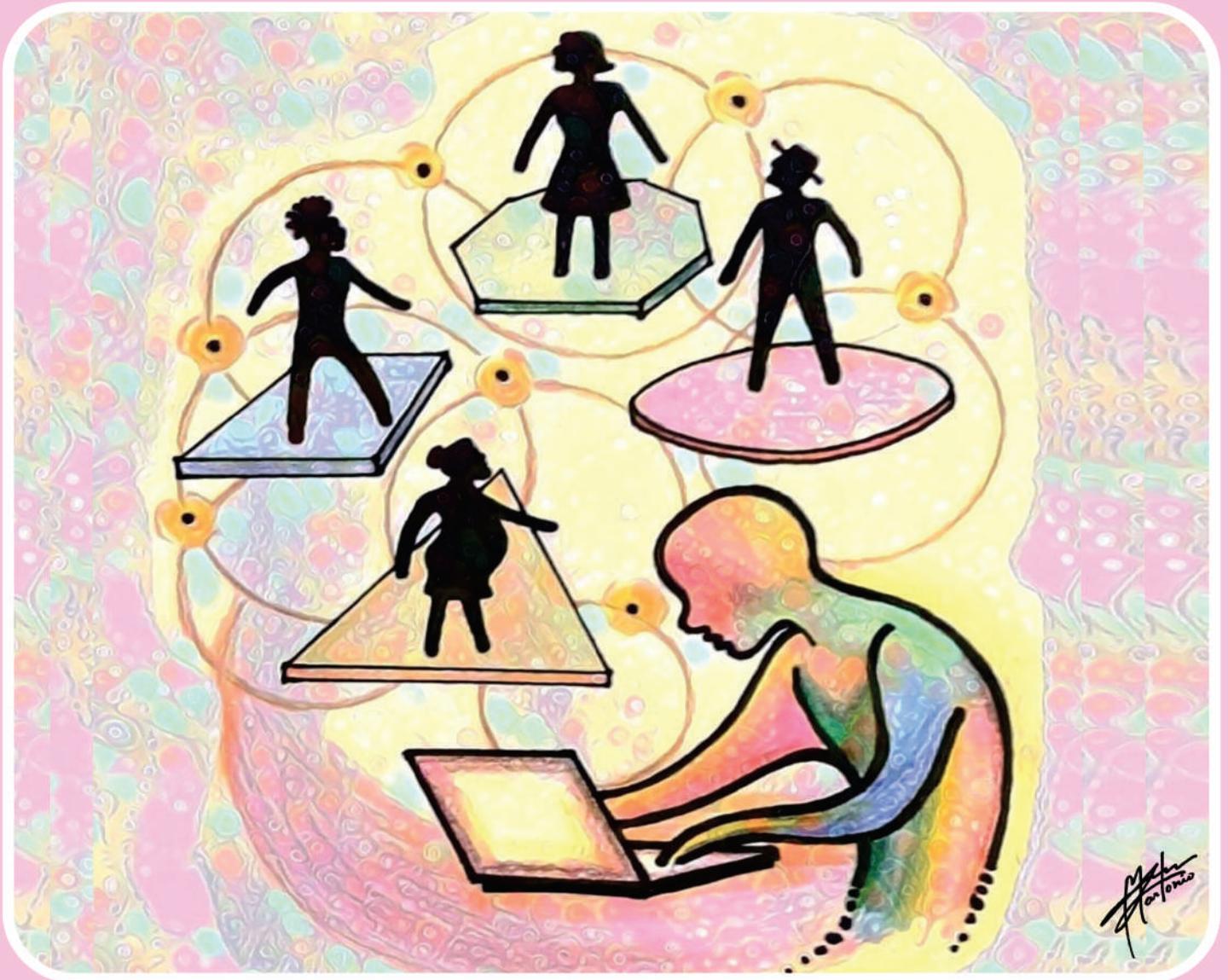


ISSN: 1676-8019



SANARE

REVISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS



Antonio

SANARE

Revista de Políticas Públicas

SANARE, Sobral - 2023. Jul.-Dez.; 22(2), p.001-191.

Tornar sã, em latim, *SANARE* é uma revista de políticas públicas que tem por finalidade divulgar experiências em políticas públicas na área de saúde coletiva como forma de contribuir com o processo de elaboração e sistematização de novos paradigmas sobre gestão governamental.

CONSELHO EDITORIAL

NACIONAL/NATIONAL

Adriana Gomes Nogueira Ferreira – UFMA
Aluisio Ferreira de Lima – PUCSP
Anyá Pimentel Gomes Fernandes V. Meyer – FioCruz
Betise Mery Alencar Sousa Macau Furtado – UPE
Camilla Araújo Lopes Vieira – UFC
Camilo Darsie de Souza – UNISC
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas – UVA
Cristianne Maria Famer Rocha – UFRGS
Edson Holanda Teixeira – UFC
Eliany Nazaré Oliveira – UVA
Fabiane do Amaral Gubert – UFC
Fernando Sérgio Pereira de Sousa – UFPI
Francisco Arnaldo N. de Miranda – UFRN
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto – UVA
Geison Vasconcelos Lira – UFC
Gerardo Cristino Filho – UFC
Glauberto da Silva Quirino – URCA
Ivaldinete de Araújo Delmiro Gemes – UVA
Izabelle Mont’Alverne N. Albuquerque – UVA
Jeane Félix da Silva – UFRGS
José Jailson de Almeida Junior – UFRN
José Maria Ximenes Guimaraes – UECE
José Olinda Braga – UFC
José Reginaldo Feijão Parente – UVA
Karina Oliveira de Mesquita – ESP-VS

Lielma Carla Chagas da Silva – UVA
Luis Achilles Rodrigues Furtado – UFC
Marcia Maria Mont’Alverne de Barros – UFPB
Maria Adelane Monteiro da Silva – UVA
Maria Corina Amaral Viana – UFC
Maria da Conceição Coelho Brito – FLF
Maria de Fatima Antero Sousa Machado – URCA
Maria Fátima de Sousa – UnB
Maria Rocineide Ferreira da Silva – UECE
Maria Socorro de Araújo Dias – UVA
Maria Veraci Oliveira Queiroz – UECE
Maristela Inês Osawa Vasconcelos – UVA
Milena Rodrigues Soares Mota – UNICEL
Mirna Marques Bezerra Brayner – UFC
Osmar Arruda da Ponde Neto - ESP-VS
Roberta Cavalcante Muniz Lira – UFC
Vicente de Paulo Teixeira Pinto – UFC
Yolanda Flores e Silva – UNIVALI

INTERNACIONAL/INTERNATIONAL

Félix Fernando Monteiro Neto – Univ. do Porto, Portugal
Fco Antonio Loiola - Univ. de Montréal/Québec, Canadá
Mirella Maria Soares Veras - Univ. of Ottawa, Canadá
Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

PREFEITURA

Ivo Ferreira Gomes
Prefeito

Christianne Marie Aguiar Coelho
Vice-Prefeita

Letícia Reichel dos Santos
Secretária da Saúde

Osmar Arruda da Ponte Neto
Diretor da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia

PRODUÇÃO

Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia - ESP-VS

Maria Socorro de Araújo Dias
Editora-Chefe

Antônio Felipe de Vasconcelos Neto
Diagramação

Osmar Arruda da Ponte Neto
Clébio dos Santos Lima
Karina Oliveira de Mesquita
Editores(as) Assistentes

Martônio Holanda
Capa

Versão Digital

SANARE, Revista de Políticas Públicas v.22, n.2, Jul./Dez. 2023
- Sobral[CE]: Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, 2023.

Semestral

ISSN: 1676-8019

1. Políticas públicas 2. Políticas públicas periódicos 3. Políticas de saúde 4. Saúde coletiva

CDD:362.1098131

É permitida a reprodução do material publicado, desde que citada a fonte.

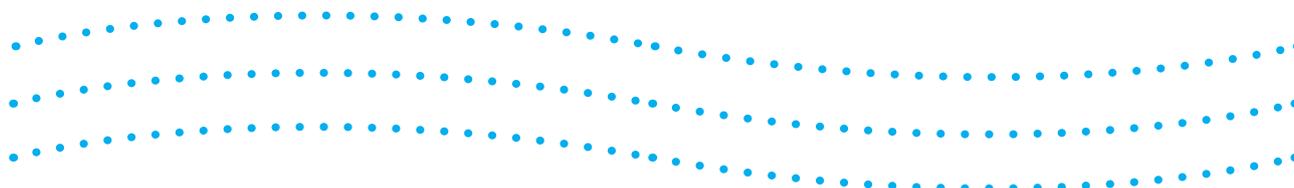
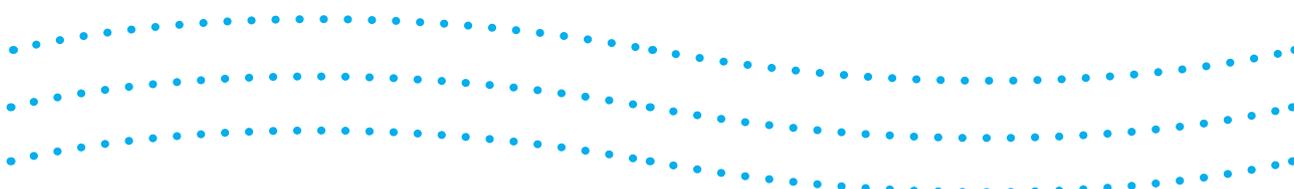
Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia
Av. John Sanford, nº 1320 - Bairro Junco - Sobral/CE
CEP: 62030-362 - Fone:(88) 3614.5520
E-mail: revistasanare.espvs@gmail.com
Portal Sanare: <http://sanare.emnuvens.com.br/>



- 6 EDITORIAL**
- 7 DIETA GERAL HOSPITALAR: DETERMINANTES DO GRAU DE SATISFAÇÃO DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE ENSINO**
GENERAL HOSPITAL DIET: DETERMINANTS OF THE DEGREE OF SATISFACTION OF INJURED PATIENTS IN A TEACHING HOSPITAL
DIETA HOSPITALARIA GENERAL: FACTORES DETERMINANTES DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO
Francisco Valdicélio Ferreira, Helena Alves de Carvalho Sampaio, Bruna Queiroz Allen Palácio, Tamires Alexandre Félix
- 20 CUIDADO COMUNICATIVO MEDIADO POR PROGRAMAS DE RÁDIO ANALÓGICO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR**
COMMUNICATIVE CARE MEDIATED BY ANALOG RADIO PROGRAMS FOR CARDIOVASCULAR HEALTH PROMOTION
ATENCIÓN COMUNICATIVA MEDIADA POR PROGRAMAS DE RADIO ANALÓGICOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR
Maria Laiane Nascimento, José Mário do Couto, Keila Maria de Azevedo Ponte, Maria Socorro Carneiro Linhares
- 30 VIVÊNCIAS APÓS O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA SOB A ÓTICA DOS PACIENTES**
EXPERIENCES AFTER THE DIAGNOSIS OF CHRONIC RENAL FAILURE FROM THE PERSPECTIVE OF PATIENTS
EXPERIENCIAS TRAS EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES
Brenda Maria Tavares do Nascimento, Alcivan Nunes Vieira, Kalídia Felipe de Lima Costa, Luana Adrielle Leal Dantas, Mariana Mayara Medeiros Lopes, Nicole Liv Ullman Freitas Rêgo
- 38 AVALIAÇÃO DA LESÃO RENAL SEGUNDO RISK, INJURY, FAILURE, LOSS E END STAGE RENAL DISEASE**
EVALUATION OF KIDNEY INJURY ACCORDING TO RISK, INJURY, FAILURE, LOSS AND END STAGE RENAL DISEASE
EVALUACIÓN DE LA LESIÓN RENAL SEGÚN EL RISK, INJURY, FAILURE, LOSS Y END STAGE RENAL DISEASE
Luana Adrielle Leal Dantas, Alcivan Nunes Viera, Lucidio Clebeson de Oliveira, Kalídia Felipe de Lima Costa, Fabíola Fontoura Chaves, Brenda Maria Tavares do Nascimento
- 47 OCORRÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS ÀS MORBIDADES MATERNAS GRAVES NA REGIÃO NORTE DO CEARÁ: ESTUDO TRANSVERSAL**
INCIDENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH SEVERE MATERNAL MORBIDITIES IN THE NORTHERN REGION OF CEARÁ: CROSS-SECTIONAL STUDY
OCURRENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA GRAVE EN LA REGIÓN NORTE DE CEARÁ: ESTUDIO CRUZADO
Ana Jéssica Silveira Rios, Livia Mara de Araújo, Ana Kelve de Castro Damasceno, Francisco Herlânio Costa Carvalho, Maria Adelane Monteiro da Silva, Alana Santos Monte
- 58 A VIDA FORA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE MORADORES DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO**
LIFE OUTSIDE THE PSYCHIATRIC HOSPITAL: SOCIAL PARTICIPATION OF RESIDENTS OF A THERAPEUTIC RESIDENTIAL SERVICE
LA VIDA FUERA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LOS RESIDENTES DE UN SERVICIO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO
Rafael Lippi Nicodemos da Silva, Erika Renata Trevisan

- 66 PERCEPÇÕES DE DISCENTES DOS CURSOS DE SAÚDE SOBRE MULTIDISCIPLINARIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE**
THE PERCEPTION OF MULTIDISCIPLINARITY AND INTERDISCIPLINARITY BY HEALTHCARE STUDENTS
PERCEPCIÓN DE LA MULTIDISCIPLINARIA Y LA INTERDISCIPLINARIEDAD POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DE CURSOS DE SALUD
Leidiane Carvalho de Aguiar, Socorro Taynara Araújo Carvalho, Isabela Cedro Farias, Samara Vasconcelos Alves, Bruna Clézia Madeira Neri, Camilla Araújo Lopes Vieira
- 77 PREVALÊNCIA DE PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS A IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**
PREVALENCE OF PSYCHOTROPIC PRESCRIPTIONS TO THE ELDERLY IN PRIMARY HEALTH CARE
PREVALENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS A ANCIANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA
Ana Larissa Gonçalves da Silva, Marindia Biffi, Bruna Chaves Lopes, Gustavo Olszanski Acrani, Ivana Loraine Lindemann
- 86 PERMANÊNCIAS E RUPTURAS DAS PRÁTICAS DE REGULAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE NO BRASIL**
PERMANENCE AND RUPTURES IN THE ADAPTATION OF TRANSSEXUALITY PRACTICES IN BRAZIL
PERMANENCIAS Y RUPTURAS DE LAS PRÁCTICAS DE REGULACIÓN DE LA TRANSEXUALIDAD EN BRASIL
Juliana Vieira Sampaio
- 98 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO GESTOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**
SKILLS OF MANAGING NURSES IN PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW
HABILIDADES DEL DIRECTOR DE ENFERMERAS EN LA UNIDAD BÁSICA DE SALUD: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA
Cristiane Pouey Vidal Borlina, Francielle Bendlin Antunes, Letice Dalla Lana
- 111 MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO BRASIL: LESÕES EM REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO**
WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE IN BRAZIL: INJURIES IN THE HEAD AND NECK REGION
MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN BRASIL: LESIONES EN LA REGIÓN DE LA CABEZA Y EL CUELLO
Myrna Maria Arcanjo Frota Barros, Raimunda Daiany Farias Martins, Cinthia Nara Gadelha Teixeira, Luciana Maria Arcanjo Frota, Jacques Antonio Cavalcante Maciel
- 120 IDENTIFICAÇÃO DOS SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DO NEAR MISS MATERNO: REVISÃO INTEGRATIVA**
IDENTIFICATION OF SYSTEMS FOR CLASSIFYING MATERNAL NEAR MISS: INTEGRATIVE OVERVIEW
IDENTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE NEAR MISS A LA MATERNA: REVISIÓN INTEGRATIVA
Ana Jéssica Silveira Rios, Lívia Mara de Araújo, Ana Kelve de Castro Damasceno
- 129 SIGNIFICADOS EM TORNO DO CONCEITO DE COORDENAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: REVISÃO DE ESCOPO**
MEANINGS AROUND THE CONCEPT OF HEALTH CARE COORDINATION: A SCOPING REVIEW
SIGNIFICADOS EN TORNO AL CONCEPTO DE COORDINACIÓN DE CUIDADOS EN SALUD: UNA REVISIÓN DE ALCANCE
Helvo Slomp Junior, Bruna Vago, Alexia Carvalho Moraes, Isadora Santana Pinheiro, Lorryne de Oliveira Brito, Volney Alves Ferreira Júnior
- 141 ANÁLISE DO CONCEITO REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**
ANALYSIS OF THE CARDIOVASCULAR REHABILITATION CONCEPT IN THE CONTEXT OF NURSING CARE
ANÁLISIS DEL CONCEPTO DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR EN EL CONTEXTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA
Maria Sinara Farias, Lúcia de Fátima da Silva

- 153 “INPIC”: INTERNALIZAR PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES PARA PROMOVER SAÚDE MENTAL À TRABALHADORES: RELATO DE RESIDENTES**
“INPIC”: INTERNALIZING INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES TO PROMOTE WORKERS’ MENTAL HEALTH: REPORT FROM RESIDENTS
“INPIC”: INTERNALIZACIÓN DE PRÁTICAS INTEGRADORAS Y COMPLEMENTARIAS PARA PROMOVER LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES: INFORME DE RESIDENTES
Iara Sampaio Cerqueira, Amanda Maria Brito da Silva, Susana Silva Lima, Maurycyo Silva Geronço, Mayane Carneiro Alves Pereira, Natasha Teixeira Medeiros
- 160 FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: AVALIAÇÃO E FLUXO DE ATENDIMENTO ÀS GESTANTES EM PARNAÍBA/PI**
OBSTETRIC PHYSIOTHERAPY IN PRIMARY HEALTH CARE: EVALUATION AND FLOW OF CARE FOR PREGNANTS WOMEN IN PARNAÍBA/PI
FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: EVALUACIÓN Y FLUJO DE ATENCIÓN AS MUJERES EMBARAZADAS EN PARNAÍBA/PI
Francisca Gabriela Pinho Rocha, Savia Francisca Lopes Dias
- 171 DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CANCEROLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ASSISTENTE SOCIAL RESIDENTE**
CHALLENGES AND OPPORTUNITIES OF MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN CANCER THERAPY: EXPERIENCE OF A PRACTICING SOCIAL WORKER
DESAFÍOS Y POSIBILIDADES DE LA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN CANCEROLOGÍA: RELATO DE EXPERIENCIA DE UNA TRABAJADORA SOCIAL RESIDENTE
Miliane de Carvalho Pinheiro, Kelly Maria Gomes Menezes, Maria Carleandra Gonçalves Oliveira
- 178 O CAMINHAR DO USUÁRIO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: VIVÊNCIAS E APRENDIZADOS DE ACADÊMICOS DE MEDICINA**
THE USER’S WALK IN THE HEALTH CARE NETWORK: REFLECTIONS AND EXPERIENCES OF STUDENTS
EL TRANSITAR DEL USUARIO EN LA RED DE ATENCIÓN A LA SALUD: EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES DE ESTUDIANTES DE MEDICINA
Hellen de Carvalho Lima, Adson Aragão de Araújo Santos, Roberta Stofeles Cecon, Anacely Guimarães Costa, Maria Augusta Vasconcelos Palácio
- 185 CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DO TRABALHO COM UM GRUPO DE IDOSAS**
MENTAL HEALTH CARE IN PRIMARY CARE: A REPORT ON WORKING WITH A GROUP OF ELDERLY WOMEN
ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: INFORME DEL TRABAJO CON UN GRUPO DE MUJERES MAYORES
Caroline Cabral Nunes, Jayne Martins Viana, Débora Rafaela Silva Brito



EQUIDADE E SAÚDE

A Saúde é um fenômeno social que traz dentro de si diversas abordagens que são atravessadas e afetadas pelas diferenças de: geração, gênero, lugar, raça e classe. Nesse sentido, torna-se primordial compreender esse fenômeno a partir de olhares e de princípios que regulam e fortalecem a criação de projetos e de políticas públicas que visam colaborar na construção de saberes que promovam a vida através da humanização, da igualdade e da dignidade da pessoa humana.

Desse modo, a Saúde é aqui analisada de maneira valorativa, posto que vê-la como um fenômeno, por excelência, social, implica no reconhecimento de uma política de promoção de saúde, de educação e de cuidado, que se revela tanto no plano individual quanto no plano coletivo. Ou seja, também se revela na proposta de viabilizar práticas eficazes, através de redes de saúde, que possam atingir toda a população de forma integral. Nessa medida, é fundamental ater-se à saúde nas diversas possibilidades de educar, de gerir e de cuidar, a partir do seu maior desafio: resgatar a inteireza da vida humana, dentro dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Outrora, a saúde no Brasil era vista como um produto de difícil acesso, como produto que poucos sujeitos podiam acessar. Nessa época, a compreensão acerca do processo saúde/doença ainda se espelhava na abordagem biologizante, em detrimento aos aspectos multifatoriais que envolvem fatores como a situação socioeconômica da população, a educação, a vacinação, o consumo de bens, o acesso aos serviços, o trabalho, o salário, os fatores socioambientais, a moradia, o transporte, o acesso às redes de água, de esgoto, a coleta de lixo e o acesso direto aos locais de atendimento e cuidado.

O acesso aos programas em saúde pública depende de uma série de indicadores, por exemplo: políticos, sociais, culturais, econômicos, educativos e ambientais. A organização da saúde pública na sociedade brasileira foi (e ainda é) gerida, na maioria das vezes, por governantes que não estavam atentos às inúmeras diferenças regionais, às demandas específicas dos territórios urbanos e dos territórios rurais, às demandas das mulheres, de crianças, de homens, dos pobres, dos idosos, dos homossexuais, dos indígenas e das comunidades diversas existentes no Brasil. E, nesse contexto brasileiro, manifestam-se, simplesmente, todos os tipos de desigualdades sociais. É fato de que essas desigualdades fazem parte de uma realidade em constante transformação.

As desigualdades sociais e diferenças internas do Brasil exigem uma política pública de saúde que atenda às diversas demandas sociais. Torna-se necessário inserir na história e nas questões da saúde pública brasileira a implantação de um sistema de saúde igualitário. Ora, sistema esse que se proponha a mostrar as situações extremas da população brasileira. E que suscite uma funcionalidade material e ética em saúde, com programas tanto no meio rural, como no meio urbano da sociedade brasileira. O fundamento dessa funcionalidade sistêmica desenrola-se a partir de práticas e de ações interdisciplinares em saúde, considerando, assim, as singularidades individuais e, ao mesmo tempo, legitimando o reconhecimento das diferenças de coletivos comunitários, como redes rizomáticas que se fortalecem no âmbito de cada agir profundo da existência humana.

Neste volume, eu chamo atenção do leitor e da leitora para o sentido atribuído à temática. Falar de *Equidade e Saúde*, no Brasil, neste momento histórico, é compreender pela metáfora das diferenças que a vida humana se realiza dentro de labirintos dos saberes e dos fazeres profundos, que se cruzam nos diversos ciclos da existência. Falar sobre equidade e saúde é, ainda, compreender antropologicamente que a saúde não se evidencia no limiar do agir fragmentado, pois, na verdade, ela se evidencia a partir de programas, de estratégias, de redes, de laços e de princípios humanísticos e éticos do reconhecimento do “Outro” como Ser digno de viver com dignidade, afeto, qualidade, respeito, amor e cuidado.

Profa. Dra. Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes

Cientista Social e Ativista. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.

DIETA GERAL HOSPITALAR: DETERMINANTES DO GRAU DE SATISFAÇÃO DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE ENSINO

GENERAL HOSPITAL DIET: DETERMINANTS OF THE DEGREE OF SATISFACTION OF INJURED PATIENTS IN A TEACHING HOSPITAL

DIETA HOSPITALARIA GENERAL: FACTORES DETERMINANTES DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Francisco Valdicélio Ferreira ¹

Helena Alves de Carvalho Sampaio ²

Bruna Queiroz Allen Palácio ³

Tamires Alexandre Félix ⁴

Como Citar:

Ferreira FV; Sampaio HAC; Palácio BQA; Félix TA. Dieta Geral Hospitalar: Determinantes do Grau de Satisfação de Pacientes Internados em um Hospital de Ensino. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Qualidade dos Alimentos; Serviços de Alimentação; Assistência Alimentar.

Descriptors:

Food Quality; Food Services; Food Assistance.

Descriptores:

Calidad de los Alimentos; Servicios de Alimentación; Asistencia Alimentaria.

Submetido:

29/08/2023

Aprovado:

20/11/2023

Autor(a) para Correspondência:

Francisco Valdicélio Ferreira
E-mail: celionutri@gmail.com

RESUMO

A gestão da qualidade é intimamente conectada à satisfação do cliente, no que diz respeito a área hospitalar isso não difere, principalmente nos referindo a alimentação. Com este propósito, esta pesquisa objetivou identificar o grau de satisfação dos pacientes internados e relaciona-los com tempo de internação, idade, escolaridade e enfermaria. Optou-se por uma pesquisa transversal descritiva de caráter exploratório, com abordagem quantitativa realizada em um hospital filantrópico, com pacientes internados com tempo superior a dois dias. Participaram 80 pacientes, todos eles recebiam dieta geral, e entre a refeição que teve maior destaque com o percentual de aceitação foi o café da manhã, e a refeição com o maior destaque no que diz respeito à insatisfação em todos os critérios, exceto a cortesia da copeira, foi o jantar, percebendo-se que o grau de satisfação regride à medida que o paciente passa mais tempo na enfermaria. Referente à idade e o grau de satisfação, não foi demonstrada nenhuma associação forte entre estas variáveis. Em relação à escolaridade, percebeu-se que quanto mais anos de estudo, maior era a satisfação. O café da manhã foi a refeição que teve o maior grau de aceitação entre três enfermarias das quatro estudadas. O jantar foi a refeição que todas as enfermarias o classificaram com o menor percentual de aceitação. Notou-se que a dieta hospitalar ainda se mostra como um desafio na gastronomia, que a aceitação é um fator dependente de vários outros, sugerindo-se a revisão de dietas oferecidas aos pacientes com implementação de estratégias para melhoria desta realidade.

1. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Bacharel em Nutrição pelo Centro Universitário INTA (UNINTA). E-mail: celionutri@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6347-2844>

2. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora emérita da Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: helena.sampaio@uece.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5353-8259>

3. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bacharel em Nutrição. E-mail: bruna.queiroz@aluno.uece.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2188-4656>

4. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Bacharel em Enfermagem. E-mail: tamiresafelix@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9297-7764>

ABSTRACT

Quality control is closely connected to customer satisfaction, as far as the hospital area is concerned, this does not differ mainly in referring to food, for this purpose this research aimed to identify the degree of satisfaction of hospitalized patients and relates them to length of hospital stay, age, schooling and ward. We chose a descriptive cross-sectional exploratory study with quantitative approach performed in a philanthropic hospital with inpatients with time greater than two days. Participants were 80 patients, all of them were given a general diet, and the most prominent meal was the breakfast, and the meal that was the most prominent in terms of dissatisfaction, in all criteria, except for the courtesy of the waitress, was dinner, perceiving that the degree of satisfaction regresses as the patient spends more time in the ward. Regarding age and degree of satisfaction there was no strong associations between these variables. In relation to schooling, it was noticed that the more years of study the greater the satisfaction. Breakfast was the meal that had the highest degree of acceptance among three wards of the four studied. Dinner was the meal that all the wards ranked with the lowest percentage of acceptance. It was noted that the hospital diet still shows itself as a challenge in the gastronomy, that acceptance is a dependent factor of several others, suggesting the revision of the diets offered to the patients with the implementation of strategies to improve this reality.

RESUMEN

La gestión de la calidad está estrechamente vinculada a la satisfacción del cliente, y en el área hospitalaria esto no es diferente, especialmente cuando se trata de la alimentación. Con esto en mente, esta investigación tuvo como objetivo identificar el nivel de satisfacción de los pacientes hospitalizados y relacionarlo con la duración de la estancia, la edad, la educación y el pabellón. Se optó por un estudio descriptivo, exploratorio y transversal con enfoque cuantitativo, realizado en un hospital filantrópico con pacientes hospitalizados durante más de dos días. Participaron un total de 80 pacientes, todos los cuales recibieron una dieta general. La comida con mayor porcentaje de aceptación fue el desayuno, y la comida con mayor porcentaje de insatisfacción en todos los criterios, excepto en la cortesía de la anfitriona, fue la cena, observándose que el grado de satisfacción disminuye a medida que el paciente pasa más tiempo en la sala. No se observó ninguna relación significativa entre la edad y el grado de satisfacción. En cuanto a la escolaridad, se observó que cuantos más años de escolaridad, mayor era la satisfacción. El desayuno fue la comida con mayor nivel de aceptación en tres de las cuatro salas estudiadas. La cena fue la comida que todos los pabellones calificaron con el porcentaje más bajo de aceptación. Se observó que las dietas hospitalarias siguen siendo un desafío en la gastronomía, y que la aceptación es un factor que depende de varios otros, sugiriendo una revisión de las dietas ofrecidas a los pacientes y la implementación de estrategias para mejorar esta realidad.

.....

INTRODUÇÃO

O aperfeiçoamento dos gestores em relação à qualidade é intimamente conectado à satisfação do cliente. No que se refere à qualidade na gestão hospitalar, esta preocupação é bem recente¹, surgindo na década de 70 e adquirindo forças apenas na década de 90. Em relação ao usuário do sistema de saúde, muitas vezes essa qualidade é negligenciada, sendo o cuidado baseado somente em técnicas, procedimentos e tarefas no intuito de somente tratar a doença^{2,3}.

A gestão hospitalar abrange inúmeros setores que trabalham em prol da resolutividade e satisfação do paciente, no qual se inclui os serviços de nutrição e dietética. Alguns autores^{4,5} discutem sobre a necessidade de atribuir maior importância

à alimentação administrada aos pacientes em ambiente hospitalar, visto que esta também faz parte do tratamento no que cogita a um caráter afetivo, de modo que é necessário respeitar seus hábitos e costumes.

A alimentação está diretamente relacionada ao processo de cura, porém o objetivo deve ir além, essencialmente no que diz respeito à desnutrição. Alguns estudos já realizados^{6,7,8} relatam grande prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados em que o tempo de permanência na unidade e a mudança no hábito alimentar são fatores determinantes.

Assim, cabe destacar a importância de avaliar os aspectos gerais referentes à dieta, além de suas características terapêuticas, de modo a garantir o direito humano à alimentação adequada, bem

processada e segura. Para tal, se faz necessário integrar princípios dietéticos, gastronômicos e preparações diferenciadas no intuito de mudar o pensamento de que dieta hospitalar é sem sabor, fria, servida fora dos horários da rotina dos pacientes e também com conotações de proibição^{5,9,10}.

A alimentação hospitalar tem sua grande importância de modo holístico no cuidado humanizado ao paciente internado. Em estudo realizado por Demário, Sousa e Salles¹¹, notou-se as dificuldades que os pacientes têm de opinar sobre as mudanças em sua alimentação e rotina, e isso é percebido como regra da instituição, relacionada com a privação da liberdade de escolha do indivíduo sobre o que ele próprio irá comer, o que reduz relativamente a sua autonomia.

De modo a considerar a necessidade de se ampliar a Gestão da Qualidade e Segurança dos Alimentos no ambiente hospitalar, justifica-se esta pesquisa, pois a partir da identificação de fatores avaliados no produto final, poderão ser otimizadas as práticas de gerenciamento do alimento, destacando-se um avanço clínico por tratar-se também de um item terapêutico. A partir disso, esta pesquisa teve como objetivo identificar o grau de satisfação dos pacientes internados em um hospital de ensino referência na Região Norte do estado do Ceará em relação à alimentação oferecida, relacionando-o com o grau de satisfação, tempo de internação, idade e escolaridade.

METODOLOGIA

Abordagem e tipologia do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa e com o objetivo de identificar o grau de satisfação dos pacientes internados em um hospital de ensino referência na Região Norte do estado do Ceará em relação à alimentação oferecida, relacionando-o com o grau de satisfação, tempo de internação, idade e escolaridade.

A partir desta perspectiva, os métodos quantitativos têm a vantagem de produzir dados estatisticamente significantes, relativos a uma realidade e que permitem avaliar a importância, gravidade, risco e tendência de agravos e ameaças¹².

Local do estudo

A pesquisa vincula-se ao Programa de Pós-graduação *Lato Sensu*, Especialização em Gestão da Qualidade e Segurança dos Alimentos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – Campus Sobral, e foi desenvolvida em hospital de ensino filantrópico. Este hospital constitui-se em uma unidade de atenção terciária, referência para a região Norte do Estado do Ceará atendendo uma população de cerca de 1,6 milhão de habitantes, compreendendo mais de 55 municípios.

População e amostra do estudo

Os sujeitos do estudo foram pacientes internados nas enfermarias do referido hospital com o tempo mínimo de permanência de dois dias, maiores de 18 anos, recebendo dieta por via oral. Todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como critério de inclusão, obedecendo, assim, os preceitos éticos conforme a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Pacientes com limitações para falar, rebaixamento sensorial ou outra condição que inviabilize as respostas foram excluídos da pesquisa.

Os setores de realização da pesquisa foram os seguintes: setor clínico cirúrgico que conta com 14 enfermarias e 49 leitos; setor clínico traumatológico na qual são dispostas 18 enfermarias com o total de 56 leitos; setor oncológico com 06 enfermarias e 21 leitos e o setor neurológico que contém 08 enfermarias e 29 leitos.

Coleta de dados

Para coleta de dados utilizou-se o questionário quantitativo de Pfaffenzeller¹³, adaptado por Proença *et al*¹⁴, e Colço, Holanda e Portero-McLellan⁹. (ANEXO B). Este é um questionário de cunho quantitativo e qualitativo e analisa dados e compara com as variáveis: aparência, temperatura, sabor/tempero, quantidade e cortesia da copeira e também inclui sugestões dadas pelos participantes da pesquisa. Cada participante respondeu apenas uma vez o questionário de acordo com os quesitos para as seguintes refeições: café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar. Este foi aplicado em dias aleatórios em todos os leitos das enfermarias, conforme os critérios de inclusão, em cada leito só

foi visitado uma vez e foi aplicado um questionário por paciente.

Análise e apresentação dos dados

Os dados coletados da pesquisa foram analisados por meio do número de ocorrências para cada item do formulário com as respectivas frequências relativas percentuais, sendo posteriormente apresentados em quadro sinópticos, tabelas e gráficos. Após isso, foi realizado o cruzamento de dados de acordo com os objetivos da pesquisa e a média ponderada de cada etapa desenvolvida com apoio do programa *Epi Info 3.5.1™* (2008) e da planilha eletrônica *Microsoft Excel* (2013).

Para realização das figuras referente ao cruzamento de dados, optamos por realizar a média ponderada do número de respostas dadas pelos pacientes, sendo assim o grau de satisfação foi substituído por números na figura 1,0 a 5,0 de modo que cada intervalo representa um grau de satisfação: 1,0 – insatisfeito; 2,0 – pouco satisfeito; 3,0 – indiferente; 4,0 – satisfeito e 5,0 – muito satisfeito.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida para avaliação na Comissão Científica da Santa Casa de Misericórdia de Sobral e do Comitê de Ética e Pesquisa. Cabe esclarecer que não foi realizada nenhuma intervenção que possa afetar fisiológica, psicológica ou socialmente os participantes. A entrevista foi realizada considerando o estado físico e a possibilidade de resposta do paciente. A fim de manter princípios éticos, as identidades dos sujeitos serão mantidas em sigilo e as informações confidencialmente garantidas.

Todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como critério de inclusão e a realização desta pesquisa procedeu-se conforme a Resolução 466/12 do Comitê Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisas que envolvem seres humanos com o número do parecer: 2.879.771.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos pacientes entrevistados, obtivemos a seguinte caracterização referente a naturalidade dos pacientes, assim como dados sociais de cada participante da pesquisa:

Tabela 1 - Resultados referentes aos dados sociais dos pacientes.

MACRORREGIÃO DE SOBRAL	N
11ª CRES Sobral	52
12ª CRES Acaraú	10
13ª CRES Tianguá	10
15ª CRES Crateús	07
16ª CRES Camocim	01
TOTAL	80
SEXO	N
Feminino	25
Masculino	55
Total	80
IDADE	N
18 – 30	22
31 – 40	21
41 – 50	14
51 – 60	12
> 61	11
Total	80
COR DA PELE/ETNIA	N
Branco (Caucasiano)	16
Mulato (Pardo)	56
Negro (Preto)	8
Total	80
ESTADO CIVIL	N
Casado/União Estável	48
Divorciado	3
Solteiro	27
Viúvo	1
Total	80
ESCOLARIDADE	N
4ª Série Fundamental	33
Analfabeto	8
Fundamental completo	17
Médio completo	19
Superior completo	3
Total	80
REINCIDÊNCIA NO SERVIÇO	N
Não	49
Sim	31
Total	80
RELAÇÃO INGESTA ALIMENTAR EM CASA E NO HOSPITAL	N
Come menos no hospital	62
Come a quantidade semelhante	15
Come mais no hospital	3
Total	80

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Dos participantes entrevistados, obtivemos maior percentual na 11ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES | Sobral) com o total de 52 pacientes (65%), e acredita-se que por a regional de Sobral ser a maior em extensão geográfica e de número de habitantes dentre as outras CRES, essa se destaca também como o primeiro lugar em números de pacientes internados.

Predominou o sexo masculino com 55 pacientes (68,35%) e em a idade o que prevaleceu com maior percentual foi entre 18 a 30 anos com 22 pacientes (27,50%), seguido de 31 a 40 anos com 21 pacientes (26,25%), sobre a etnia 56 pacientes (70,00%) denominaram-se pardos.

Ao interrogar os pacientes sobre o estado civil, a maioria declarou que eram casados/união estável com 48 pacientes (61,25%), seguido de solteiros 27 pacientes (33,75%). Em relação à escolaridade, 33 pacientes (41,25%) declararam ter somente até a 4ª série do ensino fundamental seguido de fundamental completo 17 pacientes (21,25%) e 19 pacientes (23,75%) com ensino médio completo; 08 pacientes (10%) se declararam como analfabetos e apenas 03 pacientes (3,75%) com ensino superior completo.

Dos pacientes que estavam internados, 80 (100%) alimentavam-se por via oral e com dieta geral, destes, 31 (38,75%) relataram ser reincidentes no mesmo serviço, sobre a relação da ingesta alimentar durante a hospitalização 62 (77,5%) relataram que, em comparação a ingesta alimentar em seu domicílio, no hospital alimenta-se em menor quantidade e

15 (18,75%) afirmaram que se alimentavam com quantidade semelhante tanto em casa como no hospital.

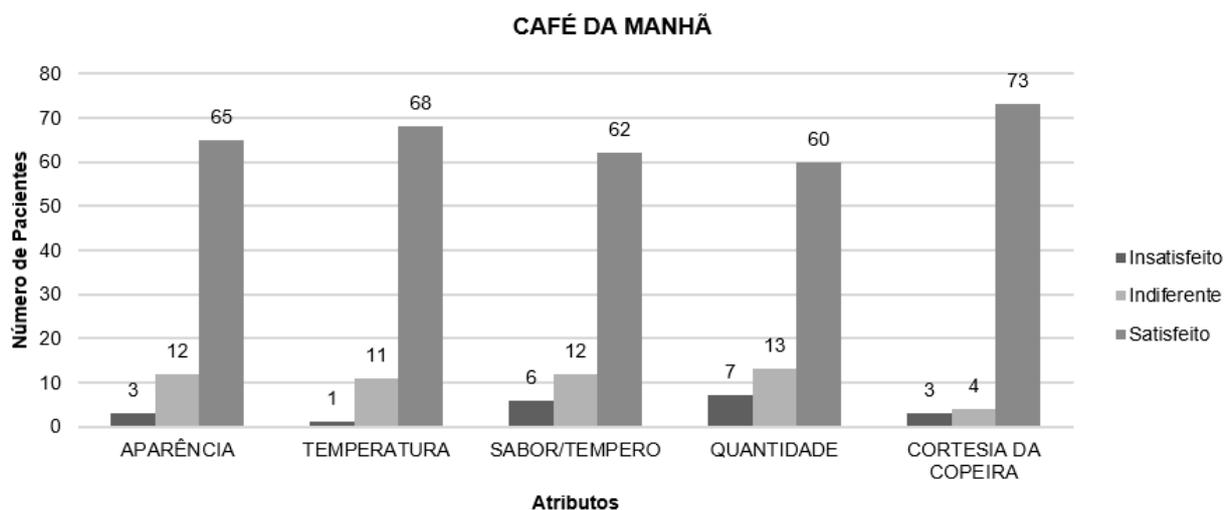
Sobre o quantitativo de pacientes por setores/enfermarias que participaram da pesquisa, destacou-se com o maior número a clínica traumatológica, no qual possui 56 leitos participando da pesquisa 34 pacientes (60,71%), visto que é um leito por cada paciente; na clínica cirúrgica do total de 49 leitos, participaram 22 pacientes (44,89%); na neurologia do total de 29 leitos participaram 14 pacientes (48,27%) e na oncologia de 21 leitos participaram 10 (47,61%). Este número de participação reduzido ocorreu por existir leitos vagos no dia da coleta de dados.

No geral de 155 leitos nas enfermarias, participaram da pesquisa 80 pacientes, 01 por leito, totalizando 51,61% do total de leitos. Os casos omissos foram aqueles que não quiseram participar da pesquisa e/ou os pacientes estavam entre os critérios de exclusão. Vale ressaltar que do total de participantes da pesquisa 49 pacientes (61,25%) relataram ser reincidentes no mesmo serviço.

Determinantes do grau de satisfação em relação a dieta geral hospitalar oferecida

Na figura 01 observa-se o resultado em relação ao grau de satisfação para o parâmetro Qualidade do café da manhã segundo a opinião dos pacientes internados no referido hospital.

Figura 01. Grau de satisfação para os atributos da qualidade do café da manhã.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Sobre o percentual de aceitação da dieta geral oferecida no hospital de referência na zona Norte do Estado do Ceará, no que diz respeito aos critérios de avaliação, o café da manhã foi a refeição que obteve o maior percentual de satisfação, como mostra a Figura 01.

Para o café da manhã, observamos que o atributo cortesia da copeira obteve o maior grau de satisfação, (91.25%), seguido de temperatura (85%), aparência (81.25%), sabor/tempero (77.50%) e quantidade (75%) de aceitação.

Em relação à quantidade de alimentos servidos, o café da manhã mostrou-se como maior percentual de insatisfação relatado pelos pacientes, no qual 8.75% responderam ser insuficiente. Ressalta-se também a importância do atendimento prestado pela copeira no que diz respeito ao servir o café da manhã, indo de encontro a pesquisa realizada Morimoto e Paladini¹, com 216 pacientes internados em hospitais, de modo que a cortesia do atendimento realizada pela copeira houve forte relação positiva aos atributos da qualidade no que diz respeito ao grau de satisfação dos pacientes atendidos, resultado este que condiz com o encontrado nesta pesquisa.

Morimoto e Paladini¹, tiveram grande destaque em relação aos atributos pesquisados como sabor, temperatura, variação do cardápio, higiene dos

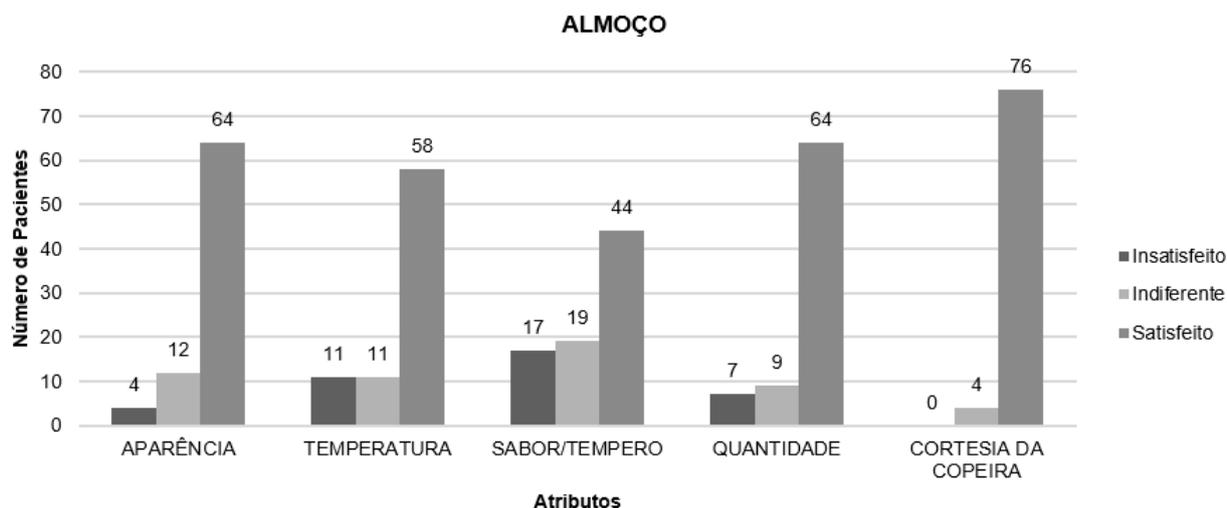
alimentos oferecidos e cortesia no atendimento, sendo que estes atributos tiveram alto grau de importância na questão da qualidade, características estas que também foram destaques nos dados coletados desta pesquisa.

Algumas sugestões/observações relatadas pelos participantes trouxeram a questão de o café da manhã ser insuficiente e da possibilidade de inserir outras opções no cardápio que não sejam somente o café com o pão. O café 'fraco' foi destaque nas observações, juntamente com a reclamação do pão que o acompanha por apresentar uma textura muito dura.

Foi destacado pelos pacientes a importância da higiene no carrinho de distribuição. Morimoto e Paladini¹ confirmam em sua pesquisa que a higiene também é observada pelos pacientes, no qual esta tem alto grau de importância em relação qualidade, achado este que vai ao encontro do pensamento de Poulain¹⁵, que afirma ser a qualidade higiênica um aspecto de segurança dos alimentos de tal maneira que justifica o grau de importância que esta tem para os pacientes.

Na figura 02 observa-se o resultado em relação ao grau de satisfação para o parâmetro qualidade do almoço, segundo a opinião dos pacientes internados no referido hospital.

Figura 02. Grau de satisfação para os atributos da qualidade do almoço.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Para o almoço também foi observado que o atributo cortesia da copeira obteve o maior grau de satisfação (95%), seguido de aparência e quantidade (80%), e temperatura (72.5%), os atributos sabor/tempero foram os que menos foram pontuados (55%) de aceitação.

Sobre o percentual que obtivemos nesta refeição em relação a cortesia da copeira, Morimoto e Paladini¹, obtiveram resultados congruentes no que trata do atendimento prestado pela copeira na distribuição das

dietas hospitalares.

A aparência dos alimentos servidos no almoço se destacou dentre os outros atributos, com o maior percentual de aceitação, seguido da quantidade. O almoço mostrou-se como a única refeição que atribuiu percentual negativo referente aos atributos sabor/tempero (45%) dos pacientes afirmando estar insatisfeitos com este atributo na refeição.

Em relação às observações/sugestões realizadas (21,25%) dos pacientes relataram que a comida é sem sal, sem sabor e sem tempero. Vários autores relataram de forma expressiva em suas pesquisas estes comentários onde o sabor é totalmente relacionado com a qualidade e especificamente ligado ao cardápio oferecido, caso contrário a alimentação terá grande percentual de insatisfação, como observado neste projeto^{1,16,17,18}.

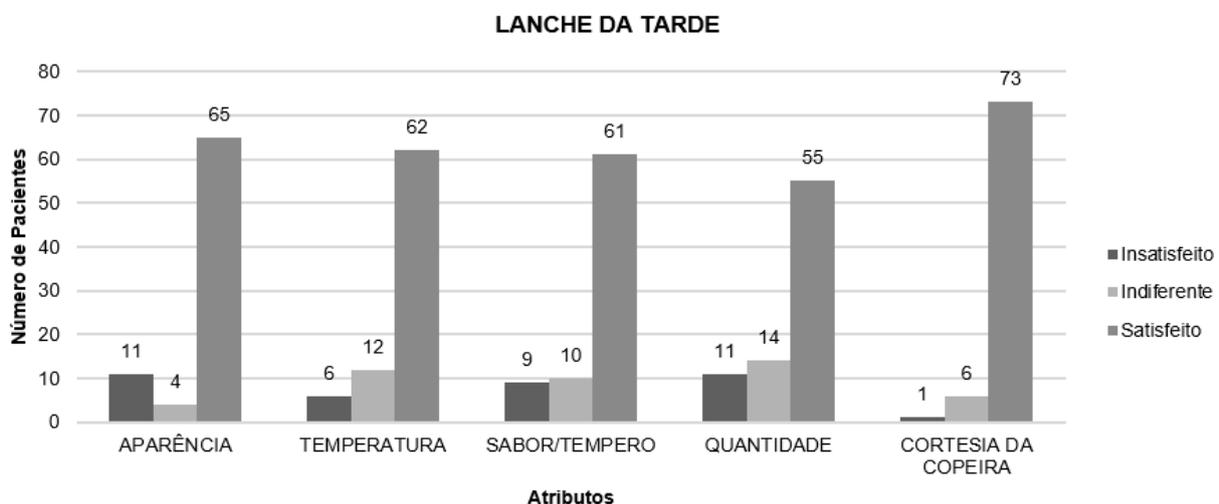
Pesquisa realizada por Thibault, Chikhi e Clerc¹⁹, foi observado que o sabor é um fator primordial para a o julgamento da qualidade das refeições, como ruim ou regular, seguido de outros fatores, como cocção inadequada, fazendo com que os alimentos tornem-se menos palatáveis. Em outra perspectiva da alimentação, Lages²⁰ enfatiza a importância do preparo do alimento, fazendo-o com que se torne atrativo, saboroso com total influência na aceitação e no despertar a vontade do paciente se alimentar.

