, espera-se que sua implantação seja alicerçada no conceito mais amplo de saúde, principalmente, que possa superar o modelo biomédico de assistência à saúde, centrado na doença e voltado para o diagnóstico e a terapêutica, o tecnicismo e as relações impessoais, e investir nesse novo modelo de atenção, focalizado na promoção da saúde, levando em conta todas as dimensões do ser humano, ou seja, a biológica, psicológica, social, cultural e histórica, considerando a diversidade cultural do nosso País, melhorando a qualidade da assistência à saúde, dos indivíduos, respeitando as suas singularidades e particularidades¹⁰. Nesse contexto, compreendem-se as práticas de promoção e educação em saúde bucal, uma aliada no alcance do restabelecimento do indivíduo saudável. Para isso é necessária a adequação na formação dos profissionais de Odontologia, que devem estar cientes do seu papel além de reabilitador, mas de promotor de saúde, não apenas limitada no aspecto de saúde bucal, mas de bem-estar completo da saúde dos indivíduos.

CONCLUSÃO |

Embora nem todos os hospitais de grande porte da RMGV-ES contem com a presença do cirurgião-dentista, os que o possuem, em sua maioria, apresentam profissionais envolvidos nas práticas de promoção e educação em saúde bucal. Quanto às atividades educativas realizadas pelos cirurgiões-dentistas no ambiente hospitalar, conclui-se que, independentemente de como é executada, essa prática deve ser valorizada e sempre presente nos atendimentos realizados pelos profissionais. A consolidação das práticas de promoção e educação em saúde bucal no ambiente hospitalar deve ser fortalecida, a fim de que se consiga uma implantação da Odontologia Hospitalar nesse contexto amplo de saúde.

REFERÊNCIAS |

1. Gurenlian JR. Inflammation: the relationship between oral health and systemic disease. *Dent Assist.* 2009; 78(2):8-10, 12-4, 38-40.
2. Carramolino-Cuéllar E, Tomás I, Jiménez-Soriano Y. Relationship between the oral cavity and cardiovascular diseases and metabolic syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2014; 19(3):289-94.
3. Araújo RJG, Oliveira LCG, Hanna LMO, Corrêa AM, Carvalho LHV, Alvares NCF. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009; 21(1):38-44.
4. Ford SJ. The importance and provision of oral hygiene in surgical patients. *Int J Surg.* 2008; 6(5):418-9.
5. Aguiar ASW, Guimarães MV, Morais RMP, Saraiva JLA. Atenção em saúde bucal em nível hospitalar: relato de experiência de integração ensino/serviço em Odontologia. *Extensio: Rev Eletr Extensão.* 2010; 7(9):100-10.
6. Silva MAM, Pinheiro AKB, Souza AMA, Moreira ACA. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(3):596-9.
7. Johnson JL. The Health Care Institution as a setting for health promotion. In: Poland BD, Green LW, Rootman I. *Settings for health promotion: linking theory and practice.* California: SAG; 2000. p. 175-206.
8. Ximenes RCC, Aragão DSF, Colares V. Avaliação dos cuidados com a saúde oral de crianças hospitalizadas. *Rev Fac Odontol de Porto Alegre.* 2008; 49(1):21-5.
9. Schneid JL, Berzoini LP, Flores O, Cordon JAP. Práticas de enfermagem na promoção de saúde bucal no hospital do município de Dianópolis-TO. *Comun Ciênc Saúde.* 2007; 18(4):297-306.
10. Backes MTS, Rosa LM, Fernandes GCM, Becker SG, Meirelles BHS, Santos SMA. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Rev Enferm UERJ.* 2009; 17(1):111-7.
11. Brasil. Projeto de Lei nº. 3504 de 2000. Determina a obrigatoriedade dos hospitais de grande porte contarem com cirurgiões dentistas em seus corpos clínicos [Internet]. Conselho Federal de Odontologia, 2000 [acesso em 14 mar 2010]. Disponível em: URL: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/4246.pdf>>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Conceitos básicos de saúde para o credenciamento em produtos DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde DATASUS [Internet]. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [acesso em 23 abr 2010]. Disponível em: URL: <http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?VTipo=0>.
14. Miclos PV, Silva Junior MF, Oliveira MCSC, Oliveira MA. Promoção e educação em saúde bucal nos hospitais de grande porte da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Arq Odontol.* 2013; 49(2):82-7.
15. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. In: *Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.* Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1996. p. 11-8.
16. Brasil. Projeto de Lei nº. 2776, de 13 de fevereiro de 2008. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e dá outras providências. Congresso Nacional, 2008.
17. Saar SRC, Trevizan MA. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007; 15(1):106-12.
18. Gonçalves CL, Silva Junior MF, Côco LSA, Miclos PV, Gomes MJ. Odontologia hospitalar nos hospitais de grande porte da região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2014; 16(1):75-81.
19. Medeiros Junior A, Alves MSCF, Nunes JP, Costa ICC. Experiência extramural em hospital público e a promoção da saúde bucal coletiva. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(2):305-10.
20. Lages VA, Moita Neto JM, Mello PMVC, Mendes RF, Prado Junior RR. O efeito do tempo de internação hospitalar sobre a saúde bucal. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2014; 16(2):30-8.

21. Sousa LLA, Silva Filho WLSE, Mendes RF, Moita Neto JM, Prado Junior RR. Oral health of patients under short hospitalization period: observational study. *J Clin Periodontol.* 2014; 41(6):558-63.
22. Rodrigues VP, Lopes FF, Abreu TQ, Neves MIR, Cardoso NC. Avaliação dos hábitos de higiene bucal de crianças durante o período de internação hospitalar. *Odontol Clín-Cient.* 2011; 10(1):49-55.
23. Praetzel JR, Ferreira FV, Lenzi TL, Melo GP, Alves LS. Percepção materna sobre atenção odontológica e fonoaudiológica na gravidez. *RGO (Porto Alegre).* 2010; 58(2):155-60.
24. Mattevi GS, Figueiredo DR, Patrícia ZM, Rath IBS. A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(10):4229-36.
25. Façal AMB, Mesas AE. Cuidados com a saúde bucal de pacientes hospitalizados: conhecimento e práticas dos auxiliares de enfermagem. *Espaç Saúde.* 2008; 10 (1):1-6.
26. Frachin V, Basting RT, Mussi AA, Flório FM. A importância do professor como agente multiplicador de saúde bucal. *Rev ABENO.* 2006; 6(2):102-8.
27. Silva Junior MF, Gonçalves CL, Côco LSA, Miclos PV, Oliveira MA, Gomes MJ. A organização da Odontologia no contexto hospitalar da região metropolitana da Grande Vitória/ES. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2013; 15(2):104-11.

Correspondência para/ Reprint request to:

Manoelito Ferreira Silva-Junior

Rua Madre Cecília, 1560, apt. 41F,

Centro, Piracicaba/SP, Brasil

CEP: 13400-490

Tel.: (19) 99931-5635

E-mail: manoelito_fsjunior@hotmail.com

Submetido em: 10/06/2016

Aceito em: 27/11/2016

Marize Melo Santos¹
Luana Mota Martins¹
Thamara Martins Silva¹
Raimundo Cardoso de Oliveira Neto¹
Kyria Jayanne Climaco Cruz¹

**Opinião dos pais e/
ou guardiões sobre o
conhecimento, atitudes e
comportamento alimentar
dos adolescentes: Um estudo
comparativo**

**| Views of parents and/
or guardians on knowledge,
attitudes, and eating behavior of
teenagers: a comparative study**

RESUMO | Introdução:

*O padrão de alimentação e as atitudes dos adolescentes em relação aos alimentos são influenciados por hábitos alimentares típicos, acesso e disponibilidade de alimentos, modos de preparação de alimentos em casa e renda familiar. **Objetivo:** Comparar os pontos de vista dos pais e/ou responsáveis sobre o conhecimento, atitudes e comportamentos alimentares de seus filhos adolescentes.*

Métodos: Um estudo transversal incluiu 275 adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 12-17 anos, que frequentam escolas públicas e privadas em Teresina, Piauí, bem como seus pais e/ou responsáveis. Foi aplicado um questionário autoaplicado sobre tópicos semelhantes aos pais e aos adolescentes, sobre as atitudes e os sentimentos dos adolescentes após o almoço e jantar, bem como suas atitudes em relação a situações envolvendo alimentos e suas opiniões sobre alimentação saudável. **Resultados:** Relata-se que entre 60% e 90% dos adolescentes concordaram plenamente com as declarações sobre alimentos saudáveis e prejudiciais, porém parte considerável deles refere menor aversão a alimentos não saudáveis. Não houve evidência de que os pais estivessem cientes de aversões ou sentimentos de seus filhos adolescentes após comer ($p < 0,05$).

No entanto, os pais e/ou responsáveis estavam cientes de que seus filhos adolescentes poderiam distinguir alimentos saudáveis e prejudiciais. **Conclusão:** Os resultados destacam a necessidade de maior participação dos pais e/ou responsáveis na formação dos comportamentos alimentares dos adolescentes.

Palavras-chave | Adolescente; Pais; Comida; Conhecimento; Comportamento alimentar.

Palavras-chave | Adolescente; Pais; Comida; Conhecimento; Comportamento alimentar.

ABSTRACT | Introduction: The dietary patterns of adolescents and the attitudes of teenagers toward food are influenced by typical eating habits, food access and availability, preparation of food at home, and family income. **Objective.** To compare the views of parents and /or guardians about the knowledge, attitudes and eating behaviors of their teenage children. **Methods:** This cross-sectional study included 275 teenagers of both sexes, aged 12-17 years, attending public and private schools in Teresina, Piauí, and their parents and/or guardians. A self-administered questionnaire addressing similar issues was applied to parents and their teenage children. The questionnaire surveyed the attitudes and feelings of teenagers after lunch and dinner and other situations involving food, together with their opinions regarding healthy foods. **Results:** We found 60 to 90 % of teenagers fully agreed with the statements about healthy and unhealthy foods; however, many of them refers lower aversion to unhealthy foods. There was no evidence suggesting that parents were aware of aversions or feelings of their teenage children after eating ($p < 0,05$). However, parents and/or guardians were aware that their teenage children were able to distinguish between healthy and unhealthy foods. **Conclusion:** Our findings highlight the need for greater participation of parents and/or guardians in the formation of teenage children's eating behaviors.

Keywords | Teenage; Parents; Food; Knowledge; Feeding behavior.

¹Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI, Brasil.

INTRODUCTION |

Eating is one of the most important needs for human development, not only biologically, but also because of its social, psychological, and economic aspects. In childhood and adolescence, proper eating behavior is critical, since these are intense periods of growth and development^{1,2}.

Several studies have found that adolescents reject natural foods such as fruits, vegetables, and herbs, and are increasingly consuming fast foods. These studies have found that regular consumption of these foods after the pubertal growth spurt exceeds the daily energy, fat, and sodium recommendations, and reduce the intake of micronutrients and fiber, increasing the risk of chronic diseases³.

The dietary patterns of adolescents and the attitudes of teenagers toward food are influenced by typical eating habits, food access and availability, preparation of food at home, and family income. Adolescents are influenced by their families' psychological, socioeconomic, and cultural environments¹.

It is therefore essential for parents and/or guardians to have good eating habits, because they influence feelings and attitudes of their teenage children toward eating through stimulation and sensations^{4,5}.

Considering the importance of nutrition in teenager rearing and growth, and the parents' influence on eating habits, we designed a comparative study examining views of parents and/or guardians on knowledge, attitudes, and eating behaviors of their teenage children.

METHODS |

This cross-sectional study was carried out with adolescents participating in Cardiovascular Risk Study in Adolescents Initiative (Portuguese acronym: ERICA), a National research for recognition of school-based, with the purpose of estimating the prevalence of diabetes mellitus, obesity, cardiovascular risk factors and markers of insulin resistance and inflammatory markers in adolescents from schools in Brazilian cities with more than 100,000 inhabitants.

Inclusion criteria were as follows: adolescents aged 12 to 17 years old, enrolled in public or private schools. Pregnant

adolescents and those with physical and mental disabilities, temporary or permanent, were excluded from the sample. The result of the sample calculation for state of Piauí, based on the population of Teresina, was 1,980 adolescents from 33 schools.

In ERICA, the sample was stratified according to the municipality districts. After geographical stratification, a successive selection was implemented in two phases: the selection of schools and the selection of classes. Ultimately, three classes per school were examined. The selection of proportional geographic probability was performed in each geographic stratum after classification of schools as urban or rural, and private or public. All students belonging to the selected classes were invited to participate.

The results this study refers to an additional ERICA project in Teresina, Piauí. We used a subsample of the ERICA participants, including students and their parents and/or guardians. Thirty public and private schools were randomly selected⁶. The samples were matched according to identifiers so that each student's answers would be related to that of their parent and/or guardian. Three field teams consisting of researchers, undergraduate students, and graduate students of the Postgraduate Program in Food and Nutrition of the Federal University of Piauí. Questionnaires for adolescents and parents/guardians were designed.

The self-administered questionnaires were answered by adolescents at the school in the presence of the search field team; and each student was responsible for getting their parents/guardians to answer the questionnaire in their own residence and returned to the field team at school. The questionnaires returned by parents were matched to their children's through coding which allowed the identification of pairs to analyze the responses.

We aimed to identify food likes and dislikes, as well as attitudes and feelings after eating. We chose to investigate the foods served during lunch and dinner, because these are larger meals and include larger portions of healthy and unhealthy foods, such as vegetables, leafy vegetables, fish and fatty red meat, fruits, natural and industrialized juices, as well as fast foods such as sandwiches, snacks, filled biscuits or chocolates chips, soda and ice cream.

The questionnaire consisted of four questions regarding healthy or unhealthy foods groups, with the aim of collecting information on:

I. The adolescents' reactions to food itself, comprising 14 food alternatives.

II. The reactions to being invited to grocery shopping, comprising three alternatives related to food preferences and aversions when being invited in grocery shopping.

III. Opinions on statements about healthy foods, consisting 10 alternatives to assess awareness of healthy eating habits.

Standardized procedures were adopted to prevent or minimize systematic or random errors during data collection, ensuring data quality. After selecting project collaborators, the field teams were trained and certified prior to data collection, and were re-evaluated periodically. The training was undertaken by a team of researchers using manual procedures, and the questionnaires were tested for reliability.

Data were entered into an electronic spreadsheet (Microsoft® Office Excel® 2007) by three of the researchers, to avoid errors. Data was analyzed using the IBM SPSS Statistics (v. 20.0). Descriptive statistics were used to determine the frequencies and percentages of each event. We tested the concordance of teenagers' responses and those of their guardians through the McNemar chi-square test. Statistical significance was set at $p < 0.05$ for all tests.

This study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí, under number 406353 (CAAE

05185212.2.2002.5214). Informed consent forms were signed by students and their parents and/or guardians. The privacy of participants was guaranteed during data collection.

RESULTS |

The study population consisted of 275 adolescents enrolled in public and private schools in the city of Teresina, Piauí, each student was accompanied by their parents and/or guardians.

From the sample of adolescents provided by ERICA³⁰, 1507 (76%) answered the self-administered questionnaire, showing a loss of 24%, justified by the teenager's absence from school on the day the questionnaires were distributed. Of the 1507 adolescents, 302 of them (20%) returned the questionnaire answered by their parents/ guardians, so, it was possible to pair 275 (91%) questionnaires, the final sub-sample of this study.

On average, only 49% of parents and/or guardians gave the same answer as their teenage children, with a standard deviation of 9%.

While the proportion of teenagers who reported aversion to fast food is lower than those reporting aversion to fruits or juices, there was no significant difference in the proportion. The proportion of teenagers averse to vegetables is high, but not significantly different from those with an aversion to industrial juices or leafy vegetables (Figure 1).

Figure 1 - Proportion of teenagers with aversion to studied food, McNemar chi-square test ($p > 0.05$)

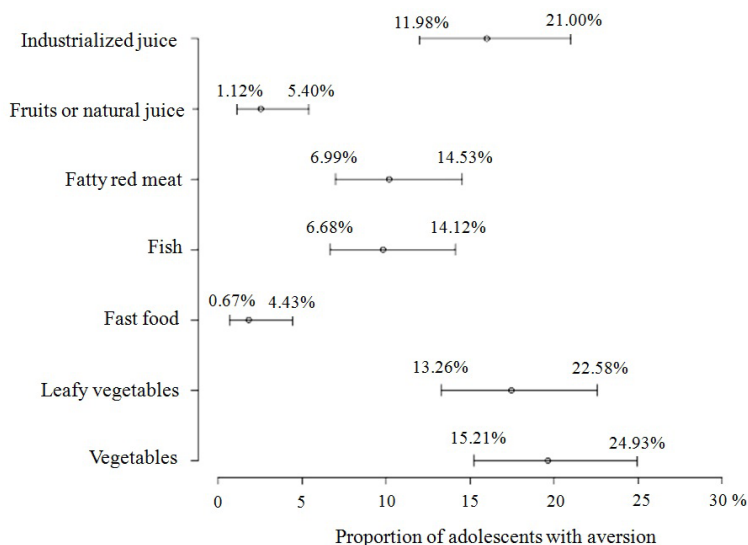


Figure 2 shows a comparison between the answers given by adolescents and their parents and/or guardians about their aversion to certain foods. There was a significant difference between the responses ($p < 0.05$), indicating that parents and/or guardians may not be aware of their teenage children dislike of certain foods.

Adolescents' responses about their attitudes toward grocery shopping, including buying fruits or vegetables, snacks, stuffed biscuits, or chocolates were compared with the perceptions of their parents and/or guardians about the attitudes of their teenage children toward such an invitation. There were significant differences between the responses ($p < 0.05$), except for the item 'I think before accepting' (Table 1).

Figure 3 shows responses of parents and/or guardians and responses of their teenage children when questioned about their opinions on statements about their food-related knowledge.

We also found that 60 to 90 % of teenagers were aware of healthy and unhealthy food choices, since most of them agreed with the stated assertions (Figure 3). There were no significant differences between the responses of adolescents and their parents and/or guardians, indicating that parents and/or guardians know opinions of their teenage children on this topic ($p > 0.05$).