Em concordância referente ao atributo sabor, Santos, Cammemer e Marcadenti¹⁷, destacaram que a falta de sal é muito relatada e que interfere na aceitação da dieta, mesmo com aqueles que têm controle no consumo. Sobre os alimentos que são oferecidos no almoço, 10% dos pacientes relataram que os alimentos feijão e carne são duros e não palatáveis. D'agostini *et al*²¹ também encontrou este questionamento em sua pesquisa, de modo que a opção relatada foi a não aceitação do produto, o que acarretava na devolução do alimento. Demario, Sousa e Salles¹¹ enfatizam em seus estudos que é importante inserir molho na comida para melhorar, assim, a mastigação que pode influenciar na aceitação.

Outras sugestões, como variar as preparações, inserir suco, frutas e mais legumes no almoço, também foram relatos importantes na refeição. Em relação a alimentação com efeito positivo na patologia, apenas 02 (dois) pacientes relataram que seria importante aliar esta junção, além de ressaltarem que a troca dos talheres descartáveis por reutilizáveis seria melhor para o consumo das refeições.

Na figura 03 observa-se o resultado em relação ao grau de satisfação para o lanche da tarde segundo a opinião dos pacientes internados no referido hospital.

Figura 03. Grau de satisfação para os atributos da qualidade do lanche da tarde.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

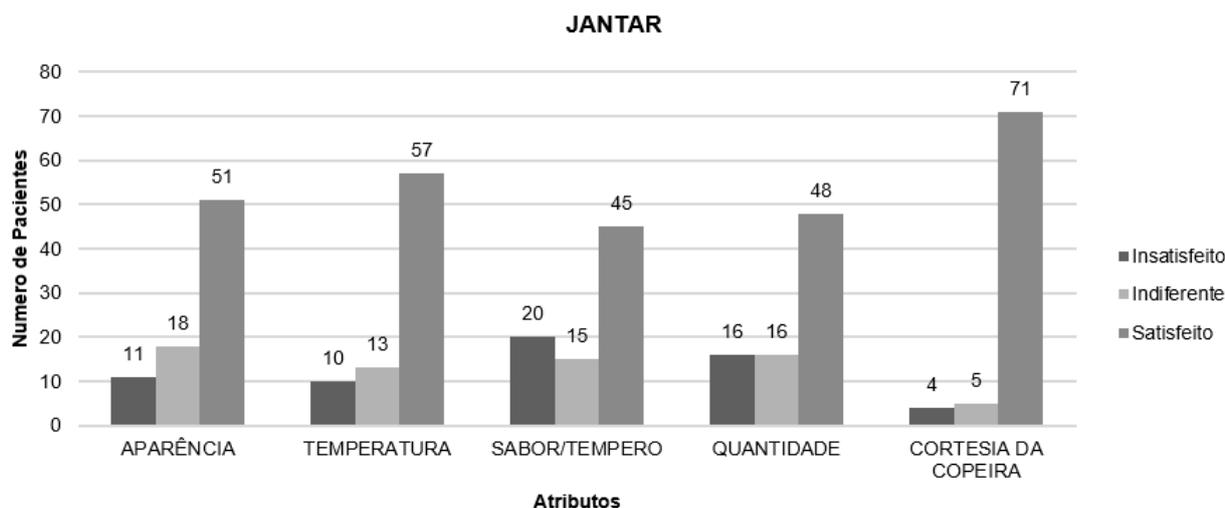
Referente ao lanche da tarde também foi observado que o atributo cortesia da copeira obteve o maior grau de satisfação (91,25%), seguido de aparência (81,25%), temperatura (77,5%) e os atributos sabor/tempero (76,25%), e o atributo quantidade foi a que mais se destacou referente a insatisfação dentre os outros atributos, no qual (31,25%) dos pacientes relataram ser insuficiente.

Sobre as observações/sugestões aferidas pelos pacientes, além de aumentar a quantidade do lanche, foi

sugerido inserir algum acompanhamento como: pão, biscoito ou bolo ao lanche, e variação de cardápio.

Na figura 04 observa-se o resultado em relação ao grau de satisfação para o parâmetro qualidade do jantar segundo a opinião dos pacientes internados no referido hospital.

Figura 04. Grau de satisfação para os atributos da qualidade do jantar.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

No jantar também foi observado que o atributo cortesia da copeira obteve o maior grau de satisfação (88.75%), seguido de temperatura (71.25%), aparência (63.75%) os atributos sabor/tempero e quantidade foram os que menos foram pontuados com (56.25%) e (60%) de aceitação, respectivamente.

Em relação ao jantar oferecido no hospital sobre os critérios avaliados, esta foi a refeição com maior percentual de insatisfação em comparação as outras refeições nos itens aparência, temperatura, sabor/tempero e quantidade, classificando-a dentre as outras com maior insatisfação em relação aos atributos pesquisados (Figura 04). Sorensen *et al*²², observaram que a aparência é um atributo muito importante relatado pelos pacientes para uma melhor aceitação da dieta e um aumento do apetite. Isto foi confirmado pelos pacientes que o classifica dentre as outras refeições com maior insatisfação em relação a esta qualidade.

Aos atributos sabor/tempero, os autores Coloco, Holanda e Portero-McLellan⁹, realizaram uma pesquisa sobre o grau de satisfação em um hospital universitário da cidade de Campinas/SP, onde foi constatado que este atributo teve a menor nota, corroborando no que diz respeito a pesquisa atual. Thibault, Chikhi e Clerc¹⁹, relatam que é de extrema importância realçar o sabor das dietas hospitalares, caso contrário, o sabor inadequado é uns dos principais fatores para a refeição ser considerada

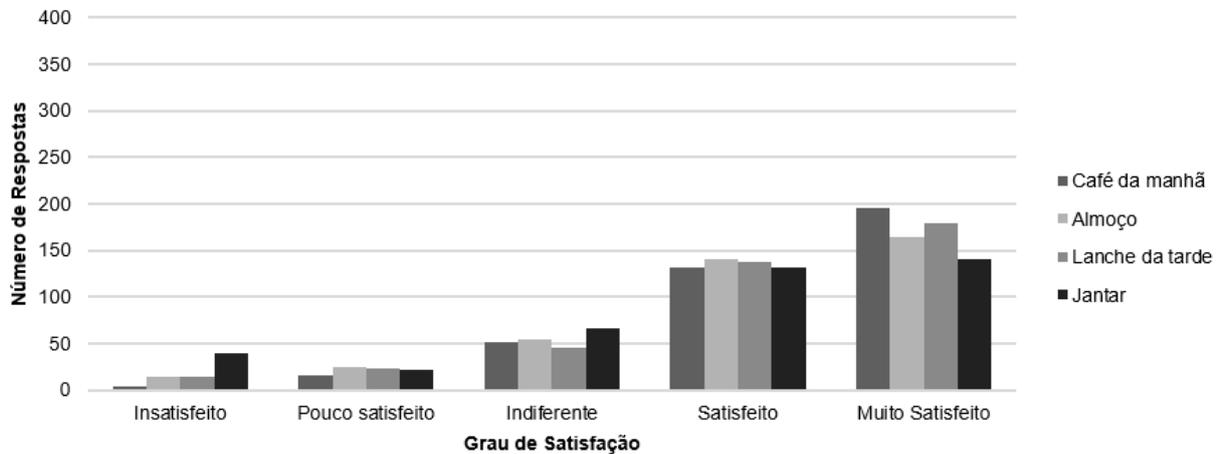
ruim ou regular, assim como o cozer inadequado e os horários de distribuição.

Ao indagar sobre as observações/sugestões aos participantes da pesquisa, os referidos autores relataram sobre a importância de variar o cardápio, pois a refeição é repetitiva, assim haveria melhora na aceitação. Santos *et al*⁷, em pesquisa realizada no hospital público de Belo Horizonte/MG, observaram que as falhas no planejamento de cardápios contribuem para a não aceitação dos pacientes, de modo que é necessário implementar medidas de mudanças para que as refeições sejam as mais variadas possíveis para melhorar a aceitação e assim contribuir para a desenvolvimento do estado nutricional dos pacientes internados.

Outro fator destacado pelos pacientes foi o aumento da quantidade de alimentos ou da refeição, e como sugestão a inserção do pão como acompanhamento do jantar. Alguns pacientes relataram sobre a importância do jantar ser servido em um horário mais tarde, pois passam muito tempo sem se alimentar até a refeição do outro dia, que é o café da manhã. Thibault, Chikhi e Clerc¹⁹, realizaram um estudo comparativo sobre a ingestão alimentar no ambiente hospitalar no qual destacaram que um dos grandes problemas para a efetividade da qualidade, além dos atributos cocção, sabor inadequado, foi o horário de distribuição no qual esta pesquisa ressalta a revisão por parte dos gestores sobre a situação.

Na figura 05 observa-se o resultado em relação ao grau geral de satisfação segundo a opinião dos pacientes internados no referido hospital.

Figura 05. Grau de satisfação para os atributos da qualidade em relação às refeições segundo os pacientes internados em um hospital de ensino.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

De acordo com o número de participantes da pesquisa e a quantidade de atributos referente ao grau de satisfação, foi obtido o quantitativo de 400 respostas por refeição, a partir disso exemplifica-se a Figura 05.

Foi adquirido a média geral do grau de satisfação de 76% satisfeitos e muito satisfeitos, sendo o jantar o menor percentual de aceitação com 68% dentre as outras refeições oferecidas. Apesar das dietas hospitalares serem conhecidas pela baixa aceitabilidade, a presente pesquisa apontou uma aceitação de média de 76% por parte dos pacientes, estes dados apresentam resultados superiores ao de Ribas, Pinto e Rodrigues⁵, no qual a aceitabilidade da alimentação foi de 59,8% dos casos pesquisados.

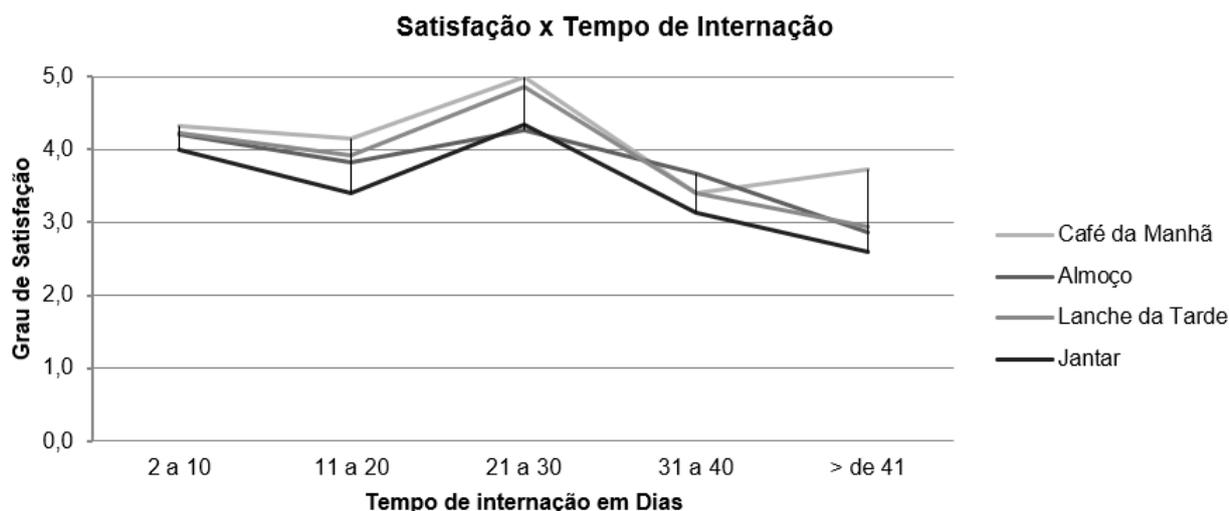
Estudo realizado por Lima *et al*²³, sobre o grau de aceitação da dieta no âmbito hospitalar, considera-se boa aceitação quando se apresenta maior que 90%, aceitação regular, quando for entre 60% e 90%, e aceitação insuficiente quando for menor que 60%. Assim, o presente estudo apresenta aceitabilidade da dieta geral hospitalar regular.

Notou-se que o café da manhã foi a refeição mais aceita por todos os pacientes com o maior percentual de respostas positivas (49% Muito Satisfeito). Dentre os níveis de insatisfação, o jantar se destacou com o maior percentual negativo dentre as outras refeições.

D'agostine *et al*²¹, verificaram que dos pacientes que acharam a dieta regular ou ruim, 55% atribuíram

sua opinião ao sabor e a consistência dos alimentos oferecidos. Nesta pesquisa em relação ao sabor/tempero, a refeição que mais se destacou com o maior percentual de insatisfação foi o jantar com 43,75%.

Na figura 06 observa-se o resultado em relação ao cruzamento dos dados: tempo de internação X grau de satisfação segundo a opinião dos pacientes internados no referido hospital.

Figura 06. Grau de satisfação para os atributos da qualidade em relação ao tempo de internação.

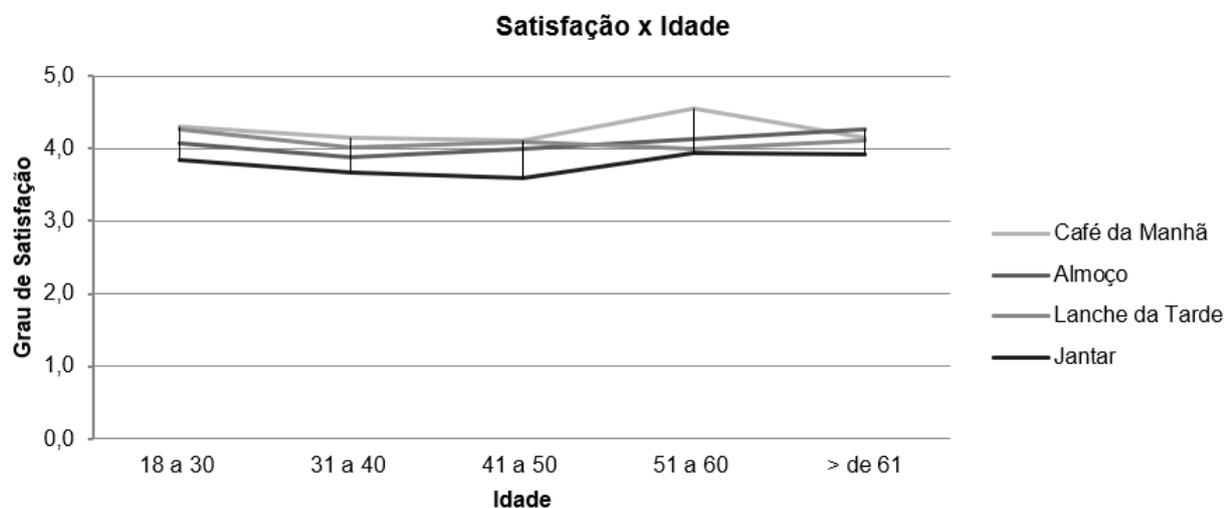
Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A partir dos resultados é possível perceber que o grau de satisfação regride à medida que o paciente passa mais tempo na enfermaria. É evidente a associação qualitativa desses resultados ao tipo de doença e condições gerais as quais o paciente está submetido durante a internação. Afinal, não somente os aspectos do alimento e do serviço vão influir neste resultado, mas também o ambiente da enfermaria, as condições de armazenamento e a rotina de cuidados de enfermagem na hora da alimentação.

Dados referente a idade e satisfação de dietas hospitalares são poucos encontrados na atualidade nos meios científicos, faz-se a reflexão que pode ser um acontecimento quase natural no qual quanto mais tempo se passa internado maior é a monotonia dentro do hospital, principalmente no que diz respeito a alimentação. Bopsin *et al*²⁴, confirma que o tempo de internação provoca uma monotonia alimentar, principalmente quando o paciente passa muitos dias internado e recebendo a mesma dieta.

Observou-se que o café da manhã é a refeição que mais agrada independente do tempo de internação e que refeição mais rejeitada e com maior índice de insatisfação relatada por todos os pacientes é o jantar, com elevação dos índices de insatisfação e com o aumento dos dias de internação.

Na figura 07 observa-se o resultado em relação ao cruzamento dos dados: idade X grau de satisfação segundo a opinião dos pacientes internados no referido hospital.

Figura 07. Grau de satisfação para os atributos da qualidade em relação a idade.

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

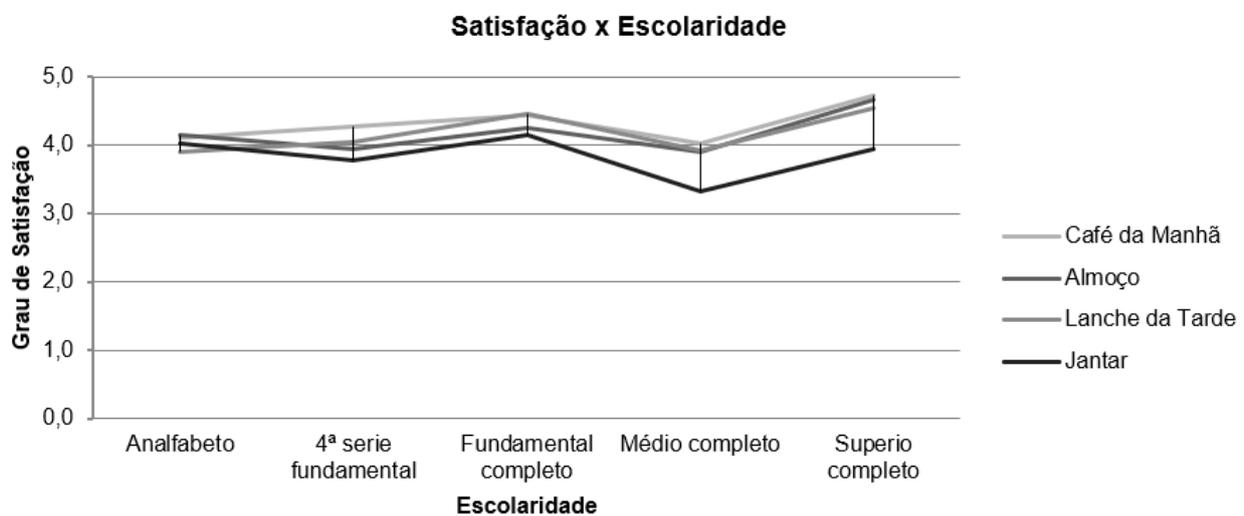
Sobre a idade e o grau de satisfação dos pacientes internados, observou-se que a idade mais prevalente entre eles foi os adultos jovens - 18 a 40 anos - com o total de 43 participantes (53,75%). Entre estes, a refeição que teve maior percentual de insatisfação foi jantar e a refeição classificada com o maior grau de aceitação foi o café da manhã.

Coloço *et al*⁹, perceberam em sua pesquisa sobre o grau de satisfação que a idade é um fator determinante, porém nesta pesquisa não foi demonstrada nenhuma associação forte entre essas variáveis. Os resultados são bastante diversos nas mesmas faixas etárias entre as diferentes refeições. Além disso, a quantidade de participantes em cada faixa de idade varia, o que pode influenciar diretamente nos resultados.

Percebeu-se uma redução do grau de satisfação de acordo com o aumento da faixa etária até 41 a 50 anos, após isso houve um aumento em relação a satisfação na idade entre 51 a 60 anos, não ultrapassando da média de satisfação geral.

Na figura 08 observa-se o resultado em relação ao cruzamento dos dados: escolaridade e grau de satisfação segundo a opinião dos pacientes internados no referido hospital.

Figura 08. Grau de satisfação para os atributos da qualidade em relação a escolaridade segundo os pacientes internados em um hospital de ensino.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

No que se refere à escolaridade dos participantes da pesquisa e o grau de satisfação, obteve-se dados relevantes (Figura 08). Inicialmente, pressupõe-se que quanto mais vulnerabilidade social, tendo menor renda e menor escolaridade, maior seria a satisfação do paciente com a dieta, visto que, comparado ao padrão alimentar dos mais pobres, a dieta hospitalar chega a ser mais diversificada e em maior quantidade, mas esta hipótese não foi confirmada, pois o que se identificou foi que no aspecto da escolaridade, quanto mais anos de estudo maior era a satisfação do paciente destacando a classificação 'Muito Satisfeito' nos pacientes que tinham ensino superior completo.

Como reflexão é possível observar que devido ao padrão alimentar da população, a que é menos favorecida possui, em sua maioria, o hábito de consumir alimentos com mais sal e açúcar, o que

é muito característico da região Nordeste. As pessoas mais esclarecidas, com acesso a alimentação saudável, acabam que modificando sua alimentação para se manter mais saudável, e muitas vezes este costume já vem do âmbito familiar.

Em relação a esse cruzamento ou comparação entre escolaridade e aceitação da dieta hospitalar, notou-se que estudos ainda são pouco encontrados, apenas um realizado por Alencar, Sousa e Trindade²⁵, teve essa relação no qual confirmou que a escolaridade teve uma forte significância quanto a aceitação da dieta em que foi observado que quanto maior a escolaridade maior a aceitação, resultados estes que combinam com o achado da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dieta hospitalar ainda se mostra como um

desafio na gastronomia, principalmente no que se refere a hospitais públicos, e a aceitação é um fator dependente de vários outros fatores já destacados anteriormente, o que pode influenciar na aceitação da dieta. Com isso, a identificação destes fatores, o controle na produção até a distribuição e em todos os processos são essenciais para atingir bons resultados no que se refere a qualidade pelos pacientes, que são os protagonistas essenciais deste serviço.

Sabe-se que a alimentação hospitalar é coadjuvante na terapia nutricional do paciente e que a internação é um momento muito vulnerável, pois a não aceitação da dieta promove impactos negativos no avanço do cuidado, desenvolvendo a desnutrição hospitalar e, desse modo, agrava-se mais ainda o quadro situacional do paciente.

É unânime que a avaliação positiva da dieta oferecida reflete na melhoria do paciente, no menor tempo de internação e na aprovação do serviço hospitalar de forma geral.

A partir destes resultados, é possível sugerir um aperfeiçoamento das práticas relacionadas ao preparo e distribuição dos alimentos destinados aos pacientes internados nesta instituição, tais como: implementação de um manual de dietas hospitalares variado, rever os horários de distribuição, aprimoramento da gastronomia na prática inserindo ervas, molhos, especiarias afins de melhorar o sabor das refeições oferecidas e assim atingir uma melhoria na aceitação da dieta hospitalar.

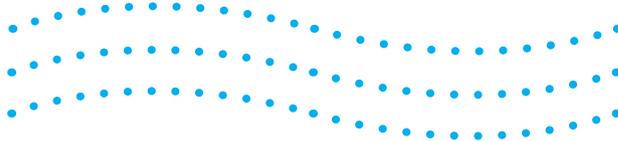
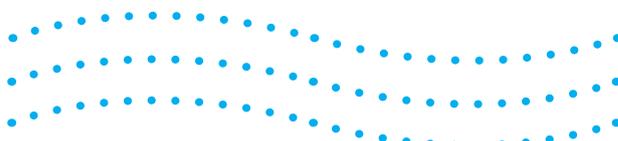
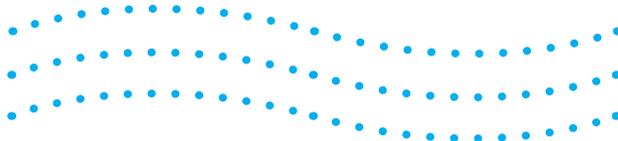
Ainda como sugestões, faz-se importante o hospital obedecer as leis básicas da alimentação, as leis da quantidade, qualidade, harmonia e adequação, pois para uma alimentação ser bem aceita é preciso que ela obedeça critérios elencados nos hábitos alimentares, respeitando a quantidade que deve ser consumida para atingir as necessidades nutricionais, deve ser composta por uma variação de alimentos, ricos em nutrientes e contemplando todos os grupos dos alimentos, a distribuição do cardápio deve ser adequado e harmonioso, colorido, variado, e por final garantir que o indivíduo hospitalizado receba os alimentos, respeitando suas particularidades em termos de fases do ciclo da vida, estado de saúde e/ou conforme sua patologia, hábitos e necessidades alimentares especiais.

Recomenda-se ainda que sejam revistas as sugestões descritas pelos pacientes, pois estes são os únicos que podem relatar a realidade através da vivência na internação, desta forma vários aspectos relacionados à saúde do paciente podem melhorar.

REFERÊNCIAS

1. Morimoto IMI, Paladini EP. Determinantes da qualidade da alimentação na visão de pacientes hospitalizados. *O Mundo da Saúde*. 2009, 33 (3): 329-334. <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/757>
2. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2010, 20 (4): 1419-1440. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019>.
3. Sousa AA, Salles RK, Ziliotto LF, Prudêncio, APA, Martins CA, Pedroso CGT. Alimentação hospitalar: elementos para a construção de iniciativas humanizadoras. *Demetra: alimentação, nutrição & saúde*. 2013, 8 (2): 149-162. <https://doi.org/10.12957/demetra.2013.5281>
4. Maior MLS. Modelo para avaliar a qualidade do serviço de alimentação no hospital universitário Getúlio Vargas [Dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2012.
5. Ribas AS, Pinto EO, Rodrigues CB. Determinantes do grau de aceitabilidade da dieta hospitalar: ferramentas para a prática clínica? *Demetra: alimentação, nutrição & saúde*. 2013, 8 (2): 137-148. <https://doi.org/10.12957/demetra.2013.3788>
6. Calazans FCF, Guandalini VR, Petarli GB, Moraes RAG, Cuzzuol JT, Cruz RP. Triagem Nutricional em Pacientes Cirúrgicos de um Hospital Universitário de Vitória, ES, Brasil. *Nutr. clín. diet. Hosp*. 2015, 35 (3): 34-41. DOI: 10.12873/353
7. Santos TMP, Silva AKS, Santos CBA, Souza MSG, Lacerdas DC, Júnior JAS, Xavier HJS, Júnior GCF. Desnutrição: uma enfermidade presente no contexto hospitalar. *Sci Med*. 2015, 25 (4): 2-9. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2015.4.21370>
8. Fragas RFM, Oliveira MC. Risk factors associated with malnutrition in hospitalized patients. *Rev. Nutr., Campinas*. 2016, 29 (3): 329-336. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000300003>
9. Colço RB, Holanda LB, Portero-McLellan KC. Determinantes do grau de satisfação de pacientes internados referente a refeições oferecidas em um hospital universitário. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*. 2009, 18 (3): 121-130. <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/639>
10. Sousa AA, Gloria MS, Cardoso TS. Aceitação de dietas em ambiente hospitalar. *Rev. Nutr., Campinas*. 2011, 24 (2): 287-294. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732011000200009>

11. Demário RL, Sousa AA, Salles RK. Comida de hospital: percepções de pacientes em hospital público com proposta de atendimento humanizado. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010, 15(Supl. 1): 1275-1282. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700036>.
12. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2010.
13. Pfaffenzeller AA. Assistência nutricional hospitalar: um estudo da satisfação dos clientes da santa casa de Porto Alegre [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
14. Proença RPC, Sousa AA, Veiros MB, Hering B. Qualidade nutricional e sensorial na produção de refeições. Florianópolis: EdUFSC, 2005: 221.
15. Poulain JP. Sociologias da Alimentação: Editora da UFSC. Florianópolis: 2004. 311p.
16. Jessri M, Mirmiran P, Jessri H, Johns N, Rashidkhan B, Amiri P, Barfmal N, Azizi F. A qualitative difference. Patients' views of hospital food service in Iran. *Appetite*. 2011, 57 (2): 530-533. [10.1016/j.appet.2011.06.012](https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.06.012)
17. Santos BF, Cammerer MA, Marcadenti A. Aceitação de dietas com reduzido teor de sódio entre cardiopatas em um hospital terciário. *Revista Ciência e Saúde*. 2012, 5 (2): 79-86. <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2012.2.10764>
18. Verrengia EC, Sousa AA. A dieta hipossódica na percepção de indivíduos hipertensos hospitalizados. *Demetra: alimentação, nutrição & saúde*. 2012, 7 (3): 181-190. <https://doi.org/10.12957/demetra.2012.3590>
19. Thibault R, Chikhi M, Clerc A. Assessment of food intake in hospitalised patients: a 10-year comparative study of a prospective hospital survey. *Clin. Nutr*. 2011, 30 (3): 289-296. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2010.10.002>
20. Lages PC, Ribeiro RC, Soares LS. A gastronomia como proposta de qualificação dietética das refeições hospitalares pastosas: análise, intervenção e avaliação. *Alim. Nutr. Braz. J. Food Nutr.*, 2013, 24 (1): 01-07.
21. D'agostini R, Silva TKR, Menegassi B, Vieira RLD. Alimentação Hospitalar: Percepção Sensorial e Extrassensorial de Pacientes em um Hospital Filantrópico. *Saber Científico*. 2017, 6 (2): 1-11. x. <https://periodicos.saolucas.edu.br/index.php/resc/article/view/1222>
22. Sorensen J, Holm G, Geada MB, Kondrup J. Food for patients at nutritional risk: A model of food sensory quality to promote intake. *Clinical Nutrition*. 2012, 31 (5): 637-646. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22365612/>
23. Lima LS, Araújo MAR, Ornelas GC, Logrado M. Validação de Instrumento de Triagem Nutricional. *Acta Médica Portuguesa*. 2012, 25 (1): 10-14.
24. Bopsin AR, Bassani L, Riella CO, Antunes MT. Alimentação Hospitalar: Avaliação da Satisfação dos Pacientes de um Hospital de Porto Alegre – RS. *Caderno pedagógico, Lajeado*. 2015, 12 (1): 137-147.
25. Alencar MLA, Sousa AA, Trindade EBM. Especiarias e condimentos aumentam a ingestão alimentar de pacientes com dieta hipossódica? *Demetra: alimentação, nutrição & saúde*. 2014, 9 (3): 795-809. <https://doi.org/10.12957/demetra.2014.11224>.



CUIDADO COMUNICATIVO MEDIADO POR PROGRAMAS DE RÁDIO ANALÓGICO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR

COMMUNICATIVE CARE MEDIATED BY ANALOG RADIO PROGRAMS FOR CARDIOVASCULAR HEALTH PROMOTION

ATENCIÓN COMUNICATIVA MEDIADA POR PROGRAMAS DE RADIO ANALÓGICOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR

Maria Laiane Nascimento ¹

José Mário do Couto ²

Keila Maria de Azevedo Ponte ³

Maria Socorro Carneiro Linhares ⁴

Como Citar:

Nascimento ML; Couto JM; Ponte KMA; Linhares MSC. Cuidado Comunicativo Mediado por Programas de Rádio Analógico para Promoção da Saúde Cardiovascular. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Promoção da saúde; Sistema cardiovascular; Rádio.

Descriptors:

Health promotion; Cardiovascular system; Radio.

Descriptores:

Promoción de la salud; Sistema cardiovascular; Radio.

Submetido:

27/08/2023

Aprovado:

20/11/2023

Autor(a) para Correspondência:

Maria Laiane Nascimento

E-mail: marialaiane.redes.jf@gmail.com

RESUMO

O uso da rádio como estratégia para produção do cuidado comunicativo para promoção da saúde cardiovascular permite entender práticas educativas com o uso de ferramentas tecnológicas para obtenção de conhecimento. Assim, objetivou-se analisar a produção do cuidado comunicativo por meio de programas de rádio analógico como estratégia de promoção da saúde cardiovascular. Trata-se de uma pesquisa-intervenção realizada no sertão nordestino do Brasil de junho a outubro de 2022, com 70 participantes, sendo 59 profissionais de saúde e 11 representantes da comunidade da Estratégia Saúde da Família de Itapipoca. Foram organizados quatro programas de rádio e durante as transmissões, os participantes puderam interagir com comentários e perguntas sobre o assunto pelas redes sociais. Revelou-se um pensamento, entre profissionais e usuários, acerca da importância e necessidade do uso da rádio para prevenção das doenças cardiovasculares. Logo, a produção do cuidado comunicativo, por meio de programas transmitidos pela rádio comunitária, permite aproximação dos profissionais de saúde e comunidade, com vistas à promoção da saúde cardiovascular.

1. Graduada em Enfermagem na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA). E-mail: marialaiane.redes.jf@gmail.com com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5108-0248>

2. Mestre pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, RENASF/UVA. Graduado em Ciências Biológicas. E-mail: mario.couto@saude.ce.gov.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3284-5561>

3. Doutora e Mestre pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA). E-mail: keilinhaponte@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5215-7745>

4. Doutora e Mestre pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Adjunta da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA). E-mail: keilinhaponte@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5215-7745>

ABSTRACT

The use of radio as a strategy for producing communicative care to promote cardiovascular health allows us to understand educational practices using technological tools to obtain knowledge. The aim was therefore to analyze the production of communicative care through analog radio programs as a strategy for promoting cardiovascular health. This is an intervention research carried out in the northeastern hinterland of Brazil from June to October 2022, with 70 participants, including 59 health professionals and 11 community representatives from the Itapipoca Family Health Strategy. Four radio shows were organized, and during the broadcasts, participants were able to interact with comments and questions on the subject via social networks. Professionals and users thought it was important and necessary to use the radio to prevent cardiovascular diseases. Therefore, the production of communicative care, through programs broadcast on community radio, brings health professionals and the community closer together, with a view to promoting cardiovascular health.

RESUMEN

El uso de la radio como estrategia de producción de cuidados comunicativos para la promoción de la salud cardiovascular permite comprender las prácticas educativas que utilizan herramientas tecnológicas para la obtención de conocimientos. Por lo tanto, el objetivo fue analizar la producción de cuidados comunicativos a través de programas de radio analógica como estrategia de promoción de la salud cardiovascular. Se trata de una investigación de intervención realizada en el interior nordestino de Brasil de junio a octubre de 2022, con 70 participantes, entre ellos 59 profesionales de la salud y 11 representantes de la comunidad de la Estrategia de Salud de la Familia de Itapipoca. Se organizaron cuatro programas de radio y, durante las emisiones, los participantes pudieron interactuar con comentarios y preguntas sobre el tema a través de las redes sociales. Profesionales y usuarios consideraron importante y necesario el uso de la radio para prevenir enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, la producción de cuidados comunicativos, a través de programas emitidos en la radio comunitaria, acerca a los profesionales de la salud y a la comunidad, con vistas a promover la salud cardiovascular.

.....

INTRODUÇÃO

O uso da rádio como estratégia para produção do cuidado comunicativo para promoção da saúde cardiovascular permite olhar diferenciado sobre as práticas educativas com o uso de ferramentas tecnológicas para obtenção de conhecimento, no entanto, utilizar tecnologias para promoção em saúde é arriscado, já que nem toda população tem a capacidade de se globalizar devido à sua condição social. Nessa perspectiva, a promoção em saúde com o uso de tecnologias avançadas não chegaria no povo desprovido economicamente. Nesse sentido, o rádio, mesmo sendo uma tecnologia antiga, desempenha um grau de comunicação igual ou superior às tecnologias avançadas pela sua capacidade de atingir toda a população tanto pelo quesito cultural quanto no custo-benefício.

Outrossim, o profissional em saúde é também um educador que deve suprir as necessidades educacionais de acordo com cada população. Sendo assim, o rádio desempenha o papel de comunicador que alcança todas as classes sociais. Portanto, utilizar o rádio no processo educativo, permite a facilidade de acesso à informação, além de encorajar

o processo ensino-aprendizagem¹. Neste estudo, o rádio foi utilizado como forma de intensificar o processo de promoção em saúde. Destarte, a promoção em saúde tem a responsabilidade de enfrentar os micros e macroproblemas sociais que assolam o processo saúde-doença, com o objetivo de qualificar as condições sanitárias da população².

As Doenças Cardiovasculares (DCV) assolam o mundo inteiro, sendo inclusive a principal causa de morte, responsáveis por 17,7 milhões dos óbitos ocorridos em 2015. À vista disso, se faz necessário ações de promoção em saúde e prevenção dessa enfermidade, já que há muito tempo ela prejudica famílias e comunidades em todo o mundo. No Brasil, as DCV são questões prioritárias para serem enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem importante papel na abordagem desses problemas por meio da articulação com outras políticas intersetoriais e a sociedade civil com vistas a sua superação³⁻⁴.

Dessa maneira, as tecnologias são estratégias que podem ser utilizadas para promoção da saúde, por meio da aprendizagem e do aprimoramento do conhecimento. A necessidade de promover a saúde da população e, conseqüentemente, de diminuir os

índices de morbidade e mortalidade por doenças crônicas, dentre elas, as DCV, têm motivado reflexões sobre a utilização de estratégias de promoção da saúde⁵. Assim, objetivou-se analisar a produção do cuidado comunicativo por meio de programas de rádio analógico como estratégia de promoção da saúde cardiovascular.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-intervenção com vistas à produção do cuidado comunicativo pela rádio sobre promoção da saúde cardiovascular. A pesquisa-intervenção é uma tendência de pesquisas participativas que propõe discussão e produção cooperativa, com ação crítica e implicativa, ampliando as condições de trabalho compartilhado, sendo primordial a relação do pesquisador com o objeto pesquisado, atuando de forma dinâmica e interativa e determinando os próprios caminhos da pesquisa, que é a produção do grupo envolvido⁶.

A coleta de dados da pesquisa ocorreu de junho a outubro de 2022, na sede do município de Itapipoca, situado na região norte do Ceará. Este município possui área territorial de 1.614,68 km² e limita-se ao norte com o Oceano Atlântico. A população estimada para o ano de 2021 era de 131.687 habitantes. Itapipoca possui uma rede de atenção primária com 41 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) 261 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) distribuídos nas zonas urbana e rural do município.

Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde (enfermeiros e/ou agente comunitário de saúde) e usuários com condições crônicas dos territórios das equipes da ESF do município. Os critérios de inclusão foram: ser profissional da saúde com mais de ano de experiência na ESF e os usuários foram indicados pelas equipes de saúde, os quais deveriam ter mais de 18 anos, possuir alguma doença crônica cardiovascular e ser acompanhado pela unidade de saúde. Todos deveriam possuir rádio em casa ou outro meio pelo qual pudesse acompanhar os programas de rádio, além de ter domínio do aplicativo *WhatsApp*. Como critério de exclusão, os que não conseguiram acompanhar os programas de rádio pelo período estipulado. Assim, os participantes da pesquisa foram: 59 profissionais de saúde (43 ACS e 16 enfermeiros) e 11 usuários da ESF.

Para a coleta de dados, utilizaram-se dois Instrumentos de Coleta de Dados (ICD), do tipo

formulário com o *Google Forms* com questões abertas e fechadas, relacionadas ao objeto de estudo desta pesquisa, sendo um para os profissionais de saúde e outro para os usuários da ESF. Com variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico, uso da rádio como ferramenta de promoção de saúde, sugestões de temas voltados à promoção da saúde cardiovascular para programas de rádio.

Realizou-se o diagnóstico situacional, planejamento e efetivação do cuidado comunicativo por meio de programas de rádio para promoção da saúde cardiovascular. Para o diagnóstico situacional, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da sede urbana do município foram visitadas com propósito de estabelecer vínculos com a equipe e respaldar o trânsito do pesquisador dentro da UBS. Ocorreu a apresentação da pesquisa ao gerente ou enfermeiro(a) de cada unidade e foi solicitado a ele(a) a indicação dos participantes com perfil para o estudo, conforme os critérios de inclusão. Logo em seguida, os profissionais de saúde e usuários foram convidados a participar do estudo, inicialmente, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e entrevista individual, por meio do formulário acerca da utilização dos meios de comunicação para promoção da saúde cardiovascular.

Com isso, foi possível aceder ideias, crenças, atitudes e experiências em relação à escuta de programas de rádio que visam promoção da saúde. Nessa etapa da pesquisa, os profissionais de saúde foram convidados a indicar os temas voltados à promoção da saúde cardiovascular que iriam ser os temas dos programas de rádio, assim como a indicação dos profissionais de saúde com perfil para facilitar esse momento. Os participantes foram orientados a acompanhar os programas de rádio por um período de um mês (quatro programas nos dias de sábado). Após definidos os temas, entrevistados e datas para os programas de rádio, os participantes foram informados dos dias e horários para ocorrer os programas por meio da criação de um grupo no *WhatsApp* com os participantes da pesquisa para facilitar a comunicação das informações deste estudo.

Para produção do cuidado comunicativo com uso da rádio para promoção da saúde cardiovascular e com vistas a atender o cronograma da pesquisa, esta etapa ocorreu em um mês, tendo, portanto, quatro sábados, dias em que ocorre o programa de rádio Saúde e Bem-estar. Assim, organizaram-se quatro programas de rádio com os temas voltados

à promoção da saúde cardiovascular que ocorreram durante o mês de setembro de 2022 com os temas definidos pela maioria dos participantes no segundo momento da pesquisa. Convidaram-se, previamente, os profissionais de saúde a partir da identificação com o tema e a experiência prática nas temáticas específicas de cada programa. Os participantes da pesquisa escutaram os programas de rádio e puderam participar ao vivo, através de perguntas pelo telefone ou *WhatsApp*, por meio de mensagens, sendo esta interação pelo *WhatsApp* do próprio pesquisador e da emissora de rádio que também dispõe do aplicativo para os ouvintes.

Os dados foram expostos em tabelas, quadros, gráficos e transcrevendo falas dos entrevistados e futuros ouvintes, por meio da análise qualitativa e quantitativa, sendo processada e avaliada em tabelas que possibilitaram o acompanhamento e a análise regular dos dados coletados pelo pesquisador. Quanto à análise qualitativa das informações, adotou-se a análise de conteúdo, por englobar as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com intuito de realizar deduções lógicas e justificadas a respeito da origem das mensagens. Assim, foram seguidas as três fases para análise de conteúdo: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁷.

O projeto para execução deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú/UVA, conforme protocolo de Nº 5406004. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE de acordo com as Normas e Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, em obediência à Resolução 466/2012 referente à pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização do diagnóstico situacional da utilização da rádio para promoção da saúde cardiovascular foi responsável por identificar o perfil, as ideias e crenças do público-alvo da pesquisa, bem como apontar os temas que iriam compor os programas de rádio.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos profissionais de saúde que participaram do diagnóstico situacional.

Tabela 1 - Caracterização dos Profissionais de Saúde do município de Itapipoca que participaram do Diagnóstico Situacional. Itapipoca-CE, 2022.

Variáveis	n°	%
Sexo		
Feminino	54	92
Masculino	5	8
Idade (anos)		
26 - 30	7	11,8
31 - 35	8	13,5
36 - 40	18	30,5
41 - 45	16	27,1
46 - 50	4	6,7
>50	6	10,1
Escolaridade		
Ensino Fundamental Completo	1	2
Ensino Médio Completo	28	47,4
Terceiro Grau Completo	26	44,6
Especialização	4	7
Mestrado	-	-
Doutorado	-	-
Ocupação		
Agente Comunitário de Saúde	43	72,8
Enfermeiro	16	27,1
Vínculo empregatício		
Servidor público	55	93,8
Cooperativa	02	3,4
CLT	02	3,4
Escuta rádio		
Sim	32	54,2
Não	1	1,6
Às vezes	26	44
TOTAL	59	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Dentre os participantes, profissionais da saúde, a maioria era servidor efetivo (93,8%; 55/59). Servidores efetivos significam vínculo forte com o território, possibilitando a garantia de maior tempo de permanência na equipe, consequentemente, maior conhecimento da situação epidemiológica e maior interação com a população. No momento pós-pandemia, em que tanto se fala em saúde do trabalhador, o vínculo empregatício tornou-se tema muito discutido pela importância para o serviço como para a saúde do trabalhador. Logo, conforme

afirmado pelos profissionais de saúde entrevistados, cerca de 40 deles buscavam ouvir a rádio à procura de notícias, o que comprova a busca por instrumentos que possam formar e informar a população que ainda é muito carente de informações.

Destaca-se o papel e a importância da participação do público para a pesquisa em tela, visto que a maioria dos usuários (81%) relata utilizar o rádio para buscar informações relevantes para a saúde em seus mais diversos contextos.

Quanto à caracterização dos usuários que participaram da pesquisa, 72,7% (08) eram do sexo feminino, três do sexo masculino, 54,5% (06) tinham média de 50 anos, 63,6% (07) concluíram o ensino fundamental, 36% e 72% (08) não tinham companheiro fixo, ou seja, eram solteiros ou viúvos.

Tabela 2 - Caracterização dos usuários do município de Itapipoca que participaram do diagnóstico situacional. Sobral, 2022.

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	8	72,7
Masculino	3	27,2
Idade (anos)		
26 - 30	0	0
31 - 35	1	9
36 - 40	0	0
41 - 45	2	18,1
46 - 50	2	18,1
51 - 50	6	54,5
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	0	0
Ensino fundamental completo	7	63,6
Ensino médio completo	2	18,1
Ensino médio incompleto	0	0
Ensino superior completo	2	18,1
Situação conjugal		
Solteiro	4	36,3
Casado - União Estável	3	27,2
Viúvo	4	36,3
Escuta rádio		
Sim	9	81,8
Não	0	0
Às vezes	2	18,1
TOTAL	11	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

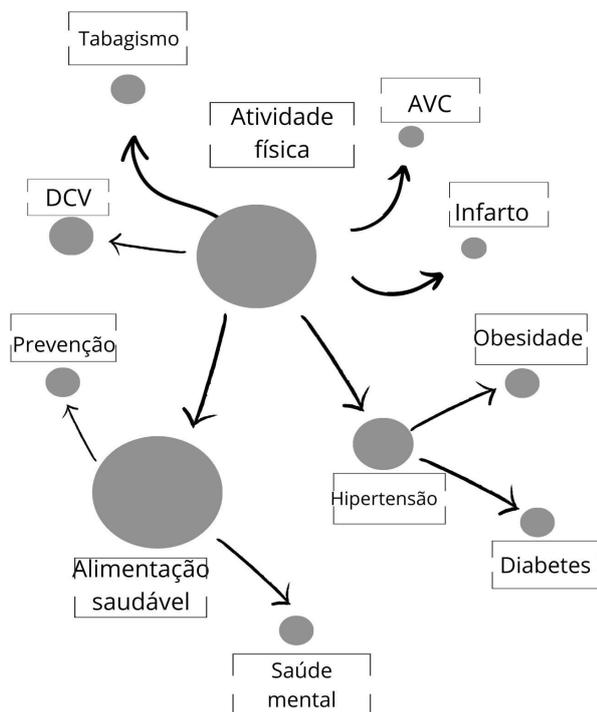
Por conseguinte, ao serem perguntados se já tinham escutado algum programa na rádio direcionado aos cuidados com a saúde e/ou prevenção de DCV, nove usuários afirmaram que sim, e dois relataram que não. Quanto aos conteúdos ouvidos nos programas de rádio, os participantes relataram temáticas como: consumo de sal, açúcar, arboviroses, Covid-19, homicídios, ansiedade, cuidados com os filhos, desmaios e o programa da rádio Líder "Saúde e Bem-estar", apresentado por Mário Couto. Quando perguntados se tinham dificuldades para obter informações que contribuam para melhoria da saúde cardiovascular, nove pessoas responderam que sim e duas responderam que não.

Outrossim, os resultados obtidos foram satisfatórios e revelou unidade de pensamento entre profissionais e usuários acerca da importância e necessidade do uso da rádio para prevenção das DCV, conforme afirmado pelos participantes da pesquisa, por ocasião das entrevistas. Destaca-se a importância deste estudo, até então, inédita na região, tendo em vista que traz para o contexto o incentivo para todos os públicos do uso de um instrumento potente, de baixo custo e acessível, possibilitando a transformação da informação trazida por este, em cuidados básicos e secundários em saúde. No que se refere à escuta da rádio, 81,8% (09) referiram utilizá-la durante a rotina.

A rádio hoje em relação aos demais instrumentos e/ou equipamentos de informação e comunicação é o instrumento mais usado e economicamente viável para todos. Além do mais, desde a criação há décadas, a rádio nunca perdeu a essência de educar e de levar informação e entretenimento a todos os públicos.

Por fim, os participantes da pesquisa foram solicitados a indicar temas/assuntos voltados à promoção da saúde cardiovascular para ocorrer em programa de rádio voltado à população em geral e profissionais de saúde. Deste modo, a Figura 1 faz ilustração dos temas apontados pelos participantes do estudo.

Figura 1 - Ilustração das sugestões dos profissionais de saúde quanto aos temas voltados à promoção da saúde cardiovascular em programa de rádio. Itapipoca-CE, 2022.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A Figura 1 retrata os assuntos mais abordados pelos entrevistados(as), uma vez que o ICD instiga estes(as) a sugerirem temas julgados importantes para prevenção e promoção da saúde cardiovascular. Na área central da imagem, denominada análise prototípica, pode-se observar (zone de *noyau*), de forma explícita, que a atividade física (41) e a alimentação saudável (36) se destacaram como temas mais relevantes para serem utilizados nos programas, seguidos de DCV, hipertensão e diabetes, sequencialmente.

Nessa perspectiva, compreender a relação entre educação em saúde e os meios de comunicação pode reverberar no exercício de cuidado mais crítico e reflexivo, contribuindo para aproximação da comunidade aos profissionais de saúde e promovendo o conhecimento de temas nas áreas na saúde-doença¹.