Figure 2 - Percentages of the answers given by teenagers about aversion to certain foods and the opinion of parents and/or guardians about these aversions, McNemar chi-square test ($p < 0.05$)

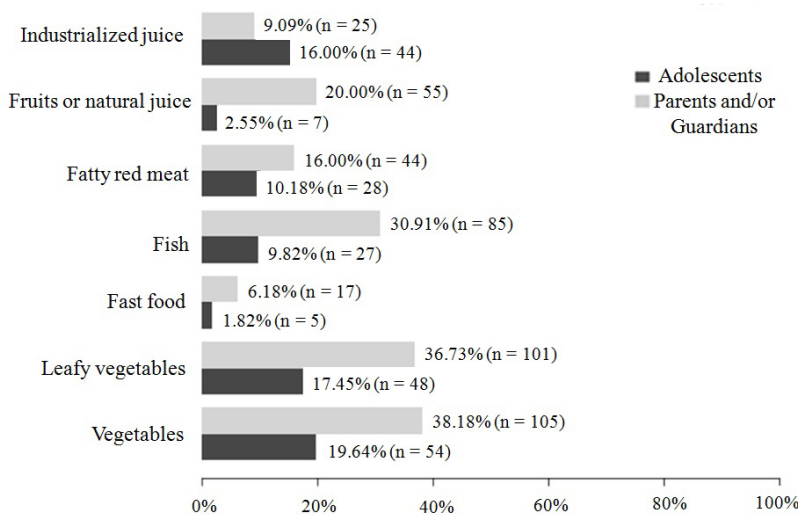
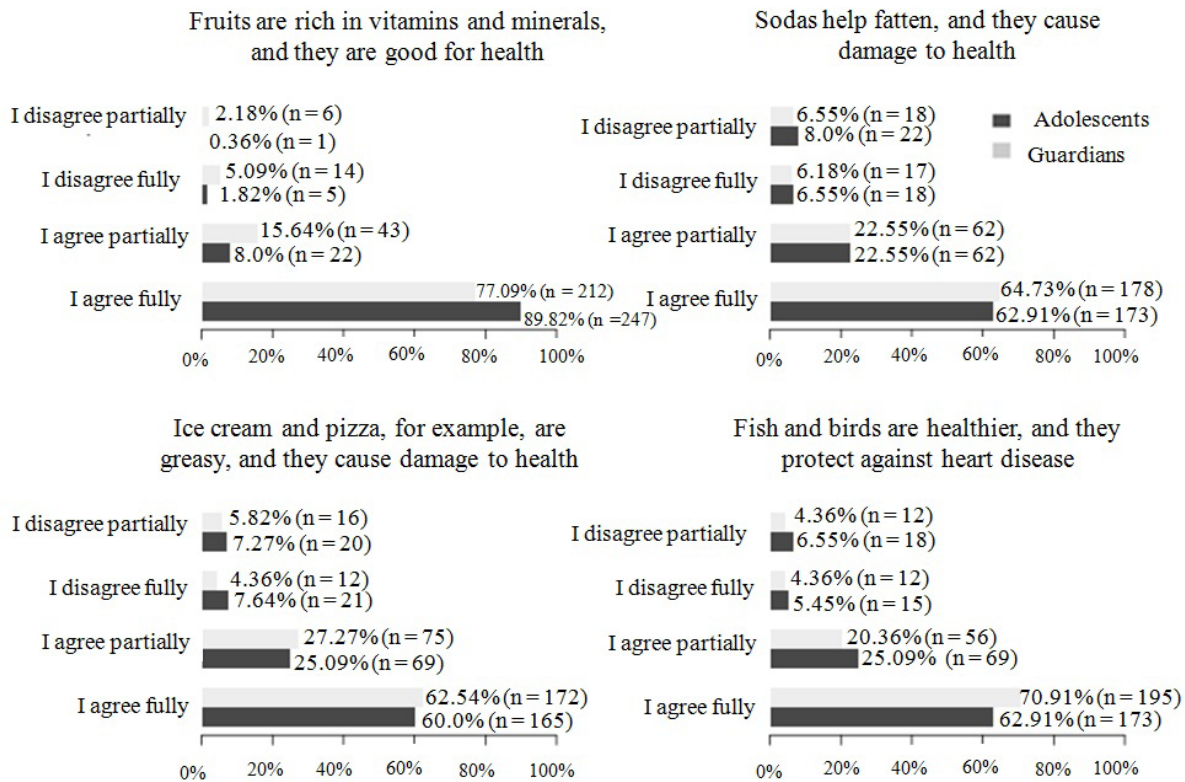


Table 1 - Comparison between answers of parents and/or guardians and attitudes of their teenage children toward being invited to buy groceries in Teresina, Piauí

	Reactions to being invited to buy fruits or vegetables		
	I do not accept	I accept immediately	I think before accepting
	% (n)	% (n)	% (n)
Teenagers	13.09% (36)	61.09% (168)	25.82% (71)
Parents and/or guardians	38.55% (106)	34.91% (96)	26.55% (73)
	Reactions to being invited to buy snacks, biscuits, chocolates, or other similar foods		
	I do not accept	I accept immediately	I think before accepting
	% (n)	% (n)	% (n)
Teenagers	4% (11)	78.55% (216)	17.45% (48)
Parents and/or guardians	18.55% (51)	61.09% (168)	20.36% (56)

Figure 3 - Comparison between agree and disagree answers to statements about healthy and unhealthy food given by teenagers and by their parents and/or guardians, McNemar chi-square test ($p > 0.05$)



DISCUSSION |

This comparative study was conducted with teenagers and their parents and/or guardians to examine their aversions and opinions on food, and to assess to what extent their parents and/or guardians knew about awareness of healthy/unhealthy food, attitudes, and feeding behaviours of their teenage children. Our findings highlight the importance of parental influence on attitudes, behaviors, and dietary knowledge of their teenage children. Additionally, parents and/or guardians are responsible for influencing eating habits and perceptions of food of their teenage children. Hence, it is necessary for children to be exposed to a healthy eating environment from an early age.

The family presence during meals is positively associated with healthy eating, since they are the main reference for your children in the habit formation process and eating behaviors^{7,8}.

Nutrition has an essential role as it favors proper age-related growth and development. Awareness of healthy food

consumption and representations about healthy eating during adolescence have been gaining increased attention, as evidence of the relationship between inappropriate eating habits and the development of certain diseases in adult age has become more solid⁹.

Recent studies have shown important changes in food choices after nutritional interventions with adolescents, increasing their preference for healthy eating^{10,11}.

Teenagers often prefer processed and unhealthy foods. Based on the food aversions of the surveyed adolescents, we must emphasize the need to educate teenagers about the importance of healthy eating, since excessive and frequent consumption of high fat- and sugar-containing foods may lead to chronic diseases, such as obesity, cardiovascular disease, hypertension, diabetes mellitus, and some forms of cancer¹²⁻¹⁴. Among the most frequent complications are changes in blood pressure and serum triglycerides, low HDL levels and high fasting glucose^{15,16}.

Fisberg¹⁷ has demonstrated that early onset of chronic diseases in adolescence is related to poor health status and quality of life in adulthood. Comorbidities previously seen in older adults, such as diabetes mellitus and hypertension, are increasingly found in children and adolescents because of sedentary lifestyles and inadequate diet.

The differences between adolescents' responses to the questionnaire and the perceptions of their parents and/or guardians about food aversions of their teenage children may lead to the hypothesis that parents and/or guardians are not aware of their teenage children's eating habits. Studies have shown that this behavior can be caused by lack of time and hectic lifestyle of the parents who work every day and often full-time, making it more difficult for sharing meals at home with their children. Moreover, many teens say that eat away from home, with friends, in the leisure time and for fun¹⁸⁻²⁰.

It should be noted that the parental influence on children's eating behavior in relation to the education they receive in childhood. Russel et al have evaluated the attitudes of parents attempting to influence the food preferences of their children; the study shows that parents who do not usually surrender to the wishes of their children exert a positive influence the preferences of their children. However, other researchers found that a too restrictive and authoritarian attitude of parents/guardians may favor the consumption of more fatty and high-calorie foods when the children begin the process of food autonomy, in other words, the choice for food²²⁻²⁴. Costa et al.¹ have shown that adolescents' eating behaviors are often not understood or known by parents, which in many cases triggers unhealthy eating styles. Our results are consistent with this finding. Previous studies have stressed the importance of family involvement in encouraging adolescents to consume healthy foods, which promotes increased healthy choices, purchases, and food preparation among adolescents²⁵.

Pearson et al.²⁶ have argued that the omission of families may lead to an increased reliance on take-out meals, consumption of nutritionally inadequate foods, and skipping meals. Teenage children relate mealtime with the family environment, where they are welcomed and protected. When parents and/or guardians show interest in healthy eating and invite their teenage children to participate in making food choices and in meal preparation, this stimulates children's interest in adopting healthy habits.

Walsh et al.²⁷ have demonstrated an association between the dietary intake of parents and children aged 20 months to 5 years, indicating that parents' influence on children's eating habits begins at a young age and continues throughout early childhood. The authors also reported that parents should be included in interventions for improving the dietary behavior of children.

Family participation plays an important role in shaping eating habits, because the parents and/or guardians are usually responsible for buying and preparing the food consumed at home. The accelerated growth and development in adolescence is considered a vulnerable phase which is sensitive to eating habits and nutrition; this demonstrates the importance of encouraging healthy eating choices early in life²⁸.

According Cambraia et al.²⁹, eating behaviors and food choice consist of different components, such as cognitive factors corresponding to knowledge of food and nutrition, and emotional factors, which correspond to their emotional relationship with food. Adolescence is characterized by physiological, psychological, and social changes, as well as an intense search for individual identity and independence. These factors can increase vulnerability and expose teenagers to nutritional risks.

Costa et al.¹ have emphasized the crucial role of parents/guardians in promoting healthy eating habits, stressing that those habits acquired in childhood may be maintained throughout adulthood. Although teenagers know about healthy eating and its importance for health, they do not necessarily follow healthy eating patterns, since guilt was not often observed among their emotional responses after the intake of high-calorie foods.

Some researchers⁴ have suggested that easy access to nutritionally inadequate foods promote a gap between the understanding of the consequences of healthy eating and adolescents' eating habits, as seen in the increased consumption of non-nutritious snacks, fast food and treats to replace main meals. Processed foods are low in vitamins and minerals and high in saturated fats, sodium, and simple sugars, all of which may promote the onset of chronic diseases. Unhealthy eating habits may carry negative physical and psychological consequences, affecting the health and the quality of life of adolescents.

CONCLUSION |

The differences between adolescents' responses to the questionnaire and the perceptions of their parents and/or guardians about food aversions of their teenage children suggest that parents and/or guardians may not be aware that their teenage children dislike certain foods.

This study shows that teenagers are aware of healthy and unhealthy food choices and that parents and/or guardians know the views of their teenage children on this topic.

Our findings highlight the importance of parental influence on attitudes, behaviors, and dietary knowledge of their teenage children.

REFERÊNCIAS |

1. Costa MGFA, Nunes MMJC, Duarte, JC, Pereira AMS. Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. *Rev Enf.* 2012; 3(6):55-68.
2. Novaes JF, Priore SE, Franceschine SCC. Estado nutricional e hábitos alimentares de adolescentes de escolas privadas. *Biosci J.* 2004; 20(1):97-105.
3. Frutuoso MFP, Bismarck-Nasr EM, Gambardella AMD. Redução do dispêndio energético e excesso de peso corporal em adolescentes. *Rev Nutr.* 2003; 16(3):257-63.
4. Leme AC, Philippi ST, Toassa EC. Práticas e percepções alimentares: o que os adolescentes pensam sobre uma alimentação saudável? *Rev Bras Nutr Clín.* 2011; 25(1):1-20.
5. Ferreira da Costa AL, Duarte DE, Kuschnir MCC. A família e o comportamento alimentar na adolescência. *Rev Adolesc Saúde.* 2010; 7(3):52-8.
6. Bloch KV, Szklo M, Kuschnir MCC, Abreu GA, Barufaldi LA, Klein CH, et al. The study of cardiovascular risk in adolescents – ERICA: rationale, design and sample characteristics of a national survey examining cardiovascular risk factor profile in Brazilian adolescents. *BMC Public Health.* 2015; 15(94):1-10.
7. Araki EL. Refeições em família e sua relação com consumo alimentar e estado nutricional de adolescentes. Dissertação [Mestrado em]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.
8. Larson NI, Wall MM, Story MT, Neumark-Sztainer DR. Home/family, peer, school, and neighborhood correlates of obesity in adolescents. *Obesity.* 2013; 21(9):1858-69.
9. Silva JG, Teixeira LMO, Ferreira MA. Alimentação na adolescência e as relações com a saúde do adolescente. *Rev Texto Contex Enferm.* 2014; 23(4): 1095-103.
10. Santos MM, Paiva AA, Pedrosa JIS, Viana RL. Dietary Knowledge, Behaviours and Attitudes of Students of Public School in a Northeastern City in Brazil. *Health.* 2014; 6(11):1315-21.
11. González APH, Wichmann FMA. Consumo alimentar e conhecimentos em nutrição de escolares submetidos a oficinas de intervenção nutricional. *Rev Nutri.* 2012; 13(1):11-6.
12. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Technical Report Series. 2003;916. Geneva.
13. Fortes LS, Amaral ACS, Ferreira EC. Comportamento alimentar inadequado em adolescentes de Juiz de Fora. *J Bras Psiquiatr.* 2013; 21(2):403-10.
14. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country Profile 2011. WHO Global Report. 2011. Geneva.
15. Allcock DM, Gardner MJ, Sowers J R. Relation between childhood obesity and adult cardiovascular risk. *Int J Pediatr Endocrinol.* 2009; 2009:108187.
16. Power C, Thomas C. Changes in BMI, duration of overweight and obesity, and glucose metabolism: 45 years of follow-up of a birth cohort. *Diabetes Care.* 2011; 34(9):1986-91.
17. FISBERG, M. Atualização em obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Atheneu, 2014.
18. Macarthur, G. J.; Smith, M. C.; Melotti R, et al. Patterns of alcohol use and multiple risk behaviour by gender

during early and late adolescence: the ALSPAC cohort. *Journal Public Health* 34, Suppl. 1, I20-30. (2012).

19. Ferreira GC, Silva PCS, Andrade CUB, Soares, EA, Mesquita G. Alimentação na adolescência e a relação com o estresse. *Rev Adolesc Saúde*. 2012;9(1):12-7.

20. Fitzgerald A, Heary C, Nixon E, Kelly C. Factors influencing the food choices of Irish children and adolescents: a qualitative investigation. *Health Promot Int*. 2010; 25(3):289-98.

21. Russel CG, Worsley A, Campbell KJ. Strategies used by parents to influence their children's food preferences. *Appetite*. 2015; 90:123-30.

22. Hubbs-Tait L, Kennedy TS, Page MC, Topham GL, Harrist, AW. Parental feeding practices predict authoritative, authoritarian, and permissive parenting styles. *J Am Diet Assoc*. 2008;108(7):1154-61.

23. Blissett J, Meyer C, Haycraft E. The role of parenting in the relationship between childhood eating problems and broader behaviour problems. *Child Care Health Dev*. 2011; 37(5):642-8.

24. Collins C, Duncanson K, Burrows T. A systematic review investigating associations between parenting style and child feeding behaviours. *J Human Nutr Diet*. 2014; 27(6):557-68.

25. Silva DCA, Frazão IS, Osório MM, Vasconcelos MGL. Percepção de adolescentes sobre a prática de alimentação saudável. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(11):3299-308.

26. Pearson N, Ball K, Crawford D. Predictors of changes in adolescents' consumption of fruits, vegetables and energy-dense snacks. *Br J Nutr*. 2011;105(5):795-803.

27. Walsh AD, Cameron AJ, Crawford D, Hesketh KD, Campbell KJ. Dietary associations of fathers and their children between the ages of 20 months and 5 years. *Public Health Nutr*. 2016; 18:1-7.

28. Raphaelli CH, Azevedo MR, Hallal PC. Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e adolescentes em escolares de zona rural de um município do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(12):2429-40.

29. Cambraia RP, Murta NMG, Campos MHO, Botelho LAA. Preferência alimentar de crianças e adolescentes: revelando a ausência de conhecimento sobre a alimentação saudável. *Alim Nutr*. 2012; 23(3):483-9.

30. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Szklo M, Kuschnir MCC, Klein CH, Abreu GA et al. Sampling design for the Study of Cardiovascular Risks in Adolescents (ERICA). *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(5):921-30.

Correspondência para/Reprint request to:

Marize Melo Santos

Senador Arêa Leão Avenue, number 2600, apartment 202, Jóquei, Teresina/PI, Brazil

CEP: 64049-110

Tel.: (86) 994523342

E-mail: marizesantos@ufpi.edu.br

Submetido em: 19/06/2016

Aceito em: 17/11/2016

Ana Suelen Pedroza Cavalcante¹
Marcos Aguiar Ribeiro¹
Silvana Maria Caetano Tomás¹
Maristela Inês Osawa Vasconcelos¹
Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque¹
Quitéria Livia Muniz Mira¹
Maria Veraci Oliveira Queiroz¹

**Circles of culture as a
consensus building tool:
dialogue on risk assessment
and vulnerability**

| Círculos de cultura como ferramenta de construção de consenso: diálogos sobre avaliação de risco e vulnerabilidade

ABSTRACT | Introduction: *Risk assessment and vulnerability of spontaneous demand in the Family Health Strategy Program poses a major challenge to the management of health services. In this sense, this study attempts to contribute to the orientation of users and professionals on the spontaneous demand at Primary Health Care Units (UBS), in order to clarify priorities and improve health service flow. Objective:* *To assess a consensus building experience of risk and vulnerability through circles of culture. Methods:* *This intervention project experience, developed with professionals of Primary Health Care, describes the implementation of circles of culture to achieve a consensus building tool. Results:* *From these circles with professionals from a range of different areas, a consensus on service priority emerged, represented by four colors: red, yellow, green and blue. The reflections provided by the circles emerged from popular culture and from the rich experiences of the participants, who confronted the narrowness of the scientific knowledge to better apprehend the surrounding reality. The members of the group managed to offer proposals for the transformation of their practices by reflecting on the practice of intentionality in service delivery. Conclusion:* *This dialogue encouraged the creation of circles of culture to discuss risk assessment and vulnerability of spontaneous demand at UBS. Participants ressignified their traditional understandings to find a consensus tool, which may contribute to improve the quality of the reception at Primary Health Care Units.*

Keywords | Health Centers; Screening; Consensus.

RESUMO | Introdução: A avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea na ESF apresenta-se como um desafio importante para organizar os serviços de saúde. Nesse sentido, espera-se contribuir para a orientação dos usuários e profissionais sobre a demanda espontânea da UBS, de modo a esclarecer sobre as prioridades e o fluxo do serviço de saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de construção de consenso de avaliação de risco e vulnerabilidade por meio de círculos de cultura. **Métodos:** Relato de experiência, desenvolvido com profissionais de uma UBS, a partir da implementação de Círculos de Cultura. **Resultados:** A partir da realização dos círculos de cultura com profissionais de diferentes categorias, realizou-se um consolidado dividido em quatro cores de prioridade de atendimento: vermelho, amarelo, verde e azul, resultado da construção de consenso com esses profissionais. As reflexões proporcionadas pelos círculos de cultura emergiram do saber popular, das diversas experiências dos participantes do grupo, que buscaram alicerçar-se no confronto deste com o saber científico, ao assumir significado maior pela sua apropriação com o contexto real. Desse modo, o grupo pôde elaborar propostas para transformação de sua atuação com base na reflexão sobre a intencionalidade da prática no serviço. **Conclusão:** O diálogo promovido no desenvolvimento dos Círculos de Cultura sobre a avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea contribuiu para que os participantes ressignificassem suas compreensões a respeito desta temática e produzissem em consolidado, de forma a subsidiar melhoria na qualidade do acolhimento desta unidade.

Palavras-chave | Centros de Saúde; Triagem; Consenso.

¹Universidade Federal do Ceará, Sobral/CE, Brasil.

INTRODUÇÃO |

As transformações ocorridas no Brasil a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) instigaram a busca por uma estratégia prática de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, em 1994, o Ministério da Saúde lança o Programa Saúde da Família (PSF), substituído pela Estratégia Saúde da Família (ESF) anos depois, considerada como a porta de entrada preferencial do atendimento. Nesse sentido, a ESF propõe a atenção à saúde orientada pelo princípio da vigilância em saúde, de forma a integrar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e cura, desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar com responsabilização sanitária sobre um território definido¹.

Além disso, a equipe da ESF é responsável pelo estabelecimento de vínculos e de corresponsabilização com a comunidade adscrita², de modo a realizar um amplo diagnóstico da situação de saúde desta população. Dessa forma, para sua efetivação é importante que haja o comprometimento dos trabalhadores com a reestruturação do trabalho em saúde, de modo que sejam desenvolvidas práticas que visem ao atendimento das necessidades de saúde desta população com a presença de atos de fala, escuta, vínculo e negociação¹.

Nesse contexto, insere-se o acolhimento como uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, que acontecem de formas variadas, ou seja, apresenta-se em uma prática constitutiva das relações de cuidado. Nessa perspectiva, o acolhimento deve garantir o princípio de equidade, com base na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, de forma a corrigir diferenciações injustas e negativas e evitar iatrogenias devido a não observação das diferentes necessidades³.

A Portaria nº 2.488/ 2011 corrobora ao afirmar que o acolhimento é a ferramenta do processo de trabalho das equipes da ESF, caracterizada pela escuta qualificada, avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea, avaliação das necessidades que o usuário ou a comunidade apresenta e análise de vulnerabilidade de saúde⁴. Assim, a estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientarão o tipo de intervenção ou oferta de cuidado necessário e o tempo em que isso deve ocorrer³.

Dessa forma, o acolhimento pode ser considerado como um dispositivo para a implantação de novas práticas em saúde, com base na problematização e reorganização dos processos de trabalho⁵. Neste ínterim, a implantação de acolhimento da demanda espontânea requer mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar³.

É preciso ainda reconhecer a diferença entre acolhimento e triagem, uma vez que nesta última ocorre apenas o atendimento das necessidades dos usuários a partir da divisão das prioridades⁶. No entanto, o que se busca neste estudo é justamente aliar estas duas estratégias, para que a triagem também se torne um espaço de acolhimento, onde a equipe possa realizar a organização do serviço com espaço aberto e dialógico que sejam capazes de minimizar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde pela população.

Assim, a avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea na ESF apresenta-se como um desafio importante para organizar os serviços de saúde oferecidos de forma a permitir um acesso de qualidade com resolubilidade, uma vez que eventuais fragilidades e limitações identificadas nesse processo poderão implicar uma assistência fragmentada e superficial.

A partir do exposto, espera-se contribuir para a promoção da orientação tanto dos usuários quanto dos profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre o cronograma diário da unidade de saúde, de modo a esclarecer as prioridades e o fluxo do serviço de saúde, qualificando, assim, a assistência prestada e colaborando com a reorganização do serviço.

Nesse sentido, inserem-se os círculos de cultura como espaço de diálogos, onde todos os profissionais de todas as categorias podem compartilhar suas experiências e conhecimentos para melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários.

O Círculo de Cultura, proposto por Paulo Freire, representa conceitualmente um espaço dinâmico, de caráter dialógico de aprendizagem e de troca mútua de conhecimentos, fundamentado na pedagogia libertadora e problematizadora proposta pelo teórico, onde todas as pessoas que o integram participam por meio do diálogo, leem, escrevem, discutem e constroem o mundo em que vivem⁷.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência de construção de um consenso de avaliação de risco e vulnerabilidades por meio de círculos de cultura, com diferentes categorias profissionais de uma UBS.

Nesse sentido, a ação e a reflexão ao redor de situações existenciais que abordam temas como saúde, educação, cidadania e qualidade de vida, têm inspirado a realização de vários trabalhos com Círculo de Cultura na área da saúde, como uma forma de compartilhamento de experiências e construção de consenso⁸⁻¹⁰.

MÉTODOS |

Trata-se de um relato de experiência de um projeto de intervenção, desenvolvido no período de dezembro de 2014 e janeiro de 2015, em um Centro de Saúde da Família (CSF) de um município do interior do Ceará, disparado a partir das vivências práticas de internos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Os participantes desta intervenção foram os seguintes profissionais da saúde que trabalham nesse CSF: médicas, enfermeiras, técnicas de enfermagem, agentes administrativos, vigias, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), profissionais do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

Infere-se ainda que, apesar da avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea geralmente ser protagonizada pelos enfermeiros, é essencial que todas as categorias profissionais estejam empoderadas desse processo de triagem. Dessa forma, acredita-se que a participação desses trabalhadores na análise e decisão sobre os modos de acolher a demanda espontânea é relevante para a sustentabilidade desse tipo de intervenção, uma vez que aumentam as chances de pertencimento coletivos¹. Nessa perspectiva, considera-se ainda que o atendimento às necessidades de saúde da população deste território é responsabilidade de todos os profissionais que compõe esta unidade de saúde³.

Ressalta-se a relevância da participação de diversos atores da Estratégia Saúde da Família na construção do consenso da avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea, uma vez que eles se confrontam, direta ou indiretamente, com as necessidades de saúde dos usuários.

Assim, optou-se por realizar o Círculo de Cultura, com o intuito de propiciar que os profissionais se percebessem como sujeitos ativos. O Círculo de cultura permite que haja a participação de todos, em momentos do diálogo, que extrapolam o aprendizado individual.

Além disso, utilizaram-se referenciais de Construção de Consenso para o desenvolvimento deste estudo. A Construção de Consenso é um dos métodos para processos de tomada de decisão e resolução de conflitos. Assim, esse processo depende de que os integrantes do círculo se percebam como iguais, onde cada um respeite a opinião do outro, mesmo que não concorde, ou seja, é importante que cada participante tenha capacidade de ouvir, bem como falar. Ou seja, não se limita à votação, debate ou direcionamento a partir de uma autoridade¹¹.

Nesse sentido, foram realizados oito círculos de cultura, um com cada categoria profissional: os Agentes Administrativos (cinco participantes), as Agentes Comunitárias de Saúde (12 participantes), os vigias (três vigias), as Enfermeiras (três enfermeiras), as Técnicas de Enfermagem (três participantes), as Médicas (duas participantes), os profissionais do NASF (seis participantes), e profissionais da RMSF (três participantes).

Para o desenvolvimento de cada círculo de cultura, foram seguidas as seguintes etapas: formação do grupo; investigação temática (levantamento do universo vocabular); tematização; problematização e avaliação.

O círculo de cultura tem como princípios o respeito pelo educando, a conquista da autonomia e a dialogicidade. São estruturados em alguns momentos, a saber: a investigação do universo vocabular, ou seja, a relação das palavras de uso contínuo, do qual são extraídas as palavras geradoras; a tematização, processo no qual os temas e palavras geradoras são codificados e decodificados, possibilitando a ampliação do conhecimento e a compreensão dos educandos sobre a própria realidade; a problematização representa o ápice da proposta do círculo e busca instigar uma visão crítica e reflexiva dos educandos^{12,13}.

Posteriormente, foi realizada a síntese criativa com todos esses profissionais. Esta etapa do estudo ocorreu em um espaço de cogestão da Estratégia Saúde da Família, denominado roda. As rodas acontecem em um turno semanal do referido CSF, com todos os profissionais do serviço de saúde, com o objetivo de construir um espaço

dialógico e participativo com características administrativa, pedagógica, terapêutica e política. Nesse momento, a roda originou um consenso da avaliação de risco e vulnerabilidade de acordo com a realidade local a partir do que foi construído nos círculos¹⁴.

RELATO DO CASO |

A intervenção foi realizada a partir da identificação da necessidade de reorganização do serviço, tanto pelos profissionais que fazem parte do referido CSF quanto pelos internos de enfermagem.

A triagem era realizada em uma única sala pelas três enfermeiras do CSF. Assim, os usuários não tinham privacidade e conseqüentemente o sigilo de suas informações era comprometido. Além disso, eles não tinham certeza sobre sua equipe de referência, o que fragilizava o vínculo dos profissionais daqueles usuários.

A partir dessa observação, os internos, em conjunto com os profissionais, decidiram traçar uma estratégia que potencializasse o serviço. Ambos concordaram que era necessária a reorganização na triagem, o que contribuiu para o acolhimento na ESF.

Os círculos de cultura seguiram as seguintes etapas: investigação temática, que correspondeu ao confronto com a realidade dos profissionais, de onde se originaram as seguintes palavras geradoras: demanda espontânea, atendimento, desorganização e prioridade. Em seguida, houve a tematização, síntese dos temas a partir das referidas palavras, que culminou na temática central: avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea. Posteriormente, problematizaram que a desorganização no atendimento à demanda espontânea ocorria devido à falta de reconhecimento da equipe de referência pelo usuário, falta de privacidade no atendimento e a ausência de uma definição coerente de prioridade no atendimento.

Nessa etapa do estudo, conheceu-se o universo vocabular dos profissionais do CSF. Para tal, foi necessária a inserção no local de atuação desses profissionais, o que possibilitou subsídios para a aproximação de suas leituras de vida, como também de suas percepções acerca da modelagem de triagem da unidade de saúde em que atuam.

Nesse contexto, a investigação temática fundamentou-se nas ações de saúde realizadas pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde, agentes administrativos, vigias, profissionais do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) e residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

Desse modo optou-se por realizar a investigação temática no cotidiano das pessoas, onde elas vivem, por meio das palavras e temas centrais de suas biografias, assim, podem ser extraídas de suas falas, conversas, frases, discussões, dentro ou fora do círculo, uma vez que se acredita que tudo está arraigado aos temas da comunidade, a seus assuntos, a sua vida^{6,15}.

Assim, a investigação temática ocorreu por meio da observação participante em todos os locais do CSF e atividades. Nesse sentido, as informações obtidas possibilitaram um conhecimento prévio do universo vocabular no que concerne à triagem e ao acolhimento em saúde da unidade na qual trabalham. Vale salientar ainda que a investigação temática foi retomada com a tematização e a problematização no desenvolvimento de cada círculo de cultura, haja vista que o referencial aplicado se caracteriza pela circularidade e a inter-relação das fases que compõem os círculos.

A partir da investigação temática, iniciou-se o processo de codificação e decodificação dos temas, ou seja, buscou-se o seu significado do acolhimento em saúde, tomando, desse modo, consciência do cotidiano do trabalho.

As codificações são representações de aspectos reais que expressam momentos do contexto concreto, de forma que pode ser: visual, auditiva, tátil e/ou audiovisual. Nesse sentido, depois de codificada uma situação existencial, faz-se necessária a sua decodificação, ou seja, a apreensão crítica da situação existencial problematizada por meio da codificação do tema gerador. Dessa forma, constituiu-se como o momento da releitura da situação existencial para superar as formas ingênuas de compreensão de um determinado fenômeno, por meio da fundamentação e discussão crítica¹³.

Para propiciar aos participantes um ambiente potente e favorável para que pudessem se expressar com facilidade e naturalidade, foram realizadas técnicas de sensibilização e descontração, a saber: danças circulares, músicas e

massoterapia. Elas foram selecionadas de acordo com o público de cada círculo, de forma a considerar o quantitativo e as singularidades dos participantes.

Os movimentos que ocorrem durante a existência de um grupo retratam dinâmica única. A proposta de utilizar técnicas de integração, descontração e sensibilização fundamenta-se no pressuposto de que cada grupo, em sua individualidade, vivencia a interação dos seus membros, a busca de superar o individual e constituir o coletivo. Ela auxilia a fazer um diagnóstico constante das necessidades do grupo¹⁶.

Esta etapa possibilitou a reflexão crítica, pelos participantes, sobre a transformação do cotidiano do trabalho, no que diz respeito ao acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidades. Nesse momento do processo de ensino-aprendizagem estimulou-se um estado de inquietação com a realização de leituras críticas do mundo, ao identificar desafios, possibilidades e buscar soluções ao definir os caminhos que conduzissem à transformação da realidade. Assim, o uso da reflexão crítica sobre a própria prática funciona como elemento potencializador de transformações dessa prática¹⁷.

As reflexões emergiram do saber popular, das diversas experiências dos participantes do grupo, que buscaram alicerçar-se no confronto deste com o saber científico, ao assumir significado maior pela sua apropriação com o contexto real. Desse modo, o grupo pôde elaborar propostas para transformação, tais como reconhecimento da equipe de referência e das prioridades pelos usuários; escuta em ambiente individualizado; e tempo de espera para atendimento de acordo com a avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea.

Para tanto, foi feita, nesse momento de problematização, a reflexão acerca de questões norteadoras, a saber: “O que você compreende por avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea?”; “Quais as prioridades de atendimento na demanda espontânea?”; “Como você percebe o acolhimento na unidade?”; “Como melhorar o atendimento na unidade?”

Além disso, houve a apropriação de fundamentação teórica mediante leitura de texto em cada círculo de cultura, que, atendendo à solicitação prévia das participantes do estudo, não eram muito longos e cansativos. A partir da leitura crítica e reflexiva de textos selecionados com base na

avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea, foi possível estabelecer uma aproximação teórico-prática, visando a subsidiar o aprofundamento das discussões e a formulação coletiva de possibilidades de respostas para prover a transformação no contexto vivido, culminando na síntese do que foi vivenciado em cada Círculo.

Foi realizada avaliação qualitativa por meio da autoavaliação, pelos participantes, em todos os Círculos, de forma a promover a permanente reflexão sobre o que estava sendo desenvolvido. Nessa perspectiva, a reflexão sobre o próprio desempenho é um meio eficiente para aprender a identificar e potencializar pontos que estejam fragilizados, de forma a fornecer subsídios para uma melhoria na qualidade¹⁸.

Por sedimentar um processo cíclico e inter-relacionado, é possível constatar que o desenvolvimento de um Círculo em todas as suas etapas de levantamento temático, tematização, problematização, constitui um levantamento relevante para a consecução reflexiva do Círculo posterior, evidenciando a criação de um movimento dinâmico e em contínua reconstrução.

O Círculo de Cultura sintetiza um espaço dinâmico, de interação e acolhimento com foco no diálogo em que todos participam com possibilidade de ensinar e aprender¹⁹. Assim, a vivência nos Círculos de Cultura possibilitou identificar necessidades, expectativas e inquietações, que haviam sido despertadas e mereciam ser trabalhadas nos Círculos posteriores, tais como os desafios do reconhecimento da importância da avaliação de risco e vulnerabilidade por parte dos usuários e dos trabalhadores.

A organização e o funcionamento dos Círculos de Cultura propuseram um trabalho sistematizado, que desencadeou a possibilidade de uma reflexão individual e a construção do conhecimento compartilhado a partir da troca de experiências. Desse modo, com base na investigação temática, iniciada nos primeiros contatos que antecederam a realização dos Círculos.

Além disso, ao término de cada Círculo, ao realizar esta avaliação, foram apreciados participação, interesse, motivação e apreensão do conteúdo pelo grupo, onde se instigou a necessidade de rever o planejamento do próximo Círculo de Cultura.

Na reflexão crítica dos dados registrados em cada Círculo finalizado, se valorizava as falas, os gestos e as expressões

de cada participante, para contribuir na codificação e decodificação dos temas geradores e na busca de seu significado social, provocando uma postura ativa do grupo na consciência do mundo vivido.

A partir da realização dos círculos de cultura com os profissionais das diferentes categorias, realizou-se um consolidado, resultado da construção de consenso com esses profissionais.

Durante a fase de Construção de Consenso, os envolvidos se encontraram várias vezes para construir o consenso passo a passo, uma vez que se considera a realização de cada círculo de cultura uma parte integrante do processo de construção do consenso, a partir da criação do entendimento comum da desorganização do atendimento à demanda espontânea, no sentido do acordo sobre uma solução²⁰. Assim, a utilização dos Círculos de Cultura, promove um espaço de aprendizagem, onde estar com o outro e ver/reconhecer que o outro é possuidor de um saber, torna-se indispensável para a produção do consenso.

A construção de consenso culminou em um espaço de negociação, na roda da unidade, onde participaram todos os profissionais que participaram nos círculos de cultura, totalizando 34 atores.

A construção de consenso aliado ao referencial do círculo de cultura proposto por Paulo Freire possibilitou um espaço dialógico e participativo, que permitiu a integração entre todos os participantes, com colaboração mútua deles. Desse modo, resultou na construção do consolidado sobre avaliação de risco e vulnerabilidades.

As informações produzidas em conjunto apresentam maior credibilidade entre todas as partes, o que colabora significativamente para a construção de consenso entre os participantes. Dessa forma, o consenso é alcançado quando todos os participantes concordam que poderão se satisfazer com o que foi definido, depois de um esforço para identificar os interesses de todos os participantes²¹.

Desse modo, a utilização do círculo de cultura com a construção de consenso torna-se relevante pelo fato de buscar alternativas que tentam conceder resolutividade

Quadro 1 - Consolidado da avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea

VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Dor aguda (Escala de dor, cima de 8)	Dor Crônica	IRA	Orientações
Febre acima de 38,5°C, e crianças menores de 7 anos	Idosos acima de 70 anos	Lesões de pele	Renovação de Receita
Pressão Arterial acima de 160x100 mmHg, sintomática	Pressão Arterial abaixo de 160x100 mmHg, sintomática	Puericultura	Apresentar resultado de exames
Glicemia acima de 350 mg/dl	Glicemia, abaixo de 350 mg/dl, sintomática	Diarreia/vômito sem desidratação	Tratamento de verminoses e micoses
Recém-nascido N (Até um mês de vida com queixas)	Recém-Nascido (Até um mês de vida sem queixas)		"Atestado"
Gestante com queixas	Pré-Natal e gestantes sem queixas		Pediculose
Doenças Contagiosas de Alta Infectividade (catapora, sarampo, meningite)	Suspeita de Tuberculose ou Hanseníase		Escabiose
Dispneia	Crise abstinência		
Desidratação	Pressão Arterial acima de 160X100, assintomática		
Hipoglicemia, sintomática			
Suspeita de dengue com sinais de alerta			
Crise Convulsiva			
Tentativa de suicídio			
Perda de consciência			

às adversidades encontradas na distribuição das vagas para consultas, além de otimizar a quantidade de vagas insuficiente para toda a demanda.