Dessa forma, logo após o diagnóstico situacional e identificação dos principais assuntos na área da promoção da saúde cardiovascular, ocorreu o planejamento e efetivação da produção do cuidado comunicativo pelos programas de rádio comunitária para promoção da saúde cardiovascular. Para a realização dos quatro programas de rádio com temas definidos a partir das sugestões dos usuários

e profissionais de saúde da atenção primária à saúde, convidaram-se os profissionais de referência no tema na região para exposição dialogada das temáticas: (1) Alimentação saudável para melhorar a saúde cardiovascular; (2) Como prevenir as DCV: foco nos fatores de risco e estratégias para intensificar os cuidados com a saúde do coração; (3) Atividade física para combater o sedentarismo e melhorar a saúde cardiovascular; (4) Hipertensão arterial e diabetes mellitus: como evitar e cuidar?

Por conseguinte, a cada episódio, com a abordagem de tema diferente, novos públicos também eram alcançados. Salienta-se que o público participava das ações de forma *on-line*, por meio dos aplicativos de rádio e redes sociais, *Whatsapp* para comunicação e *Facebook* para a transmissão como também pelo canal direto do programa pela rádio. Além disso, um grupo no *WhatsApp* foi criado, a fim de permitir maior conexão com os participantes da pesquisa, sendo por lá enviados lembretes e convites acerca das próximas transmissões.

Observou-se boa aceitação dos participantes frente às transmissões, em que se notava a participação através do envio de mensagens diretas ao apresentador, como também comentários nas plataformas e ligações. O uso do *WhatsApp*, por sua vez, garantiu a aproximação desejada, uma vez que trouxe, para além dos comentários realizados nas transmissões, novas formas de receber *feedbacks* e, com isso, garantir maior participação.

Com base no exposto, apresenta-se como ocorreu cada programa de rádio:

- Programa 1: Alimentação saudável para melhorar a saúde cardiovascular:

A primeira intervenção ocorreu no dia 03 de setembro de 2022, com a organização do programa de rádio 'Saúde e Bem-Estar', com o tema "Alimentação saudável para prevenção e promoção da saúde cardiovascular".

Esse tema foi citado pelos participantes como de grande relevância para saúde cardiovascular, assim, esse programa teve duração de duas horas. Inicialmente, a entrevistada apresentou panorama situacional sobre morbimortalidade e fatores de risco para as DCV no Ceará, utilizando dados de domínio público do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), por meio dos relatórios do TABNET/MS, nos anos de 2020 e 2021, assim como dados de perfil nutricional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde, apontando a prevalência da obesidade como importante fator de

risco para as DCV.

As informações foram compartilhadas de forma objetiva e inclusiva, com exposição de dados epidemiológicos sobre a importância da mudança dos hábitos de vida. Utilizou-se como base da discussão o 'Guia de Alimentação Cardioprotetora', do Ministério da Saúde, publicado em 2018⁸ e considerou-se a realidade em que os usuários estavam inseridos.

Evidenciou-se boa aceitação da população diante da temática abordada, pela participação ativa desta durante o programa. O uso do *WhatsApp* e *chat on-line* pelo *Facebook* se mostrou importante aliado para aproximação com o público, garantindo a eficácia das ações de promoção à saúde através da rádio. A participação dos ouvintes com perguntas no *chat* direcionou o preenchimento das lacunas, acrescentando informações pelas quais foram além do programado, sendo o programa um momento positivo na estratégia de promoção à alimentação saudável.

- Programa 2: Como prevenir as doenças cardiovasculares, com foco nos fatores de risco para intensificar os cuidados com a saúde mental?

O segundo programa ocorreu no dia 09 de setembro de 2022 e contou com a colaboração de um médico cardiologista. Esse programa teve duração de 60 minutos e, como foco, os fatores de risco cardiovascular e as estratégias para amenizar, além do cuidado com saúde mental. Esse tema também foi significativamente citado pelos participantes como relevante para a saúde cardiovascular. Inicialmente, o mediador e apresentador do programa fez um preâmbulo, apresentando a importância do trabalho, agradeceu a presença do entrevistado e, por fim, narrou a trajetória profissional dele.

Esse programa teve início com contextualização sobre a morbimortalidade das DCV no Ceará, no Brasil e no mundo, sendo na maioria dos países, elas estão entre as primeiras causas de óbitos. Dessa forma, com a pandemia, esses números aumentaram significativamente. O COVID-19 combinado com comorbidades do sistema cardiovascular e Diabetes Mellitus (DM), causavam um risco de morte 12 vezes maior do que em um paciente sem comorbidades⁹.

O entrevistado destacou a importância do programa de rádio para conscientização das pessoas para prevenção e promoção da saúde. Dentre os fatores de risco, destaca-se o consumo excessivo de sal e de gordura como os maiores vilões que causam as DCV. Além do que falou da importância da medicação correta e dos exames laboratoriais

em tempo oportuno. Neste programa, ocorreu a contextualização acerca da polêmica causada em torno da vacina da COVID-19 e possibilidade de a pessoa desenvolver miocardite, enfatizando que não há sustentação científica.

Os participantes interagiram no decorrer da entrevista com perguntas, elogiando a escolha do tema e agradecendo ao convidado pelas colocações e recomendações. Este programa não apenas informou sobre fatores de risco cardiovascular, mas também abordou sobre a saúde mental, reconhecendo a complexa interação entre saúde física e mental.

Assim, programas de rádio dedicados à saúde cardiovascular desempenham um papel vital na promoção da conscientização e na capacitação das pessoas para tomarem medidas proativas em direção a uma vida mais saudável e, conseqüentemente, contribuem para a redução das doenças cardiovasculares na sociedade.

- Programa 3: Atividade física para combater o sedentarismo e melhorar a saúde cardiovascular:

O terceiro programa ocorreu no dia 17 de setembro de 2022, com duração de 120 minutos, e teve como convidado o enfermeiro e especialista em enfermagem do trabalho com 25 anos de experiência na Estratégia Saúde da Família. Seguindo a metodologia proposta, o entrevistado discorreu sobre a relevância da rádio como tecnologia de informação que, ao longo dos anos, permaneceu como excelente alternativa para interagir com a população.

Diante do exposto, destaca-se como o sedentarismo contribui para o surgimento das DCV e obesidade, assim como os fatores da vida moderna que induz à mudança de hábito de forma negativa, como falta de tempo para priorizar a saúde. Evidenciou-se a importância da realização de exames periódicos que visam detectar doenças crônicas, como dosagem de triglicerídeos, colesterol, uréia, creatinina e eletrocardiograma, entre outros.

Este programa de rádio teve como principal ênfase a necessidade de implementar práticas de autocuidado, com vistas a assumir o controle sobre a saúde e incentivar a prática da atividade física em todas as fases da vida. Ocorreu o estímulo para utilização dos espaços públicos que promovem saúde por meio de atividades físicas, bem como a estrutura das Redes de Atenção à Saúde que incentivam práticas de atividade física, como equipe da ESF, academias da saúde e areninhas (equipamentos multifuncionais de acesso para a comunidade, em formato de campo de jogo com grama sintética, alambrados e rede,

vestiários com banheiros e acessos pavimentados).

Desse modo, reforçou-se a importância de complementar a atividade física com uma alimentação saudável em todas as fases da vida, iniciando já na amamentação, e a importância de despertar na população a prevenção por meio da mudança no estilo de vida, podendo configurar como atividades prazerosas e não onerosas.

Assim, os diversos fatores de proteção devem se somar para evitar o aparecimento das DCV, especialmente quando na presença de fatores de risco, como a hipertensão arterial e o diabetes. Inclusive, no final do programa, estimulou-se os participantes do programa subsequente que iriam discutir sobre esses dois fatores de risco.

- Programa 4: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Como evitar?

O quarto e último programa de rádio ocorreu no dia 24 de setembro de 2022, com duração de 120 minutos, e teve como entrevistado um enfermeiro, especialista em Gestão da Saúde e em Auditoria em Serviços Públicos e Privados de Saúde e mestre em Gestão da Saúde. É servidor da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, da Secretaria Municipal de Saúde de Amontada, atuando, atualmente, na gestão municipal de Itapipoca.

Neste último programa, ocorreu a apresentação sobre os aspectos relacionados às medidas preventivas e o cuidado com hipertensão arterial e Diabetes Mellitus como fatores de risco importantes para as DCV. Preliminarmente, o entrevistado ressaltou a audiência da rádio e enfatizou o grande serviço prestado por este veículo de comunicação e permaneceu ao longo do último século prestando serviço à população. Em seguida, fez uma breve contextualização da mortalidade por DCV no estado do Ceará, durante os últimos anos, e, de imediato, abordou sobre hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus como gatilhos disparadores para o desenvolvimento das DCV.

Ao abordar as estratégias preventivas, iniciou-se com foco na necessidade de manutenção de um estilo de vida saudável, por meio da alimentação adequada, realização de atividade física e controle de peso, como importantes cuidados que podem atrasar ou privar o aparecimento destas condições de adoecimento, mesmo que a pessoa tenha genética favorável.

Logo, ocorreu breve exposição dos mecanismos que caracterizam os dois tipos de Diabetes Mellitus no organismo: tipo I e tipo II, as terapias e a

perspectiva futura de cura. Destacou-se quanto às implicações do uso contínuo dos medicamentos para diabetes e as consequências negativas para o organismo, como todo medicamento em uso prolongado, mas a abordagem deve sempre enfatizar os benefícios, visto que existem medicamentos mais modernos com baixa dosagem, com dosagem combinada e que produz menos efeito colateral.

Desse modo, ao ser diagnosticado com diabetes, é preciso iniciar os cuidados orientados pelos profissionais da UBS e continuar com o autocuidado. Sendo que a mudança de comportamento da população deve ser incentivada por meio das políticas públicas, com ambientes que permitam a realização de atividades físicas, como areninhas, academia nas praças, atividade física leve e estímulo à alimentação saudável.

Em seguida, abordou-se sobre os valores normais e alterados da pressão arterial sanguínea, os cuidados para manter a pressão controlada e disponibilização da Atenção Primária à Saúde como parceiro da comunidade para colaborar nas estratégias para controle desses fatores de risco, em contraponto à cultura hospitalocêntrica. Segundo a 7 Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, o valor adotado para classificar uma pressão arterial normal condiz quando a pressão arterial sistólica é menor igual que 120mmHg e diastólica menor igual que 80mmHg¹⁰.

Por fim, ocorreu a discussão da relevância para promoção da saúde do uso da rádio com o Programa Saúde e Bem-Estar, apresentado pelo pesquisador há quase dez anos, cujos temas escolhidos fazem *link* entre si para potencialização da prevenção das DCV e promoção da saúde.

Durante a entrevista, os interlocutores interagiram fazendo perguntas e comentários para o entrevistado, que fez uso de linguagem simples e clara para transmitir as informações para a população. No panorama de saúde atual, as DCV têm apresentado a maior taxa de morbimortalidade, principalmente em pacientes com histórico de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e DM. Assim, de acordo com estudo que analisou os fatores associados à prevalência das DCV, ao longo de uma década, evidenciou que envelhecimento, baixa escolaridade, presença de comorbidades e maus hábitos de vida modificáveis estão ligados à prevalência das DCV. Por isso, torna-se necessária atenção especial à população com estas características e a busca pela mudança nos hábitos de vida¹¹.

Com a conclusão dos programas de rádio foi possível obter *feedback* dos profissionais de saúde e usuários da Atenção Primária à Saúde sobre a avaliação do uso da rádio para promoção da saúde cardiovascular com envio de um formulário eletrônico.

A abordagem inicial, envolvendo os entrevistados na sugestão de temas, destaca a participação ativa da comunidade na definição dos assuntos mais relevantes. A análise prototípica revela que a atividade física e a alimentação saudável emergiram como os temas mais proeminentes, sinalizando a conscientização da importância desses fatores na prevenção de doenças cardiovasculares.

A relação entre a educação em saúde e os meios de comunicação é discutida como um catalisador para um cuidado mais crítico e reflexivo, fortalecendo a ligação entre a comunidade e os profissionais de saúde. Diante disto, educação em saúde é desenvolvida com o propósito de estimular o autocuidado, promover saúde e prevenir doenças por meio de ações sociais. Logo, o processo de educação em saúde é representado no estudo pela necessidade de levar informações à população a respeito das doenças cardiovasculares. Dessa forma, a promoção em saúde é alcançada através dos programas de rádio como ferramenta promotora de saúde. Portanto, a educação em saúde é feita por equipes qualificadas que esclarecem o processo saúde-doença e encorajam o cuidado¹².

Assim, promoção à saúde é a ação feita à sociedade com propósito de educar a população, causar reflexão, prevenir doenças, entre outros. Desta maneira, a promoção em saúde é estipulada como a procura por meio de impedir, manobrar, suplantar o processo de adoecimento, devendo ser consideradas nesse processo as diferenças sociais, culturais e econômicas¹³.

Em síntese, os resultados sugerem que a abordagem participativa, o envolvimento da comunidade e a escolha de temas relevantes foram elementos essenciais para o sucesso dos programas de rádio comunitária na promoção da saúde cardiovascular. Os resultados desta pesquisa revelam a significativa contribuição do cuidado comunicativo mediado por programas de rádio analógico na promoção da saúde cardiovascular. Ao envolver ativamente a comunidade na sugestão de temas relevantes e, posteriormente, na participação durante as transmissões, esses programas não apenas informam, mas estabelecem uma relação de cuidado e interação direta com o

público.

A interação contínua com a audiência, seja por meio de aplicativos de rádio, redes sociais ou grupos no *WhatsApp*, demonstra a eficácia na manutenção de uma conexão próxima e acessível. A criação de um espaço virtual para lembretes, convites e *feedbacks* adiciona uma dimensão de continuidade ao cuidado comunicativo, estendendo o impacto além das transmissões específicas.

Com base no exposto, o cuidado comunicativo mediado por programas de rádio analógico é uma ferramenta poderosa na promoção da saúde cardiovascular. Essa abordagem não apenas dissemina informações essenciais sobre prevenção e cuidados, mas também estabelece uma ponte crucial entre a comunidade e os profissionais de saúde. Ao reconhecer a importância da educação em saúde através da rádio, esses programas reforçam a noção de que a informação acessível e contextualizada pode inspirar mudanças positivas no estilo de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu analisar a produção do cuidado comunicativo pela rádio para promoção da saúde cardiovascular. Foi possível conhecer acerca da utilização dos meios de comunicação para promoção da saúde, por meio de pesquisa *in loco* com usuários e profissionais de saúde da atenção primária à saúde e em seguida planejar e implementar quatro programas em uma rádio comunitária, com os temas escolhidos pelos participantes da pesquisa, de modo a efetivar a produção do cuidado comunicativo pela rádio sobre a prevenção e a promoção da saúde cardiovascular, assim como conscientizando a comunidade em geral de que a saúde precisa ter para as pessoas valor intrínseco.

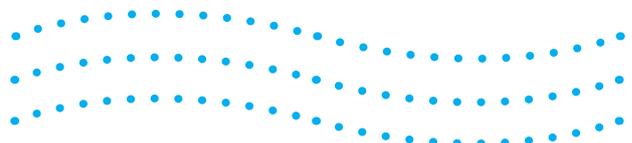
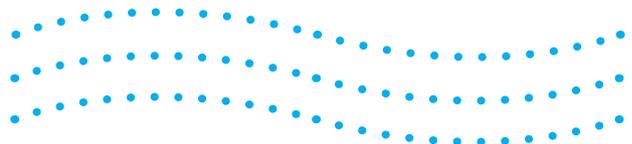
Desse modo, foi perceptível a eficiência do rádio como produtor do cuidado comunicativo por meio dos programas de rádio que foram usados para promover saúde, além de ser possível concluir o objetivo do estudo, analisar a produção do cuidado comunicativo por meio de programas de rádio analógico como estratégia de promoção da saúde cardiovascular principalmente, por proporcionar a participação interativa da população, oportunizando esclarecer dúvidas e lacunas de informações que trarão impactos positivos e reais na saúde geral da população. Logo, com esse estudo, a sociedade foi saciada de informações a respeito das morbidades e enfermidades do sistema cardiovascular através

do rádio, usado como ferramenta de comunicação e promoção de saúde. Portanto, é necessário, novos estudos a respeito de novos meios e maneiras de atingir todas as classes da população, desde os desprovidos economicamente, até os mais privilegiados.

Em última análise, a continuidade dessas iniciativas, ao manter uma abordagem participativa, adaptativa e interativa, pode ter um impacto duradouro na conscientização e na adoção de hábitos saudáveis pela comunidade. O cuidado comunicativo, através da plataforma analógica da rádio, não só transmite conhecimento, mas cria um espaço valioso para a promoção ativa da saúde cardiovascular, solidificando assim o papel essencial da mídia comunitária na construção de comunidades mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

1. Roges AL, Vasconcelos EMR de, Alencar EN de, Muniz RA. Utilização do rádio pelo enfermeiro como estratégia em educação em saúde: uma revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2022 nov 24];15(1):274-81. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.16711>
2. Carnaúba JP, Ferreira MJM. Competências em promoção da saúde na residência multiprofissional: domínios Diagnóstico; Planejamento; Implementação; e Avaliação E Pesquisa. *Interface* [internet]. 2022[cited 2023 jan 13];26(1):1-15. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.210544>
3. Galeno DS, Moreira TM, Vergara CM, Sampaio HA de C, Filho JE de V. Design de uma tecnologia mHealth para escores de estratificação de risco cardiovascular apoiado no Letramento em Saúde. *Saúde debate* [internet]. 2020; [acesso em 2023 jan 13]44(126):656-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012605>
4. Sombra Neto LL, Silva FVE da, Barbosa ACM, Carneiro FF, Pessoa VM. Condições de vida e saúde de famílias rurais no sertão cearense: desafios para Agenda 2030. *Saúde debate* [Internet]. 2022 [cited 2023 jan 19];46(132):148-62. Available from: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/6298>.
5. Paiva TS, Souza FDC, Oliveira IKM, Lopes AMLA, Ponte KMA. (2020). Alta hospitalar de cirurgia cardíaca: síntese analítica dos cuidados de enfermagem. *IJDR* [Internet]. 2020 [cited 2020 nov 18];10(9):40433-6. Available from: <https://doi.org/10.37118/ijdr.19889.09.2020>.
6. Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicol Cienc Prof* [internet]. 2003 [cited 2022 mar 2];23(4):64-73. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.
8. Ministério da Saúde. *Alimentação Cardioprotetora: Manual de orientações para profissionais de saúde da Atenção Básica / Ministério da Saúde, Hospital do Coração - Brasília; Ministério da Saúde, 2018.*
9. Askin L, Tanrıverdi O, Askin HS. O Efeito da Doença de Coronavírus 2019 nas Doenças Cardiovasculares. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2020 [cited May 5];114(5):817-22. Available from: <https://doi.org/10.36660/abc.20200273>
10. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* [internet]. 2016 [cited 2022 nov 17];105(3):1-83. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
11. Massa KHC, Duarte YAO, Chiavegatto Filho ADP. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2019 [cited 2022 oct 3];24(1):105-14.
12. Braga KL, Klafker AP, Carvalho GCM, Araújo MET. Revisão integrativa: experiências exitosas em educação. *Conhecimento em Ação* [internet]. 2021 [cited 2023 jan 17];6(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.47681/rca.v6i1.41415>
13. Borges FM, Silva FRS, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM, Silva ARV, Machado ALG. Estratégias para promoção de saúde e seus impactos na qualidade de vida de adultos hipertensos: Revisão integrativa. *Cad Saúde Colet* [internet]. 2022 [cited 2023 jan 20];30(1):146-57. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230010110>



VIVÊNCIAS APÓS O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA SOB A ÓTICA DOS PACIENTES

EXPERIENCES AFTER THE DIAGNOSIS OF CHRONIC RENAL FAILURE FROM THE PERSPECTIVE OF PATIENTS
EXPERIENCIAS TRAS EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES

Brenda Maria Tavares do Nascimento ¹

Alcivan Nunes Vieira ²

Kalídia Felipe de Lima Costa ³

Luana Adrielle Leal Dantas ⁴

Mariana Mayara Medeiros Lopes ⁵

Nicole Liv Ullman Freitas Rêgo ⁶

Como Citar:

Nascimento BMT; Vieira AN; Costa KFL; Dantas LAL; Lopes MMM; Rêgo NLUF. Vivências Após o Diagnóstico da Doença Renal Crônica sob a Ótica dos Pacientes. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Doença renal crônica; Hemodiálise; Perfil de impacto da doença.

Descriptors:

Renal insufficiency, chronic; Renal dialysis; Sickness impact profile.

Descriptores:

Enfermedad renal crónica; Diálisis renal; Perfil de impacto de la enfermedad.

Submetido:

14/09/2023

Aprovado:

20/11/2023

Autor(a) para Correspondência:

Brenda Maria Tavares do Nascimento
E-mail: eubrendatavares1@gmail.com

RESUMO

A Doença Renal Crônica desenvolve-se insidiosamente e uma vez instalada promove amplas e profundas mudanças nas vidas das pessoas e suas famílias. Por vezes, o diagnóstico é comunicado de modo tempestivo em meio à necessidade de se instituir a terapêutica dialítica. Esta pesquisa objetivou analisar as vivências do diagnóstico de Doença Renal Crônica sob a ótica dos pacientes. Para tanto, adotou-se a história oral de vida dos pacientes atendidos em um serviço de hemodiálise; os relatos foram submetidos à Análise de Conteúdo de Bardin. As vivências foram organizadas nas seguintes categorias significativas: sentimentos vivenciados no momento do diagnóstico; impactos do diagnóstico; negação da doença; o paradoxo da gratidão e enfrentamento da doença. Inicialmente a vivência foi marcada por sentimentos de medo, tristeza, temor da morte, negação da doença e fragilidade, mas também foram produzidos sentimentos de resiliência e enfrentamento que abriram outras perspectivas de olhar o adoecimento crônico. Por fim, a vivência do diagnóstico da Doença Renal Crônica adquire uma perspectiva singular para cada paciente, e é subsidiada por aspectos de ordem subjetiva, pelo suporte assistencial e familiar ao qual ele tem acesso. Sentimentos de medo e tristeza se entrelaçam com a resiliência no enfrentamento desta nova condição.

1. Enfermeira pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN; Estudante de pós-graduação na FACUMINAS. E-mail: eubrendatavares1@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5434-0577>.

2. Enfermeiro pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN; Docente de graduação na Faculdade de Enfermagem da UERN. E-mail: alcivannunes@uern.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4222-6262>

3. Enfermeira pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN; Docente de graduação na Faculdade de Enfermagem da UERN. E-mail: kalidiefelipe@uern.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5392-3576>

4. Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança/FACENE; Docente graduação em enfermagem na Uniasselvi. E-mail: luanadantas904@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6747-3513>

5. Enfermeira pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN. E-mail: marianamayara2019@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5310-1812>

6. Enfermeira pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN. E-mail: freitasnicole18@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-7875-061X>

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease develops insidiously and once installed promotes broad and profound changes in the lives of people and their families. Sometimes, the diagnosis is communicated in a untimely manner amid the need to institute dialysis therapy. This research aimed to analyze the experiences of the diagnosis of Chronic Kidney Disease from the perspective of patients. To this end, the oral life history of patients treated at a hemodialysis service was adopted; the reports were submitted to Bardin's Content Analysis. The experiences were organized into the following significant categories: feelings experienced at the time of diagnosis; impacts of diagnosis; denial of the disease; the paradox of gratitude and coping with the disease. Initially, the experience was marked by feelings of fear, sadness, fear of death, denial of the disease and fragility, but feelings of resilience and coping were also produced that opened other perspectives of looking at chronic illness. Finally, the experience of the diagnosis of Chronic Kidney Disease acquires a unique perspective for each patient, and is subsidized by subjective aspects, by the care and family support to which he has access. Feelings of fear and sadness intertwine with resilience in coping with this new condition.

RESUMEN

La enfermedad renal crónica se desarrolla insidiosamente y, una vez instalada, genera cambios amplios y profundos en la vida de las personas y sus familias. En ocasiones, el diagnóstico se comunica de manera oportuna en medio de la necesidad de instituir la terapia de diálisis. Esta investigación tuvo como objetivo analizar las experiencias del diagnóstico de la Enfermedad Renal Crónica desde la perspectiva de los pacientes. Para ello, se adoptó la historia oral de vida de los pacientes atendidos en un servicio de hemodiálisis; los relatos fueron sometidos al Análisis de Contenido de Bardin. Las experiencias fueron organizadas en las siguientes categorías significativas: sentimientos experimentados en el momento del diagnóstico; impactos del diagnóstico; negación de la enfermedad; la paradoja de la gratitud y el enfrentamiento de la enfermedad. Inicialmente, la experiencia estuvo marcada por sentimientos de miedo, tristeza, temor a la muerte, negación de la enfermedad y fragilidad, pero también se produjeron sentimientos de resiliencia y afrontamiento que abrieron otras perspectivas de mirar la enfermedad crónica. Finalmente la experiencia del diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica adquiere una perspectiva singular para cada paciente, y está subsidiada por aspectos subjetivos, por el cuidado y apoyo asistencial y familiar al que tiene acceso. Los sentimientos de miedo y tristeza se entrelazan con la resiliencia para hacer frente a esta nueva condición.

.....

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida como uma deterioração progressiva e irreversível da função renal, na qual a capacidade do corpo para manter a homeostasia metabólica e hidroeletrólítica falha, resultando em uremia, que é definida pela retenção de ureia e outros produtos nitrogenados no sangue¹.

A diminuição progressiva da função renal implica comprometimento de vários outros órgãos. A função renal é avaliada pela Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e sua diminuição é observada na DRC associada à perda das funções regulatória, excretória e endócrina do rim. Quando a TFG atinge valores inferiores a 15mL/min/1,73m², estabelece-se o que denominamos Falência Funcional Renal (FFR), ou seja, o estágio mais avançado do *continuum* de perda funcional progressiva observado na DRC².

Com o seu diagnóstico o paciente necessita se submeter ao tratamento dialítico substitutivo. Assim

sendo, as pessoas em tratamento dialítico para a DRC estão sujeitas a diversos impactos em suas vidas, bem como na vida de seus familiares, uma vez que são muitas as questões de cunho psicossocial envolvidas na adesão e manutenção deste tratamento. As dificuldades enfrentadas, portanto, por pacientes e seus familiares, podem abarcar desde o desconforto físico ao efeito colateral da medicação, passando pelas questões de alteração de hábitos alimentares, infecções, rejeição e diminuição na qualidade de vida³.

Em decorrência da instalação da DRC e da adaptação à terapia dialítica, algumas transformações corporais tornam-se evidentes, como por exemplo: a coloração amarelada da pele, emagrecimento e cicatrizes decorrentes da fístula arteriovenosa. Nessa perspectiva, sob a ótica do paciente, essas alterações interferem no estabelecimento de vínculos afetivos, segundo seus processos de enfrentamento e adaptação⁴.

O processo de adaptação a uma doença crônica está relacionado com os aspectos subjetivos e interpessoais de cada pessoa, e se associam não só à gravidade e características da doença, mas também com a qualidade do suporte social, familiar e aquele proporcionado pelos serviços de saúde. Esta condição pode gerar nos pacientes e nas suas famílias o medo e muito sofrimento associado à falta de conhecimento sobre a doença e seu tratamento⁵.

Se considerar a subjetividade inerente ao processo de adoecimento e as suas relações com os contextos nos quais o paciente se insere (familiar, assistencial, laboral, conjugal, dentre outros), compreende-se que a extensão e a proporção das implicações do diagnóstico da DRC na vida daqueles que são acometidos por ela adquirem especificidades inerentes aos contextos citados.

O momento do diagnóstico da DRC é vivenciado de modo singular e em conformidade com outras questões que circunscrevem o saber difundido sobre ela, seu tratamento e implicações na vida do paciente. Nesta perspectiva, apesar de existirem vários estudos publicados sobre o tema da DRC, há de se reconhecer a necessidade de pesquisas que ampliem a compreensão sobre a vivência deste momento pois, com base nas experiências vividas, ele pode impactar na aceitação da nova condição e da construção de estratégias de enfrentamento e resiliência. Seus achados podem subsidiar as intervenções de enfermagem no processo de cuidado ao paciente em articulação com o cenário assistencial e os seus contextos de vida.

Portanto, esta pesquisa teve como objetivo analisar a vivência do diagnóstico de Doença Renal Crônica sob a ótica dos pacientes. Sua relevância consiste na possibilidade de subsidiar discussões interprofissionais sobre a abordagem dos pacientes e das suas famílias na perspectiva de reduzir as repercussões negativas do diagnóstico que são vivenciadas, muitas vezes, sem um suporte clínico dialógico e humanizado.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa realizado através da História Oral de Vida no Hospital do Rim, localizado no município de Mossoró – RN, entre agosto e outubro de 2022. Participaram 36 pessoas diagnosticadas com DRC, de ambos os sexos, com idades entre 18 e 77 anos. A identificação dos participantes está codificada com a palavra “P”, que

se refere a paciente, seguida de um número arábico aleatório.

Foram incluídas pessoas do sexo masculino e feminino com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de DRC, e que estavam em Terapia Renal Substitutiva há pelo menos um mês. Foram excluídas as pessoas impossibilitadas de narrar a sua própria história por condições clínicas e psíquicas, e os pacientes diagnosticados com alguma instabilidade hemodinâmica ou metabólica.

Os relatos foram obtidos através de um roteiro semiestruturado orientado por alguns tópicos iniciais, tais como: descobrimento da DRC; conhecimento prévio sobre a doença; sentimentos após o diagnóstico e expectativas elaboradas no momento do diagnóstico. A abordagem dos pacientes aconteceu nas dependências do serviço onde tinham acesso à hemodiálise, e foram submetidas à Análise de Conteúdo de Bardin.

Existem três principais características das etapas do método de Análise de Conteúdo: pré-análise; análise e interpretação. Na primeira etapa, ocorre a organização dos materiais para a coleta de dados. Na segunda, é construído a partir da análise quadros de referências, com aspectos coincidentes e divergentes de ideias; nela ocorre a categorização, onde se reúne um grupo de elementos sob um título genérico, com base nos caracteres comuns destes elementos. Por último, trata-se a fase de análise propriamente dita, ocorre a interpretação e inferência dos dados guiada a partir da reflexão e embasamento em materiais empíricos, relacionando o material coletado com a realidade e chegando-se a possível proposta⁶.

De modo a atender aos princípios éticos de pesquisas que envolvem seres humanos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, com o protocolo nº 5.505.823 de 03/07/2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após exploração dos dados coletados e identificados os conteúdos mais evidentes e em comum na verbalização dos participantes quanto ao objetivo da pesquisa, a vivência do momento do diagnóstico de DRC sob a ótica dos pacientes foi organizada em cinco categorias significativas: sentimentos vivenciados no momento do diagnóstico; impactos do diagnóstico; negação da doença; o paradoxo da gratidão e enfrentamento da doença.

Sentimentos vivenciados no momento do diagnóstico

O diagnóstico laboratorial da DRC é realizado por meio da dosagem sérica de ureia e creatinina, que atestam o acúmulo desses metabólitos no sangue. A presença de proteína ou albumina no exame de urina são alertas importantes para uma possível doença dos rins. Esses exames são considerados de baixa complexidade, cujo acesso é possível ao nível da Atenção Primária à Saúde, incluindo as cidades de menor porte⁷.

Trata-se de uma doença de certa forma inesperada, uma vez que a sintomatologia e o seu curso clínico, em geral, aparecem tardiamente apenas quando a função renal está severamente comprometida. O seu início é “silencioso”, o que causa nos pacientes diagnosticados um sentimento de forte inconformismo, muitas vezes associado a uma sensação de que a descoberta em momento inicial teria os livrado do estágio final da doença. Compreende-se nas falas abaixo:

[...] Levou muito tempo para descobrir a doença, acho... ele disse assim: “seu rinsinho é preguiçoso”. Eu nem levei isso em conta, talvez né, se tivesse levado, talvez tivesse dado jeito, não sei meu Deus [...]. (P1, 77 anos)

A descoberta só os exames que pode dizer... eu tava inchado, eu não bebia muita água... (P12, 18 anos)

Eu senti só uma dorzinha na coluna e comecei a fazer todos os checkups, que eu fazia anualmente, só que trabalhando aí deu um trabalhozinho pra fazer. Minha mãe chamando ‘homem, vamos fazer os exames’ e eu enrolando, aí quando descobri já era tarde. (P15, 30 anos)

Até hoje eu não sei por que é que aconteceu essa perda no nos meus rins, eu não sei explicar. [...] aí então eu fiquei sem saber por que a causa da perda dos meus rins e quando eu vim descobrir (a perda) eu já não tinha mais nada, estava todo atrofiado... estão atrofiados e praticamente acabados dentro de mim. (P22, 54 anos)

Isso pode ser explicado por uma compreensão de que doença e saúde se diferenciam apenas na manifestação de sintomas, e isso gera um sentimento de culpa pela suposta falta de autocuidado e de autopercepção de qualquer indício da patologia, até mesmo do próprio adoecimento. Tal sentimento é compreensível na perspectiva de que a definição do que é doença ou do que é saúde pode ter significados diferentes para as pessoas, a depender da época, do lugar e da classe social; de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas de cada indivíduo⁸. Isto foi vivenciado pelos participantes conforme demonstram as falas a seguir:

Nada, não sentia nada. Eu era sadio, não me achava com origem de doença nenhuma [...] fiquei me tratando, mas me achando que tava sadio. (P2, 77 anos)

Eu pensei que quem não tomava água tinha muita saúde, era quem tinha muita saúde, fiz tudo o contrário. (P17, 63 anos)

Porque eu comecei a inchar, encher muito, eu achava que era coluna, eu tomando medicamento para coluna, deixa que era rins. (P27, 51 anos)

[...] estava passando muito mal, tava vomitando, refluxo, dor de cabeça, pressão alta... no começo eu me culpava porque apareceu depois que eu fui inventar de tomar anabolizante, aí eu me culpava muito, porque eu pensei que tinha sido por causa disso, que eu que tinha causado aquilo. Mas aí quando eu fui transferido para o Onofre Lopes, que lá eles investigaram lá e descobri que já era crônico já, já era uma doença que estava vindo afetando. E fiquei menos triste. (P34, 22 anos)

Impactos do Diagnóstico

Por se tratar de uma patologia crônica, o momento do diagnóstico produz impactos na vida dos pacientes representados por sentimentos de medo, tristeza, resignação, temor à morte, negação, fragilidade, resiliência, enfrentamento, limitação, dependência e sofrimento entre outros. Observam-se relatos sobre o momento do diagnóstico expressando

o sentimento de tristeza associada a resignação, sofrimento e medo do desconhecido:

Eu vivia minha vida normal, super normal, que até então eu não fazia hemodiálise, mas depois que eu comecei a fazer hemodiálise, tipo assim, a vida pessoal muda né, a rotina, muitas coisas, entendeu?! (P3, 27 anos)

Fiquei preocupado porque eu não sabia o que era, nunca tinha ouvido nem falar, só trabalhando, trabalhando, nunca tinha nem ouvido nem falado desse problema de rins. (P8, 59 anos)

Eu fiquei um pouquinho triste, mas depois eu disse 'é, se Deus quis, se for pela vontade dele eu agradeço a ele'. (P9, 30 anos)

De primeira eu não entendi, né? Porque eu nunca tive contato com nenhum renal, eu não sabia nem o que era hemodiálise, eu não entendi, mas assim, foi um baque saber que era crônico também, né? [...]. (P9, 30 anos)

É um sentimento de ambiguidade, da vontade de viver e do medo de viver, né? Porque é muito uma sentença de morte, porque a morte é muito presente no ambiente dialítico né? [...] porque a diálise é isso, é o que faz a gente viver, mas ao mesmo tempo é o medo de não saber o dia de amanhã. (P36, 24 anos)

Negação da Doença

A negação da doença, no momento da descoberta de uma doença crônica, é uma atitude por vezes comum e esperada, justamente pelo fato de que o processo de adoecer produz questionamentos sobre a vida e sobre a provável iminência da morte. Os primeiros estágios de uma patologia se caracterizam pela sua negação, pelo inconformismo com a perda de um estado de saúde e a proximidade com a ideia de morte⁹. Estes sentimentos foram expressos algumas falas:

Ave maria é horrível, eu não me acostumo não, porque eu sinto muita coisa eu vivo doente eu... eu vivo muito doente, eu sinto muita coisa eu. Eu sinto mal-estar, eu sinto tudo

que você possa imaginar que o ser humano sente. [...] Às vezes, eu sei que faz mal a pessoa, mas às vezes eu peço para morrer porque eu não aguento, acredita? Às vezes eu chego em casa eu digo 'ai meu Jesus, se Jesus me tirasse era bem melhor, pelo menos eu não sofria mais por essas coisas que eu tô passando', é muito difícil, muito difícil... (P18, 53 anos)

Fiquei muito abatida, fiquei triste porque eu já tinha perdido um e depois saber que tava com problema no outro... e me olhava muito inchada. Eu pensei que eu não fosse resistir, mas graças a Deus, Deus é grande, eu consegui. Tô aqui contando a história. (P27, 55 anos)

A hemodiálise é assim, você só vai para ela quando já está no limite, a gente não entendia isso né? Não sabia nem o que era hemodiálise. (P32, 32 anos)

Observou-se também que entre os participantes há uma persistência desses sentimentos visto que, mesmo depois de alguns anos de tratamento dialítico, as suas falas ainda revelaram a negação da doença considerando apenas a perspectiva de enfrentá-la e não de conviver com a cronicidade. Essa persistência pode ser explicada no sentido de que, para que haja a superação do processo da negação da enfermidade, é necessário que ele adquira a compreensão sobre o seu significado, e perceba quais os reflexos gerados em seu cotidiano, nas relações e no sentido que dá a vida, pois as alterações físicas e emocionais a qual eles estão expostos representam obstáculos à continuidade do tratamento³.

Vale ressaltar que a negação da doença não é considerada apenas quando há o reconhecimento desta condição por parte do paciente, mas também na observação da resistência às condutas e intervenções necessárias ao tratamento substitutivo da função renal, conforme se observa nas falas a seguir:

Ai eu não queria aceitar não, o tratamento não, porque eu nunca tinha feito. Eu não queria aceitar não, aí durou 5 meses para eu poder aceitar. (P4, 23 anos)

[...] Ah, a alegria deles eu também fico

feliz, que eles querem saber né, 'mas tia tá doente não, tia só faz tirar o sangue e filtrar, pronto'. (P10, 55 anos)

Eu não me sinto doente, minha vida é bem dizer normal, eu só não trabalho. Que eu saio, eu vou uma vez na fazenda, no meu amigo... agora trabalhar não. (P15, 30 anos)

Eu como tudo, o que tiver na mesa eu como. (P29, 59 anos)

O Paradoxo da Gratidão

Não obstante, para algumas pessoas, o diagnóstico é marcado pelo sentimento de alívio e gratidão frente à dúvida anterior sobre o que de fato os acometia. Identifica-se nestes casos o reconhecimento da importância do tratamento e a existência da máquina de hemodiálise, pois entendem que finalmente poderão tratar os sintomas que o acompanhavam por meses ou até anos. Isso é demonstrado pelas falas abaixo:

[...] o resto do material que eu tinha, eu trabalhava com roupa íntima, eu dei a minha vizinha que ela era costureira também, eu não tinha mais condições de fazer nada. Aí mesmo quando eu comecei fazer hemodiálise eu comecei a melhorar... (P1, 77 anos)

Então para mim eu estava me sentindo bem, né, porque eu estava me sentindo muito, vamos dizer assim, sedentária, embora eu fizesse fisioterapia todos os dias, mas ficava aquela, aquele ritmo muito lento, então para mim foi mais fácil, que eu comecei, vamos dizer assim, a tratar, não é?! [...] porque para a gente, é, a máquina é uma bênção, para todos os efeitos, porque ela está trabalhando né, por nós, então assim, é os rins né, artificial... (P6, 42 anos)

É um tratamento assim, muito bom, hoje se tivesse essa máquina em Apodi, como eu me dei muito bem no tratamento, eu não ia mais para a fila do transplante não. (P11, 62 anos)

Foi a melhor solução que Deus me deu na

minha vida. Eu boto na cabeça que se não existisse isso, eu não existiria hoje, né? Sou muito grato. (P35, 18 anos)

Enfrentamento da Doença

Os modos de enfrentamento de uma doença crônica são de ordem subjetiva e podem ser baseados em diversos sentimentos, estando acompanhados ou não da aceitação desta nova condição. Nos relatos a seguir percebe-se que o diagnóstico da insuficiência renal é encarado como um infortúnio da vida e, mesmo assim, há uma aceitação dela a partir do entendimento da necessidade de adaptação às mudanças impostas na vida:

Não tenho medo de enfrentar a vida que eu tô hoje, para mim de hoje em diante o que vier, pronto, eu não tenho medo. [...] E quando eu vejo que dá aquela segura que eu tenho que beber muita água, eu corro pro chuveiro, fico lá debaixo do chuveiro por horas e horas tomando banho, até passar aquela segura, aquela quentura. (P22, 54 anos)

Não, não, a gente não come todo 'comer' não. É, tem que seguir... porque se não seguir morre mais ligeiro ainda. (P19, 40 anos)

Eu aceito tudo, foi tranquilo. A gente tem que aceitar, né, as coisas da vida?! (P26, 41 anos)

Eu acho que acontece coisas, acontece com qualquer um, não é? Então eu encaro, é tipo uma fatalidade né? aconteceu e a gente tem que enfrentar, eu tenho que viver né? tocar o barco para frente e viver da melhor forma que eu posso. (P29, 59 anos)

Uma forma de enfrentamento recorrente entre os entrevistados foi a via da espiritualidade ou até mesmo da religiosidade. Os conceitos de espiritualidade e religiosidade se diferenciam na forma de expressão; enquanto que a espiritualidade está ligada ao sentimento pessoal que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade, a religiosidade por sua vez envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo e, portanto,

tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorativas específicas representando uma dimensão social e cultural da experiência humana¹⁰. Diante dos relatos que se seguem, nota-se que a religiosidade não implica necessariamente a aceitação da doença, mas a maneira como ela é encarada na vida:

Tem dias que a gente chega mal e sai bem, tem dias que chega bem e sai mal... e é assim, a gente vai levando a vida do jeito que Deus quer né... (P1, 77 anos)

A pessoa se sente escrava do problema de saúde, né? dia sim, dia não tem que estar aqui, mas eu louvo e agradeço a Deus pela oportunidade de vida mesmo assim, porque eu já teria morrido se não tivesse iniciado. (P14, 55 anos)

Não é fácil, mas eu me apeguei a Deus. E é Ele quem me sustenta até hoje. (P28, 51 anos)

[...] Mas aí as coisas acontecem da forma que Deus quer, a gente não tem culpa, mas vai se adaptando e vai dando certo. Mas realmente abalou bastante, não é? Mudou muito a vida. (P34, 22 anos)

Nessa perspectiva, a espiritualidade emerge como dimensão mantenedora e fortalecedora da saúde física, mental e social, e aponta benefícios diretos como a redução de estresse, ansiedade e depressão; impacta também na diminuição do uso de substâncias psicoativas e nas tentativas de consumir o suicídio¹¹.

Portanto, compreende-se que a espiritualidade pode fortalecer a resiliência do paciente e influenciar na obtenção de uma certa qualidade de vida. Apesar de não garantir a aceitação da doença, a busca pelo conforto na espiritualidade os prepara para encarar as mudanças observadas na vida após o diagnóstico da DRC, o que pode gerar uma melhor adesão às intervenções assistenciais¹¹. Essa resiliência pode ser percebida na superação das adversidades trazidas pela doença:

De início o cara não se sente bem, mas depois passa. (P16, 61 anos)

Aí assim, no primeiro ano não podia comer

nada, tudo me ofendia, aí eu tinha medo de comer, eu comia quase nada. Quando foi esse ano aí Deus me ajudou, eu comecei a comer, eu aumentei 2kg, tinha perdido 10, aí aumentei mais 2 kg. (P18, 53 anos)

Primeiro dia era chorando, depois eu me acostumei, nem ligo mais. Aí foi passando o tempo, já vai fazer 3 anos agora, e eu fui entendendo, fui melhorando, eu fui vendo que é uma situação que você não tem prazo para sair, né? você tem que vir por que é sua sobrevivência. (P32, 32 anos)

Assim, fiquei muito triste, né? abalado com a situação, num tenho costume com isso, não é fácil não, mas a gente consegue se adaptar depois. (P33, 33 anos)

Em suma, esta categoria representa os sentimentos relacionados ao primeiro impacto do diagnóstico da DRC. Percebe-se que o medo inicial é justificado pelo desconhecimento do que é a doença e a sua forma de tratamento. Além disso, as formas de enfrentamento da doença estão diretamente ligadas à forma como a patologia é vista na vida; passam pela negação até o estado de resignação ou resiliência e assim, mesmo compreendendo os benefícios do tratamento e percebendo a melhora na qualidade de vida, para alguns, é difícil lidar com as mudanças que o diagnóstico da DRC causou em suas vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vivências do diagnóstico da DRC sob a ótica dos pacientes foram representadas por sentimentos medo, tristeza e negação da doença. Paralelamente também foram produzidos sentimentos de resiliência que se amparam na possibilidade de se instituir a terapêutica dialítica, na religiosidade e no apoio dos familiares.

A maneira como o paciente vivencia o momento do diagnóstico da Doença Renal Crônica adquire uma perspectiva singular para cada pessoa, de modo a ser subsidiada por aspectos de ordem subjetiva, pelo suporte assistencial e familiar ao qual ele tem acesso.

Identifica-se a necessidade de se investigar novas sistemáticas para abordagem de pessoas que têm diagnóstico de uma doença crônica, dentre elas a DRC, na perspectiva de orientar o cuidado

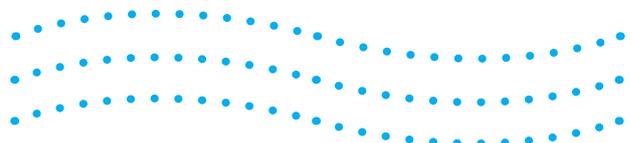
de enfermagem e uma assistência multiprofissional. Incluindo nesse cuidado a elaboração de outros modos de se abordar a pessoa no momento do diagnóstico de modo a fomentar a produção de vínculos entre elas e a equipe de profissionais da saúde, criando um suporte clínico e humanizado.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Brenda Maria Tavares do Nascimento contribuiu com o delineamento, realização da pesquisa e redação do manuscrito. Alcivan Nunes Vieira contribuiu com a redação do manuscrito e revisão crítica. Kalídia Felipe de Lima Costa, Luana Adrielle Leal Dantas, Mariana Mayara Medeiros Lopes e Nicole Liv Ullman Freitas Rego contribuíram com a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Todos (as) os(as) autores(as) aprovaram a versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- Ribeiro WA, Andrade M, Fassarella BPA, Santana PPC, Costa PAF da S, Morais MC de. Enfermeiro protagonista na educação em saúde para o autocuidado de pacientes com doenças renal crônica. Rev. Pró-UniverSUS. [Internet]. 2018 [acesso em 27 de março 2022];9(2). Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1378>
- Silva A da C, Souza AT da S, Arenas VG, Barros L de FNM de. A Ação do Enfermeiro na Prevenção de Doenças Renais Crônicas: Uma Revisão Integrativa. SANARE – Rev. de Políticas Públicas [Internet]. 2015 [acesso em 12 de setembro de 2023];14(2). Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/840>
- Santos GLC, Alves TF, Quadros DCR de, Giorgi MDM, Paula DM de. A percepção da pessoa sobre sua condição enquanto doente renal crônico em hemodiálise. Rev. Pesqui. Univ. Fed. Estado Rio J. [Internet]. 2020 [acesso em 27 de março 2022];12. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1097218>
- Ramírez-Perdomo CA, Solano-Ruiz MC. Social construction of the experience of living with chronic kidney disease. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. [Internet]. 2018 [cited 2022 march 27];26:e3028. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/4jrFMFrRBvJnwwz3SXhZzyCy/abstract/?lang=en>
- Santos TGS dos, Tomé G, Gaspar S, Guedes FAB, Cerqueira A, Matos MG de. Como passam os adolescentes que vivem com doença crônica na escola, na família e com os amigos?. Rev. de Psicologia da Criança e do Adolescente. [Internet]. 2019 [acesso em 7 de abril 2023];10(1). Disponível em: <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2635>
- Cardoso MRG, Oliveira GS de, Ghelli KGM. Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. Cadernos da FUCAMP [Internet]. 2021 [acesso em 8 de novembro 2023];20(43). Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2347>
- Sociedade Brasileira de Nefrologia [homepage na internet]. Doença renal crônica: diagnóstico e prevenção [acesso em 17 fev 2023]. Disponível em: <https://www.sbn.org.br/noticias/single/news/doenca-renal-cronica-diagnostico-e-prevencao/#:~:text=Esses%20exames%20s%C3%A3o%3A%20a%20dosagem,de%20urina%2C%20entre%20outras%20denomina%C3%A7%C3%B5es>
- Aliança para a Saúde Populacional [homepage na internet]. Saúde e doença na história da evolução humana [acesso em 08 abr 2023]. Disponível em: <https://asapsaude.org.br/jornada-de-gsp/saude-e-doenca-na-historia-da-evolucao-humana/2876/#:~:text=Os%20conceitos%20de%20sa%C3%BAde%20e,a%20evolu%C3%A7%C3%A3o%20da%20experi%C3%Aancia%20humana>
- Duarte L, Hartmann SP. A autonomia do paciente com doença renal crônica: percepções do paciente e da equipe de saúde. Rev. da SBPH. [Internet]. 2018 [acesso em 20 de fevereiro 2023];21(1). Disponível em: <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/267>
- Thiengo PC da S, Gomes AMT, Mercês MC das, Couto PLS, França LCM, Silva AN da. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. Rev. Cogitare Enfermagem. [Internet]. 2019 [acesso em 7 de abril 2023];24:e58692. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58692>
- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [homepage na internet]. Como a espiritualidade pode influenciar a saúde das pessoas? [acesso em 20 fev 2023]. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/como-a-espiritualidade-pode-influenciar-a-saude-das-pessoas/>



AVALIAÇÃO DA LESÃO RENAL SEGUNDO RISK, INJURY, FAILURE, LOSS E END STAGE RENAL DISEASE

EVALUATION OF KIDNEY INJURY ACCORDING TO RISK, INJURY, FAILURE, LOSS AND END STAGE RENAL DISEASE

EVALUACIÓN DE LA LESIÓN RENAL SEGÚN EL RISK, INJURY, FAILURE, LOSS Y END STAGE RENAL DISEASE

Luana Adrielle Leal Dantas ¹

Alcivan Nunes Viera ²

Lucidio Clebeson de Oliveira ³

Kalídia Felipe de Lima Costa ⁴

Fabiola Fontoura Chaves ⁵

Brenda Maria Tavares do Nascimento ⁶

Como Citar:

Dantas LAL; Vieira NA; Oliveira LC; Costa KFL; Chaves FF; Nascimento BMT. Avaliação da Lesão Renal Segundo Risk, Injury, Failure, Loss e End Stage Renal Disease. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Lesão Renal Aguda; Diálise Renal; Unidade de Terapia Intensiva.

Descriptors:

Acute Kidney Injury; Renal Dialysis; Intensive Care Units.

Descriptores:

Lesión Renal Aguda; Diálisis Renal; Unidades de Cuidados Intensivos.

Submetido:

08/09/2023

Aprovado:

17/11/2023

Autor(a) para Correspondência:

Luana Adrielle Leal Dantas
E-mail: luanadantas904@gmail.com

RESUMO

Considerando o impacto da disfunção renal no sistema público de saúde, esta pesquisa objetivou categorizar a Lesão Renal Aguda em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva com base na classificação de Risk, Injury, Failure, Loss e End Stage Renal Disease. Estudo observacional transversal, quantitativo. A população foi composta por pacientes que desenvolveram Lesão Renal Aguda e necessitam realizar hemodiálise durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva. A amostra foi de 110 pacientes, os dados foram coletados de janeiro de 2020 a junho de 2022; a análise foi paramétrica. A Lesão Renal Aguda foi classificada em: 6,36% Risk; 20,91% Injury; 57,27% Failure e 15,46% Loss. A ocorrência de disfunção renal na terapia intensiva acontece em graus variados estando relacionada ao perfil do paciente, conhecendo os fatores relacionados à disfunção renal aguda, é possível monitor essa função; orientar o desenvolvimento de protocolos clínicos para a prevenção e complicações, como a Insuficiência Renal Crônica. Sem uma abordagem qualificada, essa disfunção pode se cronicar e acarretar impacto na vida dos pacientes e no próprio sistema público de saúde.

1. Enfermeira. Docente da Uniasselvi E-mail: luanadantas904@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6747-3513>

2. Enfermeiro. Docente da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte E-mail: alcivan_nunes@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4222-6262>

3. Enfermeiro. Docente da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte E-mail: lucidioclebeson@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2033-7546>

4. Enfermeira. Docente da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte E-mail: kalidialfelipe@uern.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5392-3576>

5. Enfermeira E-mail: fabi_fontoura@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5254-526X>

6. Enfermeira E-mail: eubrendatavares1@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5434-0577>

ABSTRACT

Considering the impact of renal dysfunction on the public health system, this research aimed to categorize Acute Kidney Injury in patients admitted to the Intensive Care Unit based on the classification of Risk, Injury, Failure, Loss and End Stage Renal Disease. Cross-sectional, quantitative observational study. The population was composed of patients who developed Acute Kidney Injury and need to undergo hemodialysis during hospitalization in the Intensive Care Unit. The sample was 110 patients, data were collected from January 2020 to June 2022; The analysis was parametric. Acute Kidney Injury was classified as: 6.36% Risk; 20.91% Injury; 57.27% Failure and 15.46% Loss. The occurrence of renal dysfunction in intensive care occurs in varying degrees being related to the profile of the patient, knowing the factors related to acute renal dysfunction, it is possible to monitor this function; guide the development of clinical protocols for prevention and complications, such as Chronic Renal Failure. Without a qualified approach, this dysfunction can become chronic and have an impact on patients' lives and on the public health system itself.

RESUMEN

Considerando el impacto de la disfunción renal en el sistema público de salud, esta investigación tuvo como objetivo categorizar la Lesión Renal Aguda en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos con base en la clasificación de Riesgo, Lesión, Fracaso, Pérdida y Enfermedad Renal en Etapa Terminal. Estudio observacional cuantitativo transversal. La población estuvo compuesta por pacientes que desarrollaron Daño Renal Agudo y necesitaron someterse a hemodiálisis durante la hospitalización en la Unidad de Terapia Intensiva. La muestra fue de 110 pacientes, los datos fueron recolectados de enero de 2020 a junio de 2022; El análisis fue paramétrico. La lesión renal aguda se clasificó como: 6,36% de riesgo; 20,91% de lesiones; 57,27% de fracaso y 15,46% de pérdida. La ocurrencia de disfunción renal en cuidados intensivos ocurre en diversos grados estando relacionada con el perfil del paciente, conociendo los factores relacionados con la disfunción renal aguda, es posible monitorear esta función; guiar el desarrollo de protocolos clínicos para la prevención y complicaciones, como la Insuficiencia Renal Crónica. Sin un enfoque calificado, esta disfunción puede volverse crónica y tener un impacto en la vida de los pacientes y en el propio sistema de salud pública.

INTRODUÇÃO

A Lesão Renal Aguda (LRA) pode ser definida como uma redução abrupta da filtração glomerular que leva ao aumento de escórias nitrogenadas (ureia e creatinina) no sangue, causando ainda distúrbios do equilíbrio acidobásico e alterações hidroeletrólíticas. Trata-se de uma síndrome clínica que apresenta diversas etiologias incluindo as doenças renais (nefrite intersticial aguda, glomerulopatias e vasculites), condições não específicas (lesões isquêmicas ou tóxicas) e doenças extra renais¹.

A incidência da LRA em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) fica em torno de 50% dos pacientes internados; na maioria dos casos está correlacionada à postergação do seu diagnóstico, à falta de identificação dos fatores de risco, presença de comorbidades, a realização de procedimentos e o uso de drogas que causam injúria ao sistema renal e a sua prevalência é de 7,5%².

É comum a instalação da Doença Renal Crônica após a internação em UTI mediante a presença de

fatores de risco e a exposição a procedimentos e terapêuticas que interferem na função renal. O impacto na vida da pessoa, das famílias e do sistema público de saúde é exponencialmente superior às medidas preventivas e até mesmo às abordagens desta condição durante o período de hospitalização².

Algumas doenças e comorbidades como diabetes mellitus, hipertensão, insuficiências pulmonares, digestivas, hepáticas, neoplasias, anemia, obesidade e imunossupressão, trauma, hemorragia, choque, infecção, sepse, complicações de doença cardiovascular, de doença neurológica aguda, necrose tubular aguda, síndrome aumentam o risco de desenvolvimento da LRA; a mortalidade está relacionada diretamente à gravidade das doenças não renais³.

Para o estabelecimento do diagnóstico e do prognóstico da LRA um dos critérios mais utilizados é a classificação de RIFLE, cuja sigla significa: *Risk* (risco de disfunção renal); *Injury* (injúria/lesão para o rim); *Failure* (falência da função renal); *Loss* (perda da função renal) e *End stage renal disease – ESRD* (doença renal em estágio terminal). A sua aplicação

surgiu da necessidade de uniformizar a definição da insuficiência renal aguda; com base na mensuração do aumento da creatinina sérica, diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e do débito urinário, determina-se o grau da LRA bem como o momento necessário para o de início da hemodiálise (HD)^{4,5}.

Os critérios de RIFLE são baseados em um sistema de classificação separados para creatinina sérica e débito urinário, podendo detectar a alteração de um critério ou de ambos. As três primeiras classes do RIFLE avaliam de forma mais acurada as mudanças no valor do nível sérico da creatinina, ou na TFG, e/ou a redução do fluxo urinário por quilo de peso em um tempo específico.

Com base nesta problemática, este estudo objetiva categorizar a ocorrência da LRA em pacientes internados na UTI com base na classificação de RIFLE. Partiu-se da hipótese de que a instalação da LRA tem relação direta com o perfil clínico do paciente, com a idade, motivo da internação, comorbidades e a terapêutica empregada na UTI.

MÉTODOS

Estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa; foi realizado em uma UTI privada conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS). A população foi composta por pacientes adultos internados em UTI que necessitam de tratamento hemodialítico em função de LRA. A amostra foi calculada em 110 pacientes, considerando-se a população internada neste setor que demandou HD nos dois anos anteriores a este estudo, um nível de significância de 5% ($p= 0,05$) e um erro amostral relativo de 8%.

Como critérios de inclusão foram aplicados: pacientes adultos que desenvolveram LRA e necessitam de HD durante a internação na UTI. Como critérios de exclusão aplicaram-se: pacientes que possuíam histórico de alguma doença renal ainda não devidamente diagnosticada e que estavam em uso ou não de HD; pacientes com diagnóstico de LRA que já faziam HD antes da admissão em UTI.

Os dados foram coletados nos prontuários dos pacientes da UTI, sendo a população composta por pacientes adultos internados e que necessitaram de tratamento hemodialítico em função de LRA. No período de janeiro de 2020 a junho de 2022, utilizou-se um instrumento organizado com a seguinte estrutura: perfil etário (idade e sexo); perfil clínico (comorbidades, motivos de internação

hospitalar e internação na UTI; internação na UTI e sua associação com as comorbidades); avaliação da função renal (RIFLE); intervenções relacionadas à LRA realizadas na UTI; duração e desfecho da internação.

A análise dos dados foi realizada com o suporte do *software* estatístico livre R, versão 4.2.0; tipo descritiva de medidas de tendência e de dispersão dos dados. Para verificação de normalidade das variáveis quantitativas, aplicou-se o teste de *Kolmogorov Smirnov*. Na comparação do perfil geral do paciente e os dados clínicos com os desfechos, de acordo com o objetivo proposto, aplicou-se o teste estatístico de Qui quadrado ou exato de *Fisher*. Para todos os testes estatísticos aplicados, o nível de significância foi de 5%.

Visando a garantia dos aspectos éticos, o projeto foi submetido ao CEP da UERN, sendo aprovado com o CAAE 83977718.6.0000.5294.

RESULTADOS

Para determinar o grau da LRA foram utilizados os critérios de RIFLE, os quais objetivam uniformizar a classificação do grau de comprometimento da função renal. Sua abreviação representa os cinco estágios da insuficiência renal: *Risk* (risco de disfunção renal); *Injury* (injúria/lesão para o rim); *Failure* (falência da função renal); *Loss* (perda da função renal) e *End Stage Renal Disease* (Doença Renal em Estágio Terminal)⁴. Destes cinco estágios estabelecidos, foram identificadas neste estudo as quatro primeiras classificações, não sendo detectada a ESRD na amostra estudada.

Na tabela 1, a caracterização do perfil etário e clínico identificou uma predominância da população masculina, bem como uma prevalência de idade acima de 65 anos onde os pacientes foram classificados nos estágios de *Failure* e *Injury*; nas mulheres a classificação segue outro padrão onde foram identificados a *Loss* e o *Risk*. Os principais motivos de internação na UTI (agravos infecciosos, cardiovascular, gastrointestinal, metabólico, renal, respiratório e outros agravos), encontrados no presente estudo, sendo eles os agravos cardiovasculares seguidos de agravos infecciosos e respiratórios. Os pacientes com diagnóstico de agravos infecciosos, renais, respiratórios, metabólicos e cardiovasculares apresentaram a classificação *Failure* com maior frequência.

Percebeu-se uma relação entre os motivos de

internação na UTI e as comorbidades referidas pelos pacientes; os pacientes com diagnóstico prévio de hipertensão, obesidade e o diabetes mellitus apresentaram uma função renal comprometida em graus crescentes; já nos pacientes com diagnóstico de cardiopatia prevaleceram a *Failure* e *Loss*. A hipertensão e as cardiopatias também estiveram associadas aos agravos cardiovasculares, infecciosos e respiratórios que apareceram como principais motivos de internação na UTI; enquanto que o diabetes mellitus esteve relacionado com os agravos cardiovasculares, infecciosos e neurológicos.

Tabela 1. Classificação do RIFLE segundo o sexo, a caracterização etária e clínica do paciente.

Caracterização		RIFLE				Total	Valor-p
		FAILUE	INJURY	LOSS	RISK		
Sexo	Feminino	55,10% (n=27)	20,41% (n=10)	16,33% (n=8)	8,16% (n=4)	100,00% (n=49)	0,902
	Masculino	59,02% (n=36)	21,31% (n=13)	14,75% (n=9)	4,92% (n=3)	100,00% (n=61)	
Faixas etárias	Até 65 anos	55,81% (n=24)	23,26% (n=10)	11,63% (n=5)	9,30% (n=4)	100,00% (n=43)	0,606
	Acima de 65 anos	58,21% (n=39)	19,40% (n=13)	17,91% (n=12)	4,48% (n=3)	100,00% (n=67)	
Motivo da internação na UTI	Agravo Infeccioso	56,76% (n=21)	27,03% (n=10)	13,51% (n=5)	2,70% (n=1)	100,00% (n=37)	0,278
	Agravo Cardiovascular	53,49% (n=23)	13,95% (n=6)	23,26% (n=10)	9,30% (n=4)	100,00% (n=43)	
	Agravo Gastrointestinal	40,00% (n=2)	60,00% (n=3)	---	---	100,00% (n=5)	
	Agravo Metabólico	100,00% (n=3)	---	---	---	100,00% (n=3)	
	Agravo Neurológico	42,86% (n=3)	42,86% (n=3)	14,28% (n=1)	---	100,00% (n=7)	
	Agravo Renal	100,00% (n=2)	---	---	---	100,00% (n=2)	
	Agravo Respiratório	72,73% (n=8)	9,09% (n=1)	9,09% (n=1)	9,09% (n=1)	100,00% (n=11)	
	Outros Agravos	50,00% (n=1)	---	---	50,00% (n=1)	100,00% (n=2)	
Hipertensão arterial sistêmica	Sim	58,90% (n=43)	19,18% (n=14)	16,44% (n=12)	5,48% (n=4)	100,00% (n=73)	0,846
	Não	54,05% (n=20)	24,32% (n=9)	13,52% (n=5)	8,11% (n=3)	100,00% (n=37)	
Diabetes Mellitus	Sim	50,91% (n=28)	21,82% (n=12)	20,00% (n=11)	7,27% (n=4)	100,00% (n=55)	0,487
	Não	63,64% (n=35)	20,00% (n=11)	10,91% (n=6)	5,45% (n=3)	100,00% (n=55)	
Cardiopatia	Sim	54,39% (n=31)	17,54% (n=10)	21,05% (n=12)	7,02% (n=4)	100,00% (n=57)	0,349
	Não	60,38% (n=32)	24,53% (n=13)	9,43% (n=5)	5,66% (n=3)	100,00% (n=53)	

Obesidade	Sim	55,56% (n=10)	22,22% (n=4)	22,22% (n=4)	---	100,00% (n=18)	0,565
	Não	57,61% (n=53)	20,65% (n=19)	14,13% (n=13)	7,61% (n=7)	100,00% (n=92)	
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	Sim	58,33% (n=7)	8,33% (n=1)	16,67% (n=2)	16,67% (n=2)	100,00% (n=12)	0,350
	Não	57,14% (n=56)	22,45% (n=22)	15,31% (n=15)	5,10% (n=5)	100,00% (n=98)	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

Na tabela 2 observa-se que a utilização de intervenções terapêuticas favorece o agravo da função renal, sendo a *Failure* a classificação mais predominante dentre as categorias e identificando relevância estatística entre o RIFLE e a quantidade de sessão de hemodiálise realizadas.

Tabela 2. Classificação de RIFLE conforme as intervenções terapêuticas usadas na UTI.

Caracterização		RIFLE				Total	Valor-p
		FAILURE	INJURY	LOSS	RISK		
Sessão Hemodiálise	Até 5	66,67% (n=38)	22,81% (n=13)	1,75% (n=1)	8,77% (n=5)	100,00% (n=57)	0,001
	Acima de 5	47,17% (n=25)	18,87% (n=10)	30,19% (n=16)	3,77% (n=2)	100,00% (n=53)	
Ventilação Mecânica	Sim	52,50% (n=42)	22,50% (n=18)	18,75% (n=15)	6,25% (n=5)	100,00% (n=80)	0,309
	Não	70,00% (n=21)	16,66% (n=5)	6,67% (n=2)	6,67% (n=2)	100,00% (n=30)	
Antibióticos utilizados	Sim	55,77% (n=58)	22,12% (n=23)	16,34% (n=17)	5,77% (n=6)	100,00% (n=104)	0,249
	Não	83,33% (n=5)	---	---	16,67% (n=1)	100,00% (n=16)	
Drogas Vasoativas	Sim	54,35% (n=50)	20,65% (n=19)	17,39% (n=16)	7,61% (n=7)	100,00% (n=92)	0,309
	Não	72,22% (n=13)	22,22% (n=4)	5,56% (n=1)	---	100,00% (n=18)	
Contraste	Sim	68,00% (n=17)	24,00% (n=6)	4,00% (n=1)	4,00% (n=1)	100,00% (n=25)	0,281
	Não	54,12% (n=46)	20,00% (n=17)	18,82% (n=16)	7,06% (n=6)	100,00% (n=85)	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

Na tabela 3 observou-se relevância estatística do RIFLE associado ao número de dias de internação até a realização da primeira sessão de hemodiálise e ao tempo de internação na UTI. Quanto ao balanço hídrico, identifica-se uma prevalência na classificação de *Failure* quanto ao valor de corte estabelecido, bem como a prevalência do óbito como desfecho dentre os participantes do presente estudo.

Tabela 3. Classificação de RIFLE conforme o Balanço Hídrico, o tempo de internação e desfecho da internação na Unidade de Terapia Intensiva- UTI.

Caracterização		RIFLE				Total	valor=p
		FAILURE	INJURY	LOOS	RISK		
HD na UTI (Dias)	Até 5	64,52% (n=40)	11,29% (n=7)	16,13% (n=10)	8,06% (n=5)	100,00% (n=62)	0,041
	Acima de 5	47,92% (n=23)	33,33% (n=16)	14,58% (n=7)	4,17% (n=2)	100,00% (n=48)	
Tempo de UTI	Até 18 dias	80,36% (n=45)	12,50% (n=7)	1,78% (n=1)	5,36% (n=3)	100,00% (n=56)	<0,001
	Acima de 18 dias	33,33% (n=18)	29,63% (n=16)	29,63% (n=16)	7,41% (n=4)	100,00% (n=54)	
Balanço Hídrico (BH)	≤ 1.395	59,53% (n=25)	21,43% (n=9)	9,52% (n=4)	9,52% (n=4)	100,00% (n=42)	0,443
	> 1.395	55,88% (n=38)	20,59% (n=14)	19,12% (n=13)	4,41% (n=3)	100,00% (n=68)	
Desfecho	Alta	58,33% (n=21)	16,67% (n=6)	19,44% (n=7)	5,56% (n=2)	100,00% (n=36)	0,783
	Óbito	56,76% (n=42)	22,97% (n=17)	13,51% (n=10)	6,76% (n=5)	100,00% (n=74)	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

DISCUSSÃO

Alguns estudos atribuem essa prevalência do sexo masculino em certas condições de adoecimento ao fato de que essa população recorre menos aos serviços de saúde antes que o evento doença se instale, além de não desenvolverem sistematicamente algumas práticas de autocuidado; certos, geralmente, acessam os serviços de urgência e emergência muitas vezes em estado crítico⁶.

O envelhecimento por si, apenas, não condiciona o paciente ao desenvolvimento de LRA, porém compreende-se que apresentar idade acima de 65 anos é um fator de risco para a ocorrência de alguma disfunção renal⁷.

As doenças crônicas, em especial a hipertensão e o diabetes, apresentam dentre as suas complicações a deterioração da função renal. A exposição a fatores de risco inerentes à internação na UTI pode acelerar essa condição e favorecer a instalação da Doença Renal Crônica. Uma vez diagnosticado como doente renal crônico o paciente demanda uma terapêutica dialítica que, apesar de ser um suporte vital e imprescindível à manutenção da vida, impacta de várias formas na sua vida, no contexto familiar e no sistema público de saúde devido aos custos necessários à sua manutenção⁸.

As principais comorbidades associadas ao

desenvolvimento de LRA em UTI foram a hipertensão, diabetes mellitus, cardiopatias e as doenças respiratórias como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). A hipertensão e as cardiopatias são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de LRA devido à sobrecarga imposta ao sistema cardiovascular. Indivíduos com diagnóstico prévio de hipertensão e insuficiência cardíaca possuem duas e cinco vezes, respectivamente, mais chances de desenvolver a LRA².

Sabe-se que o diabetes mellitus, quando não tratado adequadamente, favorece o surgimento de complicações renais, tornando-se um fator de risco para o desenvolvimento da insuficiência renal⁸. O descontrole glicêmico frequente gera quadros de hiperglicemia desencadeando a hiperfiltração glomerular e o aumento da TFG. Posteriormente, ocorre a diminuição da TFG e o aumento da pressão arterial, gerando um quadro progressivo de perda da função renal que é chamado nefropatia diabética⁹.

As complicações cardiovasculares e as infecções comprometem e agravam o estado clínico da disfunção renal; a história prévia de cirurgia cardiovascular influencia no prognóstico dos pacientes durante os cuidados intensivos e favorece a instalação da LRA¹⁰.

Em condições de insuficiência respiratória grave os pacientes são submetidos ao uso de medicações (antibióticos e corticoides) que produzem efeitos

nefrotóxicos, além do suporte ventilatório invasivo que está diretamente relacionado à LRA. Observou-se que o uso da Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) esteve associado às classificações de *Failure*, *Injury* e *Loss*. Dentre as demais intervenções terapêuticas realizadas na UTI, o uso de antibióticos, drogas vasoativas ou de contraste para a realização de exames foi relacionado aos graus de *Failure* e *Injury*.

Salienta-se que a análise das classificações dos critérios de RIFLE, juntamente com as variáveis como antibióticos, drogas vasoativas, VMI e contraste, não constatou significância estatística na amostra pesquisada. Entretanto, sabe-se que os pacientes com Insuficiência Respiratória Aguda e LRA possuem, respectivamente, 8,53 e 8,99 vezes a mais o risco de morte no ambiente hospitalar¹¹.

A LRA em associação com a VMI também impacta no aumento do tempo de internação neste setor, produzindo alterações no sistema respiratório e aumentando as chances para a ocorrência de eventos adversos¹². Por sua vez, as drogas vasoativas possuem efeito nefrotóxico que eleva o risco de LRA em oito vezes².

O risco de morte durante a internação na UTI está associado a algumas condições que podem ser detectadas através da avaliação clínica e laboratorial. Em se tratando do diagnóstico da LRA, a Creatinina é o biomarcador mais utilizado para se avaliar o funcionamento renal. O seu aumento ocorre cerca de 48 a 72 horas após a lesão renal e somente após a diminuição da TFG em torno de 50% a 60%; portanto, a elevação dos seus níveis séricos é tardia e não favorece o desenvolvimento das intervenções preventivas¹³.

É possível ainda adotar o débito urinário como variável preditora da LRA durante a internação na UTI, pois ele é sistematicamente mensurado através do Balanço Hídrico (BH); a identificação precoce da diminuição da diurese é um dos indícios de LRA. Este monitoramento é estabelecido como uma rotina nas unidades de cuidados críticos e precisa ser agregado à avaliação contínua do paciente, principalmente naqueles que são submetidos às variadas intervenções, como o uso de drogas vasoativas, sedação e VMI¹⁴.

Observou-se uma relação entre a presença de agravos cardiovasculares e metabólicos com a ocorrência da LRA, segundo as classificações de RIFLE. Esse dado é corroborado pelo fato de que os pacientes com presença de histórico de doença cardiovascular estão mais suscetíveis ao

desenvolvimento de instabilidade hemodinâmica e sujeitos ao uso de drogas vasoativas, diuréticos e bloqueadores do sistema renina-angiotensina; quando utilizados por um tempo prolongado, esses fármacos podem ocasionar uma sobrecarga renal¹⁵.

Devido à relação presente entre a cetoacidose diabética grave, a qual desencadeia um quadro de LRA de forma transitória, e alguns fatores como a idade avançada, a glicemia descompensada e as proteínas séricas elevadas também contribuem para a ocorrência de disfunção renal¹⁶.

Em um estudo observacional, longitudinal com abordagem quantitativa realizado em uma UTI com pacientes sépticos, observou-se que 88,9% da amostra estudada evoluiu com LRA segundo a classificação RIFLE; esses quais foram submetidos à antibioticoterapia de amplo espectro por períodos mais prolongados. O mesmo estudo também constatou que há uma relação entre o tempo de intubação orotraqueal devido à necessidade de se instituir a VMI, o uso de antibióticos e a LRA¹⁷.

Verificou-se uma relação entre a classificação de RIFLE e o tempo de internação em UTI, pois, quanto maior tempo de internação, acima de 18 dias mais especificamente, maior chance do paciente ser classificado em *Failure*, *Injury* e *Loss*; em período de até 18 dias prevalece a classificação *Failure*. Este fato pode ser atribuído à gravidade clínica dos pacientes acometidos pela LRA, ocasionando um aumento do tempo de internação e nas chances desses pacientes evoluírem para o óbito. Observou que a média de tempo de internação na UTI e taxa de letalidade eram maiores nos pacientes que apresentaram graus considerados mais graves da LRA; ao se comparar o tempo de internação dos pacientes com alguma classificação de RIFLE considerada menos grave com aqueles sem LRA, notou-se que o tempo de internação na UTI era superior em relação aos pacientes com função renal preservada¹⁸.

O desfecho da internação apresentou significância estatística quando associado com a idade, intervenções terapêuticas e os agravos respiratórios. A chance dos pacientes com LRA em associação com os agravos respiratórios irrem a óbito aumenta 2,36 vezes, quando comparada aos pacientes cujo desfecho da internação foi a alta por melhora clínica. A chance dos pacientes em uso de VMI morrerem aumenta 4,20 vezes quando comparada aos pacientes que não utilizaram VMI. O suporte ventilatório invasivo é um fator de risco para o aumento da taxa de mortalidade associada à LRA que

pode ser de 28,7% para aqueles pacientes com LRA e que estejam em uso da VMI; nos pacientes sem LRA durante o uso da VMI esse risco é de 5%¹¹.

Com relação ao início precoce da HD, observou-se que a chance dos pacientes com LRA internados na UTI, em até 5 dias, em irem a óbito diminuiu em 64% quando comparada aos pacientes internados acima de cinco dias. O início precoce da HD em conformidade com a classificação RIFLE diminuiu a mortalidade na UTI; o uso de VMI durante a HD foi considerado um fator relacionado à mortalidade. A avaliação da função renal através da classificação de RIFLE identifica a gravidade do comprometimento renal do paciente. Um estudo de revisão de literatura identificou que a correlação entre LRA e mortalidade é proporcional à grau do comprometimento renal⁵.

Como limitações do estudo podem ser apresentados o tamanho da amostra, o tempo ao qual cada paciente foi exposto às intervenções terapêuticas e a ausência da análise de outras variáveis clínicas que podem determinar a correlação entre os fatores de risco para desenvolver LRA e o RIFLE.

Através da utilização de ferramentas como os critérios de RIFLE é possível proporcionar a enfermagem autonomia durante o desempenho das suas funções, o que possibilita o monitoramento detalhado da função renal do paciente, o que auxilia no diagnóstico IRA, bem como no desenvolvimento de protocolos clínicos para a prevenção de futuros agravos clínicos relacionados a insuficiência renal.

CONCLUSÕES

A categorização da LRA em pacientes internados na UTI, segundo a classificação de RIFLE, identificou uma predominância da população masculina com idade acima de 60 anos, onde os pacientes foram classificados nos estágios de *Failure* e *Injury*. Nas mulheres, a classificação segue outro padrão onde foram identificados a *Loss* e o *Risk* como prevalentes. Os pacientes com diagnóstico de agravos infecciosos, renais, respiratórios, metabólicos e cardiovasculares apresentaram a classificação *Failure* com maior frequência.

As principais comorbidades relacionadas aos motivos de internação na UTI, e ao desenvolvimento de LRA, foram a hipertensão, diabetes mellitus, cardiopatias e as doenças respiratórias como a DPOC. Observou-se que houve uma relação entre a presença de agravos cardiovasculares e metabólicos com a ocorrência da LRA.

A disfunção renal, conforme a classificação de RIFLE, impacta no tempo de internação em UTI; a internação por um período acima de 18 dias aumenta as chances do paciente ser classificado em *Failure*, *Injury* e *Loss*; em um período de até 18 dias prevalece a classificação *Failure*.

Nos pacientes em que houve a indicação precoce da HD, em até cinco dias de internação, tornou-se claro que a chance de ocorrência do óbito diminuiu em 64% quando comparada aos pacientes internados acima de cinco dias.

Infere-se que a instituição de protocolos para a vigilância da função renal, através da monitorização clínica e laboratorial do paciente, pode contribuir para o diagnóstico precoce da LRA. Por sua vez, a classificação de RIFLE pode impactar no diagnóstico precoce de alguma injúria renal e auxiliar na instituição de uma terapêutica que minimize seus efeitos, de forma que reduz a necessidade de HD.

Consequentemente, pode-se impactar positivamente no sistema público de saúde, minimizando os riscos para a cronificação da disfunção renal que, por sua vez, onera substancialmente a oferta da Atenção de Média e de Alta Complexidade; além dos impactos na vida das pessoas e suas famílias.

REFERÊNCIAS

1. KDIGO. Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. v. 2, sup. 1, mar. 2012. [cited 2022 Aug.31]. Available from: <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2016/10/KDIGO-2012-AKI-Guideline-English.pdf>
2. Benichel CR, Meneguim S. Risk factors for acute kidney injury in critical care patients. Acta paul enferm [Internet]. v.33 2020; e-APE20190064. [cited 5 Set. 2022] Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/jdJNTm8KfCC5jLq8M3s8Mdz/?lang=pt#>
3. Dantas LAL, Vieira AN, Oliveira LC de, Araújo ME da S, Maximiano LC de S. Risk factors for Acute Kidney Injury in Intensive Care Units. RSD [Internet]. 2021May31 [cited 2022Aug.31];10(6):e32210615700. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15700>
4. Bellomo R, Ronco C, Kellum JA, Mehta RL, Palevsky P. Acute renal failure - definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. Critical Care (London, England), 8, n. 4, p. R204-212, 1 ago.

2004.[cited 14 Set .2022] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC522841/>

5. Kara I, Yildirim F, Kayacan E, Bilalo lu B, Turkoglu M, Aygencel G.. Importance of RIFLE (Risk, Injury, Failure, Loss, and End-Stage Renal Failure) and AKIN (Acute Kidney Injury Network) in Hemodialysis Initiation and Intensive Care Unit Mortality. Iran J Med Sci, v. 42, n. 4, p. 397-403, 2017. [cited 2022Aug.21] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5523048/>

6. Garcia LHC, Cardoso NO, Bernardi CMCN Self-care and Men's Diseases: An Integrative National Review. PSSA [Internet]. v. 11, n. 3, set./dez. 2019, p. 19-33. [cited 2022Aug.21] Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v11n3/v11n3a02.pdf>

7. Gaytán-Muñoz GA, Villarreal-Ríos E, Vargas-Daza ER, Martínez-González L, Galicia-Rodríguez L. Risk factors for developing acute kidney injury in elderly patients. Rev Med Inst Mex Seguro Soc, v. 57, nº. 1 p. 15-20, maio de 2019. [cited 2022Aug.31] Available from: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1267/3588

8. Sousa NA, Lima JS, Teixeira TC, Linhares CB, Montes JVL, Marques JVS. Fatores de risco e complicações em diabéticos/hipertensos cadastrados no hiperdia. SANARE. 2019 May 31;18(1). [Acesso em: 28 Ago. 2022] Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1303/684>

9. Azevedo G, Felizardo JR, Moser MP, Savi DC. Physiopathology and diagnosis of diabetic nephropathy: an integrative review. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2022 Feb. 22 [cited 2023 Aug. 31];5(1):3615-37. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/44472>

10. Valdés JAAA, Román MAAH, Hernández AA, Miriam MF, Leyva PEAN., Cabrera HPAS. Acute renal failure in the perioperative period of cardiovascular surgery. Rev Cuba Anestesiol Reanim [Internet]. 2019 Apr; 18(1): e536. [cited 26 jul.2023.] Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v18n1/1726-6718-scar-18-01-e536.pdf>

11. Chen D, *et al.* Interaction of Acute Respiratory Failure and Acute Kidney Injury on in-Hospital Mortality of Patients with Acute Exacerbation COPD. Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis., v. 16, p. 3309-3316, dez. 2021. [cited 26 jul.2023.]. Available from: <https://www.dovepress.com/interaction-of-acute-respiratory-failure-and-acute-kidney-injury-on-in-peer-reviewed-fulltext-article-COPD>

12. Vemuri, SV, Rolfsen ML, Sykes AV, *et al.* Association Between Acute Kidney Injury During Invasive Mechanical Ventilation and ICU Outcomes and Respiratory System Mechanics. Crit Care Explor, 29 jun. 2022, v. 4, n. 7, p. e0720. [cited 2022Aug.21]

Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9246080/>

13. Miguel MC, Cazaux N, Meder AR. Creatinine: review of its usefulness and scope as a marker of kidney injury. Braz. J. Anim. Environ. Res., 23 ago. 2022, v. 5, n. 3, p. 3071-3081. [cited 2022Aug.21] Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJAER/article/view/51372/38537>

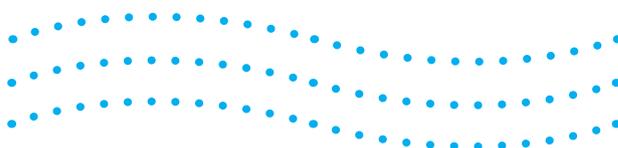
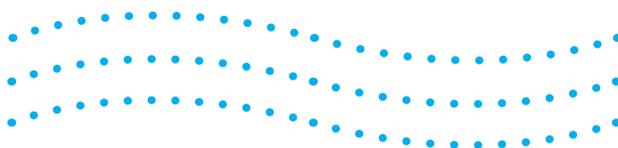
14. Gomes EB, Pereira HCP. Distúrbios do Potássio. VITTALLE, v. 33, n. 1, p. 232-250, 1 jul. 2021. [Acesso em: 28 Ago. 2022]]Disponível em: <https://doi.org/10.14295/vittalle.v33i1.13257>

15. Holgado, J. L., Lopez C, Fernandez A, *et al.* Acute kidney injury in heart failure: a population study. ESC Heart Fail, 14 fev. 2020, v. 7, n. 2, p. 415-422. [cited 2022Aug.31] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7160477/>

16. Morais BA, Rodrigues GM, Santos WL dos. Renal complications caused by hiperglycemia in patients with descompensated diabetes mellitus. Rev Bras Interdiscip Saúde. 2022; 4(1):1-7. [cited 2022Aug.21] Available from: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/download/326/194/806>

17. Santos DS, Silva JIB da, Melo IA de, Marques CR de G, Ribeiro H de L, Santos ES. Association of acute kidney injury with clinical outcomes of patients in intensive care unit. Cogitare Enferm[Internet]. 8 abr. 2021, v. 26:e73926. [cited 2022Aug.21] Available from: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/9WHHzxBbzq3psR9Hq7rxsyR/>

18. Nascimento, GVR, Brito, HCD, Lima CEB. Cardiorenal Syndrome Type 1 in an Underdeveloped Region: Comparison between AKIN and KDIGO Criteria, Need for Dialysis and Mortality. Arq. Bras. Cardiol. 2021, 117 (2), 385-391. [cited 2022Aug.21] Available from: <https://doi.org/10.36660/abc.20200097>



OCORRÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS ÀS MORBIDADES MATERNAS GRAVES NA REGIÃO NORTE DO CEARÁ: ESTUDO TRANSVERSAL

INCIDENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH SEVERE MATERNAL MORBIDITIES IN THE NORTHERN REGION OF CEARÁ: CROSS-SECTIONAL STUDY

OCURENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA GRAVE EN LA REGIÓN NORTE DE CEARÁ: ESTUDIO CRUZADO

Ana Jéssica Silveira Rios¹

Lívia Mara de Araújo²

Ana Kelve de Castro Damasceno³

Francisco Herlânio Costa Carvalho⁴

Maria Adelane Monteiro da Silva⁵

Alana Santos Monte⁶

Como Citar:

Rios AJS, Araújo LM, Damasceno AKC, Carvalho FHC, Silva MAM, Monte Ocorrência e Fatores Associados às Morbidades Maternas Graves Na Região Norte do Ceará: Estudo Transversal. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Morbidade; Near Miss; Mortalidade Materna.

Descriptors:

Morbidity; Near Miss, Healthcare; Maternal Mortality.

Descriptores:

Morbilidad; Near Miss Salud; Mortalidad Materna.

Submetido:

29/09/2023

Aprovado:

03/11/2023

Autor(a) para Correspondência:

Ana Jéssica Silveira Rios
E-mail: jessicasilveira12@hotmail.com

RESUMO

Investigar a ocorrência de fatores associados ao Near Miss (NMM) e a Morte Materna (MM) na Superintendência da Região Norte do Ceará. Estudo transversal, com todas as mulheres no ciclo da gestação internadas nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS), entre 2011 a 2020. A coleta ocorreu de maio a julho de 2022 com um instrumento da Organização Mundial de Saúde (OMS) e com análise no programa Stata. No estudo aconteceram 75 NMM; 32 MM; Desfecho Materno Grave (DMG) = 107 (75 NMM +32 MM); Razão de NMM (RNMM) = 46,9/1000 Nascidos-Vivos (NV); Relação NMM:MM = 2,3:1; Razão de Mortalidade Materna (RMM) das UTIs = 20.000/100.000 NV; e o Índice de Mortalidade (IM) = 29,9 %. Possuir entre 20-35 anos e apresentar 2 ou 3 diagnósticos foram associados ao NMM e a MM. A idade gestacional < 37 semanas foi associada ao NMM. A Pré-eclâmpsia grave/Síndrome HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets) foram os principais diagnósticos. O Apgar < 7 no 5º minuto foi associado a MM. A ocorrência das morbidades maternas graves é alta e fatores relacionados foram identificados. Intervenções socioeconômicas e políticas podem modificar os resultados encontrados.

1. Mestra em Saúde da Mulher e da Criança-Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira no Hospital e Maternidade Municipal de Bela Cruz, Ceará. E-mail: jessicasilveira12@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7524-2504>.

2. Mestra em Saúde da Mulher e da Criança-Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira no Hospital e Maternidade Municipal de Bela Cruz, Ceará. E-mail: livia.mara@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8312-6319>.

3. Doutora e Mestre em Enfermagem- Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira Obstetra. Chefe e professora do Departamento de enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: anakelve@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4690-9327>.

4. Doutor e Mestre em Medicina (Obstetrícia)-Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Médico Obstetra. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: herlaniocosta@ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6400-4479>.

5. Doutora e Mestre em Enfermagem- Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira Obstetra. Professora do curso de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA), Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: adelanemonteiro@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7579-2645>.

6. Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Cuidados Clínicos-Universidade Estadual do Ceará (UECE). Enfermeira Obstetra. Professora da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: alanamonte@unilab.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8626-3527>.

Cert. de Redação Científica: Consultoria Científica. Revisão de texto: Paolla Samento Oliveira. Revisão de provas: Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

Study of the occurrence of factors associated with near-miscarriages (NMM) and maternal deaths (MM) in the Superintendency of the Northern Region of Ceará. Cross-sectional study of all women in the gestational cycle admitted to the Intensive Care Units of the Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) between 2011 and 2020. The survey was conducted from May to July 2022 using a World Health Organization (WHO) tool and the analysis was performed using the Stata program. There were 75 NMM in the study; 32MM; severe maternal outcome (GMD) = 107 (75 NMM +32 MM); NMM ratio (RNMM) = 46.9/1000 live births (LB); NMM:MM ratio = 2.3:1; maternal mortality ratio (MMR) of ICUs = 20,000/100,000 NV; and mortality index (MI) = 29.9%. Age between 20 and 35 years and 2 or 3 diagnoses were associated with NMM and MM. Gestational age <lock><</lock> 37 weeks was associated with NMM. Severe preeclampsia/HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets) were the main diagnoses. Apgar <lock><</lock> 7 in the 5th minute was associated with MM. The incidence of severe maternal morbidities is high and associated factors have been identified. Socioeconomic and policy interventions may alter the results found.

RESUMEN

Investigar la ocurrencia de factores asociados al Cuasi Accidente (NMM) y a la Muerte Materna (MM) en la Superintendencia de la Región Norte de Ceará. Estudio transversal, con todas las mujeres en el ciclo de embarazo ingresadas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de la Santa Casa de Misericordia de Sobral (SCMS), entre 2011 y 2020. La recolección se realizó de mayo a julio de 2022 con un instrumento del Organización Mundial de la Salud (OMS) y con análisis en el programa Stata. Hubo 75 NMM en el estudio; 32MM; Resultado materno severo (DGM) = 107 (75 NMM +32 MM); Relación NMM (RNMM) = 46,9/1000 Nacidos Vivos (LB); Relación NMM:MM = 2,3:1; Razón de Mortalidad Materna (RMM) de UCI = 20.000/100.000 NV; y el Índice de Mortalidad (IM) = 29,9%. Tener entre 20 y 35 años y tener 2 o 3 diagnósticos se asociaron con NMM y MM. La edad gestacional <37 semanas se asoció con NMM. Los principales diagnósticos fueron preeclampsia grave/síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas). Apgar < 7 al minuto 5 se asoció con MM. La incidencia de morbilidades maternas graves es elevada y se han identificado factores relacionados. Las intervenciones socioeconómicas y políticas pueden modificar los resultados encontrados.

.....

INTRODUÇÃO

Para cada vinte ou mais complicações obstétricas agudas ou crônicas, acontecerá uma Morte Materna (MM)¹. Portanto, a compreensão dos fatores que permeiam as complicações poderá prevenir a MM. Assim, surge a investigação do *Near Miss* Materno (NMM), definido como uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave, ocorrida durante a gravidez, o parto ou em até 42 dias após o término da gravidez^{2,4}. A investigação do NMM possibilita conhecer problemas na assistência das mulheres sobreviventes a complicações³. A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu 25 critérios clínicos, laboratoriais e de manejo para o NMM^{4,5}.

Mediante a importância do tema, surgiu o interesse de investigá-lo na Superintendência da Região Norte, uma região de saúde que faz parte da rede de assistência do binômio mãe e filho no estado do Ceará, Brasil. Durante o processo, não foram

identificados estudos direcionados para o NMM, mas para a MM, há um monitoramento organizado, gerando a Razão de Mortalidade Materna (RMM)⁶.

O Brasil possui como meta a redução da RMM para 30 mortes/100 mil Nascidos-Vivos (NV) até 2030, segundo os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) de 2016-2030, proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU)⁷. Em 2019, a RMM ficou em 55,2/100 mil NV e 59,8/100 mil NV no Ceará e na Superintendência da Região Norte, respectivamente, porém o índice é considerado alto entre 50-149 mortes^{6,8}.

Considerando, a alta taxa de MM e ausência de pesquisas sobre o tema, justifica-se a realização de um estudo sobre os eventos retrospectivos a MM. Assim, objetivou-se investigar a ocorrência e os fatores relacionados ao NMM e a MM em um hospital de referência na Superintendência da Região Norte, Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e retrospectivo nas duas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS), um serviço de referência destinado à mulher na gravidez de risco para 55 municípios da Superintendência da Região Norte, Ceará, Brasil.

A população do estudo foram todas as mulheres admitidas para cuidados intensivos durante a gravidez e puerpério nos anos de 2011 a 2020, no total de 196, identificadas no sistema de internamento SOUL MV Hospitalar (versão W15.2020.4.1-RELEASE, 2021, MV Informática Nordeste Ltda., Brasil) e solicitados ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) da SCMS. Foram excluídos os prontuários de mulheres admitidas como causas acidentais ou incidentais (03); incompletos (07) e não encontrados (13). Desse modo, 173 prontuários formaram a amostra final.

A coleta de dados ocorreu com aplicação de um instrumento adaptado da OMS⁽⁴⁾ organizados no *Excel* (versão 2303 Build 16.0.16227.20202, 2016, *Microsoft*, Estados Unidos da América) e analisados no *software Stata 13* (versão 13, 2013, *Stata Corp*, Estados Unidos da América). As variáveis dependentes são mulheres com morbidade não NMM, NMM e MM. As variáveis independentes foram idade; raça; escolaridade; número de gestações; número de partos; Idade Gestacional (IG); resolução da gestação; número de diagnósticos; Apgar 1º minuto; Apgar 5º minuto; desfecho neonatal; Apgar 1º minuto (gêmeos); Apgar 5º minuto (gêmeos); e desfecho neonatal (gêmeos). Para as variáveis numéricas, utilizaram-se medidas de tendência central e dispersão (média e o desvio padrão); e separatrizes (mediana e o intervalo interquartilico). As variáveis nominais estão descritas por meio de frequências simples e relativas.

Considerando que o desfecho deste estudo assume três categorias, foram desenvolvidas variáveis *dummy* para realizar a análise inferencial. Para estimar a associação e o efeito desta associação utilizou-se a regressão logística univariada. As associações foram significativas quando $p < 0,05$. A medida de efeito ocorreu por *Odds Ratio (OR)* e o Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%). Os resultados estão em tabelas, sendo discutidos conforme a literatura. A pesquisa tem anuência do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, Brasil (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE 52863821.4.0000.5054).

RESULTADOS

Identificaram-se 196 mulheres no ciclo da gestação e puerpério admitidas nas UTIs no sistema SOUL MV Hospitalar, que após os critérios de exclusão aplicados restaram 173, sendo 10 gestantes, 04 abortos e 159 puérperas. Todas as gestantes, após admissão, foram submetidas à cesariana. Nasceram 183 crianças (160 NV e 23 óbitos fetais) da amostra. Neste estudo, encontraram-se 66 morbidades não NMM (38,2%); 75 NMM (43,3%); 32 MM (18,5%); Desfecho Materno Grave (DMG) = 107 (75 NMM +32 MM); Razão de Incidência de NMM (RNMM) = 46,9/1000 NV; Relação NMM:MM (NMM:MM) = 2,3:1; RMM da UTI = 20.000/100.000 NV; e o Índice de Mortalidade (IM) = 29,9%.

Na variável idade, ter entre 20-35 anos foi associada ao NMM e a MM com 3,23 (IC 95%; 1,48 – 7,03) e 6,19 (IC 95%; 1,89 – 20,32) vezes mais chances, respectivamente, comparado a < 20 anos de idade (Tabela 1). A variável IG < 37 semanas foi relacionada ao NMM, com 2,13 vezes mais chances (IC 95%, 1,06 – 4,26). Ter 2 diagnósticos foram associadas ao NMM e MM com 2,77 (IC 95%, 1,27 – 6,06) e 3,2 (IC 95%, 1,02 – 9,99) vezes mais chances, respectivamente. Já, ter 3 diagnósticos possui relação ao NMM e MM de 5,85 (IC 95%, 1,51 – 22,75) e 16 (IC 95%, 3,49 – 73,4) vezes mais chances, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos das morbidades não near miss, near miss e óbito nas Unidades de Terapia Intensiva da Santa Casa de Misericórdia, Sobral, Ceará, Brasil em 2011-2020.

Variáveis	Morbidade não Near miss		Near miss		Óbito Materno		OR (IC 95%) Near miss	P - valor	OR (IC 95%) Óbito materno	P - valor
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)				
Idade										
< 20 anos	28 (58,4)	16(33,3)	4 (8,3)	1	1					
20-35 anos	26 (26,8)	48(49,5)	23 (23,7)		3,23 (1,48 – 7,03)		0,003	6,19 (1,89 – 20,32)		0,003
> 35 anos	12 (42,9)	11(39,2)	5 (17,9)		1,60 (0,58 – 4,46)		0,365	2,92 (0,66 – 12,79)		0,156
Raça										
Parda	61 (38,4)	66(41,5)	32 (20,1)		0,72 (0,12 – 4,46)		0,725	*		*
Preta	2 (33,3)	4 (66,7)	0 (0,0)		1,33 (0,11 – 15,71)		0,819	*		*
Branca	2 (40,0)	3 (60,0)	0 (0,0)		1		-	1		-
Amarela	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)		0,67 (0,02 – 18,05)		0,809	*		*
Indígena	0 (0,0)	1(100,0)	0 (0,0)		*		*	*		*
Escolaridade										
Analfabeta	1 (25,0)	0 (0,0)	3 (75,0)		*		*	5,62 (0,54 – 58,57)		0,149
Fundamental I e II	30 (42,3)	25(35,2)	15 (22,5)		1		-	1		-
Médio	26 (36,6)	37(52,1)	8 (11,3)		1,71 (0,83 – 3,54)		0,151	0,58 (0,21 – 1,56)		0,280
Superior	4 (28,6)	7 (50,0)	3 (21,4)		2,10 (0,55 – 8,00)		0,277	1,41 (0,28 – 7,07)		0,679

Nota: Sinal convencional utilizado.