Nessa perspectiva, o consolidado foi dividido em quatro cores de prioridade de atendimento: Vermelho, que designa um atendimento imediato, ou encaminhamento para alguma unidade de referência; Amarelo, atendimento no mesmo turno, no entanto, pode haver um tempo de espera; Verde, atendimento que deve ser prestado no mesmo dia, todavia, pode esperar pelo turno vespertino; e por último o Azul, que representa os agendamentos que podem ser feitos para dias em a agenda esteja mais vaga. Para dividir a avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea nestas cores, utilizou-se com referência, o que está descrito na Política Nacional de Humanização que prevê Vermelho como prioridade zero – emergência, com a necessidade de atendimento imediato; Amarelo como prioridade 1 – urgência, com um atendimento o mais rápido possível; Verde como prioridade 2 – prioridade não urgente; e Azul como prioridade 3 – consultas de baixa complexidade, que requerem um atendimento de acordo com o horário de chegada²².

O Quadro 1 apresenta o consolidado avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea construídos a partir do consenso dos profissionais envolvidos na intervenção. Vale salientar que as necessidades dos usuários elencadas foram originadas a partir das vivências/experiências dos profissionais no cotidiano do referido CSF, de forma a garantir coerência com a realidade local.

Cabe salientar que esta avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea será feita na triagem realizada pelos enfermeiros, uma vez que se acredita que esses profissionais tenham competência técnica, científica, ética e legal para realizar um bom desempenho em tal tarefa.

CONCLUSÃO |

O diálogo promovido no desenvolvimento dos Círculos de Cultura sobre a avaliação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea, realizados com diferentes categorias profissionais do referido CSF, contribuiu para que todos os participantes ressignificassem suas compreensões a respeito desta temática.

Neste ínterim, um espaço de construção e compartilhamento de saberes foi produzido, de forma a mediar uma relação horizontal, como também contribuir para a melhoria do acolhimento em saúde, de forma a conceder coerência entre a prática e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Assim, os participantes reconheceram em si e em seus colegas de trabalho o protagonismo do fazer saúde, ao estabelecer uma relação efetiva de fala e escuta, sempre respeitando o que o outro tem a dizer. Desse modo, o estudo desenvolvido possibilitou o alcance de resultados significativos, que permitiram conhecer a percepção de cada categoria profissional de forma a produzir consensos.

Acredita-se que a avaliação de risco e vulnerabilidade se configura como meio e um processo de organização e reorientação do atendimento à demanda espontânea. Nesse sentido, a construção desse consenso coerente com a realidade local subsidia a triagem como uma estratégia para o acolhimento dos usuários na ESF.

REFERÊNCIAS |

1. Pereira IC, Campos MA. Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2014.109 p.
2. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(4):727-33.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizada atenção básica à saúde na perspectivado acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(Supl 1):1523–31.

6. Pennsa CM, Faria RSR, Rezende GP. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? *Rev Min Enferm.* 2014; 18(4):815-22.
7. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
8. Heidemann ITSB, Wosny AM, Boehs AE. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(8):3553-9.
9. Veras GC et al. Círculos de Cultura e Qualificação Profissional para Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde São José/Paps – Relato de Experiência. *Rev Bras Ext Univer.* 2015; 6(1):53-8.
10. Albuquerque IMN, Cavalcante ASP, Ribeiro MA. Desencontros e encontros sobre extensão universitária à luz da pedagogia de Paulo Freire. *Essentia.* 2016; 17(1):158-86.
11. Bronson JN. Focalização, sinergia & construção de consenso para projetos temáticos. 2004.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
13. Freire P. *Cartas a Guiné-Bissau: registros de uma experiência em processo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1978.
14. Campos SWG. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de um valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
15. Lima LO. Método Paulo Freire: processo de aceleração de alfabetização de adultos. In: Lima LO. *Tecnologia, educação e democracia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1979. p.175-6.
16. Tatagiba MC, Filártiga V. *Vivendo e aprendendo com grupos: uma metodologia construtivista de dinâmica de grupos*. Rio de Janeiro: DP&A; 2002.
17. Franco MAS. Pesquisa-ação: a produção partilhada de conhecimento. *UNOPAR Cient Ciênc Human Educ.* 2010; 11(1):5-14.
18. Frade FLS. *Avaliação e autoavaliação no ambiente escolar*. Monografia [Especialização em Fundamentos da Educação]. Paraíba: Universidade da Paraíba; 2014. 30 p.
19. Freire, P. *Pedagogia da esperança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
20. Staus DA. Designing a consensus building process using a graphic road map. In: Susskind L, McKearnan S, Thomas-Lamer J. *The consensus building handbook: a comprehensive guide to reach in agreement*. Thousand Oaks: Sage; 1999.
21. Susskind L, Fuller BW, Forenz M, Fairman D. *Multistakeholder dialogue at global scale - working paper*. Cambridge: Consensus Building Institute; 2002.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 48 p.

Correspondência para/Reprint request to:

Ana Suelen Pedroza Cavalcante

*Avenida Comandante Maurocêlio Rocha Pontes,
Derby Clube, Sobral/CE, Brasil*

CEP: 62100-000

Tel.: (88) 3677-4240

E-mail: anasuelen15@hotmail.com

Submetido em: 08/05/2016

Aceito em: 26/10/2016

Using an operational plan as an instrument to improve the quality of services provided by a public clinical laboratory

| Plano operativo como instrumento para melhorar a qualidade do serviço prestado por um laboratório público de análises clínicas

ABSTRACT | Introduction:

Lack of proper communication between health professionals (including doctors) and users at the Municipal Clinical Laboratory affect the quality and reliability of service to the population.

Objective: *The objective of this study was to demonstrate that improved communication between the laboratory, patients and health professionals can improve the quality of the test performed as an aid to complement the clinical reasoning to define a diagnosis, evaluate prognosis and propose treatment.* **Methods:** *This study report the use of the Situational Strategic Planning (SSP), as proposed by Carlos Matus, as a tool to improve the quality of service provided by a Clinical Laboratory of a small city. Several problems related to the city-run Clinical Laboratory were raised. We focused on the failure to properly advertise the city's laboratory services. This problem was related to a lack of communication between health professionals and the difficulty of the users to obtain information on laboratory services. A flowchart was used to depict the causes and consequences of the problem. After this phase, other stages of the plan were defined as normative, strategic, and tactic moments which were followed by operational monitoring and evaluation indicators.* **Results:** *After implementation of the plan, 90% doctors, 85% of other health professionals and 90% of patients were informed of the laboratory services.* **Conclusion:** *The SSP provided a major change in the planning and provision of public service by mobilizing health professionals and users in search of a common good: to improve information about the services provided by the sector. SSP dramatically enhanced accessibility to laboratory services to users, health professionals and doctors.*

Keywords | *Clinical Laboratory Services; Health Communication; Strategic Planning.*

RESUMO | Introdução: Os problemas relacionados à ineficiência de comunicação entre os profissionais de saúde e usuários e o Laboratório Municipal de Análises Clínicas afetam sua qualidade e credibilidade do serviço prestado à população. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi demonstrar que a melhoria na comunicação entre o laboratório, os pacientes e os profissionais de saúde pode aperfeiçoar a qualidade do exame realizado como auxílio para complementar o raciocínio clínico para definir um diagnóstico, avaliar prognóstico e propor tratamento. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência da utilização do Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Carlos Matus como instrumento para melhorar a qualidade do serviço prestado por um laboratório de Análises Clínicas de um município do sul de Minas Gerais. O PES envolveu a participação de vários atores, incluindo profissionais de saúde, usuários, representantes da prefeitura e câmara municipal. Foram levantados vários problemas relacionados ao Laboratório Municipal de Análises Clínicas, e o problema escolhido foi a deficiência de divulgação dos serviços laboratoriais, o qual estava relacionado com a deficiência de comunicação entre os profissionais de saúde e dificuldade do usuário em obter informação sobre os serviços do laboratório. **Resultados:** Os indicadores de monitorização foram aplicados e demonstraram que 90% dos médicos, 85% dos demais profissionais de saúde e 90% dos pacientes estavam informados sobre os serviços laboratoriais. **Conclusão:** O PES auxiliou o planejamento no serviço público e mobilizou profissionais de saúde e usuários em busca de um bem comum: melhorar os serviços prestados à população. Com a utilização do PES, foi possível divulgar os serviços laboratoriais aos usuários, profissionais de saúde e médicos com êxito.

Palavras-chave | Serviços de Laboratório Clínico; Comunicação em Saúde; Planejamento Estratégico.

¹Prefeitura Municipal de Congonhal/MG, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Na área de diagnóstico laboratorial, mais do que buscar atender aos desejos dos usuários, busca-se, continuamente, otimizar processos, visando minimizar os riscos à vida. Atitude essa materializada no fornecimento de informações diagnósticas consistentes e fidedignas nos momentos exatos em que sejam mais necessárias¹.

O Laboratório de Análises Clínicas (LAC) tem grande importância na atualidade para apoio diagnóstico, além de contribuir para o monitoramento e acompanhamento da terapia medicamentosa e não medicamentosa². A medicina diagnóstica demonstra sua importância ao participar em cerca de 70% das decisões clínicas com um gasto pequeno nos custos em saúde (em torno de 10%)³.

O aumento de profissionais médicos resultou na ampliação do atendimento ao público, convênios e Sistema Único de Saúde (SUS). Esse aumento na demanda por exames exigiu que os LACs se modernizassem sem que houvesse prejuízo na qualidade do serviço prestado. Isso foi feito por meio da automatização do setor, o que proporcionou agilidade e aumento da precisão e exatidão dos testes realizados⁴.

A geração de um resultado confiável requer explícita adesão a um conjunto de princípios laboratoriais básicos que assegure coleta apropriada, manuseio e processamento das amostras antes da análise, ótima manipulação dos equipamentos, uso de reagentes de pureza especificada e condições controladas². Percebe-se que a realização de exames laboratoriais confiáveis requer profissionais de saúde (bioquímicos e técnicos de laboratórios) qualificados, ou seja, que esses estejam informados e treinados sobre as técnicas e o uso dos aparelhos laboratoriais e coleta correta dos exames. Todo investimento em qualificação de pessoal, quando bem planejado, é capaz de produzir mudanças positivas no seu desempenho⁵, porém é preciso que haja um processo contínuo de monitoração das percepções dos indivíduos sobre a qualidade do serviço, bem como a identificação das causas das discrepâncias encontradas e adoção de mecanismos adequados para a melhoria⁶.

Outro ponto crucial para a efetivação do serviço em um LAC é que os profissionais que solicitam os exames conheçam quais estão disponíveis. Assim, uma comunicação eficiente é imprescindível para o desenvolvimento desse serviço e, conseqüentemente, contribuirá para melhorar a satisfação e credibilidade ante a população.

Percebe-se, no entanto, nos serviços de saúde problemas associados à ineficiência no processo de comunicação intra e Intersetorial, os quais geram situações que prejudicam a sua qualidade⁷. A comunicação é um fator que interfere na dinâmica de funcionamento de qualquer instituição de saúde, sendo assim é de grande importância o desenvolvimento de habilidades comunicativas, como meio de atingir a eficácia e o sucesso na dinâmica do trabalho organizacional⁸.

Observaram-se, em um município de pequeno porte do sul de Minas Gerais, problemas relacionados à falta de comunicação entre o Laboratório Municipal de Análises Clínicas (LMAC), os profissionais de saúde e os usuários. Assim, com vista a minimizar essa lacuna e melhorar a qualidade do serviço prestado pela prefeitura a população, realizou-se um Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para tanto, foi utilizada a metodologia proposta por Carlos Matus⁹, a qual, diferentemente do Planejamento Normativo, se caracteriza por levar em consideração múltiplas dimensões para avaliação dos problemas (política, econômica, social) e análise estratégica dos diferentes atores envolvidos em uma situação de partilha de poder, quadro comum em serviços geridos pelo governo⁹. Suas características principais envolvem o processo participativo e interativo entre todos os atores envolvidos no serviço, a negociação e pactuação de ações e responsabilidades com base na análise da situação real. O PES demonstra ser uma ferramenta aplicável para a correta identificação de problemas na realidade aqui estudada¹⁰.

Assim, o objetivo deste artigo é fazer um relato de experiência sobre a elaboração do Plano Operativo (PO), utilizando o PES, para implantar ações de qualidade nos exames realizados e assim promover a divulgação entre o LAC, profissionais de saúde e usuários, e, dessa forma, melhorar a qualidade do serviço prestado para a população no município foco do estudo.

MÉTODOS |

A metodologia empregada para a realização do presente trabalho é Relato de Experiência. A experiência relatada foi a realização de um PO em um LMAC com o objetivo de melhorar a comunicação entre o laboratório e os profissionais de saúde e usuários.

O trabalho foi realizado no período de agosto de 2014 a agosto de 2015, e o PO foi elaborado no período de 06/08/14 a 01/04/15, iniciando com a oficina do PO do LMAC, finalizando com a distribuição dos panfletos de coleta de exames às unidades de saúde do município.

O município no qual foi desenvolvido o PO encontra-se localizado no Sul de Minas Gerais, aos pés da Serra do Cervo, e tem uma população estimada, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, de 10.468 habitantes. Possui como atividades predominantes: a agropecuária, a indústria de transformação e o turismo.

O sistema de saúde encontra-se estruturado com quatro equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), uma unidade de pronto atendimento (UPA), um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), uma Farmácia, um LMAC, além do prédio da secretaria de saúde, que tem atendimento de psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e nutricionista.

O LMAC tem uma capacidade limitada no número de exames, porém obteve um aumento de 57% (de 21 para 33) nos últimos seis meses devido à aquisição de novos aparelhos automatizados, os quais têm melhorado a qualidade e precisão dos exames, além de ter proporcionado aumento na variedade.

A seleção dos participantes ocorreu considerando os atores que possuíam contato direto com o LMAC (profissionais de saúde), além de atores do executivo, legislativo e usuários. Os participantes foram abordados com o convite feito pessoalmente pelo pesquisador e depois com uma carta-convite, na qual foram convidados para a primeira oficina do PO do LMAC.

Participaram da oficina 13 atores de 15 convidados, incluindo prefeito municipal, vereador, técnicos da vigilância sanitária municipal, secretária de saúde, médico, enfermeira, assistente social, farmacêutico, técnico de laboratório e dois usuários do SUS. Todos os 13 atores assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A primeira oficina para elaboração do PO ocorreu no prédio da secretaria de saúde do município. Foi apresentado inicialmente para todos os participantes o vídeo “Quem mexeu no meu queijo”, com intuito de motivar para mudanças dos conceitos. Posteriormente, foi apresentada a metodologia do PES proposto por Carlos Matus. Foi

ênfático o trabalho em equipe, como estratégia de se pensar na resolução dos problemas do setor. As ações desenvolvidas no PO visavam três públicos-alvo: os médicos (responsáveis pelas requisições dos exames), os demais profissionais de saúde (responsáveis pela informação ao usuário) e os usuários.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Quando um laboratório de análises clínicas libera um laudo incorreto, pode desencadear um ciclo negativo de aumento de consultas médicas com consequente aumento de serviços de apoio diagnóstico (exames laboratoriais e imagens), aumentando os custos dos serviços de saúde e criando desconfiância da qualidade do serviço prestado do laboratório¹².

Desse modo, deve-se buscar um processo de melhoria contínua com um planejamento de processos envolvidos na realização dos exames laboratoriais, inclusive administrativos, técnicos e identificar erros e sugerir melhorias¹³.

O fato que motivou a realização de PES foi a aquisição, por parte do município, de dois aparelhos automatizados para a realização de exames laboratoriais, os quais têm boa precisão e exatidão, resultando em boa confiabilidade dos resultados⁴. Isso permitiu que houvesse a possibilidade de aumentar a variedade e a quantidade dos exames a serem oferecidos para a população e a implantar um bom controle de qualidade para melhorar a confiabilidade dos resultados. Porém, para que isso se concretizasse em benefícios para a saúde dos usuários do SUS, era necessário que esse serviço fosse divulgado a todos os profissionais de saúde, principalmente médicos, e usuários e que os procedimentos para garantir a qualidade dos exames fossem realizados de maneira correta.

A seguir, encontram-se descritas as etapas que culminaram na realização do PO do LMAC.

A primeira etapa do PES é denominada de momento explicativo. Nele ocorre o diagnóstico da situação atual, ou seja, verifica-se a realidade presente e o espaço até o futuro desejado¹⁰. Na primeira oficina para elaboração do PO, os participantes foram estimulados a pensar sobre os problemas que visualizavam no serviço do LMAC. Após este

questionamento, os atores debateram opiniões e sugestões, identificando vários problemas, sendo identificados 13, os quais estão ilustrados no Quadro 1.

Quadro 1 - Problemas identificados pelos atores na primeira etapa do Planejamento Estratégico Situacional

Nº	Problema identificado
01	Demora na realização dos exames;
02	Demora na marcação dos exames;
03	Demora na espera de resultados;
04	Oferta de exames deficitários;
05	Déficit de recursos humanos;
06	Precariedade no modo de emissão de exames;
07	Deficiência de padronização dos exames aos médicos;
08	Demora em exames prioritários;
09	Falta de controle dos pedidos de exames pelos médicos;
10	Pacientes faltosos na coleta;
11	Desinteresse na retirada dos exames;
12	Falta de priorização de pacientes do SUS;
13	Deficiência da divulgação dos serviços do laboratório.

A importância de detectar os problemas está no fato de que eles servirão de base tanto para levantamento de necessidades de treinamento, orientações e capacitação das pessoas, como para indicar a necessidade de otimizar as interações nos processos de comunicação realizados no serviço, com vista a melhorar o processo e os resultados obtidos¹¹.

Após a descrição dos problemas, os atores realizaram a priorização de apenas um, sendo esta escolha feita por meio da planilha de priorização. Esta avalia os problemas identificados por intermédio de parâmetros de magnitude, transcendência, factibilidade e vulnerabilidade, utilizando uma pontuação para cada item. O que obtém maior pontuação é o problema priorizado, como pode ser visualizado na Tabela 1.

O problema escolhido foi “Deficiência de divulgação dos serviços laboratoriais”, com 195 pontos. Percebeu-se durante a oficina que a maioria dos participantes possuía informações escassas acerca do serviço desenvolvido no LMAC, a exemplo a assistente social que tinha total desconhecimento sobre o setor. As falhas de comunicação entre setores geram prejuízos ao usuário e

perda de credibilidade do serviço. Sem uma comunicação eficiente, não é possível ter uma ampla noção dos serviços laboratoriais que são prestados¹⁴.

Outro ponto que colaborou para a priorização desse problema foi o fato que este apresenta uma viabilidade grande, visto que não demanda grande recrutamento de recursos financeiros, e, dessa forma, dificilmente encontrará resistência por parte do gestor. Depois do problema priorizado, o médico e o farmacêutico municipal discordaram da escolha do problema por acreditarem que outros eram mais prioritários, mas, posteriormente, com algumas colocações dos outros atores, eles concordaram com a decisão da maioria.

Após a escolha do problema “Deficiência de divulgação dos serviços laboratoriais”, iniciou-se a etapa de explicação, na qual foram identificados três descritores: “Ausência de conhecimento dos profissionais de saúde para informar pacientes sobre coleta e exames ofertados”, “desconhecimento dos profissionais de saúde sobre os exames laboratoriais ofertados pelo LMAC” e “dificuldade dos usuários em obter informações sobre os exames realizados no laboratório”. É importante ressaltar que descritores são evidências que revelam que aquela situação priorizada é realmente um problema.

Posteriormente, para melhor explicar o problema priorizado foi listado quais eram suas causas e consequências. Para tanto foram feitas algumas perguntas aos participantes: “Qual a causa deste problema?”; “Por que ele ocorre?”; “Quais as consequências deste problema?”; “O que ele gera?”.

A segunda oficina contou com a presença de quatro participantes (enfermeira da UPA, fiscal da vigilância sanitária, sua auxiliar e a técnica do LMAC) e nela foi finalizado o momento explicativo com o diagrama de causa e efeito de ISHIKAWA¹⁵, conhecido como “espinha de peixe”, conforme ilustrado na Figura 1.

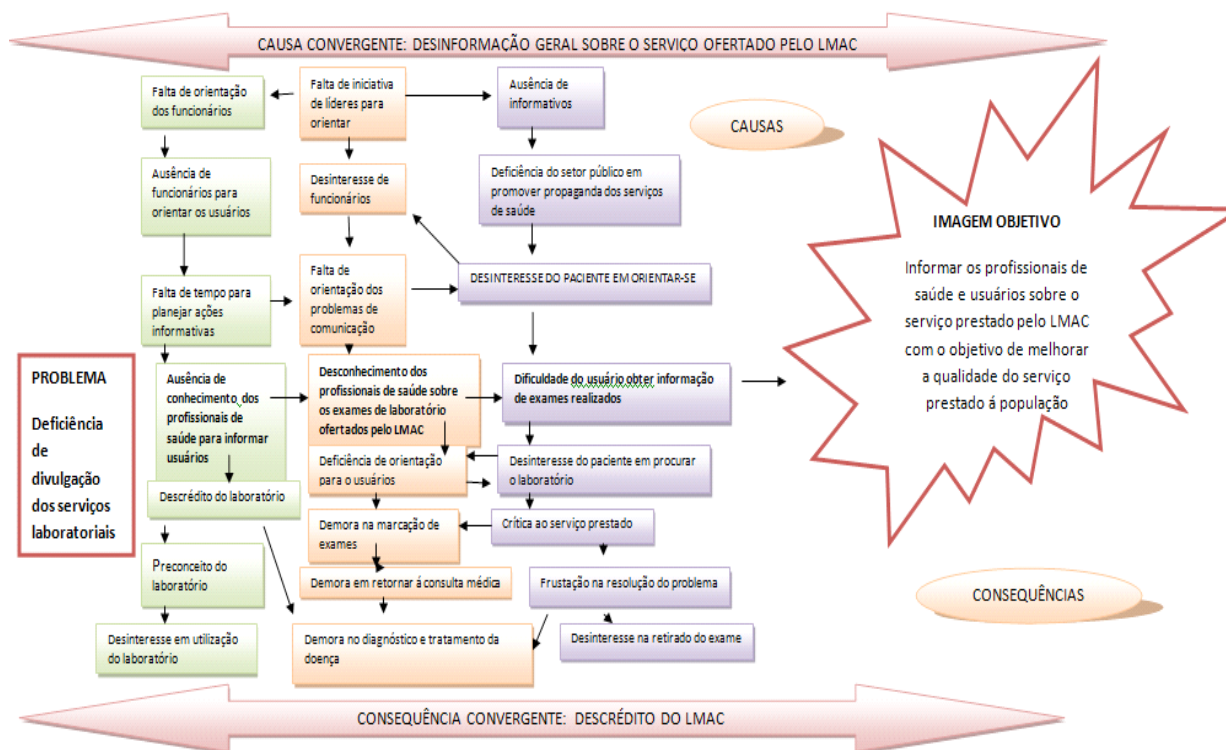
Após a elaboração do diagrama de ISHIKAWA (espinha de peixe), definiu-se a causa convergente, a qual é o resumo das causas do problema: “desinformação geral sobre o serviço ofertado pelo LMAC”; e a consequência convergente, resumo das consequências do problema: “descrédito do laboratório”.

Feita a explicação do problema por meio do diagrama de Ishikawa, deu-se início ao momento normativo. O

Tabela 1 - Matriz de priorização dos problemas

PROBLEMA	Magnitude Tamanho	Transcendência Interesse	Vulnerabilidade Reversão	Urgência Espera	Factibilidade Recursos	Total
1-Demora na realização dos exames	3+3+4+3+3+4+3 +3+3+3+3+3	4+4+3+3+4+3+4+3+3+3 +3+3	3+3+3+3+4+3+4+3+4+3	4+4+3+4+3+4+3+3 +3+4+3+3	2+4+3+3+3+3+4+3+2 +2+2+3	192
2-Demora na marcação dos exames	3+3+3+3+3+3+3+3 3+3+3+3+3+	4+3+2+3+3+3+3+3+3+3 +3+3	4+3+3+3+3+3+3+3+3 +3+3+3	4+3+4+3+4+4+3+4 +3+3+3+3	3+3+3+3+3+3+3+3 +3+3+3+3	181
3-Demora na espera dos exames	3+3+3+3+3+3+3+3+3	3+3+3+3+3+3+3+3+3 +3+3+3	4+3+3+3+4+3+4+3+3 +3+3+3	4+3+3+3+3+3+3 +3+3+3+3	2+3+3+3+3+3+3+4 +3+3+3+3+3+	176
4-Oferta de exames deficitário	2+2+3+3+2+3+3+3	2+3+3+1+3+1+2+2+3 +1+3+1	1+2+2+3+3+2+3+2 +3+2+3	2+3+2+3+3+3+3 +3+2+3+2	3+3+2+3+2+3+2+3 +3+2+1+3	149
5-Déficit de recursos humanos	2+2+3+2+3+2+23+2+3 +2+3	2+2+2+3+2+3+2+3+2 +3+2+3	2+2+3+2+3+2+3+2+3 +2+3+2	2+3+2+3+2+3+2+3 +2+3+3+2	2+2+3+2+3+2+3+2 +3+2+3+2	159
6-Precariedade na emissão dos exames	3+4+3+4+3+4+2+4+3 +4+3+4	2+2+3+2+3+2+3+4+3 +4+2+4	4+3+4+3+4+2+2+2+3 +4+3+4	4+3+4+3+4+3+4 +3+4+2+2	4+3+4+3+4+3+4+3 +4+3+2+3+	175
7-Deficiência de padronização dos exames dos médicos	4+3+3+3+3+3+3+3+3	2+25+3+3+4+3+4+3+2 +3+4+3+4	+2+3+2+3+2+3+2+3 +2+4+4+	4+3+4+3+4+3 +4+3+2	4+3+4+3+4+3+4 +3+4+3+4	175
8-Demora em exames prioritários	+4+2+4+3+4+3+4+3+4 +2+2	+2+2+2+3+3+3+4+3 +4+3+4+3	+4+3+4+3+2+3+2+3+3 +3+3+3	4+3+4+2+4+3+2+4 +3+4+2+4	4+3+2+2+3+4+3+2 +3+2+3+2	171
9-Falta de controle de pedidos de exames pelos médicos	+4+3+4+2+4+3+2+3+4 +3+2	+4+3+2+3+2+3+4+3+2 +3+4+2	2+2+2+3+2+3+2+3+2 +3+4+3	+2+3+3+3+3+3+3 +3+2+3+2	4+2+3+2+3+2+3 +3+2+3+2	165
10-Pacientes faltosos na coleta	+2+3+2+3+2+3+4+3+2 +3+2	+4+3+2+3+2+3+4+3+2 +3+2+2	+4+3+4+2+2+3+2+3 +2+3+2+2	4+3+2+3+2+3+2+3 +2+3+2+1	1+2+3+2+3+2+3+2 +4+3+2+2	163
11-Desinteresse na retirada dos exames	1+1+2+1+3+2+3+4+3+2 +3+2	1+1+2+2+3+2+3+1+3 +2+3+2	+2+3+2+3+1+3+2+3 +1+3+2+3	1+2+3+2+3+2+3 +2+3+2+3+2	2+3+2+3+1+3+1+2 +1+3+2+3+2	145
12-Falta de priorização de pacientes dos SUS	+1+1+4+1+2+2+3+2+3 +2+3+2+3	+2+3+2+3+2+3+2+3+2 +3+2+3	+1+2+3+2+3+2+3+2 +3+3+3+3	+2+3+2+3+3+3+2+3+3 +2+3+3+2	+2+2+3+2+3+2+3 +2+3+4+3	163
13-Deficiência de divulgação dos serviços do laboratório	2+3+2+3+2+3+4+3+2 +3+4+3+2	4+2+3+3+4+4+3+2+3 +4+3+4	+4+3+2+3+4+3+2+3 +4+3+2+4	4+3+2+3+9+4+3 +4+3+4+3+4	2+3+2+3+4+3+4 +3+4+3+4+3	195

Figura 1 - Diagrama de causa e efeito do problema “Deficiência de divulgação dos serviços laboratoriais”



momento normativo caracteriza-se pela definição da imagem objetivo ou situação futura desejada, elaboração das operações e ações, as quais visam solucionar os nós críticos do processo¹⁶ e a lidar com incertezas e surpresas¹⁷; e verificação de todos os recursos necessários e disponíveis para a implementação das ações propostas⁹.

Assim, foi definido o objetivo geral, o qual é a junção da causa convergente com a consequência convergente: “Informar os profissionais de saúde e usuários sobre o serviço prestado pelo LMAC com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço prestado a população”. Posteriormente, elaborou-se objetivos específicos, utilizando as causas e consequências secundárias e suas ações e operações que serão verificadas no Quadro 2.

As operações para informar quanto aos serviços prestados pelo LMAC destinaram-se a quatro grupos distintos: profissionais de saúde (não incluindo médicos), médicos e usuários. Aos profissionais de saúde, foram desenvolvidas três ações: (1) realização de oficina informativa para enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atendentes de balcão, auxiliar de farmácia, com o objetivo de informá-los sobre a rotina, funcionamento, serviços prestados pelo LMAC, interpretação e interferência

de exames e procedimento correto de coleta; (2) criação e distribuição cartilha contendo informações sobre a coleta dos exames; e (3) Confecção de cartilha sobre quais exames são realizados no LMAC.

A ação destinada aos médicos foi a criação de distribuição de cartilha com informações sobre os exames realizados pelo LMAC e utilização de procedimentos de controle de qualidade, com o objetivo de melhorar a confiança e credibilidade dos médicos ante o LMAC.

As ações destinadas aos usuários foram: criação e distribuição de panfletos sobre a coleta de exames e afixação de banner nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e UPA com informações sobre o LMAC.

O momento estratégico analisa a viabilidade política do plano⁷. É o momento mais complexo do PES, em que são necessárias muitas informações, desde a posição dos atores diante das operações, a avaliação do tempo, dos recursos, até a governabilidade dos atores¹⁸. Para tanto, considera-se o problema do poder, admitindo-se o conflito entre forças sociais com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação-problema. Fazem parte do processo de planejamento a análise e a construção da viabilidade política¹⁹.

Quadro 2 - Descrição de objetivos específicos, operações e ações planejadas

Objetivos Específicos	Operações	Ações
Promover informação aos profissionais de saúde (exceto médicos) com a finalidade de informar aos usuários sobre coleta de exames laboratoriais com qualidade.	Promover operações técnicas de caráter informativo aos funcionários.	Realização de Oficina Informativa Criação de informativos em forma de banner. Criação de panfletos sobre coleta de exames. Criação de cartilhas sobre exames realizados.
Promover informação aos prescritores com a finalidade de aumentar a credibilidade e o interesse na utilização dos serviços laboratoriais.	Divulgar aos profissionais prescritores cartilha para a realização dos pedidos de exames laboratoriais.	Informação aos médicos sobre o controle de qualidade dos exames realizados incluídos na cartilha.
Promover a informação dos serviços laboratoriais aos usuários por meio de panfletos para que possam realizar a coleta de exames de modo correto e se interesse na utilização do laboratório.	Divulgar aos usuários informações sobre coleta de exames.	Divulgação de panfletos sobre coletas de exames. Criação de informativos em forma de banner.

Em um primeiro momento, o prefeito municipal, assessor e a secretária de saúde não entenderam as operações referentes à divulgação de informações sobre os serviços prestados pelo LMAC ao público. Para eles, as ações de criação de panfletos de coleta de exames laboratoriais e elaboração de banner informativo sobre o LMAC poderiam causar conflito com os laboratórios privados do município e, dessa forma, se negaram a realizar estas ações. O prefeito temia que, com a grande divulgação do LMAC, por meio de banner e panfletos, pudesse aumentar muito o gasto com os reagentes e materiais, diminuindo recursos para outras áreas. Com esta justificativa, os proprietários de laboratórios particulares poderiam criar conflitos com a prefeitura. Foram também idealizadas outras ações de divulgação dos serviços laboratoriais em jornal, na internet, na rádio local, as quais também não puderam ser realizadas devido à hesitação do prefeito em evitar conflitos com laboratórios particulares da cidade.

Segundo Dupont²⁰, “a negociação é uma atividade que coloca frente a frente dois ou mais atores, que confrontados ao mesmo tempo as divergências e interdependências, escolhem procurar voluntariamente uma solução, mutualmente aceitável, que lhes permita causar, manter ou desenvolver uma relação”. Assim, foram chamados o prefeito, assessor e secretário de saúde para uma reunião, na qual foi reapresentada a espinha de peixe e reforçada a imagem objetivo e as ações necessárias para atingi-la. É necessário saber interagir com os outros atores para alcançar a colaboração destes e, assim, vencer resistências²¹,

dessa forma, negociou-se a viabilidade da confecção do material educativo.

O momento tático-operacional refere-se à implementação das ações¹⁸, em que os planos são recalculados e aprimorados conforme as circunstâncias, garantindo a continuidade do processo sem romper com os três momentos anteriores²².

As ações desenvolvidas para alcançar a imagem objetivo “Informar os profissionais de saúde e usuários sobre o serviço prestado pelo LMAC com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço prestado a população” foram:

- Realização de oficina de caráter informativo aos atendentes de balcão, ACS, auxiliar de farmácia, técnicos de enfermagem e duas enfermeiras;
- Criação e distribuição de cartilhas aos médicos sobre os exames laboratoriais que são ofertados pelo LMAC e a confiabilidade dos seus resultados;
- Criação e distribuição aos atendentes de balcão e aos ACS de duas cartilhas: uma sobre os cuidados necessários para a coleta de exames e outra sobre exames ofertados pelo LMAC, ambas com o objetivo de prestarem informações à população;
- Criação de panfletos sobre a coleta de exames destinados aos usuários para serem distribuídos no

LMAC no momento de marcação dos exames e nos consultórios da UPA e UBS.

- Distribuição de BANNER para pendurar nas UBS e UPA.

A oficina informativa destinada aos profissionais de saúde (ACS, técnicos de enfermagem, auxiliar de farmácia, atendentes de balcão e enfermeiras), realizada pelo farmacêutico-bioquímico responsável pelo estudo, teve o propósito de capacitá-los a fim e melhorar a qualidade das informações repassadas aos usuários e garantir que o procedimento realizado pelo LMAC seja o mais adequado possível.

Na oficina foi orientado sobre o jejum dos exames de sangue, cuidados na coleta dos exames de urina²³, de fezes e exame de sangue oculto²⁴ e sobre os fatores que podem interferir nos resultados de alguns exames². Foi ressaltado que o usuário pode tomar água normalmente e ingerir seus medicamentos de uso contínuo, desde que informado no ato de coleta. Foi explicado também sobre a análise do hemograma na avaliação das anemias²⁵, destacando os cuidados adotados para garantir a qualidade dos exames realizados pelo LMAC e a precisão e exatidão dos aparelhos hematológicos⁴.

Foram elaboradas três cartilhas: uma destinada aos médicos e duas aos atendentes de balcão e ACS para que estes promovam informações aos usuários. Ambas foram confeccionadas pelo farmacêutico-bioquímico responsável pelo LMAC.

A cartilha elaborada para ser distribuídas aos médicos contém todos os exames realizados pelo LMAC e informações referentes aos testes de controle de qualidade que são utilizados pelo laboratório. Essa última informação, específica da cartilha destinada aos médicos, foi adicionada com objetivo de melhorar a confiança deles sobre o serviço realizado pelo LMAC. Para a confecção da cartilha foi feita uma revisão de literatura, utilizando como base o Henry² e Chaves²⁶.

As duas cartilhas destinadas aos usuários, sugerida pela técnica do laboratório, foram entregues aos atendentes de balcão e ACS, e esses últimos tiraram várias cópias e as inseriram nas suas pranchetas para que promovessem informações aos usuários em visita às suas casas. A primeira cartilha contém informações sobre quais exames

são ofertados pelo LMAC, e a outra cartilha contém informações sobre o modo correto de jejum de alguns exames, coleta adequada de fezes e urina. Para a sua confecção foi feita uma revisão de literatura, utilizando como base o Henry², Simon²⁴, Argen²³ e Hoffbrand²⁵ e colaboradores.

Os panfletos contêm informações sobre os cuidados que devem ser realizados para coleta de exame e foram distribuídos aos usuários no momento da marcação de exames no LMAC e na consulta médica, tanto na UBS quanto na UPA. A diferença entre a cartilha e o panfleto destinado aos usuários é que, para a confecção do panfleto, se utilizou uma linguagem de fácil compreensão e com figuras, ao passo que a cartilha continha apenas texto, porém ambos com as mesmas informações.