*Não foi possível calcular.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Tabela 2 - Dados obstétricos das morbidades não near miss, near miss e óbito nas Unidades de Terapia Intensiva da Santa Casa de Misericórdia, Sobral, Ceará, Brasil em 2011-2020.

Variáveis	Morbidade não Near miss		Near miss		Óbito Materno		OR (IC 95%) Near miss	P - valor	OR (IC 95%) Óbito	P - valor
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)					
Nº gestações										
1 gestação	36 (43,9)		30(36,6)		16 (19,5)		1	-	1	-
2 ou mais gestações	30 (33,0)		45(49,4)		16 (17,6)		1,80 (0,92 – 3,51)	0,085	1,20 (0,51 – 2,79)	0,673
Nº de partos										
Nenhum	0 (0,0)		2(100,0)		0 (0,0)		1	-	1	-
1 ou mais	66 (38,6)		73(42,7)		32 (18,7)		*	*	*	*
Idade gestacional										
< 37 semanas	35 (31,5)		53(47,8)		23 (20,7)		2,13 (1,06 – 4,26)	0,032	2,26 (0,91 – 5,62)	0,078
≥ 37 semanas	31 (50,0)		22(35,5)		9 (14,5)		1	-	1	-
Resolução da gestação										
Parto vaginal	4 (26,7)		7 (46,6)		4 (26,7)		1	-	1	-
Cesariana	61 (39,9)		64(41,8)		28 (18,3)		0,60 (0,17 – 2,15)	0,433	0,46 (0,11 – 1,97)	0,295
Diagnóstico										
1 diagnóstico	48 (55,8)		30(34,9)		8 (9,3)		1	-	1	-
2 diagnósticos	15 (30,6)		26(53,1)		8 (16,3)		2,77 (1,27 – 6,06)	0,011	3,20 (1,02 – 9,99)	0,045
3 diagnósticos	3 (13,6)		11(50,0)		8 (36,4)		5,87 (1,51 – 22,75)	0,011	16,0 (3,49 – 73,40)	<0,001
≥ 4 diagnósticos	0 (0,0)		8 (50,0)		8 (50,0)		*	*	*	*

Nota: Sinal convencional utilizado.

*Não foi possível calcular.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A Pré-eclâmpsia grave/Síndrome HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets*) foram os diagnósticos mais comuns no NMM (24,65%) e MM (11,7%). Os critérios de NMM mais prevalentes foram os clínicos 68 (37,1%), os laboratoriais 62 (33,9%) e de manejo 53 (29%). Observaram-se 176 disfunções orgânicas, em que as mais frequentes são: cardíaca (22,7%), respiratórias (22,1%) e hematológicas (19,9%) (Tabela 3). Nos resultados perinatais, o Apgar < 7 no 5º minuto foi associado a MM (*OR*, 3,44; IC 95%, 1,34 – 8,78) (Tabela 4).

Tabela 3 - Disfunções orgânicas apresentadas nos near miss maternos internados nas Unidades de Terapia Intensiva da Santa Casa de Misericórdia, Sobral, Ceará, Brasil em 2011-2020.

Disfunção	Near Miss	%
Cardíaca	40	22,7
Respiratória	39	22,1
Hematológica	35	19,9
Neurológica	23	13,1
Renal	17	9,6
Hepática	12	6,9
Uterina	10	5,7
Total	176	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Tabela 4 - Dados dos recém-nascidos das morbidades não near miss, near miss e óbito materno internados nas Unidades de Terapia Intensiva da Santa Casa de Misericórdia, Sobral, Ceará, Brasil em 2011-2020.

Variáveis	Morbidade não near miss		Near miss		Óbito materno		OR (IC 95%) Near miss		P - valor		OR (IC 95%) Óbito materno		P - valor	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	P - valor	P - valor	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	P - valor	P - valor
Apgar 1º minuto														
< 7	26 (31,7)	37 (45,1)	19 (23,2)	1,59 (0,80 – 3,12)	0,183	2,19 (0,92 – 5,19)					0,074			
≥ 7	39 (44,9)	35 (40,2)	13 (14,9)	1	-	-					-			-
Apgar 5º minuto														
< 7	12 (25,5)	21 (44,7)	14 (29,8)	1,81 (0,81 – 4,07)	0,146	3,44 (1,34 – 8,78)					0,010			
≥ 7	53 (43,4)	51 (41,8)	18 (14,8)											
Desfecho neonatal														
Nascido vivo	60 (40,5)	62 (41,9)	26 (17,6)	1	-	1					-			-
Óbito	5 (23,8)	10 (47,6)	6 (28,6)	1,93 (0,62 – 6,00)	0,252	2,76 (0,78 – 9,89)					0,117			
Apgar 1º minuto (gêmeo)														
< 7	0 (0,0)	4 (57,1)	3 (42,9)	3,33 (0,36 – 30,7)	0,288	4,5 (0,34 – 60,15)					0,256			
≥ 7	4 (57,1)	2 (28,6)	1 (14,3)	1	-	1					-			-
Apgar 5º minuto (gêmeo)														
< 7	0 (0,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	3,0 (0,31 – 28,84)	0,341	2,33 (0,22 – 25,24)					0,486			
≥ 7	4 (44,5)	3 (33,3)	2 (22,2)	1	-	1					-			-
Desfecho neonatal (gêmeo)														
Nascido vivo	4 (33,3)	5 (41,7)	3 (25,0)	1	-	1					-			-
Óbito	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	1,4 (0,07 – 28,1)	0,826	3,0 (0,14 – 64,26)					0,482			

Nota: Sinal convencional utilizado.

*Não foi possível calcular.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, o DMG (107) foi próximo a de estudos realizados em maternidades de referência na Etiópia (DGM = 162) e na África do Sul (DGM = 125), reforçando que os resultados maternos graves estão nas instituições de referências para alto risco obstétrico, por possuir recursos para atendimento e identificação do NMM, portanto é um ambiente importante para vigilância das morbidades e prevenção da MM⁹⁻¹¹.

A RNMM, deste estudo, (46,9/1000 NV) foi maior que na Cidade do Cabo (RNMM = 5,83/ 1.000 NV) e em Fortaleza (RNMM = 12,8/100 NV)^{10,11}, estando em conformidade com outro resultado brasileiro (RNMM 2,4/ 1000 NV a 188,4/ 1000 NV)⁽¹²⁾. A RMM da UTI (20.000/100.00 NV) foi superior que em Jimma, Etiópia, (RMM = 876,9/ 100.000 NV); Cidade do Cabo (RMM = 67,6/100.000 NV) e Fortaleza (RMM = 263,5/ 100. 000 NV). Um valor muito alto, segundo a OMS, demonstrando a gravidade dos NMM admitidos e reforçando a necessidade de atendimento oportuno com protocolos adequados, equipes treinadas e disponibilização de insumos⁸⁻¹¹.

A relação NMM:MM (2,3: 1) foi menor que na cidade de Jimma (NMM: MM = 5,8:1), Cidade do Cabo (NMM: MM = 8,6:1) e em Fortaleza (NMM: MM = 4,7: 1), significando que mais NMM morrem, demonstrando necessidade de triagem, acompanhamento e qualidade do atendimento. O IM (29,9 %) foi superior comparado a Jimma (IM = 14,8%), Cidade do Cabo (IM = 10,4%) e em Fortaleza (IM = 17,3%)⁹⁻¹¹, estando comum a revisão sistemática brasileira (IM = 3,3% a 32,2%), sendo considerado alto (superior a 20%), significando que a qualidade da prestação de cuidados obstétricos possui fragilidades¹²⁻¹⁴.

A idade entre 20-35 anos demonstrou risco para NMM e MM. Igualmente, no Timor-Leste, os DMG possuíam idade entre 20-34 anos (66%) com uma vez mais de chance¹⁵. Já na Etiópia, a idade entre 25-34 anos possui uma vez mais de chance de NMM e MM (IC 95%, 0,65-2,29), porém possuir > 35 anos têm duas vezes mais chances (IC 95%, 0,78-5,34)⁽⁹⁾. A idade materna > 35 anos, também, demonstrou associação ao NMM, no Suriname (*Odds Ratio* Ajustada (*ORa*), 2,6; IC 95%, 1,4-4,8), e em outros estudos brasileiros^{12,16,17}.

No Brasil, a maioria das gravidezes ocorre na adolescência, embora a gestação na idade avançada seja pertinente devido ao processo de transição demográfica, engrenado pelo controle de fecundidade

e ingresso da mulher no trabalho. A variável idade, neste trabalho, se encontra na idade adulta similar a outros estudos, porém se ressalta a importância dos riscos atribuídos às mulheres com idade > 35 anos, pois o fator idade no que tange complicações gestacionais é um reflexo do comportamento social associados aos desafios das políticas públicas¹⁷⁻¹⁹.

A IG < 37 semanas esteve associada ao NMM, nesta pesquisa. Convergente a esta, a prematuridade foi associada ao NMM (*OR*, 7,0; IC 95%, 6,5-7,6) na China e a morbidade materna grave na Austrália (*OR*, 7,06; IC 95%, 4,84-10,29)^{20,21}. No Brasil a prematuridade variou de 10,87% a 9,95% entre 2012 a 2019. Já na Europa variou em 8,7% e no mundo 10,6%^{22,23}.

A prematuridade está associada à gestação e ao parto, com maior proporção de cesarianas, principalmente, no NMM^{17,24,25}. A alta taxa de cesariana pode estar relacionada às complicações obstétricas, que precisam dessa intervenção, e à não redução eletiva do procedimento²². O Brasil é o líder mundial na realização de cesarianas, contrariando as recomendações da OMS, que é de 10% e 15%²⁶. No Brasil, a preferência pela cesariana está relacionada à orientação durante o pré-natal; assistência centrada na atuação médica; características socioculturais; qualidade do atendimento; preparo dos profissionais de saúde; entre outros motivos²⁷.

Nesta pesquisa, o aumento do número de diagnósticos tem mais chances de NMM e MM. O conhecimento dos diagnósticos recebidos por um paciente durante o internamento é fundamental para compreender a falência de órgãos, que levaram à morte. Isto provocará a organização da equipe de saúde para manejo prestado ao paciente em tempo oportuno, evitando riscos, danos e morte⁴.

A convergir com esta investigação, as doenças hipertensivas foram as principais causas de morbidades, NMM e MM em estudos na África do Sul, Suriname e Brasil^{10,12,16,18,28}. Isto demonstra a necessidade do fortalecimento do rastreio da patologia no pré-natal. Além disso, é imprescindível a organização de protocolos com medidas em tempo hábil, tais como a administração de sulfato de magnésio e a retirada da placenta para a prevenção de convulsões e piora do prognóstico nos casos de pré-eclâmpsia para eclâmpsia^{25,29,30}.

Nesse estudo, os critérios mais prevalentes foram os clínicos, os laboratoriais e de manejo, sendo contrário a outro estudo brasileiro⁽¹¹⁾. Os critérios da OMS identificaram que todas as MM das UTIs nos dez anos de investigação, fortalecendo o

entendimento de que a abordagem da OMS é eficiente, possuindo a capacidade de identificar as morbidades extremamente graves que antecedem a MM^{11,15,16}.

As disfunções orgânicas mais frequentes foram as cardíacas, as respiratórias e as hematológicas. Semelhante a esta pesquisa, na África, as disfunções orgânicas mais comuns foram circulatórias (36,6%) e respiratórias (22,3%)¹⁰. Já em outros estudos, as disfunções mais importantes foram as cardiovasculares, as hematológicas e as respiratórias^{11,16}.

Considerando que o NMM pode apresentar impactos no período perinatal, é importante investigar dados relacionados aos recém-nascidos. O presente estudo possui associação do Apgar < 7 no 5º minuto com a MM. Uma pesquisa realizada no Suriname, mostrou que o baixo Apgar, o baixo peso ao nascer, parto prematuro, e natimortos foram associados ao NMM (OR, 6,83; IC 95%, 2,96-15,76)¹⁶. Os desfechos adversos neonatais não podem ser negligenciados, pois predizem riscos, como maior morbimortalidade, desnutrição, susceptibilidade a infecções e problemas respiratórios²¹.

Os resultados deste estudo comprovam que existem muitos casos de NMM internados na UTI pesquisada. Portanto, a disponibilidade e o uso adequado de UTIs são cruciais para reduzir a MM. Logo, emerge uma limitação deste estudo, acreditando-se que muitas mulheres não foram internadas na UTI devido a indisponibilidade de vaga. Portanto, é importante enfatizar que a incidência do NMM pode ser maior. Outra limitação, é a não utilização da vigilância ao NMM, principalmente, a prospectiva, gerando uma necessidade de identificação dos casos através da avaliação retrospectiva de prontuários, que podem conter imprecisões das informações e dados ausentes.

CONCLUSÃO

Neste estudo, conclui-se que a ocorrência do NMM é elevada comparado a outras referências. Isto pode ser justificado pelo fato de a maternidade da SCMS ser a referência obstétrica para os casos mais graves com isumos disponíveis para a identificação do NMM. Os indicadores de MM encontrados também são altos, o que provavelmente é uma repercussão da gravidade e do manejo do NMM, uma vez que o mesmo antecede o óbito.

A idade entre 20-35 anos e a presença de 2 ou 3 diagnósticos foram fatores identificados associados ao NMM e MM. Já a IG < 37 semanas foi relacionada

ao NMM e o Apgar < 7 no 5º minuto foi associado a MM. A Pré-eclâmpsia grave/Síndrome HELLP foram os principais diagnósticos. Desse modo, pode-se inferir que os fatores e os diagnósticos de NMM e MM encontrados são modificáveis e evitáveis. Portanto, faz-se necessário a realização de um planejamento para melhorar a detecção precoce e as intervenções das morbidades graves na gravidez.

Mediante o exposto, a abordagem da OMS emerge como uma ferramenta de prevenção, que associado a outras políticas socioeconômicas podem otimizar qualidade da atenção obstétrica. Dessa forma, é importante ampliar a divulgação e discussão do tema NMM na Região Norte a partir da realização de novos estudos na perspectiva do fortalecimento da vigilância dos casos potenciais a desfechos negativos.

REFERÊNCIAS

1. Kasahun AW, Wako WG. Predictors of maternal near miss among women admitted in Gurage zone hospitals, South Ethiopia, 2017: a case control study. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(260):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1903-1>.
2. Chaudhuri S, Nath S. Life-threatening complications in pregnancy in a teaching hospital in Kolkata, India. J Obstet Gynaecol India. 2019;69:115-22. <https://doi.org/10.1007/s13224-018-1106-8>.
3. Santana DS, Guida JPS, Pacagnella RC, Cecatti JG. Near miss materno - entendendo e aplicando o conceito. Rev Med. 2018;97(2):187-94. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p187-194>.
4. World Health Organization (WHO). Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health [internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2023 Aug 31]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44692>.
5. Norhayati MN, Nik Hazlina N, Sulaiman Z, Azman MY. Severe maternal morbidity and near misses in tertiary hospitals, Kelantan, Malaysia: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2016;16(229):1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2895-2>.
6. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Secretária Executiva de Vigilância e Regulação em Saúde. Boletim epidemiológico - Mortalidade Materna [internet]. Fortaleza: Secretaria de Saúde do estado do Ceará; 2020 [cited 2023 Aug 31]. Available from: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim_epidemiologico_mortalidade_materna_n1_25112020.pdf.

7. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. 2015 [cited 2020 May 25]. Available from: <https://sdgs.un.org/2030agenda>.
8. World Health Organization (WHO). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2023 Aug 31]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112682/9789241507226_eng.pdf?sequence=2.
9. Woldeyes WS, Asefa D, Muleta G. Incidence and determinants of severe maternal outcome in Jimma University teaching hospital, south-West Ethiopia: a prospective cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):255. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1879-x>.
10. Iwuh IA, Fawcus S, Schoeman L. Maternal near-miss audit in the Metro West maternity service, Cape Town, South Africa: a retrospective observational study. *S. Afr Med J*. 2018 Feb. 27;108(3):171-5. <https://doi.org/10.7196/samj.2018.v108i3.12876>.
11. Monte AS, Teles LMR, Oriá MOB, Carvalho FHC, Brown H, Damasceno AKC. Comparação entre os critérios de near miss em uma unidade de terapia intensiva materna. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03404. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017038703404>.
12. Silva JMP, Fonseca SC, Dias MAB, Izzo AS, Teixeira GP, Belfort PP. Conceitos, prevalência e características da morbidade materna grave, near miss, no Brasil: revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2018;18(1):37-65. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000100002>.
13. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss: towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(3):287-96. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007>.
14. World Health Organization (WHO). The Millennium Development Goals Report [internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2023 Aug 31]. Available from: <https://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf>.
15. Jayaratnam S, Soares MLFG, Jennings B, Thapa AP, Woods C. Maternal mortality and 'near miss' morbidity at a tertiary hospital in Timor-Leste. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2019;59(4):567-72. <https://doi.org/10.1111/ajo.12940>.
16. Verschueren KJC, Kodan LR, Paidin RR, Samijadi SM, Paidin RR, Rijken MJ *et al*. Applicability of the WHO maternal near miss tool: A nationwide surveillance study in Suriname. *J Glob Health*. 2020;10(2):020429. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020429>.
17. Rêis SA, Brilhante A, Silva AM, Silva AJ. Fatores associados ao near miss materno em centros terciários de assistência à saúde materna de fortaleza. In: Seven Editora. Ciências da saúde: estudos e pesquisas avançadas. São José dos Pinhais: Seven Editora; 2023. p. 227-244. <https://doi.org/10.56238/cienciasaudeestuepesv1-021>.
18. Andrade SG, Vasconcelos YA, Carneiro ARS, Severiano ARG, Terceiro AJMD, Silva TB, *et al*. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. *Rev Pre Infec. e Saúde*. 2018;4:7283. <https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.7283>.
19. Viellas EF, Netto TLF, Gama SGN, Baldisserotto ML, Prado PF Neto, Rodrigues MR, *et al*. Assistência ao parto de adolescentes e mulheres em idade materna avançada em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021;26(3):847-58. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.12492020>.
20. Ma Y, Zhang L, Wang X, Qiu L, Hesketh T, Wang X. Low Incidence of Maternal Near-Miss in Zhejiang, a Developed Chinese Province: A Cross-Sectional Study Using the WHO Approach. *Clin Epidemiol*. 2020 Apr 29;12:40-14. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S243414>.
21. Zanconato G, Cavaliere E, Mariotto O, Zatti N. Perinatal outcome of severe obstetric complications: findings of a 10-year hospital-based surveillance study in Italy. *Int J Women's Health*. 2019 Aug 19;11:463-9. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S203104>.
22. Martinelli KG, Dias BAS, Leal ML, Belotti L, Garcia EM, Santos ET Neto. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Rev Bras Est Pop*. 2021;38:1-15. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0173>.
23. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, *et al*. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2018;7(1):e37-46. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30451-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30451-0).
24. Galvão LPL, Alvim-Pereira F, Mendonça CMM, Menezes FEF, Góis KAN, Ribeiro RF Júnior, *et al*. The prevalence of severe maternal morbidity and near miss and associated factors in Sergipe, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014 Jan 16;14(25). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-25>.
25. Silva ACB, Sun SY, Campanharo FF, Marooka LT, Cecatti JG, Mattar R. Maternal Near Miss in Patients

with Systemic Lupus Erythematosus. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2023 Mar 06;45(1):11-20. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1759633>.

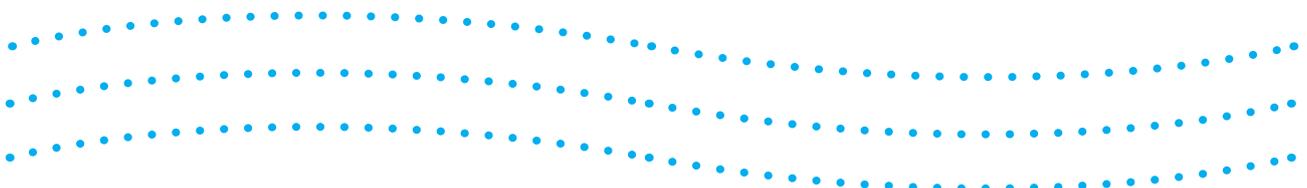
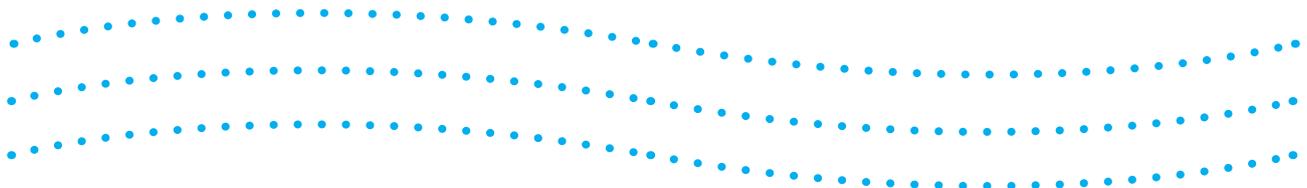
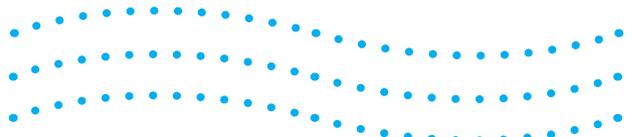
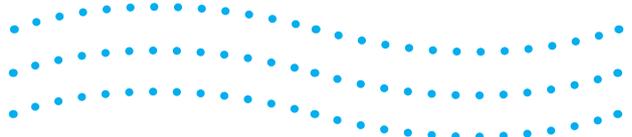
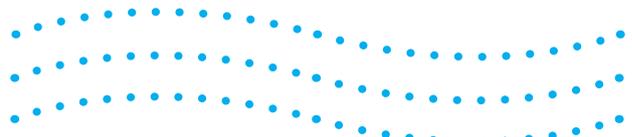
26. World Health Organization (WHO). Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. WHO [Internet]. 2015 [cited 2022 Dec 15]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf.

27. Silva AP, Romero RT, Bragantine A, Barbieri AADM, Lago MTG. As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2019 June 29;(24):e624. <https://doi.org/10.25248/reas.e624.2019>.

28. Herdt MCW, Magajewski FRL, Linzmeyer A, Tomazzoni RR, Domingues NP, Domingues MP. Temporal Trend of Near Miss and its Regional Variations in Brazil from 2010 to 2018. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2021;43(2):97-106. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1719144>.

29. Ghazivakili Z, Lotfi R, Kabir K, Nia RN, Naeeni MR. Maternal near miss approach to evaluate quality of care in Alborz province, Iran. *Midwifery.* 2016;41:118-24. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.08.009>.

30. Andrade MS, Bonifácio LP, Sanchez JAC, Oliveira-Ciabati L, Zaratini FS, Franzon ACA, *et al.* Severe maternal morbidity in public hospitals in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(7):e00096419. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096419>.



A VIDA FORA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE MORADORES DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

LIFE OUTSIDE THE PSYCHIATRIC HOSPITAL: SOCIAL PARTICIPATION OF RESIDENTS OF A THERAPEUTIC RESIDENTIAL SERVICE

LA VIDA FUERA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LOS RESIDENTES DE UN SERVICIO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO

Rafael Lippi Nicodemos da Silva ¹

Erika Renata Trevisan ²

Como Citar:

Silva RLN; Trevisan ER. A Vida Fora do Hospital Psiquiátrico: Participação Social de Moradores de um Serviço Residencial Terapêutico. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Saúde Mental; Política de Saúde; Desinstitucionalização; Serviços de Saúde Mental; Participação social.

Descriptors:

Mental Health; Health Policy; Deinstitutionalization; Mental Health Services; Social Participation.

Descriptores:

Salud Mental; Política de Salud; Desinstitucionalización; Servicios de Salud Mental; Participación Social.

Submetido:

19/09/2023

Aprovado:

09/11/2023

Autor(a) para Correspondência:

Erika Renata Trevisan
E-mail: erika.trevisan@uftm.edu.br

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar a participação social dos moradores de um Serviço Residencial Terapêutico em saúde mental. Com abordagem qualitativa, a coleta dos dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados foi de conteúdo temática e foram definidas três categorias: (1) a construção do habitar; (2) as histórias de vida e os desejos e (3) participação social. Os resultados apontaram que a política pública de desinstitucionalização e os Serviços Residenciais Terapêuticos são importantes estratégias que contribuem para o resgate das individualidades dos moradores, a possibilidade que eles sejam protagonistas de suas histórias e expressem sua subjetividade com autonomia e independência; a construção coletiva do habitar e a participação social dos moradores. Conclui-se que a participação social dessa população é percebida com a transformação do cuidado e na apropriação dos espaços públicos no território, entretanto ainda há necessidade de ampliar as relações para além da Rede de Atenção Psicossocial.

1. Discente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: rafaellippi.to@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5698-4045>

2. Docente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). E-mail: erika.trevisan@uftm.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3015-1630>

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the social participation of residents of a Therapeutic Residential Service in mental health. Using a qualitative approach, data was collected through semi-structured interviews. The data was analyzed using thematic content and three categories were defined: (1) the construction of living; (2) life stories and desires and (3) social participation. The results showed that the public policy of deinstitutionalization and the Therapeutic Residential Services are important strategies that contribute to the recovery of the residents' individuality, the possibility for them to be the protagonists of their stories and express their subjectivity with autonomy and independence; the collective construction of the dwelling and the social participation of the residents. The conclusion is that the social participation of this population can be seen in the transformation of care and in the appropriation of public spaces in the territory, although there is still a need to expand relations beyond the Psychosocial Care Network.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue investigar la participación social de los residentes de un Servicio Residencial Terapéutico en salud mental. Con un enfoque cualitativo, la recopilación de datos se realizó mediante entrevistas semi-estructuradas. El análisis de los datos se dio mediante contenido temático y se definieron tres categorías: (1) la construcción del habitar; (2) las historias de vida y deseos y (3) la participación social. Los resultados indicaron que la política pública de desinstitucionalización y los Servicios Residenciales Terapéuticos son estrategias importantes que contribuyen a la recuperación de la individualidad de los residentes, a la posibilidad de que sean protagonistas de sus propias historias y expresen su subjetividad con autonomía e independencia; a la construcción colectiva de la habitar y a la participación social de los residentes. Se concluye es que la participación social de esta población se puede ver en la transformación de la atención y en la apropiación de los espacios públicos en el territorio; sin embargo, aún es necesario ampliar las relaciones más allá de la Red de Atención Psicosocial.

INTRODUÇÃO

As políticas atuais de saúde mental desenvolvidas no SUS são resultantes do movimento da reforma psiquiátrica e têm uma relação direta com o movimento da reforma sanitária que surgiu em meados da década de 1970 e constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização do país¹. Um dos marcos legais dessas transformações foi a promulgação da Lei 10.216/01, que propõe a mudança da assistência para um modelo que privilegie o tratamento em saúde mental nos serviços abertos de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico².

Esse processo sociopolítico viabilizou diferentes e intensas transformações na atenção à saúde mental nas últimas décadas. A consolidação de mudanças significativas na forma de tratar e entender os transtornos mentais, não mais no contexto manicomial, mas com o cuidado disponível nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e na superação do modelo psiquiátrico, pautado na exclusão social, na violência e na cronificação do sujeito³.

A superação do modelo manicomial vai além da saída do hospital psiquiátrico, a proposta de

desinstitucionalização exige mudanças nas formas de entender e tratar a loucura, requer o cuidado de saúde na comunidade, de modo a entender o sujeito, não apenas pelo seu diagnóstico, mas pelas suas demandas e peculiaridades, relacionadas aos direitos à moradia, ao trabalho, à participação social, ao lazer, às relações afetivas, entre outros aspectos fundamentais à vida.

Uma das estratégias de desinstitucionalização das pessoas que estavam nos hospitais psiquiátricos, sem referência social de saída, foi a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), assim como os demais serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que visam superar a lógica manicomial, pautada na exclusão social, na violência e na cronificação do sujeito.

Os SRT são novas formas de habitar e viver as cidades, são estratégias ou dispositivos que permitem maior porosidade ao tecido urbano. É preciso que se pense na relação da sociedade com a loucura sem ignorar a diferença existente entre os sujeitos, mas valorizando a subjetividade e a potencialidade dos encontros, lutando contra a discriminação e pela heterogeneidade de cada ser, construindo redes de acolhimento e apoio, nas quais o diálogo e o convívio com a diversidade ganhem espaço^{4,5}.

Os SRT têm relação íntima com o resgate da

autonomia, o poder de contratualidade, a capacidade de realizar trocas, nas relações afetivas sociais e produtivas. Essa construção, entrelaçada em meio às vivências possibilitadas pelas incursões pelo território, abre espaço à inserção do indivíduo nos mais variados contextos de vida. A rotina manicomial que oferecia limitações de espaço e da individualidade se transforma em possibilidades de sair do seu mundo interior, conviver com pessoas, trocar experiências, aprender com o outro e com o mundo que o cerca e, sobretudo, ser reconhecido pelos vizinhos, colegas e ter legitimados seus direitos⁶.

Esse envolvimento das pessoas em grupos sociais e/ou nos espaços públicos e comunitários, segundo Silva e Oliver (2019), é o conceito de participação social entendido como a transformação do cotidiano e das condições de vida que foram marcados pelo adoecimento, violência, sofrimento mental e/ou psíquico, injustiça social e ocupacional, desigualdade, preconceitos, exclusão e opressão. Essa definição do campo da sociologia e da terapia ocupacional pode ser compreendida como uma prática política e emancipatória, que acontece nos contextos sociais, políticos, econômicos e culturais, e também nos níveis micro e macrosociais⁷.

Nesse sentido, essa pesquisa teve como objetivo investigar a participação social dos moradores de um SRT em saúde mental.

METODOLOGIA

A pesquisa teve abordagem qualitativa, foi realizada em um SRT do tipo II de um município na região do triângulo mineiro, em funcionamento há cinco anos e cinco meses. Foram convidados para participarem da pesquisa todos os dez moradores dessa casa. Essa pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) n. CAAE: 64327922.5.0000.5154.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada que abordou as seguintes informações: idade, estado civil, profissão, religião, local de nascimento, procedência, há quanto tempo mora no SRT, se possui familiares e recebe visitas, relações afetivas e sociais dentro e fora da casa e a independência nas Atividades de Vida Diária (AVD).

A residência tem uma boa estrutura física, com seis quartos, e os moradores foram divididos nos cômodos por afinidades, sala ampla com sofás e televisão, duas garagens, quatro banheiros, closet,

banheira de hidromassagem, cozinha e copa amplas, varanda com churrasqueira, pia e fogão com uma grande mesa, o que proporciona um espaço de socialização durante as refeições e momentos de convivência, jardim amplo com árvores frutíferas e outras plantas ornamentais que são mantidas pelos moradores com apoio dos cuidadores.

Os pesquisadores fizeram uma primeira visita para explicar e solicitar a permissão para a realização da pesquisa, a casa foi apresentada pelos próprios moradores e coordenador do SRT e ao final, todos sentaram-se à mesa e conversaram sobre os objetivos da pesquisa e a importância da participação deles. Foi garantido pelos pesquisadores o sigilo das informações, o anonimato e o não prejuízo de qualquer espécie para os moradores que decidiram participar da pesquisa. No segundo encontro, foi dado início à coleta dos dados por meio da entrevista. Antes de iniciar cada entrevista, era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cada morador, quando havia a concordância em participar, eram assinados, um pelos entrevistados e outro pelo coordenador da casa. Seis moradores desejaram participar da pesquisa.

As entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Cada morador foi identificado por um código – Participante 1 (P1) até P6. Para a análise dos dados foi utilizado o método de análise de conteúdo temático, a partir da transcrição, seguido de uma leitura flutuante para que fosse feita a comparação da distribuição dos dados em unidades de sentidos, que permitiram a categorização e domínio de ideias. Posteriormente, realizou-se a releitura, em seguida iniciou-se a codificação, categorização e a inferência, respectivamente, sendo a última a interpretação dos resultados e elaboração da discussão dos resultados⁸.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa seis moradores apresentados na Tabela 1, segundo o sexo, idade, tempo de moradia na residência, se recebe ou não visitas, a escolaridade, se tem ou não desejo de trabalhar, se possuem algum tipo de dependência para realização das AVD, considerando Totalmente Independente (TI) se o morador realiza todas AVD sem nenhum auxílio; Dependência Mínima (DM) se há necessidade de algum auxílio, como comandos verbais e Moderada (M) se refere à assistência parcial para realizar alguma atividade específica. Quando o

morador não conseguir informar será utilizado a sigla NSI (Não Sabe Informar).

Tabela 1. Caracterização dos moradores participantes da pesquisa.

Participante	Sexo	Idade	Tempo no SRT	Recebe visitas	Escolaridade	AVD	Desejo de trabalhar
P1	Feminino	59	5 anos e 5 meses	sim	Não sabe informar (NSI)	M	Não
P2	Feminino	43	7 meses	Não	Médio completo	TI	Sim
P3	Masculino	58	5 anos e 5 meses	Sim	Fundamental incompleto	TI	Não
P4	Masculino	35	5 anos e 5 meses	Não	Fundamental incompleto	TI	Sim
P5	Feminino	37	5 anos e 5 meses	Não	Médio completo	TI	Sim
P6	Feminino	NSI	2 anos e 10 meses	Não	Analfabeta	DM	Sim

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

O perfil sociodemográfico dos moradores da SRT que participaram da pesquisa demonstrou que eles têm entre 35 e 59 anos, a maioria é do sexo feminino (4/6) e está no SRT desde o início, destes apenas dois recebem visitas de familiares. Quanto ao grau de escolarização, dois relatam ter ensino médio completo; dois tem ensino fundamental incompleto; uma não foi alfabetizada e uma não soube responder. Quanto ao nível de assistência foi observado que quatro são totalmente independentes para realização das suas AVD, um apresenta dependência mínima e outra moderada. Quatro participantes relataram que tinham vontade de trabalhar, enquanto dois não possuem nenhuma vontade, e dentre os que tem interesse, uma tem um trabalho voluntário e um relata que trabalharia dependendo da proposta.

A partir da análise de conteúdo, foram separados qualificadores capazes de responder aos questionamentos da pesquisa, os quais foram apresentados nas seguintes categorias de análise: (1) a construção do habitar; (2) as histórias de vida e os desejos e (3) participação social. Por meio destas categorias foi possível tecer a relação entre a teoria dos serviços substitutivos e se, na prática, o SRT é capaz de promover a participação social. Foram selecionadas algumas falas dos entrevistados que serão dialogadas com a literatura.

A construção do habitar

A desinstitucionalização é o processo de desconstrução dos saberes e práticas manicomialis que colaboram para romper com os antigos

paradigmas, as práticas de cuidado e as estruturas físicas, promovendo a reabilitação psicossocial e a inclusão social, a promoção do valor e do contrato social, o acesso ao lazer, liberdade, autonomia, trabalho e renda⁹.

Os serviços de saúde que compõem a RAPS têm o pressuposto da desinstitucionalização muito presente no cuidado dispensado, mas os SRT são os equipamentos que permitiram a transição das pessoas que ocupavam os hospitais psiquiátricos, como espaço de moradia para o cuidado na RAPS. Essa política pública de saúde mental deve ser avaliada permanentemente para compreender as possíveis dificuldades e potencialidades, visto que as mudanças propostas não são meramente estruturais e organizacionais, mas envolvem a disposição de todos os indivíduos envolvidos, desde o morador, os profissionais dos serviços e os cidadãos pertencentes às trocas cotidianas. Essas trocas iniciam na convivência, no sentimento de pertencimento à casa e nas relações construídas com os outros moradores.

Alguns participantes relataram suas percepções e sentimentos sobre a casa e a forma como habitam esse espaço: *“Eu gosto muito daqui. [...] Eu considero que aqui é minha casa, sim!”* (P2) e *“aqui tá muito bom, porque você tem as coisas [...] você faz seu lugar, tu faz um bolo, come, tem estudo, eu saio pra comprar cigarro”* (P4).

A construção da autonomia e independência é demonstrada pela possibilidade de realizar funções na casa de maneira independente, tem liberdade de ir até o comércio local, gerenciar o dinheiro para

fazer algumas compras e retornar à residência, também desconstruindo a concepção da incapacidade e periculosidade do usuário dos serviços de saúde mental.

Os níveis de autonomia na residência terapêutica são superiores quando comparados pelos próprios moradores e profissionais de referência, ao período em que estavam nas instituições asilares. Essa autonomia se caracteriza pela construção da interdependência em relação as diversas pessoas e dispositivos da rede, no território e, o mais importante, pela redução da dependência de uma única instituição – o hospital psiquiátrico. No processo de desinstitucionalização, os indivíduos se tornaram mais livres na medida em que estabeleceram maior número de relações, foram se habilitando a partir da ampliação dessa rede mais complexa de dependências. A possibilidade de fazerem escolhas viabiliza a reconstrução e a ressignificação dos sentidos de sua vida, construindo um ciclo virtuoso, com melhores escolhas, mais adaptadas para si e sobre o contexto¹⁰.

Outro ponto observado entre os participantes da pesquisa foi a independência dos moradores na realização das AVD, apenas dois entrevistados relataram necessidade de ajuda, como um exemplo dado pela moradora que requer ajuda moderada, a necessidade pontual para pentear o cabelo, porém os outros quatro participantes relataram que realizam todas as atividades de forma totalmente independente e participam do cuidado e da organização da casa.

Além de perceberem que a casa é sua e dos demais moradores, os participantes da pesquisa também falaram de forma positiva que desempenham muitas atividades para contribuir com a limpeza e a organização da residência, reconhecendo a importância para si e para o coletivo.

A autonomia na realização das atividades do cotidiano promove aos moradores o sentimento de prazer e de bem-estar, que resulta também no sentimento de felicidade. A realização das atividades cotidianas e a valorização que o morador tem sobre as AVD é o resultado do resgate da autonomia que a residência proporciona após longos períodos de internação¹¹. Essa é uma das possibilidades do processo de construção do habitar a partir das políticas públicas de desinstitucionalização.

Na residência, as relações se dão pelas atividades desempenhadas no cuidado e manutenção da casa, como cuidar das plantas e animais, assistir programas de televisão, preparar lanches, limpar a

casa, tirar o lixo, entre outras tarefas cotidianas. A realização dessas atividades estimula os indivíduos a construir de forma progressiva e gradual a autonomia e melhorar a autoestima¹².

Assim como o cuidado da casa e de si são importantes para os moradores, outra questão abordada foi a construção das relações afetivas entre eles. A residência pode ser um espaço propício para a ampliação das relações afetivas e sociais. Prova disso são os seguintes comentários: *“Eu considero aqui! (minha casa) Porque eu tenho amigos, né moço? Que gostam de mim” (P5)* e *“aqui todo mundo é amigo, se dá bem, sabe? mas as vezes tem fofoca [...] não, eu não quero fazer fofoca, sabe? Mas, um fofoca do outro, outro fofoca do outro [...]” (P2)*.

As relações de afetividade e cuidado construídas no SRT são potências simbólicas, subjetivas e estimas estabelecidas entre os moradores e também os profissionais. Um dos eixos de ampliação da capacidade contratual, que pressupõe as trocas sociais, afetivas e produtivas, segundo a Reabilitação Psicossocial, se dá pela apropriação material, simbólica e simpática dos espaços da casa pelos seus moradores, portanto habitar a casa faz parte de um conjunto de estratégias para aumentar as possibilidades de troca de recursos e afetos entre as pessoas¹³.

Os moradores reconhecem a casa não apenas como sua, mas como uma propriedade do coletivo abrangendo também os demais moradores, e isso demonstra a construção de relações sociais e afinidades. Outro ponto importante foi o reconhecimento que o SRT é a sua casa, pois quando perguntados onde moravam, a maioria respondeu que era ali, o que parece ser muito significativo esse sentimento de pertencimento e de habitar o espaço.

Segue falas de alguns pacientes a respeito: *“Eu tô em casa, tô gostando daqui, eu tava dormindo na rua aí, ô” (P1)*; *“A casa é nossa” (P3)* e *“a casa é de todo mundo aqui, não é minha não, é de todo mundo” (P6)*.

O significado de moradia para as pessoas com sofrimento psíquico é um elemento fundamental para a sustentação do bem-estar físico e psíquico, que possibilita a retomada dos direitos de cidadania e a vida em liberdade. A casa é um espaço de acolhimento, de conforto e intimidade, e nesses espaços são vivenciadas as trocas e valores sociais, experiências complexas e concretas de compartilhar o tempo e o espaço no cotidiano doméstico e afetivo, centradas na particularidade dos indivíduos. Além disso, é um espaço de apropriação, de inserção e de

integração onde as relações afetivas e interpessoais são legitimadas pela contratualidade cotidiana com o resgate da dimensão subjetiva das formas de morar e de pertencer a um espaço que se chama “seu”¹⁴.

As histórias de vida e os desejos

Na prática do cuidado em saúde mental, um dos fios condutores deve ser as histórias de vida dos sujeitos, que podem sinalizar importantes caminhos das suas habilidades, interesses e limitações¹³.

As histórias de vida dos moradores apareceram nas entrevistas como expressão de desejo, desejo por reencontros com pessoas, lugares, animais de estimação, entre outras possibilidades de resgate das relações afetivas vivenciadas ao longo da vida. Um dos desejos comuns, quando perguntado se havia algum lugar que gostariam de visitar, muitos responderam os locais que habitaram antes da internação psiquiátrica. Desejos de reencontros com suas casas, amigos, familiares, visitar igrejas que frequentavam, padarias, mercadinhos e bares do seu bairro ou cidade natal. Como, por exemplo: *“Sinto falta de ir lá na Abadia (bairro), lá onde eu morava, lá está bom, construiu um restaurante perto da minha casa” (P3)* e *“sinto falta de ir na minha rua, tô com vontade de pedir (ao coordenador do SRT) para me levar na minha rua, pra mim ver minha casa, sabe? E eu tenho vontade de voltar lá” (P2)*.

Os moradores, durante a vida, habitam diversas moradias e têm múltiplas vivências que não se concentram em apenas uma casa, entretanto a habitação anterior à internação é a que possui maiores vivências e estas são as que remontam suas histórias de vida. Para além do espaço físico, a casa é um local a ser conquistado, para que ocorra o desenvolvimento de desejos, habilidades e emoções sobre o habitar. Para a Reabilitação Psicossocial são fundamentais as conquistas concretas, como uma casa, a obtenção de desejos e, principalmente, o habitar. Portanto, o desejo de retorno a antiga casa está relacionado às vivências do habitar e suas histórias de vida, localizadas no inconsciente, sendo possível acessá-las e reviver momentos de felicidade e proteção¹⁵: *“Estou com vontade de ir no Estados Unidos (antigo bairro do SRT) ver minha cachorra, a Gabriela, faz dois anos que ela está lá, e eu não vejo ela” (P3)*.

Segundo a percepção dos moradores, o SRT é visto como o próprio lar, um espaço de proteção e está associado à ideia de um lugar de direitos e de respeito à individualidade, entretanto, sua história

de vida e suas relações significativas pregressas devem ser consideradas. Os SRT funcionam através de um movimento de conexão e apropriação das subjetividades e espaço de valorização da autonomia, que os conduz ao processo de retomada de decisões, enquanto sujeitos de direito e de desejos, e de resgate da livre circulação e empoderamento de seus moradores¹⁶.

Participação social

A participação social é definida como o acesso e envolvimento nas atividades desenvolvidas no cotidiano e podem estar relacionadas também com o exercício da cidadania, como o estudo, o trabalho, as atividades de lazer e culturais, as atividades políticas, entre outras. Além disso, as relações sociais, sejam com os familiares, os amigos, os relacionamentos afetivos também são entendidas como participação social¹⁷.

Os participantes da pesquisa mencionaram a importância para eles de se apropriarem de espaços no território da utilização concreta e objetiva, como os espaços de saúde, de lazer, de trabalho, entre outras possibilidades. Sobre isso, destacam-se: *“Eu passeio com os meninos lá no Peirópolis, na terra de dinossauro. Na segunda-feira tinha passeio, eu ia pra igreja, só da Abadia, rezar” (P3)*; *“Estou com vontade de passar na padaria, e beber um café também” (P2)* e *“saio no lugar que ele vai (coordenador do SRT), se vai no mercado, se vai no sanatório, vai em algum lugar, saio pra comprar cigarro, quase todo dia” (P4)*.

Percebe-se que há poucas oportunidades para os moradores frequentarem os espaços no território, as experiências que trouxeram estavam relacionadas às atividades desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que frequentam ou com o acompanhamento dos trabalhadores do SRT.

O processo de desinstitucionalização exige, essencialmente, uma mudança da relação social com o fenômeno da loucura. É na apropriação dos espaços no território que acontece a produção de novos sentidos para a vida, porque nesses locais há trocas, autocriação permanente e diversidade de encontros, tudo o que é oposto à internação que tinha por única finalidade o isolamento e produção de relações dependentes, violentas e excludentes. Viver na cidade é fundamental não por se tratar de uma adaptação da loucura à ordem social, mas de produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização dos espaços coletivos e de convivência^{18,19}.

Portanto, a reabilitação psicossocial dos sujeitos em sofrimento psíquico passa pelo território, pela autonomia do ir e vir, pelas relações que se estabelecem nesses caminhos e pela participação social. Entretanto, apenas uma das participantes relatou que se desloca pela cidade sem acompanhamento, utiliza o serviço de transporte público e serviços de motorista por aplicativo para exercer sua liberdade e seus interesses em meio ao ambiente social: *“Eu vou na feira do bairro, aí gasto meu dinheirinho lá. Hoje eu fui em duas praças, e eu tô fazendo caminhada. Eu dou conta, dou conta de ir e voltar, pegar ônibus, pegar Uber” (P5)*. A moradora também relata de forma positiva sobre sua atividade de trabalho voluntário numa creche, a dizer: *“Eu fui lá pedir um emprego, lá dentro como voluntária da creche. Eu gosto de trabalhar com as crianças” (P5)*.

A plena contratualidade nos três grandes cenários do indivíduo, o território, a rede social e o trabalho, são fundamentais para expressão da cidadania necessária no processo de Reabilitação Psicossocial, portanto, é necessário um processo de readaptação do indivíduo que foi estigmatizado e isolado da comunidade, do trabalho, da vida social e da família²⁰.

Para além do viver na sociedade, a inclusão social também é acessar recursos indisponíveis nos hospitais psiquiátricos que possibilite a condução e experimentação da vida, de maneira a promover direitos e indissociando-se à participação e autonomia. Ocorre uma dificuldade com os moradores da residência devido à internação prolongada nos hospitais psiquiátricos, na qual a participação social acaba sendo inexistente e quando acontece é sob a tutela dos profissionais que atuam por meio de uma perspectiva definitiva quanto às limitações previamente concebidas desse sujeito¹³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SRT é um equipamento da RAPS que supera a lógica da exclusão social nos hospitais psiquiátricos, com o funcionamento na comunidade e propulsor da autonomia, da independência da construção das identidades, subjetividades e participação social de seus moradores. O cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico tem como foco a ampliação das relações sociais, afetivas e produtivas nos territórios, produzindo possibilidades de existência na comunidade.

Esse estudo evidenciou que o SRT é uma estratégia

potencializadora e fundamental no processo de construção do habitar, relacionado à ocupação dos espaços onde se vive com apropriação simbólica, material e emocional crescentes²¹. A casa é percebida pelos moradores como sua própria residência e também do coletivo.

Entretanto, observou contraditório o fato de que a maioria dos moradores era totalmente independente nas AVD, entretanto não tinham o hábito de saírem desacompanhados e participarem ativamente no seu território, sendo protagonistas de suas próprias histórias, com autonomia e independência. Os moradores relataram que participam das oficinas e passeios que são desenvolvidos pelo CAPS, todos realizados em grupos com indivíduos semelhantes, em horários estabelecidos, em locais limitados e tutelados por outro grupo. O cuidado constante deve ser no sentido de não produzir um processo de ‘reinstucionalização’ nos serviços criados para a desinstitucionalizar.

Em suma, a residência terapêutica evidencia avanços na melhoria de condições de vida, autonomia e independência dos seus moradores, entretanto para atingir o real objetivo de desinstitucionalização e participação social, ainda são necessárias maiores articulações da rede e de políticas de participação social dos usuários de saúde mental na comunidade de forma viva e ativa.