Esses panfletos foram confeccionados com a ajuda de um profissional formado em propaganda e marketing (assessor de gabinete), em uma linguagem de fácil compreensão, destacando cores e figuras, para que se consiga claramente, comunicar a ideia e assegurar o entendimento ao paciente²⁷.

Foi criado um banner informativo, pelo assessor de gabinete, em conjunto com o farmacêutico-bioquímico responsável pelo LMAC, na UBS e na UPA, com o objetivo de destacar a modernização do LMAC, qualidade, precisão, rapidez nos exames realizados e o horário de funcionamento.

Depois de desenvolvidas todas as ações, deu-se início ao uso de indicadores de monitorização e avaliação. Os indicadores de monitorização são utilizados para analisar se o plano está sendo bem executado e definem como será medido e acompanhado o sucesso no alcance da estratégia, e os de avaliação são utilizados para verificar se o plano está sendo cumprido conforme o planejado²⁸.

Nos meses de junho e julho de 2014 (antes da automação e realização do PO em agosto de 2014) foram realizadas 9 e 8 coletas de sangue dos pacientes por mês. Em março de 2015, quando o estudo foi finalizado com a entrega dos panfletos informativos ao público, foram realizadas 15 coletas de sangue dos pacientes por mês. Atualmente, em setembro de 2016, estão sendo realizadas 18 coletas de sangue dos pacientes por mês. Houve um aumento de coletas de sangue dos pacientes de 90% no final do PO, aumentando para 100% nos dias atuais. Durante a realização do PO, a assistente social relatou que a procura pela marcação de exames reduziu muito, se restringindo

apenas aos que não eram disponibilizados pelo LMAC, revelando assim a melhoria na divulgação do serviço prestado.

Os indicadores de monitoramento e avaliação foram elaborados na forma de questionário, sendo este aplicado aos profissionais de saúde e usuários. Trata-se de questionário composto por dez perguntas, as quais avaliam o conhecimento deles sobre os serviços prestados pelo LMAC. Esses indicadores foram elaborados pelo farmacêutico bioquímico, o pesquisador, apresentado a dois atores que participaram das oficinas de elaboração do PO, a secretária de saúde e farmacêutico municipal, os quais aprovaram o uso de questionários como indicadores.

Os indicadores de monitorização foram aplicados e demonstraram que 90% dos médicos, 85% dos profissionais de enfermagem (agentes de saúde, enfermeiros e técnicos de enfermagem) e 90% dos pacientes estavam informados sobre os serviços laboratoriais. Assim, os indicadores selecionados foram considerados adequados para avaliar a solução do problema priorizado, pois demonstraram que as informações foram disseminadas ao público-alvo (médicos, profissionais de saúde e usuários) não sendo necessário incluir ou excluir algum indicador.

O PO proporcionou uma melhoria nos processos envolvidos na comunicação interlaboratorial envolvendo divulgações do serviço prestado (uso de cartilhas, banner) controle de qualidade interno (uso de controles) e coleta correta, resultando assim em um grau de confiabilidade mais elevado na realização dos exames. Um laboratório confiável, seguro oferece ao clínico maior suporte para definir com melhor exatidão um diagnóstico.

CONCLUSÃO |

A utilização do PES, associada à participação ativa de alguns atores, possibilitou que as informações referentes aos serviços laboratoriais fossem divulgadas amplamente. Antes da realização do PO, os usuários compareciam com frequência ao serviço social para solicitar a realização de seus exames nos laboratórios particulares conveniados com a prefeitura. Foi realizado um levantamento da quantidade de pacientes que marcaram e fizeram coleta de sangue antes e depois do PO. O PO possibilitou um aumento de marcação de exames de 90% a 100%. Desde que foi implantado, o PO

foi relatado pelos atores como um sucesso. O problema de comunicação entre o laboratório e os outros setores da área da saúde foi resolvido por meio do trabalho de divulgação, mobilização dos profissionais das ESF, UPA, Secretaria de Saúde e a prefeitura municipal. O PES propiciou o entendimento das pessoas sobre o PO, fazendo que estas contribuíssem para a concretização do planejamento no LMAC. Observou-se durante a construção do P.O uma adesão dos vários atores envolvidos, destacando as várias sugestões destes em algumas etapas. Também houve uma boa adesão dos ACS, que ajudaram a divulgar os serviços laboratoriais à população.

Houve resistência do prefeito e de alguns atores em relação a alguns informativos (banner, panfleto de coleta). A alegação deles era que se poderia criar algum conflito entre os laboratórios privados e, assim também, poderia elevar os custos com materiais e reagentes, podendo diminuir outros recursos do setor de saúde municipal. Concluiu-se que o houve um mal-entendimento no projeto proposto. Foi realizada uma negociação com o prefeito e demais atores, cancelando algumas ações informativas e realizando outras ações planejadas.

Houve algumas limitações para a implantação do projeto: Déficit de recursos financeiros, que mais tarde foi resolvido; tempo limitado do farmacêutico-bioquímico para implantar o projeto; e a dificuldade de reunir atores para discutir estratégias do PO.

A modernização do LMA, a implantação de ações de qualidade (uso de controles nos aparelhos) e as necessárias ações de divulgação aos profissionais de saúde e público resultaram em uma melhoria da credibilidade do LMAC, possibilitando uma ampliação do apoio diagnóstico aos médicos, podendo, assim, detectar, prevenir, tratar, estabelecer prognóstico e monitorar doenças do usuário do SUS com melhor qualidade.

REFERÊNCIAS |

1. Berlitz FA. Controle da qualidade no laboratório clínico: alinhamento melhoria de processos, confiabilidade e segurança do paciente. J Bras Patol. Med Lab. 2010; 45(5):353-63
2. Henry, J.B. Diagnósticos clínicos e tratamento por métodos laboratoriais. 18. ed. São Paulo: Manole; 1993. p. 80-1.

3. Campana GA, Oplusti CP, Faro LB. Tendências em Medicina Laboratorial. *J Bras Patol. Med Lab.* 2011; 47(4):399-408,
4. Bandeira R, Magalhães FA, Aquino HBS. Interpretação dos critérios de liberação dos resultados de hemograma através de contadores automatizados em laboratório de urgência. *Saud Pesq.* 2014; 7(3):403-8.
5. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saude Soc.* 2011; 20(4):884-99.
6. Fadel MAV, Filho GR. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *RAP.* 2009; 43(1):7-22.
7. Dias RC, Giordano CV, Simoes F, Varela P. Impacto do planejamento estratégico situacional em um ambulatório de atenção especializada. *RGSS.* 2012; 1(1):83-96.
8. Santos MA, Bernardes A. Comunicação de equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde [internet]. *Rev Gaúch Enferm.* 2010 [acesso em 15 ago. 2016]. 31(2):359-66. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000200022&script=sci_arttext>.
9. Matus C. Política, planejamento e governo. 3. ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Aplicada; 1997.
10. Santana RS. et al. Institucionalização da seleção de medicamentos em hospitais por meio do planejamento estratégico situacional. *RAP.* 2014; 48(6):1587-1603.
11. Araujo Junior E, Neves RD. A comunicação organizacional e seu diagnóstico [internet]. 2010 [acesso em 15 ago. 2016]. Disponível em: URL: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2509/2034>>.
12. Ismail AAA, Walker PL, Barth JH, Lewandowski KC, Jones R, Burr WA. Wrong biochemistry results: two case reports and observational study in 5310 patients on potentially misleading thyroid-stimulating hormone and gonadotropin immunoassay results. *Clin Chem.* 2002; 48(11):2023-9.
13. Vieira FK. 2012. Impacto da implantação de um programa de acreditação laboratorial avaliado por meio de indicadores de processo num laboratório de médio porte. 2012.164 Folhas Dissertação [Mestrado em Ciências]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Programa de Fisiopatologia Experimental; 2012.
14. Oliveira M, Souza Junior OG, Botelho MAS, Souza FRM, Wiesenhutter GA. A influência da comunicação interna no alcance dos resultados organizacionais: um estudo em uma impressa prestadora de serviços de saúde na cidade de Belém - Pa. In: Simpósio de excelência em gestão e tecnologia: gestão e tecnologia para a competitividade. Rio de Janeiro, 23 a 15 de outubro de 2013.
15. Ishikawa K. Controle de Qualidade Total: a moda japonesa. Rio de Janeiro: Campos; 1993.
16. Bernardino E, Oliveira E, Ciampone MHT. Preparando enfermeiro para o SUS: o desafio das escolas formadoras. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(1):36-40.
17. Rivera FJU. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Cortez; 1989. p. 107-23.
18. Rieg DL, Filho AT. O uso das metodologias “Planejamento Estratégico Situacional” e “Mapeamento Cognitivo” em uma situação concreta: o caso da pró-reitoria de extensão da UFSCar. *Gest Prod.* 2002; 9(2):163-79.
19. Giovanella L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Brasil. Cad Saúde Pública.* 1990; 6(2):129-53.
20. Dupont C. La negociation: conduite, theorie, applications. 3.ed. Paris: Dalloz; 1990.
21. Dagnino RP. Planejamento estratégico governamental. 1. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; 2009.
22. Huertas F. O método PES: entrevista com Matus/Franco. São Paulo: FUNDAP; 1996. 139 p.
23. Argeri NJ, Leopardo AIH. Análisis de Orina: fundamentos y practica. 1. ed. Buenos Aires: Panamericana; 1985. p. 23-24.
24. Simon JB. Occult blood screening for colorectal carcinoma: a critical review. *Gastroenterology.* 1985; 88(3):820-37.

25. Hoffbrand AV, Moss PAH, Pettit JE. Fundamentos em Hematologia. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

26. Chaves CD. Controle de qualidade no laboratório de análises clínicas. J. Bras Patol Med Lab. 2010; 46(5).

27. Moreira MF, Nóbrega MML, Silva MIT. Comunicação escrita: Contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. Rev Bras Enferm. 2003; 56(2):184-8.

28. Paula LG, Tanaka AK, Araujo RM. BSC e PES: Principais abordagens utilizadas no planejamento estratégico em organizações públicas. Relatórios Técnicos do DIA/UNIRIO, n. 0017. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2010. p. 4-16.

Correspondência para/ Reprint request to:

Marcelo de Oliveira Prado

Rua Doutor Breno Coutinho 120,

Pouso Alegre/MG, Brasil

CEP: 37550-000

Tel.: (35) 99149-6250

E-mail: marceloliveiraprado@yahoo.com.br

Submetido em: 25/01/2016

Aceito em: 06/11/2016

Comparison of pressure injury risk assessment scales

Comparação das escalas de avaliação de risco de lesão por pressão

ABSTRACT | Introduction:

A pressure injury is localized damage to the skin and/or underlying soft tissue caused by intense and/or prolonged pressure or pressure in combination with shear. Although the causes and consequences of pressure injuries have been the topic of several studies, they remain a serious social problem, as they usually require lengthy hospitalization and increases the costs of health services.

Objective: *To compare the Braden, Waterlow and Norton risk assessment scales for pressure injuries.* **Method:** *This is an integrative review study. Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Latin American and Caribbean Health Sciences and Nursing databases were used for search purposes, covering articles published between 2010 and 2015.* **Results:** *We identified 14 studies using Braden, Waterlow and Norton scales. Nine of the studies used the Braden scale, which was found to be a very important tool to anticipate diagnosis and optimize resources, however, it relies heavily on staff training. Three other studies compared the application of Braden, Norton and Waterlow scales. The Waterlow scale was found to have greater sensitivity for diagnosis and care.* **Conclusion:** *Most of the studies used the Braden scale (n = 7). It is suggested that this is due to the simplicity and ease of use of this instrument.*

Keywords | *Prevention & control; Pressure ulcer; Nursing.*

RESUMO | Introdução: Lesões por pressão são áreas comprometidas de pele e tecidos subjacentes que são causadas por compressão por meio de atrito e cisalhamento. Embora ocorram muitas discussões e estudos sobre a causa e as consequências das lesões por pressão, este agravo é um sério problema social, pois prolonga o período de internações e eleva os custos nos serviços de saúde.

Objetivos: comparar os benefícios observados com o uso das escalas de avaliação de risco de lesões de pressão de *Norton, Braden e Waterlow*. **Método:** Estudo de revisão integrativa realizado por meio de buscas nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Base de Dados de Enfermagem publicados de 2010 a 2015. **Resultados:** Foram identificados 14 estudos com o uso das escalas de *Braden, Waterlow e Norton*. Destes, nove estudos aplicaram a escala de *Braden* e concluíram ser um instrumento de grande importância para antecipar diagnósticos e otimizar recursos, mas dependem do treinamento da equipe. Outros três estudos compararam a aplicação das escalas de *Braden, Norton e Waterlow*, sendo a escala de *Waterlow* com maior sensibilidade para a definição dos diagnósticos e cuidados.

Conclusão: A maioria dos estudos utilizou a escala de *Braden* (n= 7). Sugere-se que este fato se deve pela facilidade e simplicidade do seu uso.

Palavras-chave | Prevenção & controle; Úlcera por pressão; Enfermagem.

¹Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba/PR, Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

³Centro de Capacitação Física do Exército, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Lesões por pressão são áreas comprometidas de pele e tecidos subjacentes que são causadas por compressão por meio de atrito e cisalhamento. Sua localização na maioria das vezes se dá em protuberâncias ósseas. O surgimento da lesão pode também ocorrer por fatores intrínsecos como estado nutricional do paciente, mobilidade, incontinência, peso, idade, alterações circulatórias, nível de consciência, entre outros¹. No mês de abril de 2016, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) substituiu o termo úlcera por pressão por lesão por pressão (LPP)².

Essas lesões podem ser classificadas por estágio I (pele íntegra com hiperemia que não embranquece), estágio II (perda parcial da espessura da derme), estágio III (perda da espessura total do tecido), estágio IV (perda do tecido com exteriorização óssea, muscular ou de tendão). Ainda, lesões que não podem ser estadiadas devido o tecido estar totalmente lesionado e coberto por esfacelo e lesão tissular profunda que mostra uma área localizada com pele íntegra ou com bolha sanguinolenta, ocasionado por detrimento do tecido mole³.

Embora ocorram muitas discussões e estudos sobre a causa e as consequências das lesões por pressão, este agravo é um sério problema social, pois prolonga o período de internações e eleva os custos nos serviços de saúde⁴. Estima-se que anualmente nos Estados Unidos entre um e três milhões de pessoas desenvolvem algum tipo de lesão por pressão. Entre eles, 60 mil morrem em decorrência de complicações secundárias^{2,5}. No Brasil, existe uma grande dificuldade em mensurar esses dados, porém alguns estudos demonstram uma variação de 5,9% a 94%, na prevalência de lesões por pressão, apontando um custo médio de R\$ 33.000,00, por paciente ao ano⁶.

A ocorrência da lesão por pressão é multifatorial e o enfermeiro possui um papel de destaque no gerenciamento do cuidado, pois é o responsável pela tomada de decisões propiciando o uso da melhor prática de cuidar dos pacientes hospitalizados, aliada ao conhecimento científico⁷. Sistemáticamente a prevenção da lesão por pressão é negligenciada na maioria das instituições de saúde brasileiras. Tal fato ainda decorre de variáveis associadas às falhas humanas no processo preventivo, por vezes, realizado ainda de forma empírica não alicerçada em conhecimento científico atual.

Diante da problemática, se faz necessário traçar condutas que visam à redução da incidência deste agravo, minimizando suas complicações, o que envolve o comprometimento das instituições para a implementação e a realização de medidas preventivas, lideradas pelo enfermeiro e conjuntamente aplicadas pela equipe de enfermagem⁸.

A implementação de ferramentas de mensuração, como escalas de risco e protocolos de prevenção, orienta os profissionais para as condutas que melhor se aplicam aos pacientes, de acordo com a sua avaliação e diagnóstico, para determinar as ações preventivas⁹.

Tendo em vista a necessidade de colaborar na prevenção de lesões por pressão, pesquisadores criaram as escalas para dar um aporte adicional aos enfermeiros detectando assim, de forma clara, o risco de seus pacientes virem a desenvolvê-las¹⁰. Entre várias escalas, as mais referidas são as de *Norton*, de *Gosnell*, de *Waterlow* e a de *Braden*, que, embora não sejam de origem brasileira, tem sido validada na língua portuguesa para sua aplicação. Em 1962, a primeira escala a ser desenvolvida foi a de *Norton*. Sua predição consiste em avaliar cinco fatores onde cada nível é pontuado de 1 a 4, que aborda a condição física, estado mental, atividade, mobilidade e incontinência. Já em 1973 *Gosnell* adaptou a escala *Norton* acrescentando nutrição e retirando a condição física. Além disso, adicionou outras variáveis como pressão sanguínea, temperatura corporal, medição e diagnóstico médico, cor e aparência da pele. Essa escala varia de 5 a 20 pontos¹¹.

A escala de *Waterlow* é amplamente utilizada no Reino Unido, e sua pontuação é constituída por maior número de fatores de risco que as de *Norton* e *Gosnell*. Considera-se peso/altura, sexo/idade, continência, tipos de pele, mobilidade, apetite, má nutrição tecidual, déficit neurológico, cirurgias de grande porte, trauma e medicação. Em sua pontuação, é classificado o grau de risco, sendo alto risco e risco muito alto. A escala de *Braden* é muito utilizada nos Estados Unidos da América, e é composta por seis subescalas: percepção sensorial, mobilidade, umidade, atividade, fricção e cisalhamento. Sua pontuação pode variar de 4 a 23, na qual uma pontuação de 16 é considerada de risco mínimo, de 13 a 14, risco moderado, 12 ou menos, risco elevado¹¹.

Dessa forma, com a intenção de atingir maior qualidade na assistência de enfermagem, fazem-se necessárias análises mais aprofundadas que demonstrem a aplicabilidade

efetiva das escalas de riscos aos pacientes, avaliando cada caso de acordo com suas especificidades. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo comparar os benefícios observados com o uso das escalas de avaliação de risco de lesões de pressão de *Norton*, *Braden* e *Waterlow*.

MÉTODOS

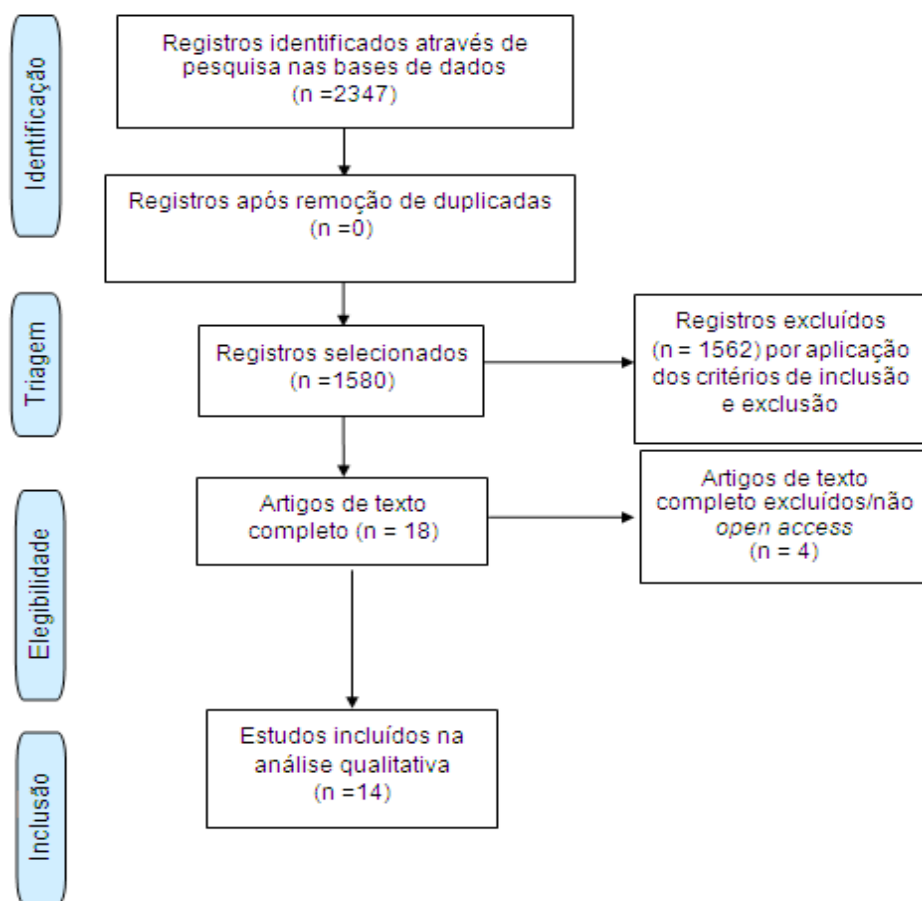
Trata-se de um estudo de revisão integrativa, cujo método específico permite sintetizar e avaliar evidências científicas disponíveis na literatura para melhor compreender sobre determinado problema de pesquisa¹². Para obtenção dos artigos, foi utilizado o Descritor em Ciências da Saúde (Decs, 2015) “Úlcera por pressão” na Biblioteca Virtual de Saúde. Foram incluídas as bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), Literatura Latino-America e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Base de Dados de Enfermagem (Bdenf).

A revisão orientou-se a partir da seguinte pergunta norteadora: quais benefícios são observados com o uso das escalas de avaliação de risco de lesões de pressão de *Norton*, *Braden* e *Waterlow*, a partir da literatura disponível sobre o tema?

Os critérios de inclusão foram textos brasileiros que trouxessem métodos de avaliação e escalas de riscos de LPP. As categorias escolhidas para os estudos foram: 1. Base de dados; 2. Assunto principal; 3. Limites humanos; 4. País / Região; 5. Idioma; 6. Recorte temporal; 7. Amostra final. O período selecionado para a pesquisa foi de 2010 a 2015 por se considerar os últimos cinco anos como produção científica recente sobre o tema.

Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: resumos que avaliassem somente o tratamento das LPP nos pacientes já acometidos; que não trouxessem a aplicação das escalas de LPP; que não tivessem *open Access* e que não fossem estudos desenvolvidos no Brasil. A Figura 1 apresenta os passos para a obtenção da amostra final dos estudos.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos para análise qualitativa



Os artigos, inicialmente, passaram pelo processo de leitura exploratória, que tem como finalidade identificar a validade do documento para a pesquisa. Posteriormente procedeu-se a um Teste de Relevância Preliminar ou Teste de Relevância I, composto de uma lista de perguntas respondidas pelo avaliador mediante a afirmação ou negação: o estudo aborda o tema de interesse para a investigação? O estudo foi publicado no período selecionado para a investigação proposta pelos pesquisadores do projeto de pesquisa de Revisão? O estudo foi publicado em idioma selecionado para a investigação pelos pesquisadores e determinado no projeto de pesquisa de Revisão? Nas situações em que quaisquer destas perguntas receberam uma resposta negativa, o estudo foi excluído da amostra¹³.

Posteriormente os artigos incluídos na amostra foram submetidos à avaliação de dois pesquisadores, de forma independente, por meio do segundo Teste de Relevância (designado como II), seguindo o mesmo padrão, objetivando orientar a decisão quanto à inclusão ou não dos artigos¹³⁻¹⁴.

RESULTADOS |

Dos 14 estudos selecionados, observou-se que nove pesquisadores aplicaram a escala de *Braden* e concluíram ser um instrumento de grande importância para antecipar diagnósticos e otimizar recursos, mas dependem do treinamento da equipe, habilidade na aplicação da escala e avaliações contínuas para a diminuição das incidências. Já três autores compararam a aplicação das escalas de *Braden*, *Norton* e *Waterlow*, em que definiram que a escala de *Waterlow* apresenta maior sensibilidade para a definição dos diagnósticos e cuidados.

Um autor aplicou somente a escala de *Waterlow* destacando que ela possui grande sensibilidade para antecipar a aplicação das medidas de prevenção. Apenas um autor não cita benefícios, pois as escalas são de origem internacional e não condizem com a realidade do Brasil. No Brasil, identificou-se que a escala de *Braden* tem maior aceitação nas instituições que fazem uso destas aplicações. O Quadro 1 apresenta a síntese dos estudos analisados.

DISCUSSÃO |

A aplicação de escalas de risco para desenvolvimento de LPP auxilia os profissionais de saúde a avaliar o risco, formular o diagnóstico, determinar o plano de cuidados e condutas preventivas nas mais variadas especialidades dentro de instituições de saúde. Instrumentalizar as medidas preventivas para a LPP e reconhecer precocemente os fatores predisponentes podem ser a diferença entre uma pele íntegra e uma LPP, com todos os prejuízos por ela causados. Dessa forma, o enfermeiro é o profissional qualificado para liderar programas de prevenção de LPP, avaliando as alterações que influenciam o risco do desenvolvimento da lesão⁸.

Em um estudo, foram inclusos 14 pacientes de um Hospital Universitário. Foram correlacionados dados associados a fatores de risco, idade e diagnósticos médicos apresentados na aplicação da escala de *Braden*. Os resultados demonstraram que 71% (n= 10) dos pacientes eram do sexo feminino; idade superior a 59 anos (42,8%) (n= 6); portadores de doenças crônicas degenerativas (40%) (n= 6); alto risco (57,1%) (n= 8). O estudo demonstrou que a prevenção de LPP inicia a partir do conhecimento das condições clínicas do paciente e da *análise* de todos os fatores de risco em que ele está exposto. O benefício da escala de *Braden* para os autores se dá diante de avaliações continuas minuciosas sobre o paciente, a fim de proporcionar a diminuição dos riscos de LPP¹⁰.

Já em outra pesquisa os autores objetivaram comparar as escalas de *Norton*, *Braden* e *Waterlow* em 42 pacientes graves. Eles foram avaliados entre 10 a 15 dias em três Unidades de Terapia Intensiva. Três enfermeiros avaliaram cada paciente juntamente, sendo que cada um se responsabilizou pela aplicação de uma das escalas. Em 59% (n= 24,70) dos pacientes, houve um aumento no score das escalas de *Norton* (p=0,028) e *Braden* (p=0,004) nos primeiros 15 dias, e de *Waterlow* (p=0,005) entre 1º ao 10º dia. Os scores de *Waterlow* aumentaram de forma contínua em comparação aos de *Norton* e *Braden* (p< 0,001). Os pacientes de alto e altíssimo risco evoluíram as lesões. Este comparativo entre as escalas aplicadas separadamente constatou que a escala de *Waterlow* teve melhor desempenho do que a de *Norton* e *Braden* embora ao longo dos estudos muitos pacientes evoluíssem com LPP¹⁷.

Quadro 1 - Estudos analisados quanto aos benefícios, setores e especialidades referentes ao uso de escalas de prevenção de lesões por pressão

AUTOR	ESCALA(S)	(n)	BENEFÍCIO(S)	SETORES ESPECIALIDADES
Araújo et al. ¹⁰	<i>Braden</i>	14	Possibilita mensurar os níveis de lesões dos pacientes avaliados.	Clínica médica / Cirúrgica / Doenças agudas / Doenças crônico-degenerativas / Doenças infecciosas
Araújo, Araújo e Áfio ¹⁵	<i>Norton, Braden e Waterlow</i>	42	São instrumentos importantes que complementam o trabalho dos enfermeiros aliados ao conhecimento e experiência.	UTI / Urgência / Emergência / Neurologia / Neurocirurgia
Araújo et al. ¹⁶	<i>Waterlow</i>	42	A adoção de instrumentos é fundamental, pois antecipam a aplicação de medidas de prevenção.	UTI / Urgência / Emergência / Traumatologia / Neurologia
Araújo et al. ¹⁷	<i>Norton, Braden e Waterlow</i>	63	Representa uma ferramenta que auxilia na atuação dos enfermeiros; Diminui incidência de lesões.	UTI / Neurologia / Cardiologia
Studart et al. ¹⁸	<i>Waterlow</i>	60	São eficazes e sensíveis para avaliar os fatores de risco.	Urgência / Emergência / Traumatologia
Serpa et al. ¹⁹	<i>Braden</i>	72	Importante medida para otimizar recursos por meio do trabalho de prevenção.	UTI / Cardiologia / Neurologia
Menegon et al. ¹	<i>Braden</i>	187	Trazem uma visão geral do paciente; A classificação das subescalas pode ampliar a forma de direcionar os cuidados.	Clínica Médica / Cirúrgica / Doenças pulmonares / Neoplasias / Cardiologia / Doenças metabólicas
Rogenski e Kurcgant ⁴	<i>Braden</i>	78	Queda acentuada de incidência de LPP após implementação dos protocolos de prevenção; Ferramenta fundamental no controle de LPP quando usadas sistematicamente	UTI / Clínica Médica / Cirúrgica / Obstétrica / Pediatria
Stein et al. ³	<i>Braden</i>	8	São estratégias importantes para facilitar o trabalho do enfermeiro no decorrer do internamento.	UTI
Rogenski e Kurcgant ²⁰	<i>Braden</i>	87	São confiáveis desde que os enfermeiros tenham treinamento para aplicá-las.	UTI / Clínica Médica / Cirúrgica / Traumatologia / Cardiologia / Doenças respiratórias
Santos et al. ²¹	<i>Braden</i>	188	Estabelecem diagnósticos aprimorados desde que os enfermeiros gerenciem e criem ações educativas.	UTI, Clínica Médica / Cirúrgica / Neurologia, Cardiologia / neoplasias/ Doenças metabólicas
Pott et al. ⁸	<i>Braden</i>	Criação de Algoritmo de Avaliação	Sustentam a tomada de decisão; Desenvolvem diretrizes clínicas para a prevenção.	Clínica médica / Lesão medular
Alves, Borges e Brito ²²	<i>Norton, Braden e Waterlow</i>	Estudo de Revisão (18 Artigos)	Boa interpretação e de fácil entendimento para os examinadores, desde que haja habilidade e conhecimento para aplicá-la.	UTI / Cirúrgica / Urgência / Emergência

Onde: LPP (úlceras por pressão); UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

No entanto, por mais eficácia e praticidade que estes instrumentos apresentem, é fundamental que o profissional de saúde tenha experiência e conhecimento clínico para detectar os pontos vulneráveis por meio de avaliações constantes para garantir a prevenção de lesões durante a internação. Nesse sentido, um estudo com o objetivo de identificar o conhecimento da equipe de enfermagem

de um hospital de Minas Gerais acerca do tratamento e medidas de prevenção da LPP, realizado com 15 Técnicos e Auxiliares em Enfermagem, demonstrou que a equipe de enfermagem possui conhecimento para a prevenção de LPP, mas desconhece o papel do enfermeiro em face do cuidado de feridas²³.

Em uma pesquisa semelhante, participaram 386 profissionais de enfermagem (64,8% auxiliares/técnicos de enfermagem e 35,2%, enfermeiros). Foi realizado um teste de conhecimento sobre prevenção de LPP, sendo os acertos (média) 79,4% (dp=8,3%) para os enfermeiros e (média) 73,6% (dp=9,8%) para os auxiliares/técnicos de enfermagem, demonstrando déficits de conhecimento referente ao tema⁷.

Em outro estudo realizado com 63 pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva, utilizando a escala de *Waterlow*, observou-se que 31,7% (n= 20) dos pacientes manifestaram maior risco de desenvolver lesão, 28,6% (n= 18) altíssimo risco e 19% (n= 12) tinham risco. Esses resultados foram extraídos de associações, como sexo, cirurgia de grande porte, continência dos pacientes, e concluiu-se que a maioria dos pacientes apresentava alto e altíssimo risco para desenvolver lesões, e que os fatores de riscos aumentaram a probabilidade do surgimento de LPP. Quando a equipe de enfermagem identifica os riscos e utiliza os meios de prevenção, a incidência das lesões tendem a diminuir¹⁷.

Na pesquisa em que foram analisadas 60 pessoas com lesão medular empregando a escala de *Waterlow*, em que 75% (n= 45) demonstraram altíssimo risco. Após 10 dias internados 48,3% (n= 29) dos pacientes não tinham recebido nenhuma orientação preventiva, e 68,3% (n= 41) deles já apresentavam LPP. Para o autor, a escala de *Waterlow* é uma ferramenta sensível e eficaz que proporciona o monitoramento da assistência capaz de apontar os fatores de riscos que contribuem para o aparecimento das LPP¹⁸.

Um estudo avaliado com duração de seis meses com 72 pacientes em quatro unidades de terapia intensiva, sendo duas neurológicas, uma cardíaca e uma geral, em pacientes críticos sem lesões, avaliados pela escala de *Braden*, na admissão e a cada 48 horas enquanto continuavam sob risco. Os escores de *Braden* foram 12, 13 e 13, apresentados respectivamente nas três avaliações havendo sensibilidade de 85,7% (n= 62) e 71,4% (n= 51) e 71,4% (n= 51) e particularidade de 64,6% (n= 46), 81,5% (n= 59) e 83,1% (n= 60). Os índices demonstraram harmonia entre sensibilidade e particularidade apresentando excelente precisão e melhor desempenho para antecipar o diagnóstico de pacientes críticos e otimizar recursos¹⁹.

Em pesquisa semelhante foram avaliados 187 pacientes com riscos de LPP por meio da escala de *Braden* com escore

≤13. Os estudos conferiram a maioria de mulheres, idosos, pacientes com doenças cerebrovasculares, pulmonares, metabólicas, cardiovasculares e neoplásicas. A verificação dos escores apontados pelas subescalas trouxe uma visão geral do estado do paciente, conduzindo os cuidados que melhor se aplicam para a prevenção de LPP. Dessa forma, as subescalas de *Braden* permitem separar os riscos de lesões interligando as especificidades de cada clínica, incorporando subsídios para estabelecer os cuidados¹.

Outro estudo analisou a incidência de LPP após a implementação do protocolo de prevenção em 78 pacientes de Unidade de Terapia Intensiva. O índice demonstrado após a aplicação do protocolo de prevenção na instituição foi de 23,1% (n =18) de pacientes acometidos por LPP, já na análise anterior à implementação do protocolo foi de 41,02% (n= 31). Constatou-se que os protocolos de prevenção são ferramentas fundamentais para o controle de LPP quando utilizadas sistematicamente. Reiterando a necessidade de integrar na rotina a aplicação das escalas de prevenção com outros mecanismos de prevenção⁴.

Da mesma forma, em outro estudo os autores buscaram identificar as ações dos enfermeiros para prevenir LPP na Unidade de Terapia Intensiva, utilizando várias técnicas, entre elas a aplicação da escala de *Braden* e oito profissionais foram entrevistados. Os enfermeiros confirmaram a importância de métodos variados para prevenção de lesões, porém no que diz respeito à escala de *Braden*, salientam que o método facilita o trabalho do profissional, porém a carga excessiva de trabalho e a ausência de funcionários impedem a aplicação efetiva das escalas³.

Nesse sentido, um estudo transversal realizado em três UTIs de um hospital universitário na cidade de São Paulo identificaram-se como preditores de risco para LPP a gravidade do paciente associada a carga de trabalho de enfermagem, evidenciando que a ocorrência da LPP é multifatorial, ou seja, além da condição clínica influenciam questões administrativas dentro de uma instituição de saúde²⁴.

Outro estudo verificou a prevalência de LPP e a consonância entre as pesquisadoras na análise de risco, por meio da escala de *Braden*. A coleta de dados foi realizada por seis enfermeiras em 87 pacientes por intermédio de prontuários. Os dados demonstraram prevalência de 19,5% (n= 17) no hospital, 63,3% (n= 55) na Unidade de Terapia Intensiva, 15,6% (n= 13,5) na clínica cirúrgica e 13,9% (n=

12) na clínica médica. Houve alta concordância entre os observadores na análise clínica, como mobilidade, percepção sensorial e atrito e cisalhamento, já incontinência e nutrição houve baixa concordância. Em relação à concordância das profissionais percebeu-se que não houve uma diferença estatística significativa no escore total da escala. Dessa forma entende-se que o treinamento dos enfermeiros é fundamental para que os resultados da aplicação das escalas tenham mais conformidade e permitam fornecer aporte para implantação de mecanismos e esquemas de prevenção de LPP²⁰.

Buscando uma reflexão sobre a atuação do profissional focada na prevenção de LPP, os autores não citam benefícios na aplicação das escalas de prevenção, justificando que estas não foram criadas para a população brasileira e por isso possuem muitas limitações. Os autores enfatizam que o enfermeiro deve optar pelo método mais condizente à realidade do serviço de assistência²⁵.

Um estudo que comparou 188 prontuários de pacientes com risco de LPP internados em Unidade Clínicas e Cirúrgicas como sistema de indicador assistencial de LPP, onde 3% (n= 5,6) dos pacientes foram apontados com LPP grau II, no entanto 19% (n= 35,7) tiveram registro nas evoluções de enfermagem evidenciando uma notificação de dados abaixo do esperado. A maioria era composta por mulheres, idosos e pacientes com doenças cerebrovasculares.

Relacionando a prática clínica do enfermeiro para diagnosticar com a utilização da escala de *Braden*, pode-se afirmar que é possível estabelecer diagnósticos mais precisos na prevenção de LPP, desde que os enfermeiros estejam sempre buscando e aprimorando ações educativas para estabelecerem diagnósticos mais precisos para a melhoria da qualidade na assistência e utilizem mais de uma forma de observação para monitorar a incidência do agravo e para que possam traçar medidas preventivas de cuidado ao paciente²¹.