Ressalta-se a limitação desse estudo por ter sido realizado em apenas um SRT que retrata um recorte da realidade, sendo necessário a ampliação das pesquisas nesse sentido para uma compreensão geral do fenômeno. No entanto, essas limitações não comprometeram a qualidade dos dados obtidos.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciênc Saúde Coletiva. [Internet]. junho de 2018 [cited 2023 Ago 21];23:2067–74. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182336.07082018>
2. Brasil. Lei nº 10.216. 10.216 abr 6, 2001 p. Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 09 abr. 2001, página 2.
3. Trevisan ER, Castro SS. Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas: perfil dos usuários. Saúde Em Debate [Internet]. 5 de agosto de 2019 [cited 2023 Ago 21];43:450–63. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912113>

4. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088. Diário Oficial da União 2011; dez 26. dez 23, 2011.
5. Paulon SM. Quando a cidade “escuta vozes”: o que a democracia tem a aprender com a loucura. Interface - Comun Saúde Educ. [Internet]. dezembro de 2017; [cited 2023 Set 5];21:775–86. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0845>
6. Matos BG, Moreira LHO. Therapeutic residential service: the user’s perspective. Esc Anna Nery - Rev Enferm [Internet]. 2013 [cited 15 de setembro de 2023];17(4). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20130010>
7. Silva ACC, Oliver FC. Participação social em terapia ocupacional: sobre o que estamos falando? Cad Bras Ter Ocupacional [Internet]. 2019; [cited 2023 Ago 29];27(4):858–72. Available from: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1883>
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
9. Nascimento MS, Silva MBB. Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental. Saúde em Debate [Internet]. 13 de agosto de 2021;44:33–44. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E305>
10. Silva GA da, Cardoso AJC, Bessoni E, Peixoto AC, Rudá C, Silva DV, et al. Modos de autonomia em Serviços Residenciais Terapêuticos e sua relação com estratégias de desinstitucionalização. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 17 de janeiro de 2022 [cited 2023 Ago 7];27:101–10. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19872021>
11. Massa PA, Moreira MIB. Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. Interface - Comun Saúde Educ [Internet]. 18 de fevereiro de 2019; [cited 2023 Ago 7];23:e170950. Available from: <https://doi.org/10.1590/Interface.170950>
12. Monteiro CFS, Vieira TS, Rodrigues IS, Parente ACM, Fernandes MA. O viver e o morar: relações interpessoais de moradores dos serviços residenciais terapêuticos. Rev enferm UERJ [Internet]. dezembro de 2012 [cited 2023 Set 21];20 (1,n.esp):637–41. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5963>
13. Vieira FR, Lussi IAO. Participação e autonomia de pessoas que moram nos serviços residenciais terapêuticos: contribuições da terapia ocupacional. Cad Bras Ter Ocupacional [Internet]. 11 de março de 2022 [cited 2023 Set 4];30:e3006. Available from: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoA022773006>
14. Stracini MM, Moreira MIB. Os sentidos do morar sob a ótica dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial: experimentações do viver na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. janeiro de 2022 [cited 2023 Ago 21];27(1):69–78. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19462021>
15. Capucho MC, Constantinidis TC. O lar e o habitar para moradores de Serviço Residencial Terapêutico. Psicol Em Pesqui [Internet]. agosto de 2019 [cited 2023 Ago 8];13(2):107–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.34019/1982-1247.2019.v13.26058>.
16. Nóbrega M do PSS, Veiga TF de M. O significado de morar em um serviço residencial terapêutico. Rev Enferm Cent-Oeste Min [Internet]. 8 de julho de 2017 [cited 2023 Ago 21];7. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/1388>
17. Ferreira NR, Oliver FC. O cotidiano de jovens com deficiência: um olhar da terapia ocupacional a partir do método photovoice. Rev Interinstitucional Bras Ter Ocupacional – REVISBRATO [Internet]. 3 de novembro de 2018 [cited 2023 Ago 28];2(4):745–62. Available from: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto17791>
18. Basaglia F. Psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates; 1982.
19. Rotelli F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
20. Gorchinski PM, Gonçalves ALA, Rodrigues AO, Floriano LSM. Reabilitação psicossocial e saúde mental: Um enfoque na autonomia e na cidadania. Braz J Health Ver [Internet]. 13 de janeiro de 2022 [cited 2023 Ago 28];5(1):666–76. Available from: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-056>
21. Saraceno B. Saraceno B. Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: TeCorá; 2001.



PERCEPÇÕES DE DISCENTES DOS CURSOS DE SAÚDE SOBRE MULTIDISCIPLINARIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE

THE PERCEPTION OF MULTIDISCIPLINARITY AND INTERDISCIPLINARITY BY HEALTHCARE STUDENTS

PERCEPCIÓN DE LA MULTIDISCIPLINARIA Y LA INTERDISCIPLINARIEDAD POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DE CURSOS DE SALUD

Leidiane Carvalho de Aguiar ¹

Socorro Taynara Araújo Carvalho ²

Isabela Cedro Farias ³

Samara Vasconcelos Alves ⁴

Bruna Clézia Madeira Neri ⁵

Camilla Araújo Lopes Vieira ⁶

Como Citar:

Aguiar LC, Carvalho STA, Farias IC, Alves SV, Vieira CAL, Neri BCM. *Percepções de Discentes dos Cursos de Saúde Sobre Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade*. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Saúde pública; Práticas Interdisciplinares; Política de saúde; Estudantes

Descriptors:

Public health; Interdisciplinary Practices; Health policy; Students.

Descriptores:

Salud pública; Prácticas interdisciplinarias; Política sanitaria; Estudiantes.

Submetido:

03/08/2023

Aprovado:

30/10/2023

Autor(a) para Correspondência:

Leidiane Carvalho de Aguiar
E-mail: Leidianepsi15@gmail.com

RESUMO

O presente artigo investigou, junto aos alunos da área da saúde de um Centro Universitário no interior do Ceará, as percepções sobre multi e interdisciplinaridade. A pesquisa ocorreu a partir de aplicação de questionário sociodemográfico e entrevistas. Foi criado um formulário na plataforma Google Forms com o questionário para coleta de dados e participaram o total de 199 discentes dos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Educação Física, Nutrição e Fisioterapia, a partir do 5º período. Os dados das entrevistas foram analisados pelo software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Texts e de Questionnaires (IRaMuTeQ), a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). O conteúdo analisado foi categorizado e os resultados apontaram para o entendimento da relevância da interprofissionalidade tanto na perspectiva acadêmica quanto, na prática profissional. Vivências de estágios e participação em atividades extracurriculares foram citadas como situações que apresentaram o conceito de interdisciplinaridade para os acadêmicos e a Atenção Primária foi nomeada como um espaço em que é visível o trabalho em conjunto. Considera-se que a educação interdisciplinar, ocorrendo a partir da graduação, possibilita a construção de saberes e trocas, conhecimento e fortalecimento dos princípios do SUS, além da superação dos modelos fragmentados de saber/fazer em saúde.

1. Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário INTA (UNINTA). E-mail: Leidianepsi15@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4841-9244>

2. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC) Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário INTA (UNINTA). E-mail: carvalhotaynara44@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4886-6706>

3. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: behlafarias@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5258-0946>

4. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: alves.sv@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5452-2336>

5. Mestra em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: brunaclezia@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3768-5843>

6. Doutora em Saúde Coletiva Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora associada da Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: tgd.camilla@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1706-3772>

ABSTRACT

The present article investigated, together with the students of the health area of a university centre in the interior of Ceará, how to enrol in multidisciplinary and interdisciplinarity. The research was conducted through sociodemographic observation and interviews. A form with interaction was created on the Google Forms platform for data collection, in which a total of 199 students from the biomedicine, nursing, pharmacy, sport, nutrition and physiotherapy courses took part, from the 5th grade onwards. The data from the interviews were analyzed using the software Interface de R pour les Analysis Multidimensionnelles de Texts es de Questionnaires (IRaMuTeQ) on the basis of Descending Hierarchical Classification (CHD). The analyzed content was categorized and the results showed the understanding of trust in interprofessionality both from an academic perspective and in professional practice. Experiences of attraction and participation in extracurricular activities were cited as attempts to demonstrate the concept of interdisciplinarity for academics, and Primary Care was cited as a space where teamwork is visible. It is believed that interdisciplinary education from admission onwards enables knowledge building and sharing, knowledge and reinforcement of the principles of SUS, in addition to overcoming the fragmented models of knowledge and action in healthcare.

RESUMEN

Este artículo hizo un estudio con los estudiantes de un Centro Universitario en Ceará que aprendieron cómo inscribirse en la multi e interdisciplinaria. Levó a cabo a partir de la aplicación de la observación sociodemográfica y entrevistas. Se creó un formulario en la plataforma Google Forms con interacción para la recolección de datos y participaron un total de 199 estudiantes de las carreras de Biomedicina, Enfermería, Farmacia, Educación Física, Nutrición y Fisioterapia, a partir del 5to período en adelante. Los datos de las entrevistas fueron analizados utilizando el software Interface de R pour les Analysis Multidimensionnelles de Texts es de Questionnaires (IRaMuTeQ), basado en la Clasificación Jerárquica Descendente (CHD). El contenido analizado fue categorizado y los resultados apuntaron para la comprensión de la confianza en la interprofesionalidad tanto desde la perspectiva académica como en la práctica profesional. Las experiencias de atracción y participación en actividades extracurriculares fueron citadas como intentos que demostraron el concepto de interdisciplinaria para los académicos y la Atención Básica fue nombrada como un espacio en el que se visibiliza el trabajo en equipo. Se considera que la educación interdisciplinaria, aconteciendo desde el ingreso, posibilita la construcción de saberes e intercambios, conocimiento y fortalecimiento de los principios del SUS, además de la superación de modelos fragmentados de saber/hacer en salud.

INTRODUÇÃO

Frente às transformações nos processos de saúde e aos esforços históricos de enfrentamento dos desafios impostos ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se fundamental que estudantes desenvolvam o conhecimento de modo flexível e colaborativo, obtendo habilidades e competências para lidar com situações adversas de modo criativo, com o intuito de constituir equipes interdisciplinares e possibilitar o exercício de práticas comuns, dentre estas o trabalho em equipe e a ação coletiva na comunidade e com grupos populacionais^{1,2}.

Este cenário requer ampliação do debate sobre a formação interdisciplinar em saúde, buscando superar métodos de ensino-aprendizagem com fundamentação predominantemente conteudistas e tecnicistas.

Capozzolo *et al.*,³ asseguram a centralidade da

interdisciplinaridade para possibilitar a formação de profissionais com recursos que considera as complexidades e singularidades envolvidas no adoecer, bem como as dimensões ética, política e relacional presentes no trabalho em saúde, ampliando questões transversais: conceito de saúde, políticas públicas, organização dos serviços, trabalho em equipe, cuidado, escuta, ética, responsabilização.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos da área da saúde apontam para a necessidade de um ensino crítico-reflexivo, para a construção de um saber sensível sobre os diversos determinantes da saúde e para a implementação de metodologias que estimulem a reflexão sobre a realidade social e comunitária com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, bem como nos processos de conhecimento^{4,5}.

O reconhecimento da determinação social da saúde

também é um aspecto primordial, uma vez que implica em considerar os aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. O modelo ampliado de saúde considera, ainda, determinantes estruturais, tais como a distribuição de renda, as questões sobre gênero, etnia; determinantes intermediários ligados às condições de vida, aos aspectos psicossociais, nos elementos comportamentais e/ou biológicos e o próprio sistema de saúde⁶.

A compreensão sobre as práticas éticas fundamentadas em políticas públicas, assim como as diretrizes e princípios do SUS, devem ser experimentadas no espaço acadêmico pela ótica psicossocial, com formação interprofissional, para mais ampla articulação com atenção à saúde¹. Roquete *et al.*,⁷ demarcam importante diferença entre multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, conceitos cercados de controvérsias. A multidisciplinaridade é caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, sem o estabelecimento de relações entre profissionais. As várias disciplinas são colocadas lado a lado, carecendo de iniciativas entre si e de organização institucional que possibilite o trânsito de saberes.

A interdisciplinaridade é um conceito que revela a interação entre duas ou mais disciplinas, como método de pesquisa e de ensino que orienta à prática profissional, promovendo intercâmbio desde a simples comunicação das ideias até a integração mútua de conceitos, da epistemologia, da terminologia e dos procedimentos⁸.

A educação interprofissional começou a ser discutida recentemente em países desenvolvidos, almejando o aperfeiçoamento do cuidado em saúde por meio do trabalho de equipe. Os princípios que orientam a educação interprofissional se aplicam tanto para a formação das diferentes profissões de saúde quanto para a educação permanente dos trabalhadores⁹.

Pesquisa empírica que investigou 770 estudantes dos cursos de Ciências da Saúde no Nordeste, identificou, no início da vida acadêmica, alta disponibilidade para aprendizagem em educação interprofissional. Tal aspecto potencializa as habilidades de trabalho em equipe e prática colaborativa, com fortalecimentos nos currículos. Os autores chamam atenção para o papel das ações em educação interprofissional ao longo do curso, já que a pesquisa revela gradativa diminuição na disponibilidade dos discentes¹⁰.

Em contraponto, Castro *et al.*,¹ sinalizam como desafios para a Educação Interdisciplinar a própria inserção de disciplinas dessa natureza de forma obrigatória nos cursos, a carência de preparação docente e a in experiência para orientar um grupo interprofissional. Além disso, a falta de apoio institucional, bem como resistências dos estudantes e dificuldades para a realização de mudanças curriculares são impasses para a sua implementação. Sob esta perspectiva, a formação interdisciplinar tem sido um desafio, dado que o processo de aprendizado se limita, muitas vezes, a um modelo fragmentado do saber, com disciplinas que não dialogam^{10,11}.

Estudos evidenciam que no contexto educacional, a fomentação de práticas colaborativas e interdisciplinares ligadas ao fazer da saúde precisam ser fortalecidas para viabilizar o princípio de integralidade do cuidado,^{12,13} uma vez que o mesmo norteia a busca por uma assistência à saúde que ultrapasse as práticas curativas e considere os contextos históricos, familiares e culturais, favorecendo a integralidade da atenção à saúde¹². Nesse sentido, ainda é necessário incorporar abordagens educacionais baseadas na interprofissionalidade¹³.

A despeito das investigações apresentadas, vê-se na literatura um avanço nos discursos e nas práticas sobre a relevância da interdisciplinaridade na formação em saúde. Mesmo assim, ainda há muitas resistências e impasses que precisam ser refletidos constantemente em sintonia com o processo de fortalecimento dos sistemas de saúde e o reconhecimento das necessidades de saúde, configurando-se, assim, como um campo em construção. Desse modo, considerando o perfil e as competências dos profissionais de saúde delineados pelas DCNs, os ganhos do trabalho multi e interdisciplinar e, mais do que isso, a importância da educação interprofissional, é que se faz necessário refletir sobre tais temáticas desde o processo de formação dos profissionais da área da saúde.

Desta forma, o presente estudo qualitativo, realizado em duas fases sequenciais, visou investigar, junto aos alunos da área da saúde de um Centro Universitário de grande porte no interior do Ceará, o entendimento e formas de atuação multi e interdisciplinar no ambiente universitário.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa mista, quanti-

qualitativa. De acordo com Santos *et al.*,¹⁴ os estudos de métodos mistos promovem o entendimento sobre o fenômeno de escolha de uma forma que não se obteria com a utilização de somente uma abordagem.

O cenário da investigação foi um Centro Universitário particular que agrega vários cursos superiores na área da saúde, no Norte do Ceará, com abrangência macrorregional. Quanto à população amostral, foi delimitado como critério de inclusão já ter cursando a partir do 5º semestre das graduações: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Educação Física, Nutrição e Fisioterapia. Deu-se como critério de exclusão os estudantes que não se disponibilizaram a participar da pesquisa e que não estavam matriculados em disciplinas de estágio.

A matriz curricular das Ciências da Saúde orienta os programas dos cursos à estruturação por meio de experiências que fomentem o trabalho interdisciplinar: ações integradas de saúde por meio de vivências práticas; carga horária prática no currículo que sugere ações na comunidade; estratégias pedagógicas ativas; planejamento interdisciplinares entre os docentes dos cursos. O curso de Biomedicina e o de Enfermagem, por exemplo, já iniciam visitas técnicas de estágio a partir do 1º semestre do curso, além dos estágios modulares nos períodos mais avançados. Os cursos de Educação Física, Nutrição e Fisioterapia tem suas vivências de estágio iniciadas a partir do 5º período. Já no curso de Farmácia, a prática é iniciada a partir do 3º período.

Como primeira etapa da pesquisa quantitativa, foi criado um formulário na plataforma *Google Forms* com o questionário para coleta de dados. As pesquisadoras entraram em contato com a coordenação dos cursos do Centro de Ciências da Saúde, para pedir permissão para iniciar a coleta. Com a aprovação, foi solicitado o número de telefone dos representantes de turmas de cada curso para entrar em contato, com o intuito de pedir permissão para a entrada nos grupos de *WhatsApp* das turmas. Após isso, foi criado um texto padrão apresentando a proposta da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). No entanto, devido às dificuldades para encontrá-los, pois estávamos em período pandêmico, a amostra corresponde a 199 estudantes (20%).

Após assinatura do TCLE pelos participantes da pesquisa, os dados foram coletados por meio de um questionário semiestruturado com 8 perguntas. Assim, foi disponibilizado a cada informante de individualmente o formulário com o link para adquirir

as respostas, totalizando 199 respondentes.

A segunda etapa da pesquisa corresponde ao estudo qualitativo, em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com 18 discentes, sendo três de cada curso, a partir de uma amostra não-probabilística por conveniência. A quantidade de participantes baseou-se nos princípios da abordagem qualitativa que considera a amostra por saturação em quantidade suficiente para que a questão de pesquisa seja discutida em profundidade¹⁵.

A pesquisa foi realizada entre os meses de agosto e outubro de 2020. O instrumento de pesquisa utilizado para a coleta de dados consistiu em um questionário sociodemográfico com o intuito de traçar o perfil dos informantes (idade, curso, semestre e percepção sobre atividades multi e interdisciplinares) e um roteiro de entrevista estruturada cujo objetivo foi compreender as percepções sobre as temáticas da multi e interdisciplinaridade nas áreas de atuação.

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética e aprovada com o número de Parecer 35154820.4.0000.5053, pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA), conforme diretrizes para pesquisas realizadas com seres humanos. Os questionários foram respondidos via formulário eletrônico (*Google Forms*) e as entrevistas foram audiogravadas e transcritas. Diante do cenário de pandemia da Covid-19, as entrevistas foram realizadas virtualmente, na plataforma *Google Meet*.

Os dados das entrevistas foram analisados pelo software IRaMuTeQ. O programa é gratuito e específico para dados qualitativos¹⁶. O software oferece diversos métodos e recursos técnicos, “agrupando vocabulários pela proximidade léxica das palavras”³. Utilizamos a classificação hierárquica descendente (CHD) para reconhecimento do dendograma com as classes que emergiram com o maior X^2 , mais associados às palavras com a classe, enquanto palavras com X^2 . Os participantes foram identificados de 1 a 3 em relação à quantidade e nomeados a partir dos respectivos cursos.

RESULTADOS

Nos dados coletados na aplicação do questionário sociodemográfico, identificamos que a idade de 18 a 25 anos prevaleceu (71,4%), seguida de 26 a 30 anos (17,1%). A maioria é de estudantes bastante jovens, recém-saídos do ensino médio. Quanto aos cursos, tivemos um percentual de 19,6% da Biomedicina,

15,1% da Enfermagem, 15,6% da Farmácia, 15,6% da Educação Física, 17,6% da Nutrição e 16,6% da Fisioterapia. A pesquisa envolveu 14,6% de alunos do 5º semestre, 16,1% do 6º semestre, 33,2% do 8º semestre, 15,6% do 9º semestre e 11,6% do 10º semestre.

Na pergunta sobre a atuação profissional em equipes multi e interdisciplinares em saúde, 21,1% consideraram que seria muito eficaz, mas pouco vivenciada na prática. 75,9% disseram ser uma forma eficiente de atuação, principalmente por compreender o paciente de forma mais totalizada. Consideraram que mesmo sendo difícil de ocorrer, esse exercício de atuação deve ser buscado.

Os dados acima apontam que práticas planejadas e interdependentes favorecem a formação mais integral, com perfis de profissionais menos hierarquizados de atuação, predispostos ao trabalho em equipe, percebendo os pacientes de forma holística e não fragmentada¹².

Sobre a diferença entre equipe multi e interdisciplinar, 14,1% dos entrevistados responderam que consideravam ser nomes diferentes para representar o mesmo; 82,9% apontaram diferença entre as duas formas de atuação. Em relação ao trabalho interdisciplinar e sua vivência na formação, 12,6% responderam que já ouviram professores relacionar conhecimentos acerca do tema; 12,6% viram nas disciplinas, mas, na prática de estágio a atuação em equipe não tem esse formato e 73,4% acham ser muito importante e deveria ser abordado de forma mais enfática.

Apesar da importância de uma educação voltada para a interdisciplinaridade, cursos da área da saúde ainda mantém currículos organizados de forma fragmentada e isolada, uniprofissional, médico centrada. Nessa perspectiva, o processo de formação necessita de estratégias de reformulação do currículo, com implementação da integralidade de ações e contextualização da interdisciplinaridade na vivência acadêmica¹⁷.

Na vivência de estágio, 66,8% indicaram mudanças na visão sobre o trabalho interdisciplinar, pontuando a necessidade para o fazer profissional; 25,6% consideraram importantes, mas não conseguiram experimentar o trabalho interdisciplinar na prática de estagiário.

DISCUSSÃO

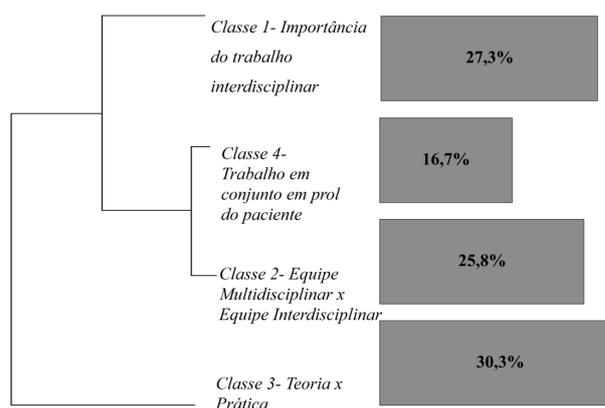
Os estágios, historicamente, funcionam a partir

da lógica tradicional, com atuação unidisciplinar, centrados na doença. Diante disso, faz-se necessário a superação do modelo hegemônico, buscando desenvolver ações interdisciplinares e integrativas em prol da formação de profissionais implicados com a promoção da saúde holística¹⁸. Tais vivências têm passado por mudanças na perspectiva da formação voltada ao desenvolvimento de habilidades e competências interdisciplinares. Tal aspecto ocorre principalmente pelas mudanças implementadas nos espaços acadêmicos e profissionais decorrentes de um alinhamento com as diretrizes do SUS¹⁷.

Classificação Hierárquica Descendente

O corpus geral das entrevistas foi constituído por 18 textos, separados em 86 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 66 STs (76,74%). Emergiram 3034 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 776 palavras distintas e 23 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em quatro classes: classe 1 'Importância do trabalho interdisciplinar' -, com 18 ST (27,27%); Classe 2 'Equipe Multidisciplinar x Equipe Interdisciplinar' -, com 17 ST (25,76%); Classe 3 'Teoria x Prática' -, com 20 ST (30,3%); Classe 4 'Trabalho conjunto em prol do paciente' -, com 11 ST (16,67%) (Figura 1).

Figura 1. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Classe 1 – Importância do Trabalho Interdisciplinar

A classe compreende 27,27% ($f = 18$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4,89$ (Trabalhar) e $x^2 = 17,6$ (Importante). É composta por palavras como 'ter' (x^2

= 13,48), 'problemas' ($x^2 = 8,38$), 'exemplo' ($x^2 = 6,36$), 'trabalhar' ($x^2 = 4,89$) e 'profissionais' ($x^2 = 3,54$).

Os conteúdos que emergiram contemplam o fazer interprofissional em uma perspectiva que atravessa a importância dessa ferramenta tanto na formação acadêmica como na prática profissional: *"O trabalho interdisciplinar na área da saúde é uma relação muito proveitosa, tanto para o indivíduo que irá receber o atendimento quanto para os próprios profissionais [...]"* (Estudante 1, Nutrição, 7º semestre). *"Com essa proposta da equipe interdisciplinar da saúde proporciona melhorias não só para o paciente como também aos profissionais, gerando um vínculo de aprendizagem e troca de saberes entre os mesmos."* (Estudante 2, Enfermagem, 9º semestre).

Considerando os discursos dos entrevistados, entende-se que a interdisciplinaridade é apresentada como uma possibilidade de uma interseção de conhecimento e cuidado entre os profissionais e pacientes. A qualidade nessa relação se deve aos esforços e as habilidades dos profissionais de saúde de adequar-se às características subjetivas de cada indivíduo. Nesse sentido, o trabalho interprofissional em saúde, por meio da prática colaborativa, é compreendido como uma estratégia adequada para o enfrentamento dos desafios complexos do setor saúde e a concretização da interdisciplinaridade, pois, essa forma de atuação permite que as ações em saúde ocorram de maneira articulada e integrada¹⁹.

As falas também indicam o ganho que a interação interdisciplinar acrescenta para o profissional e para a equipe em si. Vendruscolo *et al.*,²⁰ apontam para o fato da educação interprofissional ancorar-se na premissa 'aprender juntos para trabalhar juntos' e baseia-se na perspectiva sociológica para promover a articulação/interação entre as diferentes profissões da área da saúde.

Outro ponto marcante nesta primeira classe foi como a palavra "exemplo" surgiu. Foram dadas contribuições, a partir de exemplos, de como a interdisciplinaridade ocorre/poderia ocorrer ainda na graduação: *"Penso que deveria ter alguma disciplina que dentro dela tivesse práticas que reunisse acadêmicos de diferentes cursos para discutir sobre como cada um poderia ajudar em determinado caso, tipo um Projeto Terapêutico Singular."* (Estudante 1, Nutrição, 6º semestre). *"Na instituição já existem várias ligas acadêmicas que são muito importantes, mas seria interessante a ampliação desses projetos. Poderiam existir equipes que atendessem idosos em*

abrigos, por exemplo". (Estudante 3, Fisioterapia, 5º semestre).

Uma mesma disciplina ofertada para distintos cursos, grupos de estudos, ligas acadêmicas, inserção da interdisciplinaridade diretamente no conteúdo programático das disciplinas, fóruns/encontros e estágios com alunos de diferentes cursos. Tais sugestões foram mencionadas para uma inserção mais eficaz da interdisciplinaridade na graduação.

Importante frisar que as ações citadas sempre foram reforçadas pelo aspecto 'diferentes cursos'. Essa perspectiva de troca e atuação conjunta de fato é benéfica e possibilitadora de aprendizado a partir de domínios diferentes ao arcabouço teórico específico de um curso¹.

Classe 2 – Equipe Multidisciplinar x Equipe Interdisciplinar

Compreende 25,76% ($f = 17$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4,03$ (Área) e $x^2 = 13,09$ (Equipe). Essa classe é composta por palavras como 'Interdisciplinar' ($x^2 = 9,33$); 'Atendimento' ($x^2 = 9,06$); 'Relação' ($x^2 = 8,32$); 'Equipe' ($x^2 = 13,9$) e 'Profissionais' ($x^2 = 4,65$).

A equipe multidisciplinar foi apresentada como atuação com a junção de diferentes áreas, diferentes campos de saber. No entanto, o aspecto atuação isolada foi destacado: *"[...] é que multidisciplinar é quando por exemplo a equipe da enfermagem é só a enfermagem ou só os técnicos enfermagem ou só os médicos"*. (Estudante 1, Biomedicina 8º semestre).

A atuação interdisciplinar, por sua vez, foi configurada como uma atuação realizada por profissionais de diferentes saberes que envolve troca, vínculo, união, interação, trabalho em conjunto: *"A interdisciplinaridade é quando temos diversas áreas de conhecimento atuando juntas na mesma causa ou paciente. Já a multidisciplinaridade é a diversidade de profissionais de diferentes áreas atuando na mesma causa ou paciente"*. (Estudante 2, Fisioterapia 5º semestre).

Multidisciplinar refere-se ao conjunto de profissionais, mas sem a necessidade de relacionarem entre si. Já a equipe interdisciplinar trata-se dessa equipe multidisciplinar que vai 'se unir' em prol de enxergar o indivíduo como um todo e realizar atendimentos de melhor qualidade. (Estudante 3, Fisioterapia, 6º semestre).

As definições apresentadas se alinham com

as construções de Wetzell *et al.*,⁹ uma vez que apresentam o trabalho multidisciplinar como uma composição de diferentes disciplinas, “em que o conhecimento específico é a base para atuação de cada profissional”¹⁴. Compreendem que o trabalho interprofissional incorpora a noção de trabalho em equipe, trabalho interacional⁹.

O ponto de vista apresentando a seguir contempla exatamente essa noção, a inclusão do atendimento integral, uma atuação que foge dos parâmetros biomédicos:

Em relação aos indivíduos, é possível por meio da interdisciplinaridade ver o usuário de diversos aspectos, aspectos esses que são singulares a ele, e desta forma produzir saúde, seja em ações de prevenção, tratamento ou reabilitação de forma efetiva, pois irá ‘tratar’ o paciente em seus vários campos de vida, porque o que muitas vezes acontece de ter um olhar somente biomédico, em relação a doença, onde eu fecho os olhos para o paciente e só vejo a doença, e desta forma não se produz saúde, somente tampa o sol com a peneira, e assim é muito provável que esse indivíduo que foi atendido com uma abordagem somente biomédica, é um paciente que não tem melhora e que está sempre em evolução para a tomada de novos medicamentos. (Estudante 1, Nutrição, 6º semestre).

As definições apresentadas pelos discentes também mantêm consonância com as contribuições de Santana e Silva²¹ A interdisciplinaridade remete a quebra de paradigmas acadêmicos unidirecionais, enquanto a multidisciplinaridade cada componente curricular aposta no conteúdo focado dentro de seu próprio contexto²¹.

As falas dos alunos reforçam a importância de permitir, ainda na graduação, experiências interprofissionais, interdisciplinares. Mattos *et al.*,¹³ consideram que a interação entre as disciplinas, por exemplo, pode possibilitar a superação da fragmentação do ensino, objetivando a formação integral e o desenvolvimento da capacidade de enfrentar problemas complexos da realidade.

Classe 3 – A Dicotomia entre Prática e Teoria

Compreende 30,03% (f = 20 ST) do corpus total

analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 2,26$ (teoria) e $x^2 = 16,94$ (prática). Essa classe é composta por palavras como ‘prática’ ($x^2 = 16,94$); ‘estágio’ ($x^2 = 7,23$); ‘Liga’ ($x^2 = 7,23$); ‘disciplinas’ ($x^2 = 4,92$); ‘formação’ ($x^2 = 2,67$); ‘registro’ ($x^2 = 7,23$) ‘teoria’ ($x^2 = 2,26$).

A classe 3 aborda aspectos relacionados à percepção dos acadêmicos sobre como a interdisciplinaridade aparece dentro de suas formações. Foi enfatizado que durante suas graduações a interdisciplinaridade estava presente principalmente de forma prática em vivências de estágios supervisionados e ligas acadêmicas, bem como pontualmente de forma teórica em algumas disciplinas específicas. “Foi através das minhas vivências práticas e estágios que tive a oportunidade de vivenciar mais diretamente esses conceitos, principalmente quando inseridas na estratégia de saúde da família, contudo é algo que necessita ainda de um maior destaque e entendimento” (Estudante 1, Enfermagem, 9º semestre). “Não me recordo agora de algum momento assim que tenha que não fosse na liga acadêmica o que talvez fosse no estágio II quando eu estava no posto de saúde eu tive contato com psicólogo, nutricionista” (Estudante 2, Farmácia, 7º semestre). “Apenas quando vivenciei a liga acadêmica promovida de forma extracurricular, precisa de mais grupos de estudo, liga acadêmica, de forma que junte saberes de diversas áreas de saúde e não apenas de uma” (Estudante 3, Farmácia, 6º semestre).

Nota-se que vivências de estágios e participação em atividades extracurriculares são situações que apresentam o conceito de interdisciplinaridade para os acadêmicos, em suas formações. nas falas supracitadas, a Atenção Primária se destaca como um espaço importante em que é visível uma forma interdisciplinar de trabalho. Associa-se a ela a idealização de ‘equipe de saúde’ dentro do SUS, que deve criar um contexto relacional entre os profissionais, para o desenvolvimento de uma perspectiva intra e inter equipes²².

Nesse sentido, entende-se como fundamental uma formação na área da saúde estruturada na filosofia da *práxis*, que para Engels e Marx²³ trata-se da interdependência entre ideias e relações materiais, ou seja, *práxis* é a junção entre teoria e prática, em que ambas têm uma relação dialética. Destaca-se ainda, a formulação de Freire²⁴ que apresenta a perspectiva de uma educação libertadora que também quebra as dicotomias entre prática e teoria formulando uma teoria de *práxis* de conscientização,

que une ação e reflexão.

Apesar da interdisciplinaridade ser associada ao SUS pelos estudantes da área da saúde, principalmente no que se refere aos estágios, questiona-se até que ponto essa lógica da interdisciplinaridade está sendo percebida em forma de uma *práxis* no âmbito universitário, pois se nota nos discursos dos acadêmicos, uma separação entre o que trata-se de teoria e prática ou a presença de uma e ausência da outra. *“Informação geralmente nas disciplinas sociais onde vou ver educação alimentar e nutricional, já na parte prática foi possível observar no estágio social onde o campo de atuação é dentro de uma Unidade Básica”* (Estudante 3, Biomedicina, 8º semestre). *“Na teoria temos várias aulas entre outros momentos que são incentivados a interdisciplinaridade, mas na prática os próprios acadêmicos tem uma certa relutância em fazer que dê certo e muitas vezes menosprezam alguma área”* (Estudante 3, Farmácia, 6º semestre). *“Formação interdisciplinar eu não lembro em nenhum momento que foi trabalhado de forma prática, na aula foi falado sobre multidisciplinar e interdisciplinar as teorias”* (Estudante 1, Nutrição, 7º semestre).

O dualismo entre teoria e prática é antigo no cenário acadêmico. Compreende-se que “quando a teoria não dirige a prática, há vaga de teoria; prática sem teoria é ação cega”²⁵. Diante disso, a dicotomia entre teoria e prática ou anulação de uma delas torna-se algo prejudicial no cenário de formação em saúde, pois estas giram em torno de um fim comum e quando desassociadas tornam-se frágeis e o estabelecimento de conhecimento fica remetido a fragmentações²⁵.

Classe 4 – O Trabalho em Conjunto em Prol do Paciente

Compreende 16,67% (f = 11 ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 3,87$ (Diferentes) e $x^2 = 21,29$ (Necessidade). Essa classe é composta por palavras como ‘Tratamento’ ($x^2 = 10,43$); ‘Conjunto’ ($x^2 = 10,13$); ‘áreas’ ($x^2 = 9,43$); ‘trabalho’ ($x^2 = 7,82$); ‘Paciente’ ($x^2 = 5,54$).

Trata-se de construções que configuram a importância do trabalho em conjunto por parte dos profissionais e do benefício disso para o paciente: *“[...] cada um dentro de suas especialidades vão complementando os demais, vivenciando as mesmas realidades, trocando experiências, dividindo vivências e elaborando um conhecimento ainda mais global*

e especializado, trabalhando assim em conjunto e visando um bem comum”. (Estudante 1, Enfermagem, 9º semestre).

“[...] os profissionais durante a faculdade eles não têm métodos para trabalhar em conjunto, para poder ter um objetivo maior, um objetivo em comum que é para tratar o paciente de forma integral...para que haja uma melhora em vários sentidos assim do quadro clínico do paciente [...]” (Estudante 2, Farmácia, 9º semestre).

Na perspectiva dos alunos entrevistados o trabalho em conjunto é importante e impacta positivamente. Blue e Zoller²⁶ afirmam que estudantes que tenham participado de pelo menos uma atividade extracurricular envolvendo educação interprofissional tinham atitudes mais positivas para a percepção da necessidade de cooperação. Tais pontos, somados aos relatos colhidos, denotam a urgência de intensificar, ou mesmo inserir desde o início da graduação, a educação interprofissional.

Outro ponto que merece destaque é o fato da palavra conjunto ter aparecido de maneira considerável nas construções dos entrevistados. De algum modo foi considerado que um conjunto de trabalhadores de diversas especialidades configura-se um avanço: *“O trabalho interdisciplinar, é essencial na prática de um atendimento de qualidade ao paciente, pois o mesmo irá ofertar um conjunto de saberes e entender melhor os casos a se apresentar”*. (Estudante 2, Enfermagem, 7º semestre). *“[...] interdisciplinar é quando por exemplo é um conjunto de equipes com profissionais diferentes por exemplo enfermeiros médicos técnicos de enfermagem biomédico hospital entendeu eu entendo por isso é uma equipe interdisciplinar.”* (Estudante 3, Biomedicina, 8º semestre). *“[...] a minha visão sobre o trabalho interdisciplinar na área de saúde, é muito importante por conta que a população precisa de todo um conjunto de profissionais diferenciados e de vários ramos.”* (Estudante 3, Biomedicina, 8º semestre).

Dentre desse campo temático, Azevedo *et al.*,² dão destaque ao tema do comum somado ao debate da interdisciplinaridade e interprofissionalidade: *“criar condições de convivência contínua entre áreas diferentes produz um deslocamento na formação de origem de cada uma dessas áreas, o gerando uma partilha, um espaço de contaminação e composição [...]”*³². Ainda pontuam que o comum implica em um pertencimento e não o estabelecimento de uma comunidade de iguais. O comum não homogeniza

as práticas ou mesmo abole a singularidade das profissões. É uma experiência de reinvenção contínua das práticas².

CONCLUSÃO

O estudo partiu do interesse de investigar o entendimento e as formas de atuação multi e interdisciplinar dentro do ambiente universitário, em discentes dos cursos da área da saúde. Os achados revelam que boa parte dos alunos não só tem clareza sobre a distinção entre atuação multi e interdisciplinar como consideram que a interação interdisciplinar traz ganhos para a atenção integral do paciente, para o desenvolvimento do profissional e para o trabalho em equipe.

Nesse viés, pode-se induzir que, conforme a percepção dos participantes da pesquisa, a partir dos elementos curriculares, o processo formativo enfatiza a atuação interdisciplinar em diversos contextos de atuação profissional no campo da saúde.

Ao nomearem a relevância da atuação conjunta em saúde, sugeriram estratégias e atividades a serem executadas ainda na graduação: disciplinas comuns oferecidas para alunos de cursos distintos, grupos de estudos, ligas acadêmicas, inserção da interdisciplinaridade diretamente no conteúdo programático das disciplinas, fóruns/encontros e estágios com alunos de diferentes cursos foram estratégias indicadas para o fortalecimento da prática colaborativa no cotidiano acadêmico.

A escolha pelos discentes que já tinham experiência de campo foi um fator relevante, uma vez que estagiar e participar de atividades extracurriculares foram associadas a momentos que apresentaram o conceito de interdisciplinaridade para os acadêmicos, em suas formações. Além disso, a Atenção Primária foi citada como um campo de estágio em que é observado uma forma interdisciplinar de trabalho, em uma clara analogia que atuar em equipe de saúde é uma característica da práxis no SUS. No entanto, ainda foi possível perceber uma separação entre o que se trata de teoria e prática ou a presença de uma significando a ausência da outra.

As falas dos alunos reforçam a importância de permitir, ainda na graduação, experiências interprofissionais, interdisciplinares. É fundamental que essas vivências ocorram nos serviços de saúde, na vivência acadêmica e também no compartilhamento de saberes entre os docentes.

A realização desta pesquisa contribuiu para a ampliação da compreensão das temáticas de multi e interdisciplinaridade, bem como da educação interprofissional na direção do desenvolvimento discente e do fortalecimento da assistência em saúde. Aponta-se para a relevância da mudança de postura acerca da formação e atuação profissional.

O estudo tem suas limitações por considerar as percepções de estudantes universitários que ainda não tiveram a oportunidade de atuar profissionalmente em serviços de saúde e apresentam uma experiência associada aos professores, supervisores e instituição educacional. Sugere-se a realização de outros estudos com profissionais de saúde experientes, abordando a mesma problemática. Além disso, é importante considerar que o cenário pandêmico pode ter limitado a vivência de estágio dos participantes e, conseqüentemente, as representações que fazem a respeito de suas experiências.

REFERÊNCIAS

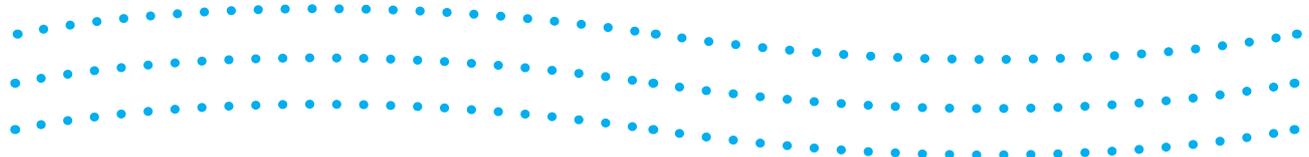
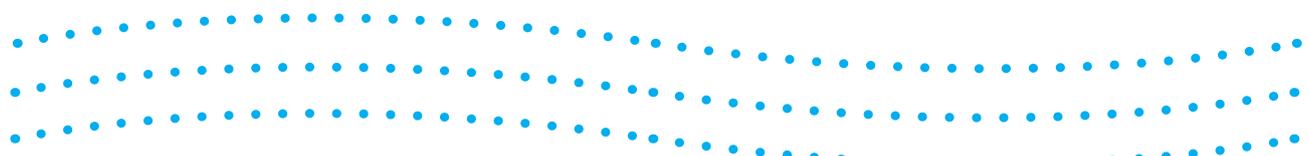
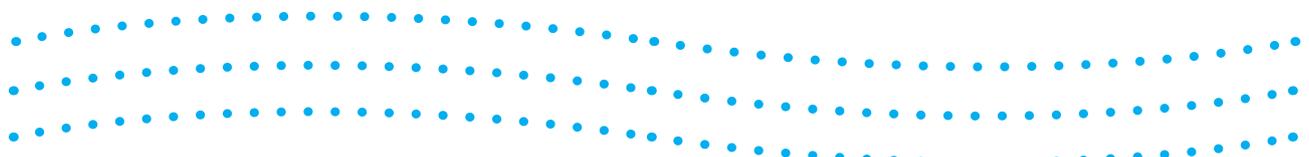
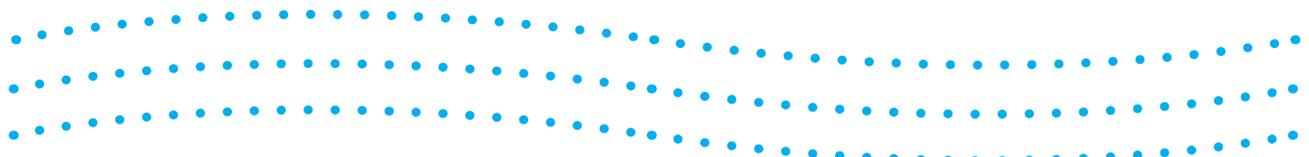
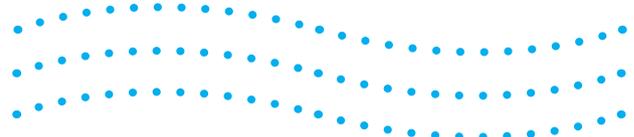
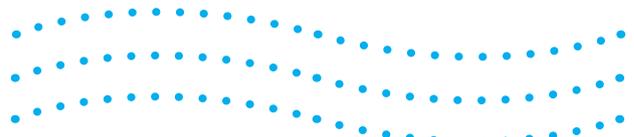
1. Castro MX, Sousa CR, Dias MS, Mesquita KO, Maciel JAC, Vieira CAL *et al.* Educação interprofissional em saúde: evidências da sua inserção nos currículos de formação em saúde. *Essentia* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jul 17];22(1):18-27. Available from: <http://doi.org/10.36977/ercct.v22i1.400>
2. Azevedo AB, Pezzato LM, Mendes R. Formação interdisciplinar em saúde e práticas coletivas. *Saúde debate* [Internet]. 2017 [cited 2023 Jul 17];41(113):647657. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711323>.
3. Capozzolo AA, Casetto S., Nicolau S M, Junqueira V, Gonçalves DC, Maximino VS. Formação interprofissional e produção do cuidado: análise de uma experiência. *Interface (Botucatu, Online)* [Internet]. 2018 [cited 2023 Jul 17];22(suppl 2):1675-1684. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0679>.
4. Faria L, Quaresma MA, Patiño RA, Siqueira R, Lamego G. Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu, Online)* [Internet]. 2018 [cited 2023 Jul 17];22(67), 1257-1266. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0226>.
5. Meireles MAC, Fernandes CCP, Silva LS. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. *Rev. bras. educ. méd.* [Internet]. 2019 [cited 2023

- Jul 17];43(2): 67-78. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20180178>.
6. Carvalho JN, Pereira TR. Princípios do sistema de saúde brasileiro. Gadelha P, Carvalho JN, Pereira TR, editores. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Brasil: Ministério da Saúde; 2013.
7. Roquete FF, Amorim MMA, Barbosa SP, Souza DCM, Carvalho DC. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min. [Internet]. 2012 [cited 2023 Jul 17];2(3):463-474. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/245/360>.
8. Japiassú H, Marcondes D. Dicionário básico de filosofia. Rio de Janeiro: Zahar; 2006.
9. Wetzel C, Kohlrausch ER, Pavani FM, Batistella FS, Pinho LB. Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. Interface (Botucatu, Online) [Internet]. 2018 [cited 2023 Jul 17];22(suppl 2):1729-1738. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0664>.
10. Nuto SAS, Lima Júnior FCM, Camara AMCS, Gonçalves CBC. Avaliação da disponibilidade para aprendizagem interprofissional de Estudantes de Ciências da Saúde. Rev. bras. educ. méd. [Internet]. 2017 [cited 2023 Jul 17];41(1):50-57. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1RB20160018>.
11. Oliveira W, Colares KT P. Metodologias ativas na formação profissional em saúde: uma revisão. Sustinere [Internet]. 2018 [cited 2023 Jul 17];6(2):300-320. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/36910/27609>.
12. Costa MVA. A educação interprofissional e o processo de formação em saúde no Brasil: pensando possibilidades para o futuro. Souza RMP, Pol CP, editores. Nova formação em saúde pública: aprendizado coletivo e lições compartilhadas na RedEscola. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
13. Mattos M P, Gomes DR, Trindade SNC, Silva MM, Carvalho RB, Oliveira ERA. Ver, rever e transver: iluminando a formação interdisciplinar com educadores da Saúde Coletiva. Interface (Botucatu, Online) [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 17];24:e190566:1-14. Available from: <https://doi.org/10.1590/Interface.190566>.
14. Santos JLG, Erdmann AL, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Cunha VP, Ross R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2017 [cited 2023 Jul 17];26(3):1-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014..
16. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. Temas psicol. (Online). [Internet]. 2013 [cited 2023 Jul 17];21(2):513-518. Available from: <http://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.
17. Poletto PR, Jurdi APS. A experiência de revisão das matrizes curriculares em um projeto pedagógico inovador: caminhos para fortalecer a educação interprofissional em saúde. Interface (Botucatu, Online) [Internet]. 2018 [cited 2023 Jul 17];22(suppl 2):1777-1786. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0819>.
18. Souza Neto LG, Lima AWS, Oliveira MG, Neves RF. Estágio curricular interprofissional: uma proposta de sequência didática na educação em saúde. Interfaces - Rev. de Ext. UFMG [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 17];7(1):421-433. Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistainterfaces/article/view/19076/16158>.
19. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GEG. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. Trab. Educ. Saúde (Online). [Internet]. 2018 [cited 2023 Jul 17];16(1):141-162. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>.
20. Vendruscolo C, Tombini LHT, Fonseca GS, Silva Filho CC, Silva DTR, Larentes G *et al.* 'PET-Saúde' Interprofissionalidade: reflexões sobre uma estratégia interinstitucional para reorientação da formação. Saúde Redes. [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 17];6(2):275287. Available from: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n2p275-287>.
21. Santana DC, Silva MR. A percepção de estudantes da área da saúde sobre o trabalho interdisciplinar: experiência no projeto de extensão Sorriso de Plantão. Rev. Bras. Ext. Universit. [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 17];11(1):1324. Available from: <https://doi.org/10.36661/2358-0399.2020v11i1.10753>.
22. Cardoso MLM, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza, RMP. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2017 [cited 2023 Jul 17];22(5):1489-1500. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>.
23. Engel F, Marx K. A ideologia alemã. São Paulo: Boitempo; 2015.

24. Freire P. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 1983.

25. Monteiro SB. Notas de Leitura sobre o Antigo Dualismo Teoria-Prática. Caderno de Publicações Univag [Internet]. 2010 [cited 2023 Jul 17];6:13-30. Available from: <https://doi.org/10.18312/cadernounivag.v0i6.306>

26. Zoller JS, Blue AV. Promoting Interprofessional Collaboration Through the Co-Curricular Environment. Health, Interprofessional Practice & Education [Internet]. 2012 [cited 2023 Jul 17];1(2):eP1015. Available from: <http://doi.org/10.7772/2159-1253.1015>



PREVALÊNCIA DE PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS A IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PREVALENCE OF PSYCHOTROPIC PRESCRIPTIONS TO THE ELDERLY IN PRIMARY HEALTH CARE
PREVALENCIA DE LA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS A ANCIANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ana Larissa Gonçalves da Silva ¹

Marindia Biffi ²

Bruna Chaves Lopes ³

Gustavo Olszanski Acrani ⁴

Ivana Loraine Lindemann ⁵

Como Citar:

Silva ALG; Biffi M; Lopes BC; Acrani GO; Lindemann IL. Prevalência de Prescrição de Psicotrópicos a Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Psicotrópicos; Uso de Medicamentos; Farmacoepidemiologia

Descriptors:

Psychotropic Drugs; Drug Use; Pharmacoepidemiology

Descriptores:

Psicofármacos; Uso de medicamentos; Farmacoepidemiología.