Desse modo, ressalta-se que se faz necessário que os profissionais de enfermagem sejam capacitados para atuar de forma sistemática na prevenção da LPP e que as instituições promovam treinamentos para qualificação da equipe afim de que os profissionais possam prestar assistência de forma consensual, para otimizar os recursos e diminuir o período de internação dos pacientes.

Outro estudo demonstrou o desenvolvimento de um algoritmo para a prevenção de LPP. Esta tecnologia formula a prática baseada em evidências científicas, direcionando a tomada de decisão de profissionais de saúde, proporcionando uma visão mais detalhada para o gerenciamento das ações da enfermagem. Um dos subsídios referidos para atuar na prevenção são as escalas de riscos que sustentam o diagnóstico, desenvolvendo critérios relevantes para a prevenção. O autor ressalta a necessidade de os profissionais se instrumentalizarem com escalas de risco para estabelecer planos de cuidados de prevenção e tratamento de LPP⁸.

Já Alves, Borges e Brito²² realizaram uma avaliação científica sobre o uso das escalas de prevenção de LPP (*Braden, Norton e Waterlow*) na Unidade de Terapia Intensiva de instituições de urgência e emergência, relacionadas às discordâncias de fatores, como mobilidade, sexo, peso, idade, incontinência e percepção sensorial, antevendo o aparecimento das lesões. Os escores das subescalas demonstraram risco elevado, e a aplicação da escala de *Braden* aliada à escala de coma de *Glasgow* auxilia na prevenção de LPP. Para o autor, esses instrumentos são de fácil entendimento para os enfermeiros desde que haja conhecimento e habilidade para assegurar ações efetivas dos cuidados de enfermagem²².

O presente estudo apresenta limitações por analisar estudos nacionais e disponíveis em bases de dados de acesso livre.

CONCLUSÃO |

A maioria dos estudos analisados utilizou a escala de *Braden* (n= 7) para a prevenção de LPP. Sugere-se que esse fato se dê pela facilidade e simplicidade do seu uso, no entanto, os estudos comparativos apontam melhores resultados e maior sensibilidade diagnóstica com o uso da escala de *Waterlow*.

Apesar de as escalas servirem de ferramentas sistemáticas para a prevenção das LPP, essas devem ser sustentadas por profissionais capacitados e uma rede de apoio multidisciplinar, envolvendo desde setores administrativos e assistenciais.

REFERÊNCIAS |

1. Menegon DB, Bercini RR, Santos CT, Lucena AdF, Pereira AGS, Scain SF. Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(4):854-61.
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel. About us [internet]. Pressure Ulcer Stages Revised. Washington; 2016 [acesso em 17 jan 2016]. Disponível em: URL: <<http://www.npuap.org/about-us/>>.
3. Stein EA, Santos JLG, Pestana AL, Guerra ST, Prochnow AG, Erdmann AL. Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2012; 4(3):2605-12.
4. Rogenski NMB, Kurcgant P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012; 20(2):1-7.
5. Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, Cordeiro DCO, Rosa EG, Rocha NA. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. *RECOM.* 2016; 6(2):2292-306.
6. Cardoso MCS, Caliri MHL, Hass VJ. Prevalência de úlceras de pressão em pacientes críticos internados em um hospital universitário. *REME.* 2004; 8(2):316-20.
7. Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. *Rev Latinoam Enferm.* 2010; 18(6):1203-11.
8. Pott FS, Ribas JD, Silva OBM, Souza TS, Danski MTR, Marineli MJ. Algoritmo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. *Cogitare Enferm.* 2013; 18(2):238-44.
9. Souza TS, Maciel OB, Méier MJ, Danski MTR, Lacerda MR. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(3):470-6.
10. Araújo CRD, Lucena STM, Santos IBC, Soares MJGO. A enfermagem e a utilização da escala de Braden em úlcera por pressão. *Rev enferm UERJ.* 2010; 18(3):359-64.
11. Silva MSML. Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes hospitalizados. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 1998.
12. Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications Philadelphia: WB Saunders Company; 2000. p. 231-50.*
13. Pereira AL, Bachion MM. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúch Enferm.* 2006; 27(4):491.
14. Munoz SIS, Takayanagui AMM, Santos CBd, editores. Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. *Proceedings of the 8 Brazilian Nursing Communication Symposium; 2002; Ribeirão Preto: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem.*
15. Araújo TM, Araújo MFM, Áfio J. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(5):695-700.
16. Araújo TM, Araújo MFM, Cavalcante CS, Junior B, Martins G. Acurácia de duas escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev Enferm UERJ.* 2011; 19(3):381-5.
17. Araújo TM, Moreira MP, Caetano JA. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev enferm UERJ.* 2011; 19(1):58-63.
18. Studart RMB, Melo EM, Lopes MVO, Barbosa IV, Carvalho ZMF. Tecnologia de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão em pessoas com lesão medular. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(3):494-500.
19. Serpa LF, De Gouveia Santos VLC, Campanili TCGF, Queiroz M. Validade preditiva da escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, em pacientes críticos. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011; 19(1):50-7.
20. Rogenski NMB, Kurcgant P. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden interobservadores. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(1):24-8.

21. Santos CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. *Rev Gaúch Enferm.* 2013; 34(1):111-8.
22. Alves AGP, Borges JWP, Brito MA. Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2014; 6(2):793-804.
23. Martins DA, Soares FFR. Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de Minas Gerais. *Cogitare Enferm.* 2008; 13(1):83-7.
24. Cremasco MF, Wenzel F, Sardinha FM, Zanei SSV, Whitaker IY. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(Esp):897-902.
25. Brandão ES, Mandelbaum MHS, Santos I. Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir úlceras por pressão no cliente. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2013; 5(1):3221-8.

Correspondência para/ Reprint request to:

Gleidson Brandão Oselame

Rodovia BR 116, 17906,

Pinheirinho, Curitiba, Paraná, Brasil

CEP: 81690-300

E-mail: gleidsonoselame@gmail.com

Submetido em: 15/06/2016

Aceito em: 19/10/2016

INSTRUÇÕES AOS AUTORES |

MISSÃO E ESCOPO |

A Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde (RBPS) é uma publicação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo. Tem a missão de publicar manuscritos de elevado nível técnico-científico que contribuam para a promoção do conhecimento nas áreas das Ciências da Saúde e afins, com o foco interdisciplinar em Saúde Coletiva. A RBPS destina-se à publicação trimestral de manuscritos científicos, incluindo editoriais, artigos originais, artigos de revisão sistemática e relatos de casos, referentes a assuntos e estudos de interesse técnico-científico nas áreas das Ciências da Saúde.

RESPONSABILIDADE DO AUTOR |

Todos os manuscritos publicados representam a opinião dos autores e não refletem a política oficial do Centro de Ciências da Saúde, da sua diretoria, do corpo editorial da RBPS e nem da instituição à qual o autor é filiado, a menos que seja declarado em documento.

Os manuscritos submetidos à RBPS devem atender ao seu objetivo e às instruções aos autores, não sendo permitida a sua apresentação simultânea a outro periódico impresso ou eletrônico.

ASPECTOS ÉTICOS |

Conflito de Interesse

Solicita-se aos autores o envio de uma Declaração de Conflito de Interesse, assinada por todos os autores, para legitimar a idoneidade dos resultados do estudo submetido, conforme modelo a seguir:

Declaração de Conflito de Interesse

Eu, _____, autor responsável pelo manuscrito “_____”, declaro que nenhum dos autores deste estudo possui qualquer tipo de interesse abaixo descrito, ou outros que configurem o chamado Conflito de Interesse. Declaro que o manuscrito apresentado não recebeu qualquer suporte financeiro da indústria ou de outra fonte comercial e nem eu, nem os demais autores ou qualquer parente em primeiro grau possuímos interesses financeiros/outras no assunto abordado no manuscrito.

Em caso contrário, específico, abaixo, qualquer associação que possa representar um conflito de interesse que eu e/ou os demais autores ou seus parentes de primeiro grau tive(mos) nos últimos cinco anos com empresas privadas e/ou organizações, mesmo sem fins lucrativos — por exemplo: participação em inventos/desenvolvimento de *software*, aparelho, técnica de tratamento ou laboratorial, equipamentos, dispositivos ou tecnologias; participações e atividades de consultoria e/ou palestras; propriedade intelectual; participação acionária; situações de licenciamento de patentes etc.

Local, __/__/__. Assinatura(s): _____

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Os resultados de pesquisas que envolvam seres humanos, submetidos à RBPS, deverão estar de acordo com a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil e com os princípios éticos da Declaração de Helsinki (2000), além do atendimento a legislações específicas do País no qual a pesquisa foi realizada. Nos experimentos conduzidos com animais, devem

ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidado dos animais de laboratório.

Os estudos envolvendo seres humanos ou animais só serão publicados mediante o envio da cópia de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, Comitê de Ética em Pesquisa com Animais ou órgão equivalente.

Registro de Ensaios Clínicos

Manuscritos com resultados de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site: <<http://www.icmje.org/>>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Direitos Autorais

Solicita-se aos autores dos manuscritos submetidos à apreciação enviar à RBPS uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, contendo a assinatura de cada um dos autores, de acordo com o modelo apresentado a seguir:

Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

Nós, abaixo assinados, transferimos todos os direitos autorais do manuscrito intitulado “_____” à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. Declaramos, ainda, que o manuscrito é original e não está sendo considerado para publicação em outra revista, no formato impresso ou eletrônico. (Discriminar as funções de cada autor)

Exemplos:

(Nome do autor) realizou a aplicação do questionário, experimento clínico, correção e edição final.

(Nome do autor) realizou a busca bibliográfica, coletou dados e atuou na redação, correção e edição final.

Local, __/__/__. Assinatura(s): _____

PROCEDIMENTOS EDITORIAIS |

Na seleção de manuscritos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância e a metodologia, além da adequação às normas editoriais adotadas pelo periódico.

Ao ser submetido à avaliação, o manuscrito é avaliado pela Secretaria para efetuar a análise inicial, observando se está em concordância com as normas de publicação da RBPS. Em seguida, o artigo é repassado aos editores científicos.

Os manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as Diretrizes para Autores. Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas e inclusão de documentos eventualmente necessários.

Os editores científicos recebem os manuscritos enviados pelo editor-chefe, avaliam se estão em concordância com o escopo de publicação da RBPS e repassam aos editores associados.

Os editores associados recebem manuscritos científicos encaminhados pelos editores científicos e repassam a dois revisores *ad hoc*: um revisor vinculado a instituições localizadas no Estado do Espírito Santo ou em outros Estados, e o outro

revisor lotado obrigatoriamente em instituições localizadas fora do Espírito Santo ou fora do Brasil.

Os editores associados recebem as avaliações dos revisores *ad hoc*, elaboram parecer consubstanciado dos manuscritos científicos e remete-os aos editores científicos, num prazo máximo de 30 dias úteis.

O processo de avaliação por pares é o sistema de *blind review*, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores, por isso os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito.

Os pareceres dos revisores comportam três possibilidades: a) aceito; b) aceito com restrições; c) recusado. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

Os manuscritos, quando aceitos, estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Essas eventuais modificações só ocorrerão após prévia consulta ao autor. No caso de aceite com restrições, a Secretaria devolverá o manuscrito aos autores para que façam as devidas alterações indicadas pelos revisores *ad hoc* e reapresentem para nova avaliação. Quando recusado, a Secretaria devolverá o manuscrito aos autores com a justificativa.

CONTEÚDO DAS SEÇÕES |

Os manuscritos enviados à RBPS devem ser redigidos no idioma português ou inglês e devem se enquadrar em uma das seções da revista, descritas a seguir:

1 - Editorial – comentário crítico e aprofundado, preparado pelos editores da Revista e/ou por pessoa convidada com notória vivência sobre o assunto abordado. Deve conter a estrutura de um texto dissertativo, com Introdução, Desenvolvimento, Conclusão e Referências.

2 - Artigos originais (perfazem mais de 80% da edição) – apresentam resultados inéditos de pesquisa epidemiológica, clínica ou experimental, entre outros. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

3 - Revisões sistemáticas – avaliação crítica sistematizada sobre determinado assunto, devendo ter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados – metodologia de busca, critérios de inclusão e exclusão, resultados e discussão – esclarecendo a delimitação do tema. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

4 - Relatos de casos – apresentação da experiência profissional, baseada em estudos de casos peculiares e/ou em novas técnicas, com comentários sucintos de interesse para a atuação de outros profissionais da área. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Relato(s) do(s) Caso(s), Discussão e Referências. Para relatos de técnicas: Introdução, Apresentação da Técnica, Conclusão e Referências.

APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO |

Os manuscritos deverão ser digitados em *Word for Windows* e enviados exclusivamente pelo Sistema On-line de Submissão de Manuscritos (<http://periodicos.ufes.br/RBPS/index>), acompanhados dos

documentos digitalizados: Declaração de Conflito de Interesse, Carta de Aprovação do Comitê de Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais.

As páginas do manuscrito devem estar numeradas e configuradas para papel A4, com margens superior, inferior, esquerda e direita de 3cm, fonte Arial tamanho 12 e espaço duplo, com alinhamento do texto justificado. O número de páginas está limitado a 25 e deve obedecer à configuração acima, incluindo Página de Rosto, Resumo, Abstract, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências, além de ilustrações (figuras, tabelas, quadros, gráficos, fotos etc.).

Página de rosto

Deverá ser enviada uma página de rosto contendo somente os seguintes itens: título do manuscrito em português e inglês e nome completo dos autores, informação sobre a afiliação dos autores (principal instituição de origem, cidade, estado e país), nome e endereço completo para correspondência, local em que o estudo foi realizado. Indicação do responsável pela troca de correspondência, fornecendo endereço completo (CEP, telefone e E-mail) para contato.

Devem ser incluídas na folha de rosto as fontes de financiamento para realização da pesquisa, tais como: bolsas de estudos e auxílios financeiros.

Resumo e Abstract

Os resumos devem possibilitar ao leitor avaliar o interesse do manuscrito e compor uma série coerente de frases, e não a simples enumeração de títulos, fornecendo, portanto, uma visão clara e concisa do conteúdo do manuscrito, suas conclusões significativas e a contribuição para a **saúde coletiva**. Deve conter, no máximo, 250 palavras e ser apresentado em português e inglês, incluindo palavras de estrutura (Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão) e palavras-chave.

Palavras-chave e Keywords

São palavras ou expressões que identificam o conteúdo do manuscrito, fornecidas pelo próprio autor. Deverão ser seguidos os cabeçalhos de assuntos dos **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**, em português e inglês, indicados pela Biblioteca Virtual em Saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>).

Estrutura do texto

A estrutura do texto deverá estar de acordo com a natureza do manuscrito: Editorial, Artigos Originais, Revisões Sistemáticas, Relato de Casos.

ILUSTRAÇÕES |

As ilustrações e tabelas do manuscrito submetido à apreciação estão limitadas ao número máximo de **cinco**. No entanto, no caso de aceite do manuscrito, serão solicitados aos autores os arquivos originais em que as ilustrações e tabelas foram construídas a fim de permitir a formatação gráfica.

De acordo com a ABNT, NBR 14724, de 17 de março de 2011, “Qualquer que seja o tipo de ilustração [ou tabela], sua

identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título”. Os desenhos enviados poderão ser melhorados ou redesenhados pela produção da Revista, a critério do Corpo Editorial. Imagens fotográficas deverão ser apresentadas na forma de *slides* e em duplicata. Na falta destes, as fotografias em papel devem ser acompanhadas dos negativos que lhe deram origem. Imagens digitais poderão ser aceitas desde que sua captação primária tenha ocorrido, pelo menos, em tamanho (10cm x 15cm) e com resolução adequada (300 dpi). Muitas máquinas fotográficas digitais, comerciais ou semiprofissionais, não alcançam os parâmetros citados, portanto não se prestam a produzir imagens com qualidade profissional para reprodução. Desenhos e esquemas deverão ser limitados ao mínimo, feitos, preferencialmente, em *Corel Draw*, devendo ser fornecidos em formato digital junto com o arquivo do manuscrito e apresentados em folhas separadas. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução. Essa autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à apreciação para publicação. Todas as ilustrações e tabelas, sem exceção, devem ser citadas no corpo do texto e ser apresentadas em páginas separadas.

Agradecimentos

É opcional aos autores. Devem ser breves, diretos e dirigidos apenas a pessoas ou instituições que contribuíram substancialmente para a elaboração do manuscrito. Deverão estar dispostos no manuscrito antes das referências.

REFERÊNCIAS |

As referências estão limitadas a um número máximo de 30 (exceto para revisões sistemáticas) e devem ser apresentadas na ordem em que aparecem no texto, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Os exemplos devem estar conforme os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação das referências no texto

Seguir o sistema numérico de citação, no qual somente os números índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Não devem ser citados os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente é permitida a citação de nome de autores (seguido de número índice e ano de publicação do manuscrito) se estritamente necessário. Exemplos de citação de referências no texto:

- Números aleatórios

“O processamento é negligenciado pela maioria dos profissionais, chegando alguns autores a afirmar que cerca de 90% das falhas em radiografias acontecem na câmara escura”^{2,8,10}.

- Números aleatórios e sequenciais

“Desde que observações clínicas comprovaram que lesões de mancha branca são reversíveis, a remineralização passou a ser um importante mecanismo na prevenção e redução clínica das cáries em esmalte”¹⁻⁴.

- Citação de nome de autor

“Cassatly et al.² reportam um caso de osteomielite em uma paciente submetida à apicectomia com laser de Nd:YAG, que levou à necrose de parte da maxila, pela difusão do calor gerado ao tecido ósseo adjacente ao ápice radicular.”

Abreviaturas

Não são recomendáveis, exceto as reconhecidas pelo Sistema Internacional de Pesos e Medidas ou as consagradas nas publicações médicas, que deverão seguir as normas internacionais tradicionalmente em uso (aprovadas pelo documento de Montreal publicado no *British Medical Journal* 1979;1:532-5). Quando o número de abreviaturas for significativo, providenciar um glossário à parte.

Nomes de drogas

A utilização de nomes comerciais (marca registrada) não é recomendável; quando necessário, o nome do produto deverá vir após o nome genérico, entre parênteses, em caixa-alta-e-baixa, seguido pelo símbolo que caracteriza a marca registrada, em sobrescrito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS |

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a sua conformidade em relação a todos os itens aqui listados. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Toda a correspondência deve ser enviada à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Avenida Marechal Campos, n. 1468, Maruípe, Vitória, Espírito Santo, Brasil, Cep: 29040-090. E-mail: rbps.ccs@ufes.br



Universidade Federal do Espírito Santo
Excelência em Ensino Superior desde 1961