Submetido:

06/10/2023

Aprovado:

30/11/2023

Autor(a) para Correspondência:

Ana Larissa Gonçalves da Silva
E-mail: analarissa1999@gmail.com

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi descrever a prevalência de prescrição de psicotrópicos e fatores relacionados entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de um estudo transversal realizado em Marau, Rio Grande do Sul, com idosos atendidos na APS no ano de 2019. Os dados foram coletados de prontuários eletrônicos e contemplaram características sociodemográficas, de saúde e comportamentais. Foi calculada a prevalência da prescrição de medicamentos psicotrópicos (variável dependente) com intervalo de confiança de 95% (IC95), o quantitativo e os tipos prescritos. Também foi verificada a distribuição da prevalência de prescrição de medicamentos psicotrópicos conforme as variáveis de exposição (independentes) empregando-se o teste do qui-quadrado e admitindo-se erro tipo I de 5%. Na amostra (n=1.728), a prevalência de prescrição de psicotrópicos foi de 41% (IC95 39-43), com diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo (48,9% entre mulheres; $p < 0,001$), à cor da pele (42,6% em brancos; $p = 0,014$), à polifarmácia (53,7% polimedicados; $p < 0,001$) e ao diagnóstico de problema de saúde mental (88,1% diagnosticados com transtorno mental; $p < 0,001$). Além disso, dentre as classes estudadas, os antidepressivos tiveram maior frequência (78,2%) e constatou-se o uso de uma classe de psicofármaco, em maior parte (71,2%), pelo grupo analisado. Conclui-se que a prevalência de prescrição de psicotrópicos é elevada entre os idosos, especialmente entre mulheres, brancas, polimedicadas e com diagnóstico de algum transtorno mental. Assim, é importante que os profissionais de saúde atentem à real necessidade de uso, qualificando a APS e moldando a medicalização atual dos psicofármacos, de forma que melhore a qualidade de vida da população idosa.

1. Estudante do curso de medicina na Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Passo Fundo (RS). (UFFS). E-mail: analarissa1999@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7558-9864>

2. Docente do curso de medicina na Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Passo Fundo (RS) E-mail: marindiabiffi@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0486-4634>

3. Mestre. Docente do curso de medicina na instituição Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Passo Fundo (RS) E-mail: bruna.lopes@uffs.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5160-8302>

4. Doutor. Docente do curso de medicina na instituição Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Passo Fundo (RS). E-mail: gustavo.acrani@uffs.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5786-6732>

5. Doutora. Docente do curso de medicina na instituição Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Passo Fundo (RS). E-mail: ivana.lindemann@uffs.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6222-9746>

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the prevalence of prescription of psychotropic drugs and related factors among elderly people treated at Primary Health Care (PHC). This is a cross-sectional study carried out in Marau, Rio Grande do Sul, with elderly people seen in PHC in 2019. Data was collected from electronic medical records and included sociodemographic, health and behavioral characteristics. The prevalence of prescribing psychotropic drugs (dependent variable) was calculated with a 95% confidence interval (95%CI), as well as the number and types prescribed. We also checked the distribution of the prevalence of prescribing psychotropic drugs according to the exposure variables (independent) using the chi-squared test and assuming a type I error of 5%. In the sample (n=1,728), the prevalence of prescription of psychotropic drugs was 41% (95%CI 39-43), with a statistically significant difference in relation to gender (48.9% among women; $p<0.001$), skin color (42.6% among whites; $p=0.014$), polypharmacy (53.7% polypharmacy; $p<0.001$) and diagnosis of mental health problem (88.1% diagnosed with a mental disorder; $p<0.001$). In addition, among the classes studied, antidepressants had the highest frequency (78.2%) and the use of one class of psychotropic drug was found in the majority (71.2%) of the group analyzed. The conclusion is that the prevalence of prescribing psychotropic drugs is high among the elderly, especially among women who are white, polymedicated and diagnosed with a mental disorder. It is therefore important for health professionals to pay attention to the real need for their use, qualifying PHC and shaping the current medicalization of psychotropic drugs in such a way as to improve the quality of life of the elderly population.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de la prescripción de fármacos psicotrópicos y los factores relacionados en adultos mayores atendidos en la Atención Primaria de Salud (APS). Se trata de un estudio transversal realizado en Marau, Rio Grande do Sul, Brasil, con adultos mayores atendidos en APS en 2019. Los datos fueron recopilados de los registros médicos electrónicos y abarcaron características sociodemográficas, de salud y comportamentales. Se calculó la prevalencia de la prescripción de medicación psicotrópica (variable dependiente) con un intervalo de confianza del 95% (IC95%), así como la cantidad y los tipos prescritos. También se comprobó la distribución de la prevalencia de prescripción de psicotrópicos en función de las variables de exposición (independientes) mediante la prueba de χ^2 y asumiendo un error tipo I del 5%. En la muestra (n=1.728), la prevalencia de prescripción de psicotrópicos fue del 41% (IC95% 39-43), con una diferencia estadísticamente significativa en relación al género (48,9% entre las mujeres; $p<0,001$), al color de piel (42,6% en blancos; $p=0,014$), a la polifarmacia (53,7% polimedicaados; $p<0,001$) y al diagnóstico de problema de salud mental (88,1% diagnosticados con trastorno mental; $p<0,001$). Además, entre las clases estudiadas, los antidepresivos presentan la frecuencia más elevada (78,2%) y el uso de una clase de psicofármaco resulta ser el más frecuente (71,2%) en el grupo analizado. Se concluye es que la prevalencia de prescripción de fármacos psicotrópicos es elevada entre adultos mayores, especialmente entre las mujeres de raza blanca, polimedicaadas y diagnosticadas de algún trastorno mental. Por lo tanto, es importante que los profesionales sanitarios presten atención a la necesidad real de su uso, calificando la APS y configurando la actual medicalización de los psicofármacos de forma que mejore la calidad de vida de la población mayor.

INTRODUÇÃO

Nos tempos atuais, a elevada utilização de psicotrópicos por idosos tornou-se uma importante pauta de discussão científica, especialmente devido à vulnerabilidade e ao bem-estar social atinente à faixa etária. Desse modo, a melhoria do diagnóstico dos transtornos mentais, o surgimento de novos medicamentos no mercado e também as mais recentes indicações terapêuticas podem ser consideradas fatores que desencadearam o aumento da frequência de prescrição desses fármacos¹. A prevalência do uso

de substâncias psicotrópicas no Brasil varia de 5,2% a 10,2%, sendo os idosos a maior parte da população que faz uso dessas substâncias².

Os psicotrópicos são medicamentos que interferem na atividade do sistema nervoso central, caracterizados por serem componentes químicos que atuam sobre a função neuroquímica e alteram o estado mental, incluindo antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos³ anticonvulsivantes e estabilizadores de humor^{3,4}. Esses medicamentos podem ser prescritos para tratar uma variedade de problemas de saúde mental, o que abrange depressão,

ansiedade, insônia, esquizofrenia e transtornos bipolares⁵.

A prevalência de uso de psicotrópicos nos idosos pode variar de 9,3% a 37,6%, com predomínio dos benzodiazepínicos e os fatores associados ao uso, independentemente do cenário de estudo, são sexo feminino, idade avançada, incluindo a presença de sintomas depressivos e polifarmácia³.

No entanto, a prescrição de psicotrópicos a idosos requer precauções especiais, pois são mais suscetíveis a efeitos colaterais e interações medicamentosas. Assim, a prevalência do uso dos fármacos em geral e de substâncias psicotrópicas nesse grupo populacional pode ter implicações, já que o envelhecimento leva o indivíduo a apresentar alterações no metabolismo e na eliminação de medicamentos, o que pode aumentar o risco de toxicidade e tornar essa população particularmente vulnerável aos efeitos dessas drogas. Esses efeitos incluem comprometimento cognitivo, sedação, convulsões, quedas e aumento do risco de fraturas (causas comuns de hospitalização)⁶.

Na realidade atual, que envolve a transição demográfica e o avanço tecnológico, o desafio sanitário é maior, visto que o envelhecimento populacional aumenta a prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), tais como os transtornos mentais e comportamentais⁷. Desse modo, é imprescindível que os profissionais de saúde avaliem cuidadosamente a necessidade de prescrever psicotrópicos para idosos e monitorem os efeitos colaterais regularmente. E, por isso, é necessário considerar as condições médicas preexistentes, como doenças cardíacas, pulmonares, renais e hepáticas, que podem influenciar na escolha e dose do medicamento.

Destaca-se que o uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos pode exercer influência direta no tratamento, bem como mascarar sinais e sintomas atribuídos aos estados ansiosos e/ou depressivos - em razão de ser um grupo mais suscetível aos agravos. Todos esses fatores levam à necessidade de intervenção de educação em saúde, principalmente pela atuação dos profissionais vinculados à APS por ser a principal porta de entrada para os pacientes com queixas psicológicas no Sistema Único de Saúde (SUS)².

Por fim, o uso inadequado dos medicamentos, a utilização desses em detrimento de outras terapias com menos efeitos adversos e custos mais baixos, tais como a psicoterapia e a prática de atividade

física, sinalizam a falha de tratamento nas Unidades Básicas de Saúde. Logo, destaca-se a necessidade de os pacientes idosos serem orientados não só quanto à melhor modalidade terapêutica para seu caso, mas também em relação à correta utilização de fármacos visando melhores resultados⁴. O objetivo deste estudo, então, é identificar a prevalência de prescrição de psicotrópicos a idosos atendidos na rede de APS e a relação com outros fatores.

METODOLOGIA

Este estudo é de delineamento transversal, com abordagem quantitativa de dados secundários e foi realizado como um recorte da pesquisa intitulada "Agravos, morbidade e assistência à saúde na atenção primária", institucionalizada na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). A população ora estudada compreende os idosos atendidos no ano de 2019 na APS de Marau, Rio Grande do Sul, sendo incluídos todos os indivíduos de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 60 anos e excluídos aqueles que evoluíram ao óbito (devido à inacessibilidade aos dados). A listagem dos pacientes com agendamento para consulta médica e de enfermagem de 01/01 a 31/12/2019 foi obtida no sistema de prontuários integrados das Estratégias Saúde da Família do município, o G-MUS - Gestão Municipal de Saúde, mediante *login* e senha fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Foram incluídos todos os idosos que realizaram no mínimo um atendimento médico ou de enfermagem ao longo do ano de interesse.

Os dados foram coletados dos prontuários eletrônicos disponíveis no G-MUS contemplando, para esta análise, características sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele/raça, escolaridade e situação no mercado de trabalho), de saúde (medicamentos prescritos, peso e altura e diagnóstico de problema de saúde mental) e comportamentais (prática de atividade física, consumo de tabaco e de álcool). Com base no peso e altura informados, foi calculado o índice de massa corporal (IMC), sendo o estado nutricional classificado em baixo peso ($IMC \leq 22 \text{ kg/m}^2$), eutrófico ($IMC > 22 \text{ e } < 27 \text{ kg/m}^2$) e sobrepeso ($IMC \geq 27 \text{ kg/m}^2$)⁸. A partir dos medicamentos prescritos foi identificada a polifarmácia, definida como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos⁹, e verificada a prescrição de psicotrópicos, quantitativo e tipos, sendo consideradas as classes de antidepressivos, antiepiléticos, ansiolíticos,

antipsicóticos e estabilizadores do humor¹⁰. Os participantes foram identificados nos registros da pesquisa por números sequenciais conforme ordem de coleta e não foram coletados dados de identificação.

Após digitação no *software* EpiData versão 3.1 (distribuição livre) e verificação de inconsistências, as análises estatísticas foram realizadas no *software* PSPP (distribuição livre) e compreenderam frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas visando caracterizar a amostra. Ainda, foi calculada a prevalência da prescrição de medicamentos psicotrópicos (variável dependente) com intervalo de confiança de 95% (IC95) e, em caso afirmativo, o quantitativo e a frequência dos tipos prescritos. Também foi verificada a distribuição do desfecho conforme as variáveis de exposição (independentes) empregando-se o teste do qui-quadrado e admitindo-se erro tipo I de 5%. Foram consideradas variáveis independentes sexo (masculino e feminino), idade (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e igual ou maior que 80 anos), cor da pele/raça (branca e outras), escolaridade (ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo ou mais), situação no mercado de trabalho (trabalha e não trabalha), polifarmácia (sim e não), estado nutricional (baixo peso, eutrofia e sobrepeso), diagnóstico de problema de saúde mental (sim e não/não informado), prática de atividade física (sim e não/não informado), consumo de tabaco (sim e não/não informado) e de álcool (sim e não/não informado).

Esta pesquisa está em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre a ética em pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS segundo o parecer de número 4.769.903.

RESULTADOS

Conforme demonstrado na Tabela 1, a amostra foi composta por 1.728 idosos, sendo majoritariamente constituída por mulheres (60,1%), indivíduos entre 60 e 69 anos (53,2%) e com cor de pele branca (77,3%). Além disso, sobre a escolaridade e a situação no mercado de trabalho, 83,3% apresentam o ensino fundamental incompleto e 91% não trabalham. Acerca da saúde dessa amostra, considerando polifarmácia, estado nutricional e saúde mental, 43% são polimedicados, 61,7% estão em sobrepeso

e 19,5% foram diagnosticados com algum transtorno de saúde mental por um profissional médico. Abordando os hábitos de vida, 97,7% não informaram ou não praticam atividade física, para 91,7% não consta informação ou não consomem tabaco e 95% não ingerem bebida alcoólica ou não há registro.

Tabela 1. Caracterização de uma amostra de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Marau, RS, 2019 (n=1.728).

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	690	39,9
Feminino	1.038	60,1
Idade (anos completos)		
60-69	919	53,2
70-79	493	28,5
≥ 80	316	18,3
Cor da pele (n= 1.718)		
Branca	1.328	77,3
Outras	390	22,7
Escolaridade (n= 1.135)		
Ensino fund. incompleto	946	83,3
Ensino fund. completo ou mais	189	16,7
Mercado de trabalho (n= 1.291)		
Trabalha	116	9,0
Não trabalha	1.175	91,0
Polifarmácia		
Sim	743	43,0
Não	985	57,0
Estado nutricional (n= 1.160)		
Baixo peso	70	6,0
Eutrofia	374	32,3
Sobrepeso	716	61,7
Diagnóstico de problema de saúde mental		
Sim	337	19,5
Não/não informado	1.391	80,5
Prática de atividade física		
Sim	40	2,3
Não/não informado	1.688	97,7
Consumo de tabaco		
Sim	144	8,3
Não/não informado	1.584	91,7
Consumo de álcool		
Sim	86	5,0
Não/não informado	1.642	95,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 2. Prevalência de prescrição de psicotrópicos em uma amostra de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde, de acordo com características sociodemográficas, de saúde e comportamentais. Marau, RS, 2019 (n=1.728).

Variáveis	Sim		Não		p*
	n	%	n	%	
Sexo					<0,001
Masculino	201	29,1	489	70,9	
Feminino	507	48,9	531	51,2	
Idade (anos completos)					0,184
60-69	368	40,0	551	60,0	
70-79	196	39,8	297	60,2	
≥ 80	144	45,6	172	54,4	
Cor da pele (n= 1.718)					0,014
Branca	566	42,6	762	57,4	
Outras	139	35,6	251	64,4	
Escolaridade (n= 1.135)					0,240
Ensino fundamental incompleto	399	42,2	547	57,8	
Ensino fundamental completo ou mais	71	37,6	118	62,4	
Mercado de trabalho (n= 1.291)					0,107
Trabalha	40	34,5	76	65,5	
Não trabalha	496	42,2	679	57,8	
Polifarmácia					<0,001
Sim	399	53,7	344	46,3	
Não	309	31,4	676	68,6	
Estado nutricional (n= 1.160)					0,789
Baixo peso	28	40,0	42	60,0	
Eutrofia	155	41,4	219	58,6	
Sobrepeso	309	43,2	407	56,8	
Diagnóstico de problema de saúde mental					<0,001
Sim	297	88,1	40	11,9	
Não/não informado	411	29,5	980	70,5	
Prática de atividade física					0,651
Sim	15	37,5	25	62,5	
Não/não informado	693	41,1	995	58,9	
Consumo de tabaco					0,860
Sim	60	41,7	84	58,3	
Não/não informado	648	40,9	936	59,1	
Consumo de álcool					0,064
Sim	27	31,4	59	68,6	
Não/não informado	681	41,5	961	58,5	

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação ao desfecho, 41% (IC95 39-43) dos idosos receberam prescrição de psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde. Somando a isso, de acordo com a Tabela 2, encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre a prevalência de prescrição de psicotrópicos em idosos e o sexo (48,9% entre mulheres; $p < 0,001$), a cor da pele (42,6% em brancos; $p = 0,014$), a polifarmácia (53,7% polimedicaados; $p < 0,001$) e o diagnóstico de problema de saúde mental (88,1% diagnosticados com transtorno mental; $p < 0,001$).

Como está apresentado na Tabela 3, nota-se que 71,2% da amostra faz uso de uma classe de psicofármaco, enquanto 22,9% de dois tipos. No que diz respeito às classes de medicamentos psicotrópicos mais frequentemente

prescritos a idosos atendidos na APS, observou-se que 78,2% estão em uso de antidepressivo, 33,6% de ansiolítico, 12,6% de antipsicótico, 9,6% de anticonvulsivante e 1,7% de estabilizador de humor.

Tabela 3. Frequência de prescrição de classes de psicotrópicos a uma amostra de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Marau, RS, 2019 (n=708).

Variáveis	n	%
Quantitativo dos psicotrópicos prescritos		
1 classe	504	71,2
2 classes	162	22,9
3 classes	37	5,2
4 classes	3	0,4
5 classes	2	0,3
Antidepressivo	554	78,2
Ansiolítico/hipnótico	238	33,6
Antipsicótico	89	12,6
Anticonvulsivante	68	9,6
Estabilizador de humor	12	1,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

DISCUSSÃO

Este estudo determinou a prevalência de prescrição de psicotrópicos, assim como as características relacionadas a esse desfecho em idosos atendidos na APS. Observou-se que 41% dessa população recebeu prescrição dos medicamentos, divergindo de um estudo realizado na capital de São Paulo, que revelou prevalência de 12,2% de utilização de psicotrópicos entre os idosos residentes no município de São Paulo, com uma amostra de 1.115 participantes³. Na região metropolitana de Belo Horizonte (BH), um estudo realizado com 1.635 idosos, demonstrou uma prevalência equiparada ao estudo paulista, de 13,8%¹¹. Esses contrastes identificados entre essas cidades brasileiras podem representar diferenças importantes entre as populações analisadas em termos de utilização de serviços de saúde, perfis epidemiológicos e características socioculturais.

Além disso, o valor da frequência desse estudo é consideravelmente superior àquelas verificadas entre idosos europeus (20,5 e 29,8%) e idosos norte-americanos (14,9 e 19,0%)^{12,13}. Isso acontece, pois variações na prevalência em estudos de uso de drogas podem surgir de questões relacionadas aos perfis de incidência e padrões de prescrição das populações estudadas, que variam de acordo com o cenário e o

tempo do estudo¹¹.

Essas diferenças também podem ser causadas por propriedades metodológicas dos estudos, como o período recordatório utilizado: um período recordatório mais longo pode levar a uma superestimação da prevalência devido à inclusão de participantes que não estavam mais usando a droga. Destaca-se que pesquisar por meio de prontuários ou realizar entrevista também são diferentes ferramentas que interferem na coleta desses dados em alguns estudos.

Sobre a caracterização epidemiológica da amostra, foi majoritariamente constituída por mulheres (60,1%) e cor da pele branca (77,3%). O consumo de psicofármacos foi significativamente maior nas mulheres e vários estudos confirmaram essa associação com o sexo feminino^{14,1}. Tradicionalmente, as mulheres são mais propensas a procurar suporte e acessar serviços médicos com autossuficiência¹⁵. Outras possíveis explicações seriam a maior propensão das mulheres em utilizar esses fármacos de maneira abusiva e a maior predisposição dos médicos em prescrevê-los para elas. A diferença no consumo de psicotrópicos segundo cor da pele tem sido atribuída às iniquidades sociais no acesso aos serviços de saúde e ao tratamento. Além disso, o processo de construção social do estigma da doença mental dificulta o tratamento de pessoas não brancas que estão expostas a situações de discriminação e racismo ao longo de suas vidas⁶.

Ademais, sobre a escolaridade, a maioria dos idosos apresenta o ensino fundamental incompleto (83,3%), denotando a desigualdade social e intelectual nessa população. Acerca da saúde dessa amostra, considerando polifarmácia, estado nutricional e saúde mental, 43% são polimedicados, 61,7% estão em sobrepeso e 19,5% foram diagnosticados com algum transtorno de saúde mental por um profissional médico.

Embora os idosos sejam a faixa etária com maiores taxas de uso de medicamentos, conhecido como polifarmácia, o processo de envelhecimento é acompanhado por diversos sinais e sintomas, como a diminuição de atividade física e o aumento de doenças crônicas. A presença de múltiplas doenças associadas às características dos serviços de saúde levou os idosos a serem atendidos por diferentes especialistas, o que pode estar relacionado à polifarmácia. O policonsumo e a presença de múltiplas comorbidades podem levar à piora dos desfechos de saúde mental, o que leva os idosos a tomar

medicamentos que auxiliam na melhora dos aspectos psicológicos e comportamentais³, e apesar da idade não cursar necessariamente com doença mental, vários fatores como isolamento, falta de atividade e redução de interações sociais, por exemplo, que acontecem nessa faixa etária, influenciam no desfecho. Portanto, há uma necessidade crescente de estratégias para potencializar o uso racional de medicamentos, principalmente a não ocorrência de interações medicamentosas e a adesão ao tratamento¹⁶.

Destaca-se que quando observada a relação de comportamentos relacionados à saúde e o uso de psicotrópicos, o sobrepeso, indicador de saúde, apresentou uma prevalência significativa, de modo a demonstrar um estilo de vida ativo que pode controlar e prevenir alguns sintomas de DCNT (doença crônica não transmissível) e melhorar ou manter a aptidão física, a capacidade de realizar atividades diárias e proporcionar benefícios físicos, psicológicos e sociais que podem reduzir a ansiedade e melhorar o humor. A prática de atividade física pode proporcionar relativa manutenção da autonomia e independência, habilidades fundamentais para o bem-estar pessoal. Especificamente, a atividade física de lazer destaca-se entre outros domínios de atividade física porque oferece a oportunidade de estabelecer conexões e formar redes sociais, que são fundamentais para relacionamentos psicossociais e reequilíbrio emocional nessa faixa etária e para a saúde mental¹⁷.

Em relação à prevalência das classes psicotrópicas deste estudo, 71,2% da amostra faz uso de uma classe de psicofármaco, enquanto 22,9% de dois tipos e 5,2% de três, enquanto que no estudo realizado na Capital de São Paulo, 9,1% dos idosos consumiram um psicotrópico, 2,5% dois e 0,6% três agentes³. A respeito das classes de medicamentos psicotrópicos mais frequentemente prescritos a idosos atendidos na APS, 78,2% estão em uso de antidepressivo, 33,6% de ansiolítico, 12,6% de antipsicótico e 9,6% de anticonvulsivante, e em comparação, ao estudo transversal citado anteriormente, 7,2% de antidepressivos, 6,1% de benzodiazepínicos/ansiolíticos, e 1,8% de antipsicóticos³. Aqui destaca-se que os benzodiazepínicos são psicofármacos que apresentam um risco aumentado de dependência e sua utilização crônica foi previamente detectada em estudos brasileiros, o que desperta preocupação, especialmente em relação à população idosa⁷.

Pode-se inferir que a mudança nos padrões de

prescrição pode ser devida a vários fatores. Por exemplo, o uso, principalmente de antidepressivos, foi maior em decorrência à presença de multimorbidades com consequências funcionais, que também podem estar associadas à maior presença de sintomas depressivos. Destaca-se que, além disso, os benzodiazepínicos (os quais estão presentes entre a classe dos ansiolíticos) estão relacionados ao maior risco de quedas e fraturas, sendo bastante prescritos para o tratamento de insônia, condição presente entre idosos decorrente de alterações no padrão de sono³.

No que se refere aos fatores relacionados, observou-se maior prevalência de prescrição de psicotrópicos entre idosos do sexo feminino, com cor de pele branca, polimedicados e com diagnóstico de problema de saúde mental. Buscando na literatura³, as variáveis independentes que mostraram associação com o uso de psicotrópicos foram polifarmácia (OR = 4,91; IC 95% = 2,74-8,79) e sexo feminino (OR = 3,04; IC 95% = 1,76-5,23).

Em relação ao gênero feminino, as mulheres são mais acometidas por problemas de saúde não fatais e são mais propensas a procurar tratamento e aderir a medicamentos psicotrópicos³, porém mais vulneráveis a abusar dessas drogas e os médicos são mais tendenciosos a prescrevê-las a elas. Também são mais dispostas a monitorar a própria saúde e possuem capacidade de identificar e relatar sintomas físicos e mentais de maneira mais facilmente¹¹.

Uma explicação para uma associação positiva entre polifarmácia e medicamentos psicotrópicos pode refletir a presença de comorbidades ou sintomas clínicos desagradáveis em idosos amostrados com quatro ou mais doenças, necessitando do profissional capacitado e interessado em verificar as múltiplas prescrições e os potenciais efeitos adversos, decorrentes das associações medicamentosas³.

Sobre os transtornos mentais, resultados do estudo de revisão bibliográfica, confirmaram que a história de diagnóstico médico de depressão foi o fator mais associado ao uso de drogas psiquiátricas, ao lado da demência e do uso de drogas de Alzheimer. Outro estudo da revisão já citada, com uma amostra de 207 usuários por meio de amostragem não probabilística e de conveniência, demonstrou comorbidades como ansiedade e estresse também mais prevalentes em indivíduos com idade superior a 65 anos em uso de medicamentos psicotrópicos².

Ressalta-se que o tratamento com psicofármacos, tais como antipsicóticos, barbitúricos,

benzodiazepínicos, neurolépticos e antidepressivos tem sido associado ao aumento do risco de acidente vascular cerebral, da mortalidade, do risco de comprometimento cognitivo e da ocorrência de convulsões, além da dependência física e da tolerância à indução do sono¹⁸. Assim, tomar vários medicamentos ao mesmo tempo pode levar a efeitos adversos à saúde e aumento dos efeitos colaterais, diminuição do funcionamento e da função cognitiva em idosos e diminuição da adesão à medicação¹⁹.

Para finalizar, cabe sinalizar que os números da presente pesquisa podem estar subestimados devido ao preenchimento incompleto dos prontuários. Além disso, há a limitação de temporalidade, inerente ao tipo de estudo. Por outro lado, como importante ponto relevante, destaca-se a elucidação da prevalência e dos fatores relacionados à prescrição de psicotrópicos na população idosa atendida na APS, tema pouco investigado nesse cenário.

CONCLUSÃO

A partir do exposto, conclui-se que a prescrição de psicotrópicos é uma questão essencial a ser debatida no meio científico e em meio à população atendida na APS, especialmente entre os idosos, prioritariamente mulheres, brancas, polimedicadas e com diagnóstico de algum transtorno mental. Com base nesse conhecimento, é válido que as equipes de saúde, especialmente o profissional médico da atenção básica, atentem para a necessidade de sempre ponderar os riscos-benefícios que possam justificar o consumo medicamentoso. Cabe destacar que a terapia não farmacológica, como a cognitivo-comportamental e a ocupacional, além dos exercícios físicos, podem ser uma opção mais segura e eficaz para tratar problemas psiquiátricos em idosos.

A respeito das limitações da pesquisa, enfatiza-se o preenchimento incompleto dos prontuários eletrônicos visto que interfere na coleta e análise de características sociodemográficas, de saúde e comportamentais extremamente relevantes para o desfecho. Para mais, em virtude do município de Marau, local de coleta do estudo, ser uma área de abrangência de 100% da APS, corrobora-se a urgência de maior atenção pública ao bem-estar geriátrico em meio a atuação do SUS, uma vez que os resultados trazidos provocam impacto expressivo, consequência do cenário atual da medicalização.

Ressalta-se que a recente pandemia causada pelo novo Coronavírus (Covid-19) e o período pós-

pandêmico podem ter agravado ainda mais este quadro, diante das repercussões sobre a saúde mental. Então são necessários estudos com dados cada vez mais atuais, para vias de comparações e análises, a fim de suscitar a investigação e o diagnóstico adequado da população idosa.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Ana Larissa Gonçalves, Ivana Loraine Lindemann, Maríndia Biffi, Bruna Chaves Lopes e Gustavo Olzanski Acrani contribuíram na concepção e desenho do estudo, na análise e na interpretação dos dados. Também, fizeram parte da elaboração do projeto de pesquisa e do artigo. Além disso, aprovaram a versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Prado MAMB, Francisco PMSB, Barros MBA. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. *Epidemiol Serviços Saúde* 2017;26(4):747-758. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000400007>
2. Santos JMS dos, Messias EM dos S, Lopes RF. Prevalence and factors associated with the use of psychotropics in the elderly: an integrative review. *RSD [Internet]*. 2021;Aug. 21 10(11):e09101119228. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19228>.
3. Noia AS, Secoli SR, Duarte YA de O, Lebrão ML, Lieber NSR. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. *Rev esc enferm USP [Internet]*. 2012;Out 46(spe):38-43. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000700006>.
4. Borges TL, Miaso AI, Vedana KGG, Telles Filho PCP, Hegadoren KM. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. *Acta paul enferm [Internet]*. 2015;Jul 28(4):344-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500058>.
5. Cancellata DBC. Análise do uso do psicofármacos na atenção primária: uma revisão de literatura. [Monografia] Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais. 2012.
6. Téllez-Lapeira J, López-Torres HJ, García-Agua SN, Gálvez-Alcaraz L, Escobar-Rabadán F, García-Ruiz A. Prevalence of psychotropic medication use and associated factors in the elderly. *Eur. J. Psychiat. [Internet]*. 2016 Set;30(3): 183-194. Available from: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci>

[arttext&pid=S0213-61632016000300003&lng=es.](#)

7. Rodrigues PS, Francisco PMSB, Fontanella AT, Borges RB, Costa KS. Uso e fontes de obtenção de psicotrópicos em adultos e idosos brasileiros. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2020 Nov;25(11):4601-14. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.35962018>.

8. Ministério da Saúde. ISBN 978-85-334-1813-4. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: [Editora MS]; 2011. 76 p.

9. Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. Rev bras epidemiol [Internet]. 2017 Abr;20(2):335-44. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>.

10. Souza IT, Wildner DP, Gazdzich AK, Nink FO. A evolução dos psicofármacos no tratamento da depressão. Braz J Surg Clin Res BJSCR. 2020;33(2):109-14. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210108_095418.pdf

11. Abi-Ackel MM, et al. Uso de psicofármacos entre idosos residentes em comunidade: prevalência e fatores associados. Publicado em Jan/Mar 2017. Rev. Bra. Epidemiol. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415.

12. Carrasco Garrido P, Jiménez García R, Astasio Arbiza P, Ortega Molina P, de Miguel G. Psychotropics use in the Spanish elderly: predictors and evolution between years 1993 and 2003. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2007; 16(4): 449-57.

13. Aparasu RR, Mort JR, Brandt H. Psychotropic Prescription Use by Community Dwelling Elderly in the United States. J Am Geriatr Soc 2003; 51(5): 6717. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0579.2003.00212.x>.

14. Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Jiménez-Trujillo I, Esteban-Hernández J, Álvaro-Meca A, López-de Andrés A, DelBarrio-Fernández JL, Jiménez-García R. Time trend in psychotropic medication use in Spain: a nationwide population-based study. Int J Environ Res Public Health 2016; 13(12):1177. <https://doi.org/10.3390/ijerph13121177>.

15. Neutel CI, Walop W. Drug Utilization by Men and Women: Why the Differences? Drug Inf J 2005; 39(3):299-310.

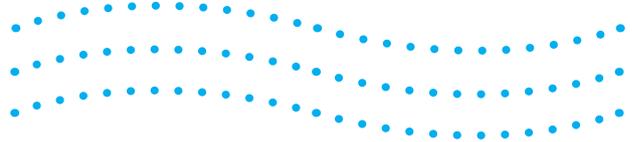
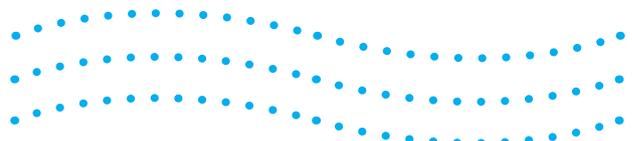
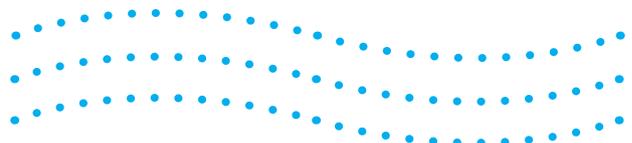
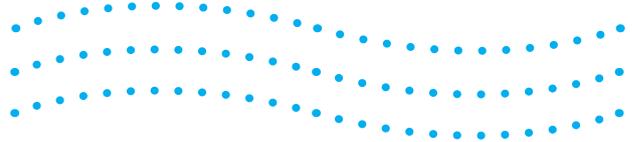
16. Santos DM, Santos MM, Magalhães HX. Uso racional de fármacos em idosos. NOV@: revista científica. Contagem: Nova Faculdade. 2012; 1(1).

17. Borim FSA, Barros MB de A, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de

base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 Jul;29(7):1415-26. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700015>.

18. Agostini-Zampieron, M et al. Uso de psicofármacos em um grupo de adultos mayores de Rosario, Argentina. Aten Fam. 2015;22(1): 10-13. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630038>

19. Almeida NA de, Reiners AAO, Azevedo RC de S, Silva AMC da, Cardoso JDC, Souza LC de. Prevalence of and factors associated with polypharmacy among elderly persons resident in the community. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2017 Jan;20(1):138-48. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160086>



PERMANÊNCIAS E RUPTURAS DAS PRÁTICAS DE REGULAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE NO BRASIL

PERMANENCE AND RUPTURES IN THE ADAPTATION OF TRANSEXUALITY PRACTICES IN BRAZIL
PERMANENCIAS Y RUPTURAS DE LAS PRÁCTICAS DE REGULACIÓN DE LA TRANSEXUALIDAD EN BRASIL

Juliana Vieira Sampaio ¹

Como Citar:

Sampaio JU. *Permanências e Rupturas das Práticas de Regulação da Transexualidade No Brasil*. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Transexualidade; Saúde; Sexualidade.

Descriptors:

Transsexuality, Health, Sexuality

Descriptores:

Transexualidad; Salud; Sexualidad.

Submetido:

30/05/2023

Aprovado:

27/09/2023

Autor(a) para Correspondência:

Juliana Vieira Sampaio
E-mail: julianavsampaio89@gmail.com

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é analisar as permanências e rupturas das práticas de regulação da transexualidade no Brasil. Utilizou-se como método a análise de documentos de domínios público a partir dos estudos de Peter Spink. Foram escolhidos como material de análise as regulações elaboradas pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Ministério da Saúde, pois são duas instituições que produzem efeitos de poder e de verdade na sociedade. A análise dos documentos indicou que o “Processo Transexualizador” oferecido pelo Sistema Único de Saúde é bastante influenciado pelas regulações do Conselho Federal de Medicina permanecendo com uma perspectiva diagnóstica e patológica da transexualidade. Com isso, o “Processo Transexualizador” não garante o direito à saúde às pessoas transexuais que não se encaixem no padrão diagnóstico estabelecido, bem como em circunstâncias que extrapolem as questões relacionadas a sexualidade. Concluímos que a relação entre o diagnóstico de disforia de gênero e os procedimentos envolvidos na redesignação sexual possibilitaram a institucionalização do atendimento às pessoas transexuais nos serviços de saúde, porém o seu acesso de modo integral e articulado em rede continua bastante precário, devido a produção de uma demanda restrita.

1. Doutora, Docente Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail para contato: julianavsampaio89@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5770-244X>

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the persistence and discontinuities of regulatory practices for transsexuality in Brazil. The method used was the analysis of publicly available documents based on the studies of Peter Spink. The regulations drawn up by the Federal Council of Medicine and the Ministry of Health were chosen as the material for analysis, as these are two institutions that generate power and truth effects in society. The analysis of the documents has shown that the “transsexualization process” offered by the Unified Health System is heavily influenced by the Federal Medical Council’s regulations and sticks to a diagnostic and pathological perspective of transsexuality. As a result, the “transsexualization process” does not guarantee the right to health for transgender people who do not meet the established standard of diagnosis, as well as for circumstances that go beyond issues of sexuality. We conclude that the link between the diagnosis of gender dysphoria and gender reassignment procedures has enabled the institutionalization of care for transgender people in health services, but that their access to comprehensive and connected care remains very precarious due to limited demand.

RESUMEN

El propósito de este estudio consiste en examinar las fluctuaciones y cambios de las medidas de regulación de la transexualidad en Brasil. Se utilizó como método el análisis de documentos de dominio público basado en los estudios de Peter Spink. Se escogieron como material de análisis los reglamentos elaborados por el Consejo Federal de Medicina y el Ministerio de Salud, por ser dos instituciones que producen efectos de poder y verdad en la sociedad. El análisis de los documentos ha constatado que el “Proceso Transexualizante” presentado por el Sistema Único de Salud se encuentra sumamente influenciado por las regulaciones del Consejo Federal de Medicina, dando lugar a una perspectiva diagnóstica y patológica de la transexualidad. En consecuencia, el “Proceso de Transexualización” no garantiza el derecho a la salud de las personas transgénero que no se ajustan al estándar diagnóstico establecido, así como en circunstancias que van más allá de lo relacionado con la sexualidad. En resumen, el diagnóstico de disforia de género y los procedimientos involucrados en la reasignación sexual permitieron que las personas transgénero estuvieran atendidas en los servicios de salud, pero no se pueden usar completamente y en red debido a la demanda limitada.

INTRODUÇÃO

A transexualidade foi incluída como disforia de gênero no Código Internacional de Doenças (CID), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1980 e três anos depois passa a ser categorizada como doença mental pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). É importante ressaltar que o processo de patologização da transexualidade, nesse período, tinha como uma das suas propostas, fazer com que as cirurgias de “transgenitalização” deixassem o campo da ilegalidade em alguns países e, com isso, promover a assistência dos sujeitos transexuais pelos serviços de saúde, tanto público, como privado.

No início do século XX, a cirurgia de transgenitalização era considerada mutilação pela lei, foi a articulação entre psiquiatria, endocrinologia e genética que promoveu uma série de mudanças neste campo. Dessa forma, a descriminalização das intervenções cirúrgicas e farmacológicas foi acontecendo gradualmente pelo mundo, 1935 na Dinamarca; 1967 na Grã-Bretanha e 1969 na república

Federal Alemã. O custo do tratamento passa a ser coberto pela Seguridade Social neerlandesa em 1972, quando a Associação Psiquiátrica Americana (APA) recomenda o procedimento cirúrgico como tratamento para transexualidade¹.

No Brasil, um dos casos que ganhou destaque na mídia foi o do médico Roberto Farina e sua paciente, que foram presos, ainda na década de 1970, após o que foi considerada, a primeira cirurgia de transgenitalização do país. Farina foi acusado de crime de lesão corporal e falsidade ideológica, além de infringir o Código de Ética Médica, que proíbi a realização de ato médico ilegal. O Supremo Tribunal, na época, inocentou o médico utilizando os argumentos de que a cirurgia foi realizada a partir do diagnóstico de transexualismo, proposto pelo endocrinologista Harry Benjamin e que, com isso, promoveu a melhoria da saúde da paciente².

A descriminalização da cirurgia de “transgenitalização” e dos procedimentos afins relacionados à transexualidade no Brasil, foi resultado de um longo processo de debate na área da saúde e justiça. Tais embates eram relacionados

ao Código de Ética Médica e ao Código Penal, pois se colocava em questão a legitimidade penal e ética do procedimento de transgenitalização, já que era considerada “mutilação grave” e “ofensa à integridade corporal”. Ademais, o crime de atribuição de falsa identidade, conforme Artigo 307 do Código Penal, era utilizado como argumentação contra a “redesignação sexual” devido as suas implicações jurídicas.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) só passou a regulamentar e autorizar a cirurgia de transgenitalização em 1997, por meio da resolução nº. 1.482, e o Ministério da Saúde (MS) formalizou as diretrizes técnicas e éticas para a atenção ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) dez anos após as orientações do CFM, por meio da Portaria GM nº. 1.707, em 18 de agosto de 2008. Tais regulamentações tanto do CFM como do MS foram revogadas e outras formas colocadas em vigor no seu lugar. Desse modo, o objetivo deste estudo é analisar as permanências e rupturas das práticas de regulação da transexualidade no Brasil.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada a partir da análise dos documentos normativos tanto do Conselho Federal de Medicina, como do Ministério da Saúde sobre o processo transexualizador. Justificamos a escolha das regulações elaboradas pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Ministério da Saúde como material de análise, por serem duas instituições que produzem efeitos de poder e de verdade na nossa sociedade, como veremos com mais detalhes adiante.

Tendo em vista a importância do CFM na organização das práticas voltadas para a transexualidade, analisou-se as quatro Resoluções elaboradas pelo órgão que regulamenta e autoriza a cirurgia de transgenitalização: CFM nº 1.482/97; CFM nº 1.652/2002; CFM nº 1.955/2010, CFM nº 2.265/2019^{3,4,5,6}. Segundo o CFM as Resoluções são “atos normativos” elaborados tanto pelo Conselho Federal de Medicina, como também, por alguns Conselhos Regionais de Medicina, “que regulam temas de competência privativa dessas entidades em suas áreas de alcance”. As Resoluções são produtos “dos órgãos supervisores, normalizadores, disciplinadores, fiscalizadores e julgadores da atividade profissional médica em todo o território nacional.”. Tais documentos foram escolhidos por

serem um regulador de práticas por excelência. Dessa forma, este material aponta os procedimentos que devem ser realizados, bem como orientar as ações médicas.

No que se refere as produções documentais do Ministério da Saúde (MS), elegemos para análise a Portaria GM n. 1.707 de 18 de agosto 2008; Portaria nº 859 de 30 de julho de 2013; Portaria nº 1579 de 31 de julho de 2013; Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013. Esses documentos foram escolhidos, por tratarem diretamente das orientações do MS sobre Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS.

Utilizamos a análise de documentos de domínios público a partir dos estudos de Peter Spink⁷ para orientar o olhar sob tais materialidades, buscando questionar e visibilizar os conceitos considerados universais, além de como estes são produzidos e produtivos. Entende-se que não há pensamentos ou representações ocultas e secretas por trás dos documentos explorados, entretanto buscou-se mostrar jogos e regras a que estes obedecem, relações estabelecidas e os modos como foram formados. Interessam nesse tipo de análise as permanências, como também, os momentos de rupturas, os cortes, as falhas, a descontinuidade, as novidades e os desvios. Nesse sentido, não há “leituras a priori”, e sim historicidade na produção de conhecimento.

Inserimos o pesquisar em um espaço político no qual diferentes saberes-poderes estão em debate, assim, não buscamos a origem ou a intenção de determinado fenômeno, mas como aconteceu a emergência justamente daquela prática e não de outras em seu lugar. Interessa-nos analisar de que modo o uso de determinados discursos em um dado momento histórico possibilita a construção de práticas específicas, qual a relação entre discurso e poder, isto é, como se configura a ordem do discurso a partir dos saberes de uma determinada época e quais são os seus efeitos de poder.

A perspectiva teórico-metodológica utilizada para orientar o enfoque desta pesquisa se alinha aos estudos de Michel Foucault⁸, pois se compreende que os documentos de domínio público são uma ação humana, situada, produtora de determinados modos de viver, bem como, de formas de governar a vida. Dialogou-se também com os estudos feministas⁹ a fim de problematizar a heteronormatividade e o binarismo de sexo que perpassam os documentos analisados.

O SABER BIOMÉDICO E A GESTÃO DA TRANSEXUALIDADE

A emergência do fenômeno da transexualidade na segunda metade do século XX está intimamente relacionada com o saber biomédico, enquanto este regula tanto os diagnósticos de Transtorno de identidade de gênero pela via da psiquiatria, como também, o uso e desenvolvimento de tecnologias farmacológicas e cirúrgicas, particularmente pela endocrinologia, cirurgia plástica e urologia. Apesar de parecer notória a afinidade entre tecnologia médica e a cirurgia de redesignação sexual, esta não é ressaltada nos estudos sobre a transexualidade, que geralmente focam na incoerência entre o gênero e o sexo.

O saber biomédico não só permite o suporte tecnológico para as intervenções corporais feitas pelas pessoas transexuais, mas também, apoia através do seu discurso a construção de uma forma diferenciada de vivenciar a sexualidade. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) foi fundamental para a organização dos atendimentos em saúde voltado para pessoas transexuais. O CFM foi criado em 1951 para normatizar e fiscalizar a prática médica, inicialmente sua atuação era restrita à aplicação de sanções do Código de Ética Médica e registro dos profissionais da área. Porém, pode-se observar que sua atuação se amplia para além da regulação dos médicos, exercendo muitas vezes um papel político e orientador das práticas de saúde de modo geral, como também de outras classes profissionais, como será visto adiante.

Alegando o caráter terapêutico da cirurgia de transgenitalização, a Resolução CFM nº 1.482/97 de 10 de setembro de 1997 legitima no Brasil este tipo de intervenção cirúrgica e orienta os procedimentos de tratamento da transexualidade. As três primeiras resoluções, CFM nº 1.482/97; CFM nº 1.652/2002; CFM nº 1.955/2010 consideram que as pessoas trans são portadoras de “desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ou autoextermínio”. Nesse sentido, a inserção da vivência transexual no campo dos transtornos psicológico é uma das condições primeiras para haver qualquer assistência terapêutica.

A Resolução CFM nº 2.265/2019 inova ao definir “transgênero ou incongruência de gênero a não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao

nascimento, incluindo-se neste grupo transexuais, travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero”. Tal mudança é resultado de uma mobilização mundial que defendeu o fim da patologização da transexualidade, esse movimento se fortaleceu em 2012, período de revisão do DSM, para a publicação da sua quinta versão, DSM V, em 2013. O resultado de tal mobilização foi a mudança do termo transtorno de identidade de gênero por disforia de gênero. Outra alteração provocada pelo movimento de despatologização foi na décima primeira edição do Código Internacional de Doenças (CID 11), em 2019, com a retirada da transexualidade da categoria de transtornos mentais e sua inserção nas condições relacionadas à saúde sexual, sendo nomeada como “incongruência de gênero”.

A ressalva do caráter não mutilador e sim terapêutico da cirurgia de redesignação sexual é algo que permanecia nas primeiras Resoluções do CFM, pois, esta intervenção “não constitui crime de mutilação previsto no artigo 129 do Código Penal, visto que tem o propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo psíquico”. Percebe-se que até 2019 o CFM compreendia a cirurgia como um modo de atingir a coerência entre sexo e gênero, assim, a tecnologia médica poderia intervir onde a “natureza” falhou. A experiência trans provoca uma quebra do regime heteronormativo, na medida que a coerência linear esperada entre sexo, gênero e desejo é subvertida¹⁰. Ao romper com a suposta lógica de que o gênero corresponde naturalmente ao sexo, isto é, que o feminino faz par com vagina e o masculino com pênis, ocorre um deslocamento no sistema total da heterossexualidade.

Dessa forma, para que se recupere a coerência, supostamente perdida, as primeiras Resoluções do CFM defendem que “a transformação da genitália constitui a etapa mais importante no tratamento de transexualismo”. A centralidade da cirurgia de transgenitalização nos casos de transexualidade é orientada pelos estudos de Harry Benjamin, endocrinologista advindo da Alemanha, que estabeleceu a diferença básica entre travestis e transexuais a partir do desejo ou não de realizar a cirurgia de redesignação sexual. Nesse sentido, os “transexuais verdadeiros” não se sentem confortáveis com os seus órgãos reprodutivos, já que seriam mulheres e homens em um “corpo errado”. Essa característica de busca pela cirurgia, formulada por Harry Benjamin, orientou, até 2019, o processo

de regulação da transexualidade nos atuais códigos médicos e consequentemente nas Resoluções do CFM, como podemos perceber no artigo a seguir:

Art. 3º Que a definição de transexualismo obedecerá, no mínimo, aos critérios abaixo enumerados: 1) Desconforto com o sexo anatômico natural; 2) Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; 3) Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; 4) Ausência de outros transtornos mentais^{3,4,11}.

A construção de um transexual ideal e universal pelo saber médico pautado em um sujeito com aversão às suas genitálias, que afirma ser um homem ou mulher no corpo errado, sem interesses sexuais, com tendências suicidas e de automutilação, e que por fim, para ser curado de tal transtorno deseja a cirurgia de transgenitalização a qualquer custo impõe um único padrão de vida para as pessoas transexuais que necessitam da assistência na área da saúde.

Podemos perceber que a forma de compreensão da transexualidade como doença mental e a centralidade da cirurgia foram características que permaneceram até 2019. Analisando o que motivou a revogação das Resoluções de 1997 e 2002, constatamos que a principal alteração entre uma Resolução e outra é justamente o avanço tecnológico na prática médica, no qual alguns procedimentos cirúrgicos que eram considerados experimentais, se tornam amplamente acessíveis, como podemos observar nos trechos abaixo:

1. Autorizar, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo (destaque nosso).

Art. 1º Autorizar a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. Art. 2º Autorizar, ainda a título experimental, a realização de

cirurgia do tipo neofaloplastia . (destaque nosso).

As citações acima são a motivação central para substituição de uma Resolução por outra. Enquanto na primeira Resolução de 1997 todos os procedimentos são de caráter experimental e consequentemente devem ocorrer em hospitais universitários que desenvolvam pesquisa na área, na Resolução de 2002 e 2019 já se observa que tal restrição só é especificada para os casos de neofaloplastia. Observamos, dessa forma, que a visibilidade e o acesso ao serviço médico para os homens trans tem sido mais difícil, pois mesmo que a mastectomia e histerectomia já fossem procedimentos amplamente acessíveis para a população de modo geral, apenas em 2010 ela deixa ter o caráter experimental para os homens trans. O próprio Conselho Federal de Medicina, no documento em anexo da Resolução CFM nº 1.955/2010, questiona as motivações envolvidas na elaboração da Resolução CFM nº 1.652/2002 que restringe a assistência dos homens trans:

Entendemos que a neofaloplastia, tem resultados estéticos e funcionais ainda questionáveis, e que seja mantida como experimental. Entretanto, as intervenções sobre gônadas e caracteres sexuais secundários, usuais na prática cirúrgica, são autorizadas desde que o paciente cumpra as exigências de definição e seleção exigidas. Se em respeito à autonomia e à autodeterminação reconhecemos o direito de o paciente negar-se a ser submetido a qualquer tipo de tratamento e reconhecemos também o direito de as pessoas serem submetidas a todas as formas cabíveis de mudança corporal (próteses, lipoescultura, remodelações, etc.), por que razão não se dá esse direito ao transexual?⁵.

O recorte acima discute não só o acesso a mudanças corporais, mas fala também em autonomia e autodeterminação como direitos dos pacientes, porém, o que se observa em outros trechos das Resoluções é justamente a defesa pelo controle do especialista da saúde sobre o paciente, que deve se enquadrar em uma série de pressupostos para ter qualquer tipo de atendimento.

O Ministério Público na Apelação Cível nº 2001.71.00.026279-9/RS ao defender o acesso das

peças transexuais ao Sistema Único de Saúde, apresenta como argumento central o direito fundamental de liberdade, que concebe o indivíduo como sujeito de direito ao invés de objeto de regulação alheia, além de entender a sexualidade como aspecto da vida individual livre da interferência de terceiros. O documento aponta que:

(...) a proteção à dignidade humana requer a consideração do ser humano como um fim em si mesmo, ao invés de meio para a realização de fins e de valores que lhe são externos e impostos por terceiros; são inconstitucionais, portanto, visões de mundo heterônomas, que imponham aos transexuais limites e restrições indevidas, com repercussão no acesso a procedimentos médicos¹³.

A noção de liberdade é incompatível com a noção que pessoas transexuais seriam incapazes de decidir sobre o próprio corpo, dependendo da tutela de profissionais da saúde para saber o que é melhor para si. Entretanto, a regulação do saber biomédico sobre o corpo e as condutas das pessoas trans não impede que as Resoluções desde 1997 orientem a existência do comitê de ética nos serviços de saúde, além da assinatura do Consentimento livre e esclarecido, pelos pacientes. As pessoas transexuais não têm autonomia para decidir sobre a cirurgia, mas podem arcar com toda a responsabilidade sobre os efeitos dos procedimentos biomédicos.

O CFM determina que os sujeitos capazes de autorizar ou não a cirurgia são os integrantes da equipe multidisciplinar, que seleciona os eleitos, após dois anos de acompanhamento, nas primeiras resoluções e 1 (um) ano na resolução de 2019. Existe uma série de condições para o paciente realizar a cirurgia de transgenitalização, o risco é que a autorização seja baseada em supostos níveis de feminilidade e masculinidade, atrelados a padrões de gênero como gostar de rosa ou azul, brincar de boneca ou carrinho, etc. Tais proposições possuem efeitos discursivos que se vinculam às normas e julgam “ao final de um processo se uma pessoa é um ‘transexual de verdade’”¹⁴.

A busca da racionalidade médica em distinguir a disforia de gênero dos demais “transtornos sexuais”, e produzir o “transexual verdadeiro”, evidencia a heteronormatividade do discurso médico. O uso das tecnologias biomédicas para moldar o corpo trans reitera as normas de gênero através da padronização

da masculinidade e feminilidade, além da exclusão da homossexualidade. “O fenômeno da transexualidade revela a influência material da tecnologia médica no modelo que permite conceber um sistema de coerência e incoerência entre sexo e gênero”.

As Resoluções do Conselho Federal de Medicina dispõem sobre como a equipe multidisciplinar deve atuar, apesar de tal órgão só estar autorizado a orientar os profissionais da área médica, definindo o período mínimo de acompanhamento e a necessidade do diagnóstico para tratamentos hormonais e cirúrgicos. Não podemos ser ingênuos ao ponto de acreditar que as teorias médicas são aos produtores de determinada ordem social, mas também não podemos negar a sua importância no jogo de forças que naturaliza a sexualidade e instituir determinados modos de viver.

As pessoas trans ao demandarem a tecnologia médica tiveram agência neste movimento, na medida, em que estes sujeitos necessitam dos atendimentos na área da saúde para alcançar o seu objetivo de modificação corporal, eles reproduzem o discurso médico sobre a transexualidade para justificar tais necessidades.

Transexuais não teriam sido apenas vítimas de um sistema normativo de patologização do gênero, e sim, teriam influenciado diretamente na construção da categoria diagnóstica que culminou na codificação do transexualismo como transtorno de identidade de gênero em 1980. Assim, através da demanda de mudança de sexo, nos anos 1950- 1960, transexuais teriam estrategicamente se distinguido de travestis e homossexuais e se engajado ativamente na produção de si como sujeitos¹⁵.

Apesar desde o final do século XIX, já se houvesse relatos sobre a transexualidade, apenas quando foi ampliada a possibilidade de intervenção médica sobre esses casos, foi viabilizado concomitantemente a construção de um espaço de assistência e terapia, principalmente no campo da saúde pública, nos mais diversos países. A influência do saber biomédico é bastante presente na história do fenômeno transexual, desde a elaboração do diagnóstico ao processo terapêutico.

Entretanto, colocamos em questão a centralidade da cirurgia e da patologização, na assistência a esses sujeitos, que termina por reproduzir um sistema

normativo de sexo e gênero que não corresponde com os diferentes modos de viver a transexualidade. A transexualidade não possui características estáveis e universais, pois as formas de vivenciá-la são produzidas a partir dos laços feitos e desfeitos, seja com o saber médico, com as tecnologias cirúrgicas, com o diagnóstico, as normas de sexo e gênero, etc.

Com isso, a transexualidade é padronizada e há instituição de um modelo, também se restringe os modos de assistência em saúde às pessoas transexuais, não havendo, assim, a compreensão destes sujeitos de forma integral e de uma compreensão da saúde como integral.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E “PROCESSO TRANSEXUALIZADOR”

No Brasil, a cirurgia de transgenitalização se tornou acessível pelo Sistema Único de Saúde em 2008, por meio da Portaria GM nº. 1.707, de 18 de agosto de 2008, que formalizou as diretrizes técnicas e éticas para a atenção ao Processo Transexualizador no SUS. Depois da primeira Portaria de 2008, foram construídas outras duas diretrizes em 2013, a Portaria nº 859, de 30 de julho de 2013, que foi suspensa um dia após a sua publicação e a Portaria nº 2.801, de 19 de novembro de 2013, atualmente em vigor.

As Portarias tanto de 2008, como as de 2013 citam respectivamente como primeira e principal referência para sua elaboração as condições estabelecidas pelas Resoluções de 2002 e 2010 do Conselho Federal de Medicina. Com isso, a categoria médica ao iniciar o processo de orientação sobre o atendimento dos casos de transexualidade passa a nortear os demais documentos da área da saúde que tratam sobre o tema.

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador a ser empreendido em serviços de referência devidamente habilitados à atenção integral à saúde aos indivíduos que dele necessitem, observadas as condições estabelecidas na Resolução nº 1.652, de 6 de novembro de 2002, expedida pelo Conselho Federal de Medicina¹⁶.

As mudanças nas Portarias do SUS foram fortemente influenciadas pelas alterações propostas pelo Conselho Federal de Medicina. Observaremos

mais adiante que uma das principais novidades da Portaria de 2013 é justamente o SUS passar a cobrir as cirurgias de alteração das ditas características sexuais secundárias dos homens trans, como ressaltamos anteriormente nas propostas da Resolução do CFM nº 1.955/2010.

Tal preponderância do saber biomédico também pode ser observada na suspensão da Portaria nº 859, de 30 de julho, um dia após a sua publicação, pela Portaria nº 1.579, de 31 de julho de 2013:

Considerando o Parecer nº 8/2013 do Conselho Federal de Medicina que dispõe sobre a terapia hormonal para adolescentes, travestis e transexuais, resolve: Art. 1º Ficam suspensos os efeitos da Portaria nº 859/SAS/MS de 30 de julho de 2013, até que seja definido os protocolos clínicos e de atendimento no âmbito do Processo Transexualizador¹⁷.

Segundo o Ministério da Saúde, era necessário avaliar melhor os critérios que justificavam o atendimento de adolescentes travestis e transexuais no Processo Transexualizador. A diminuição da idade mínima para iniciar qualquer atendimento do Processo Transexualizador era uma das principais mudanças propostas pela Portaria suspensa nº 859, de 30 de julho de 2013. O atendimento clínico e a hormonioterapia teriam sua idade mínima reduzida para 16 anos, enquanto a cirurgia de redesignação sexual, poderia ser realizada a partir dos 18 anos, isto é, dois anos a menos que na diretriz anterior e na atual. A Portaria vigente, nº 2.801, de 19 de novembro de 2013, afirma que:

§ 2º Em relação ao cuidado dos usuários e usuárias no Processo Transexualizador:

I - a hormonioterapia que trata esta Portaria será iniciada a partir dos 18 (dezoito) anos de idade do paciente no Processo Transexualizador; e

II - os procedimentos cirúrgicos de que trata esta Portaria serão iniciados a partir de 21 (vinte e um) anos de idade do paciente no Processo Transexualizador, desde que tenha indicação específica e acompanhamento prévio de 2 (dois) anos pela equipe multiprofissional que acompanha o usuário(a) no Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador¹⁸.

A justificativa para estabelecer tais idades como o início dos procedimentos do Processo Transexualizador não é esclarecida em nenhum momento das Portarias. Tendo em vista que uma pessoa transexual tenha iniciado o seu acompanhamento aos 18 anos, após dois anos de acompanhamento com a equipe multiprofissional, ela estaria habilitada para realizar os processos cirúrgicos, como prótese de silicone aos 20 anos e não aos 21 como especificado na Portaria.

A retirada dos adolescentes dos possíveis beneficiados do Processo Transexualizador é defendida pelo Ministério da Saúde a partir do pressuposto de que seria um problema a “obtenção da autorização dos pais e responsáveis, no caso de faixa etária específica, e de acompanhamento multidisciplinar ao paciente e aos seus familiares”. Por outro lado, o Parecer nº 8/2013 do CFM, utilizada como referência para suspender o tratamento de adolescentes travestis e transexuais, se posiciona conclusivamente da seguinte forma sobre o uso de hormônios:

Essa assistência deve ocorrer o mais precocemente possível, iniciando com intervenção hormonal quando dos primeiros sinais puberais, promovendo o bloqueio da puberdade do gênero de nascimento (não desejado); aos 16 anos, persistindo o transtorno de identidade de gênero, gradativamente deverá ser induzida a puberdade do gênero oposto. Para os jovens, a administração de 17 β estradiol oral (hormônio feminino) e para as jovens, a de testosterona intramuscular (hormônio masculino), conforme os protocolos detalhados no corpo deste parecer¹⁷.

Apesar de não ter diminuído a idade de início do acompanhamento no Processo Transexualizador, a Portaria nº 2.801, de 19 de novembro de 2013 ampliou o perfil dos usuários que podem ser atendidos, dando maior visibilidade aos homens trans e travestis. Enquanto a primeira Portaria de 2008 justificava a sua existência pela “necessidade de estabelecer critérios de indicação para a realização dos procedimentos previstos no Processo Transexualizador, de transformação do fenótipo masculino para feminino”, a Portaria de 2013 considera como fundamental “a necessidade

de aprimorar a linha de cuidado no Processo Transexualizador, em especial para pacientes que desejam a readequação para o fenótipo masculino, pelo SUS”. Mesmo que seja dada uma atenção especial aos homens transexuais, a cirurgia de redesignação sexual e outros procedimentos para este público continuam com caráter experimental:

O SUS realizará, em caráter experimental, os procedimentos de vaginectomia e neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, clitoroplastia e cirurgia de cordas vocais em pacientes em readequação para o fenótipo masculino, nos termos da Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652 de 2002¹⁷.

Travestis, também são contempladas na Portaria de 2013 “compreende-se como usuário(a) com demanda para o Processo Transexualizador os transexuais e travestis.” Porém, a entrada de travestis nesse Processo fica ambígua ao longo do texto da Portaria, pois todos os procedimentos estão condicionados aos critérios diagnósticos do CID. Apesar da tentativa de ampliar o quadro de usuários que podem usufruir do Processo Transexualizador, a obrigatoriedade do diagnóstico impede que esta proposta seja executada. Além disso, observamos que qualquer procedimento cirúrgico, como retirada do pêlo de Adão ou implante de silicone, são restritos aos sujeitos diagnosticados como transexuais. Mesmo que o uso de silicone industrial seja apontado como um problema pelo Ministério da Saúde, que indica a necessidade de “definir e implementar estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis pelo uso de silicone industrial”, este público continua sem assistência na saúde, devido à necessidade do diagnóstico.

As portarias do Ministério da Saúde continuam indicando que o desejo pela cirurgia de redesignação sexual é o principal demarcador para a classificação dos sujeitos como “transexuais verdadeiros” ou não. Nesse sentido, a maioria dos procedimentos terapêuticos continuam, até hoje, condicionados ao diagnóstico, os sujeitos que não desejam realizar a cirurgia de redesignação sexual, e/ou que resistem ao diagnóstico psicopatológico, são excluídos dos

serviços de saúde.

Além disso, o “Processo Transexualizador” é compreendido, pelas atuais regulações, como uma série de procedimentos que funcionam de modo encadeado e inseparável, seguindo a determinado padrão: 1º) dois anos de atendimento clínico; 2º) diagnóstico de transexualismo; 3º) terapia hormonal 4º) e último, cirurgia de transgenitalização. Enquanto o sujeito não concluir a última etapa do “Processo Transexualizador”, ele é considerado incompleto. No caso do uso de hormônios, por exemplo, existem diretrizes diferentes para a hormonioterapia de transexuais verdadeiros, que orientam a administração de drogas que impeçam a produção de testosterona e consequentemente a ereção, isto é, funcionaria como um teste prévio para saber se o sujeito está ou não habilitado para a cirurgia de transgenitalização.

Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador: Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador (ciproterona)¹⁷.

Existe também o tratamento hormonal para aqueles que não foram autorizados a realizar a cirurgia, mas que já possuem diagnóstico:

Tratamento hormonal no Processo Transexualizador: Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transexualizador (estrógeno ou testosterona)¹⁷.

A obrigatoriedade do diagnóstico e a centralidade da cirurgia de redesignação sexual era mais evidente na Portaria de 2008:

Art. 8º - Criar o procedimento específico para tratamento hormonal pré-operatório à cirurgia seqüencial de transgenitalização.

Informações indispensáveis e mínimas do Prontuário:

- a. Identificação do paciente;*
- b. Histórico clínico;*
- c. Avaliação que consiste em: anamnese,*

aferição dos critérios mínimos de definição de transexualismo, conforme estabelecido na Resolução CFM nº 1.652/2002, hipótese diagnóstica e apropriada conduta propedêutica e terapêutica; avaliação psicológica e psiquiátrica;

d. Indicação dos procedimentos terapêutico clínico e cirúrgico;

e. Descrição dos procedimentos terapêutico clínico e cirúrgico, em ficha específica contendo:

- identificação da equipe;*
- descrição cirúrgica, incluindo os materiais usados e seus respectivos registros nacionais, para controle;*

f. Descrição da evolução;

g. Sumário da alta hospitalar;

h. Ficha de registro de infecção hospitalar (CCIH);

i. Acompanhamento e evolução ambulatorial¹⁷.

Enquanto que a Portaria de 2013 apresenta como diretriz a perspectiva de saúde integral:

Art. 2º São diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do Processo Transexualizador no SUS:

I - integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas;

II - trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional;

III - integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção¹⁷.

Embora a cirurgia de transgenitalização não seja apontada como central na Portaria de 2013 é ela quem orienta a tabela de serviços e o sequenciamento dos atendimentos, como vimos anteriormente. Destaque também para o atendimento humanizado

que irá evidenciar o imperativo de ponderar sobre a transexualidade fora das questões pré e pós-operatórias.

Art. 4º A integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Básica será garantida pelo:

I - acolhimento com humanização e respeito ao uso do nome social; e

II - encaminhamento regulado ao Serviço de Atenção Especializado no Processo Transexualizador¹⁷.

É evidenciado que o problema da transexualidade é mais complexo, pois tangencia a patologização e estigmatização da população trans, apesar da cirurgia de transgenitalização ser usualmente apontada como demanda central. A inserção da Atenção Básica como porta de entrada também para o Processo Transexualizador, demonstra a tentativa de se desvincular da cirurgia e buscar a construção de um atendimento mais integral na área da saúde trans.

A Portaria de 2013 cria duas modalidades de cuidado ao usuário, a modalidade ambulatorial que propõe realizar o atendimento clínico e hormônio terapia, enquanto a modalidade hospitalar, a única prevista anteriormente, é destinada às cirurgias e aos acompanhamentos pré e pós operatórios. A construção de duas modalidades de atendimento também influencia na instituição da equipe multiprofissional. Enquanto na Portaria de 2008 a equipe mínima era composta por um médico cirurgião, anestesiológico, endocrinologista, psiquiatra enfermeiros, psicólogo e assistente social, na Portaria atual os únicos profissionais que são permanentes nas equipes de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, independente da modalidade de serviço, são os psicólogos e assistentes sociais, na medida em que as especialidades médicas variam conforme a necessidade do nível de atenção em saúde.

A construção de duas modalidades de atendimento, um ambulatorial e outro cirúrgico permite que os sujeitos trans tenham acesso a uma diversidade maior de serviços independente das cirurgias, porém, quando se observa a tabela na qual são organizados os serviços oferecidos há uma lista imensa de intervenções cirúrgicas. Até a Portaria de 2008 só estavam previstos três procedimentos:

administração hormonal, cirurgia de redesignação sexual do sexo masculino para o feminino e retirada do pomo de Adão e feminilização da voz. A Portaria de 2013 prevê: atendimentos clínicos de duas modalidades, com e sem indicação de cirurgia; terapia hormonal, de duas modalidades, com e sem indicação de cirurgia; redesignação sexual no sexo masculino, construção da neovagina; tireoplastia, retirada do pomo de Adão e feminilização da voz; mastectomia bilateral; histerectomia com anexectomia bilateral e colpectomia, retirada do útero, ovário e vagina; cirurgias complementares de redesignação sexual, reconstrução da uretra e do ânus; plástica mamária com implante de silicone.

O crescimento da demanda por novos procedimentos cirúrgicos por meio da Portaria de 2013 não foi acompanhado pelo aumento de hospitais habilitados a realizar o processo transexualizador pelo Ministério da Saúde. São somente cinco hospitais autorizados para realizar tais procedimentos, desde 2008 o número permanece o mesmo: Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre/RS; Hospital Universitário Pedro Ernesto – Rio de Janeiro/RJ; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo/SP; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia/GO; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – Recife/PE. Todos os hospitais citados são vinculados às universidades, mesmo que apenas a cirurgia de neofaloplastia ainda seja considerada experimental e por isso só pode ser realizada em hospitais de ensino. A descrição dos procedimentos relacionados aos homens trans também chamam atenção na Portaria atual devido à flexão de gênero ou falta de flexão consoante a identidade de gênero do usuário, como, por exemplo, nos trechos: “Mastectomia simples bilateral em *usuária* sob Processo Transexualizador” e “Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em *usuárias* sob Processo Transexualizador”. As duas intervenções citadas são voltadas para os homens trans, eles são nomeados nos documentos como usuária(s), no gênero feminino. Mesmo citando a importância do uso do nome social como processo humanizador no atendimento de pessoas trans, a flexão de gênero apropriada não foi notada durante a produção do documento.

O respeito ao gênero com o qual o sujeito se identifica é uma das orientações básicas para a construção de um cuidado mais acolhedor e menos estigmatizante para esta população. O Processo

Transexualizador não é consenso entre as pessoas trans, por existirem realidades distintas, como também necessidades diferentes em relação às intervenções somáticas que seriam satisfatórias para cada sujeito. Porém, o preconceito, a discriminação e a conotação patologizante que é vivenciado cotidianamente por esta população têm sido apresentados como central na luta por direitos, demandando iniciativas que possibilitem a humanização do atendimento, com respeito à identidade de gênero e a viabilização e qualificação do acesso dessas pessoas ao sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

DIREITO À SAÚDE E AUTONOMIA

Existiam e permanecem existindo diferentes redes de ordenamentos “sociotécnicos” constituídos por materialidades e socialidades utilizados para constituir relações de poder, classificar, planejar políticas públicas que resultam em protocolos empregados para estabelecer como as pessoas que estão em desacordo com o sexo designado no nascimento devem viver. Apesar do saber médico determinar uma clara distinção entre travestis e transexuais, as pessoas transitam entre os padrões de gênero de modo fluido, apesar da exigência em diagnosticar como condição de acesso à saúde.

Podemos perceber nos tópicos anteriores que o “Processo Transexualizador” é formado por um conjunto de estratégias de atenção à saúde que estão restritas aos processos de transformação dos “caracteres sexuais” dos indivíduos nomeados como transexuais. Nesse sentido, tal processo não busca estabelecer diretrizes para a atenção integral das pessoas trans, não garantindo, o direito à saúde em circunstâncias que extrapolem as questões relacionadas à sexualidade. A relação entre o diagnóstico e os procedimentos envolvidos na redesignação sexual possibilitaram a institucionalização do atendimento às pessoas trans nos serviços de saúde, porém o seu acesso de modo integral e articulado em rede continua bastante precário, devido a produção de uma demanda restrita.

Dessa forma, os sujeitos que não desejam realizar a cirurgia de “redesignação sexual” e resistem ao diagnóstico, são excluídos dos serviços de saúde. Tais controvérsias têm provocado intensas discussões acerca da proposição de políticas públicas, e construção das Portarias do Ministério

da Saúde. Pode-se perceber que a mobilização dos movimentos sociais pela despatologização da vivência trans possibilitou mudanças no DSM V, no CID 11 e na Resolução CFM nº 2.265/2019. O dever trans dependem dos sujeitos políticos implicados, e as possibilidades de subjetivação se fazem de acordo com uma rede múltipla e heterogênea.

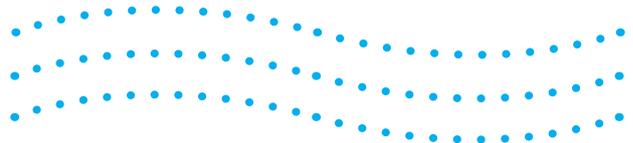
CONTRIBUIÇÃO DA AUTORA

Juliana Vieira Sampaio contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa a redação do manuscrito e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.482/97: Cirurgia de transgenitalismo, 1997.
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.652/02: Cirurgia de transgenitalismo, 2002.
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.955/10: Cirurgia de transgenitalismo, 2010
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.482/97: Cirurgia de transgenitalismo, 1997
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.652/02: Cirurgia de transgenitalismo, 2002.
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.955/10: Cirurgia de transgenitalismo, 2010.
7. Ministério Público. Ação Civil Pública nº 2001.71.00.026279-9/RS. 2001.
8. Bento B, Pelúcio L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-581, maio/agosto, 2012. p.573. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>
9. Aran M, Murta D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. Physis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009. p.28. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100003>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.707, 18 de agosto 2008. Processo Transexualizador. 2008.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1579, 31 de julho de 2013. Brasília, DF, 2013a.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 859, 30 de julho de 2013. Processo transexualizador. Brasília, DF, 2013b.

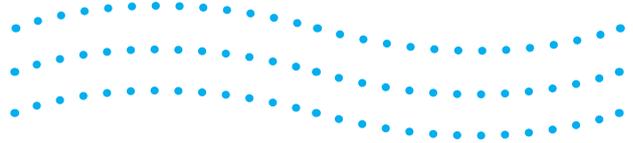
13. Conselho Federal de Medicina. PROCESSO-CONSULTA CFM nº 32/12 – PARECER CFM nº 8/13. 2013.



14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 859, 30 de julho de 2013. Processo transexualizador. Brasília, DF, 2013b.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 859, 30 de julho de 2013. Processo transexualizador. Brasília, DF, 2013b.

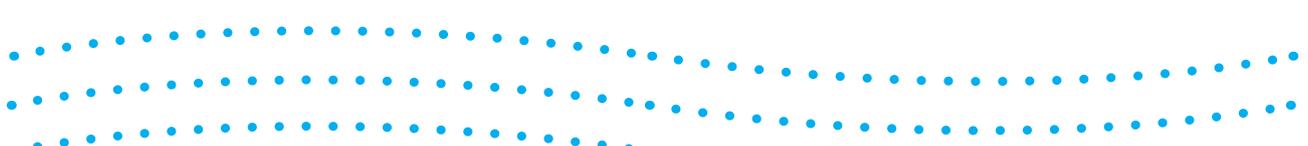
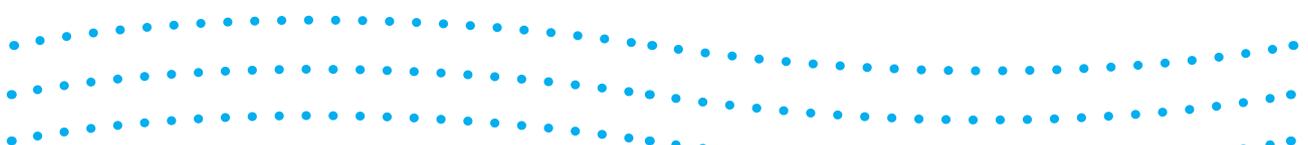
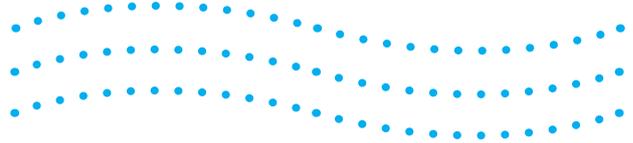
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 859, 30 de julho de 2013. Processo transexualizador. Brasília, DF, 2013b.



17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.707, 18 de agosto 2008. Processo Transexualizador. 2008.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 859, 30 de julho de 2013. Processo transexualizador. Brasília, DF, 2013b.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 859, 30 de julho de 2013. Processo transexualizador. Brasília, DF, 2013b.



COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO GESTOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

SKILLS OF MANAGING NURSES IN PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

HABILIDADES DEL DIRECTOR DE ENFERMERAS EN LA UNIDAD BÁSICA DE SALUD: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

Cristiane Pouey Vidal Borlina ¹

Francielle Bendlin Antunes ²

Letice Dalla Lana ³

Como Citar:

Borlina CPV, Antunes FB; Lana LD. Competências do Enfermeiro Gestor na Atenção Primária: Revisão Integrativa de Literatura. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Enfermagem; Gestão; Atenção Primária em Saúde.

Descriptors:

Nursing; Management; Primary Health Care.

Descriptores:

Enfermería; Gestión; Primeros auxilios.

Submetido:

23/05/2023

Aprovado:

11/10/2023

Autor(a) para Correspondência:

Cristiane Pouey Vidal Borlina
Email: crispouey@gmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar as competências do enfermeiro gestor na Atenção Primária de Saúde. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Gestão em saúde, gestão em enfermagem e unidades básicas de saúde. Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis em texto integral; artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhol; artigos publicados entre 2011 a 2021; e que discutem as formas de gestão de enfermagem na atenção primária à saúde de unidades básicas de saúde e estratégias de saúde da família. A questão orientadora foi "quais as competências do enfermeiro gestor na Atenção Primária de Saúde?". A amostra final de 07 artigos científicos, dos quais identificou as competências dos enfermeiros: tomada de decisão; comunicação; liderança; planejamento; cuidado à saúde; avaliação periódica dos profissionais de saúde; educação permanente; ética; trabalho em equipe; gerenciamento de conflitos e de pessoas. Conclui-se que as competências do enfermeiro conforme a Lei nº 7.498/86, não estão em consonância com as competências identificadas nos artigos selecionados, exceto planejamento e monitoramento do trabalho desenvolvido pelos técnicos de enfermagem.

1. Enfermeira. 3º SGT Militar de saúde do exército Brasileiro do Posto Médico de Guarnição de Uruguaiana. E-mail: crispouey@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5551-6942>.

2. Enfermeira. Docente do curso técnico de Enfermagem da Instituição de Ensino Querty Escola de Dom Pedrito. E-mail: franbendlin@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6375-1106>.

3. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Pampa. E-mail: leticelana@unipampa.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9624-8152>

ABSTRACT

The objective was to identify the skills of the nurse manager in Primary Health Care. Method: This is an integrative review, carried out in the Virtual Health Library (VHL) databases, with the Descriptors in Health Sciences (DeCS): Health management, nursing management and basic health units. Inclusion criteria were articles available in full text; articles in Portuguese, English and Spanish; articles published between 2011 and 2021; and that discuss forms of nursing management in primary health care at basic health units and family health strategies. The guiding question was "what are the competencies of the nurse manager in Primary Health Care?". Results: Final sample of 07 scientific articles, which identified the skills of nurses: decision-making; Communication; leadership; planning; health care; periodic evaluation of health professionals; Permanent Education; ethic; team work; conflict and people management. Conclusion: It is concluded that the competences of nurses according to Law nº 7498/86 are not in line with the competences identified in the selected articles, except for planning and monitoring the work carried out by nursing technicians.

RESUMEN

El objetivo identificar las competencias del enfermero gestor en la Atención Primaria de Salud. Se trata de una revisión integradora, realizada en las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), con los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Gestión en Salud, Gestión de Enfermería y unidades básicas de salud. Los criterios de inclusión fueron artículos disponibles en texto completo; artículos en portugués, inglés y español; artículos publicados entre 2011 y 2021; y que discutan formas de gestión de enfermería en la atención primaria de salud en unidades básicas de salud y estrategias de salud de la familia. La pregunta orientadora fue "¿cuáles son las competencias del enfermero gestor en la Atención Primaria de Salud?". Muestra final de 07 artículos científicos, que identificaron las competencias de los enfermeros: toma de decisiones; Comunicación; liderazgo; planificación; cuidado de la salud; evaluación periódica de los profesionales de la salud; Educación Permanente; principio moral; trabajo en equipo; Gestión de conflictos y personas. Se concluye que las competencias del enfermero, según la Ley n.º 7.498/86, no están en consonancia con las competencias identificadas en los artículos seleccionados, excepto para la planificación y seguimiento del trabajo desarrollado por los técnicos de enfermería.

.....

INTRODUÇÃO

A Atenção primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de atenção em saúde, sendo a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹. A APS caracteriza-se pelo conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a prevenção e promoção da saúde. Sua composição mínima envolve uma equipe de profissionais com caráter multiprofissional e interdisciplinar, composta por um médico de família e comunidade ou especialista em clínica médica com capacitação e experiência em APS, um profissional de saúde de nível superior, um enfermeiro especialista em saúde da família ou generalista¹.

Neste cenário, o profissional enfermeiro torna-se o personagem principal nas ações de saúde desenvolvidas na APS, especialmente as que envolvem a gerência, para incluir atividades de âmbito individual e coletivo. O enfermeiro gestor, por meio de ações de prevenção e promoção, é capaz

de transformar a prática em saúde ao dimensionar os problemas de maneira global² a partir do tripé: conhecimento, habilidade e atitude (CHA)³.

Tais competências do gestor são inerentes ao enfermeiro, pois desde a sua formação a temática é contemplada de modo permanente tanto na teoria como na prática. Logo, o enfermeiro pode contribuir para ordenar o funcionamento do serviço, tomar deliberações e responsabilidades, transformando as realidades e contemplando metas e indicadores de qualidade.

Todavia, para atingir essa transformação, torna-se necessário a descrição de objetivos estratégicos organizacionais para que o trabalho em equipe obtenha os melhores resultados, com menos esforços, maior qualidade e menor uso de recursos⁴. Em outras palavras, cabe ao enfermeiro promover a interligação efetiva das práticas e dos profissionais das Redes de Atenção à Saúde (RAS), de modo que facilite e incentive o trabalho em equipe, proporcionando aos sujeitos envolvidos constituírem-se como protagonistas das ações em saúde².

O desenvolvimento do CHA torna-se um desafio aos enfermeiros gestores, pois há a indiscutível necessidade de reunir aspectos técnicos, administrativos e atitudes pessoais, como ética, afetividade, prospecção e diálogo, portanto, espera-se que este profissional intencione suas ações numa ótica coletiva e que seus objetivos sejam auferidos pelo esforço do conjunto e não apenas pela reunião de esforços individuais². Em síntese, não basta atingir metas ou resultados, é preciso que as ações sejam éticas, moralmente corretas, socialmente justas e ambientalmente sustentáveis⁵.

A prática gerencial e assistencial do enfermeiro na APS é pautada por diversos documentos reguladores que direcionam o atendimento e serviço, como, por exemplo, a Política Nacional de Atenção Básica, os protocolos que o Ministério da Saúde (MS)⁶ e as legislações que são impostas pela classe como a Resolução N° 0564/2017⁷, que dispõe do código de ética dos profissionais de enfermagem e Lei 7498/86⁸, ambas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Esta última regulamenta o exercício profissional da enfermagem e define as competências de cada profissional, que contemplam a gerência do trabalho dos demais membros da equipe; prestação de cuidados especiais, domínio dos conhecimentos relativos ao exercício do trabalho assistencial da enfermagem, avaliação das necessidades de cada paciente e código de ética dos profissionais de enfermagem. A partir disso, as competências do enfermeiro foram agrupadas e transcritas na Lei n° 7.498/86⁸, sendo elas: supervisão, planejamento, organização, execução, coordenação e monitoramento do trabalho desenvolvido pelos técnicos de enfermagem.

Considerando-se que a gestão é inerente ao processo de trabalho do enfermeiro na APS, o estudo justifica-se, portanto, pela indagação dos aspectos relacionados à gestão em saúde e quanto às competências do profissional enfermeiro. Uma vez que o estudo sobre a temática amplia o conhecimento da área profissional, possibilitando compreender e caracterizar o processo de trabalho da enfermagem e as peculiaridades do campo da gerência em saúde.

Neste ponto de vista, o objetivo deste estudo é identificar as competências do enfermeiro gestor na APS.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, metodologia que possibilita a análise de outras pesquisas

relevantes, as quais apresentam lacunas do conhecimento que ainda necessitam ser preenchidas através da realização de novos estudos⁹.

A questão orientadora, definida neste estudo foi: “quais as competências do enfermeiro gestor na Atenção Primária de Saúde?”. A estratégia de busca incluída na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) contemplou os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): gestão em saúde, gestão em enfermagem e unidades básicas de saúde, utilizando-se o codificador booleano *and* para cruzar os descritores selecionados já na ordem apresentada. Os filtros para a busca na BVS incluíram-se o tipo de estudo: ensaio clínico controlado; pesquisa qualitativa; estudo prognóstico; assunto: atenção primária à saúde; enfermagem; gestão em saúde; estratégias saúde da família; sistema único de saúde; saúde pública; gestor de saúde; intervalo de ano de publicação: 2011 e 2021; idioma: inglês, português e espanhol.

Incluíram-se artigos disponíveis em texto integral que discutem as formas de gestão de enfermagem na atenção primária à saúde de unidades básicas de saúde e estratégias de saúde da família. Foram excluídos artigos duplicados, ausência de profissionais enfermeiros entre os autores do artigo, teses e monografias.

Para análise dos dados, os estudos foram organizados numa tabela pelos elementos: a) título; b) autor(es); c) ano de publicação; d) métodos; e) assunto; f) tipo de estudo. Os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra e analisados segundo os critérios de inclusão e exclusão, sendo sistematizados para estabelecer a amostra da revisão. Os artigos selecionados foram sintetizados e discutidos a partir da literatura pertinente.

Esta pesquisa seguiu os preceitos da Lei n° 9.610/98¹⁰, no intuito de preservar e respeitar as ideias, os conceitos e as definições dos autores das produções analisadas, os quais estão fidedignamente descritos e citados.

RESULTADOS

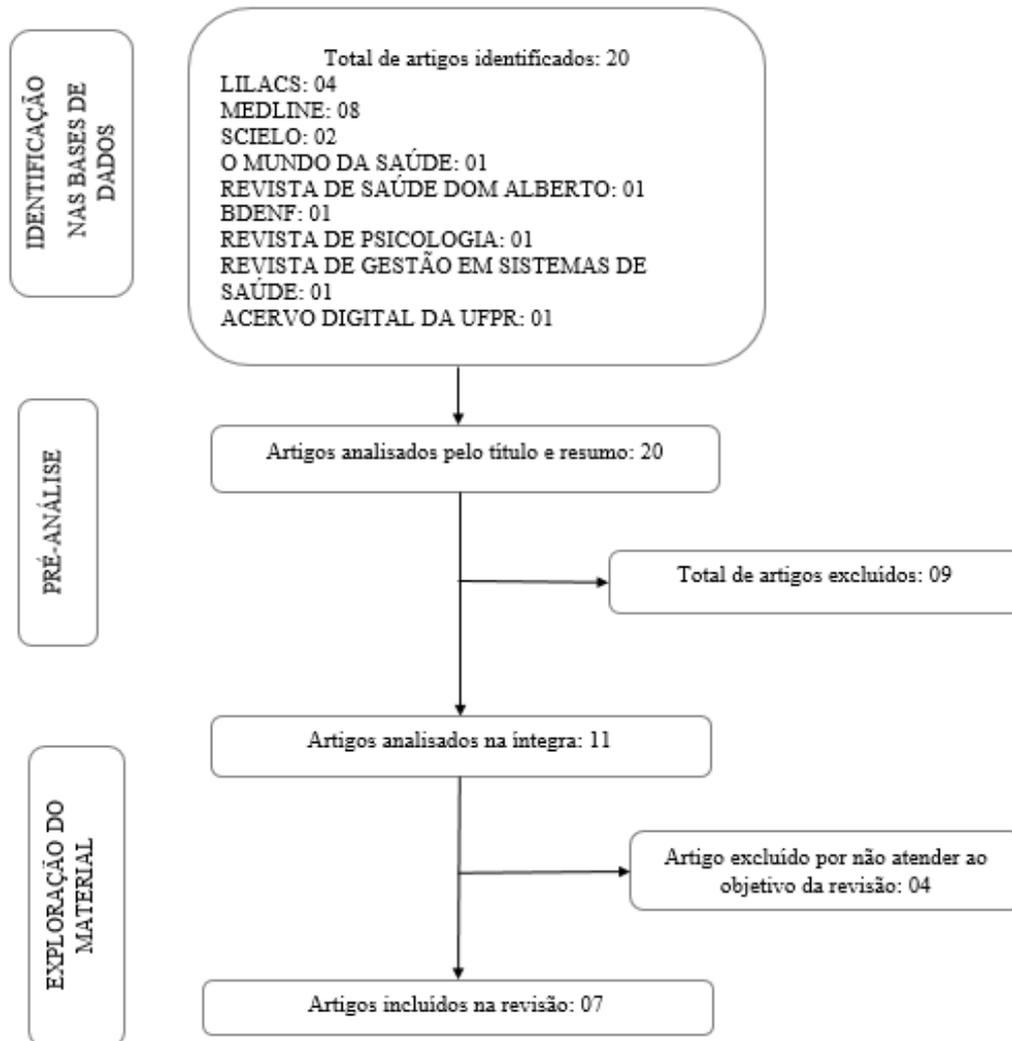
Foram identificados neste estudo 20 manuscritos na leitura do título e resumo. Posteriormente fez-se a análise dos dados a fim de evitar duplicações e excluíram-se 13 artigos, devido não atingirem os critérios de elegibilidade do estudo. Amostra final foi de 07 artigos científicos.

A partir disto, foram contempladas as seguintes competências: tomada de decisão; comunicação;

liderança; planejamento; cuidado à saúde; avaliação periódica dos profissionais de saúde; educação permanente; ética; trabalho em equipe; gerenciamento de conflitos e de pessoas.

Dentre os artigos selecionados, identificou-se as competências dos enfermeiros como agentes gestores com capacidade de tomada de decisão, éticos, mediadores de conflitos e resolutores de problemáticas.

Figura 1. Fluxograma da síntese das etapas de seleção e análise.



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A partir da análise dos 07 artigos selecionados, nota-se que 01 (14,3%) artigo foi publicado no ano de 2012, 01 (14,3%) artigo no ano de 2015, 01 (14,3%) em 2017, 02 (28,6%) em 2019 e 02 (28,6%) estudos no ano de 2020. Ou seja, 04 (57,1%) manuscritos foram publicados nos últimos cinco anos, demonstrando a relevância da temática na atualidade.

Todos (100%) os artigos foram publicados no idioma português, 03 (42,9%) são originários de estudos qualitativos, 01 (14,3%) de estudo quantitativo, 03 (42,9%) de revisões integrativas. O predomínio de evidências no idioma português pode estar associado a especificidade da APS no contexto brasileiro. A fim de ensinar a caracterização dos estudos, apresenta-se o quadro 2, que visa apontar os principais resultados dos estudos selecionados.

Quadro 1. Caracterização dos artigos incluídos na amostra final da revisão integrativa no período de 2012 a 2020.

Título	Autores	Objetivos	Tipo de estudo	Principais resultados	Ano
1- A atuação de enfermeiros como gestores em unidades básicas de saúde ¹¹ .	Silva Cardonia da Henrique Fernanda.	Analisar a atuação do enfermeiro como gestor em Unidades Básicas de Saúde (UBS), ressaltando seu perfil e qualificação profissional, e ainda as dificuldades que enfrentam e como seus subordinados os enxergam.	Revisão Integrativa	A tomada de decisão e a coordenação do enfermeiro são funções administrativas da mais alta importância.	2012
2- Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o processo de enfermagem ¹² .	Diniz, Aparecida Ieda; Cavalcante Bezerra Ricardo; Otoni Alba; Mata Ferreira da Regina Luciana.	Analisar a percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária à saúde sobre o processo de enfermagem.	Qualitativo	O enfermeiro reconhece a importância da implementação da SAE para a organização da gerência da enfermagem na APS e considera a competência de tomada de decisões como aliada para a implementação da assistência.	2015
3- O enfermeiro e sua atuação na gerência das unidades básicas de saúde no interior da Bahia ¹³ .	Lopes, Arianna Oliveira Santana; Oliveira, Tatiane dos Santos.	Verificar a atuação do enfermeiro na gerência das unidades básicas de saúde.	Quantitativo	Os enfermeiros realizam a gerência organização da assistência, avaliação da equipe através de reuniões e planejamento das ações.	2017

4- Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde ¹⁴ .	Almeida Correa Lopes; Lopes Linhares Betânea Maria.	Conhecer como o enfermeiro desenvolve suas atividades na Atenção Básica de Saúde (ABS)	Revisão Integrativa	O enfermeiro possui competências gerenciais, técnicas e assistenciais, utilizando-as na sistematização de enfermagem (SAE) e exerce atividades gerenciais de coordenação e liderança das unidades básicas de saúde. Há deficiência do ensino, referente ao papel da gestão de enfermagem, sendo imperioso a educação permanente.	2019
5- Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro ¹⁵ .	Fernandes Cano Josieli; Carlos Benedito; Rezende Costa Aline; Freitas Soares de Dandara	Analisar e discutir as competências necessárias ao gerente da atenção primária à saúde.	Qualitativo	O enfermeiro possui competências gerenciais relativas à liderança, à gestão de recursos, cuidado e à mobilização de recursos cognitivos e afetivos.	2019
6- Competências dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família ¹⁶ .	Lopes, Olívia Cristina Alves; Henriques, Sílvia Helena; Soares, Mirelle Inácio; Celestino, Lázaro Clarindo; Leal, Laura Andrian.	Analisar as competências profissionais de enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família de um município do Sul de Minas Gerais e as estratégias utilizadas para o desenvolvimento dessas competências.	Qualitativo	A liderança, a educação permanente, a ética, a comunicação, a gestão de pessoas e de recursos materiais, o trabalho em equipe, o cuidado à saúde, a tomada de decisão são competências necessárias ao enfermeiro que atua na APS.	2020

7- Dimensões da gestão do cuidado na prática do enfermeiro na atenção primária: revisão integrativa ¹⁷ .	Metelski, Fernanda Karla; Alves, Thaís Fávero; Rosa, Rosiane da; Santos, José Luís Guedes dos; Andrade, Selma Regina.	Evidenciar as dimensões da gestão do cuidado na prática do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.	Revisão Integrativa	O enfermeiro assume competências de liderança, gerência, gestão e coordenação do sistema de saúde, atividades diretamente integradas à assistência. É importante o desenvolvimento contínuo destas competências para a gestão do cuidado.	2020
---	---	--	---------------------	---	------

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Dentre as competências do enfermeiro gestor na APS, 5 artigos (71,4%) apontam educação permanente; 4 artigos (57,1%) inclui tomada de decisão do profissional; 3 artigos (42,9%) a liderança; 3 artigos (42,9%) o gerenciamento de conflitos e de pessoas; 2 artigos (28,6%) o planejamento; 2 artigos (28,6%) o cuidado à saúde; 1 artigo (42,9%) a comunicação; 1 artigo (14,3%) a avaliação periódica dos profissionais; 1 artigo (14,3%) a ética; 1 artigo (14,3%) o trabalho em equipe.

Quadro 2. Competências do enfermeiro gestor na Atenção Primária em Saúde.

Competências	Principais resultados envolvendo a prática do Enfermeiro na Gestão na atenção primária em saúde.
Tomada de decisão	A tomada de decisão do enfermeiro é favorecida pela organização da SAE ¹¹ . A tomada de decisão auxilia o enfermeiro na realização de um trabalho dicotômico durante a implementação da assistência de enfermagem (SAE) ¹⁴ . A tomada de decisão relaciona-se diretamente com as habilidades do profissional enfermeiro ¹⁵ . A tomada de decisão é competência esperada e requerida pelo mercado de trabalho ao enfermeiro, especialmente aos que atuam no cenário da Estratégia Saúde da Família (ESF) ¹⁶ .
Comunicação	A comunicação é uma competência essencial para o enfermeiro, favorecendo a atuação e o desenvolvimento efetivo das suas atribuições juntamente com a equipe e demais categorias profissionais ¹⁶ .
Liderança	A competência relativa à liderança se alinha à capacidade do enfermeiro para mediar conflitos, delegar funções, estimular a equipe, reconhecer habilidades nos outros profissionais, trabalhar em equipe e aperfeiçoar a capacidade de negociação ¹⁵ . A liderança é indispensável na prática da gestão do enfermeiro que atua na atenção primária ¹⁶ . A competência de liderança é importante para o profissional enfermeiro enquanto gestor, gerente ou coordenador em conjunto com o planejamento das ações ¹⁷ .

Planejamento	<p>O enfermeiro planeja a gestão em saúde através da realização de reuniões em equipe¹³.</p> <p>O enfermeiro desenvolve atividades de planejamento da assistência através da promoção e prevenção de agravos à saúde¹⁴.</p>
Cuidado à saúde	<p>O enfermeiro assume competências gerenciais relativas à gestão de recursos e do cuidado¹⁵.</p> <p>O cuidado prestado ao usuário é percebido como competência inerente à atividade do enfermeiro na ESF¹⁶.</p>
Avaliação periódica dos profissionais de saúde	Os enfermeiros realizam avaliações dos profissionais da equipe ¹³ .
Educação permanente	<p>Os profissionais de saúde necessitam de incentivos para a realização de qualificações e melhorias na qualidade da assistência¹¹.</p> <p>O ensino nas graduações de enfermagem necessita de adequações, ministrar disciplinas que enfoquem as competências gerenciais do enfermeiro¹⁴.</p> <p>A competência educação permanente auxilia o enfermeiro na compreensão de novas demandas, bem como reconstruir e dar novos significados aos processos já estabelecidos¹⁵.</p> <p>A educação permanente se faz necessária na prática do profissional do enfermeiro, que busca efetividade nas atividades de gestão¹⁶.</p> <p>Inovações, treinamentos e diferentes técnicas contribuem na relação entre equipe, gestão e população, proporcionando o desenvolvimento de competências do enfermeiro¹⁷.</p>
Ética	A ética tem inter-relação com as demais competências, sendo significativa para o desenvolvimento das atividades do profissional enfermeiro no que se refere ao sigilo e respeito com os usuários da saúde ¹⁶ .
Trabalho em equipe	A competência de trabalho em equipe ainda é um desafio na rotina dos profissionais ¹⁶ .
Gerenciamento de conflitos e de pessoas	<p>O enfermeiro realiza o gerenciamento de conflitos presentes entre profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde¹³</p> <p>A gestão de pessoas e de materiais tem se mostrado uma competência necessária à condução do processo de trabalho de maneira efetiva, bem como para o alcance dos resultados almejados, e tem sido requerida amplamente ao profissional enfermeiro¹⁶.</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Compreende-se a gestão de enfermagem como um conjunto de habilidades que visam auxiliar a atuação de equipes de saúde, mostrando-se de grande importância na atuação do enfermeiro, de modo que contribuem para a continuidade da assistência em saúde. Desta forma, torna-se necessário que os enfermeiros conheçam, sobretudo, coloquem em prática o CHA, que exige que as ações e práticas em saúde sejam objetivas, consistentes e qualificadas para que desta maneira forneçam-lhe ferramentas para o nivelamento da cultura, competência, organização e liderança nas UBSs¹⁸.

O acrônimo CHA contempla o conhecimento que é

o saber em que as pessoas aprendem nas diferentes esferas, especificamente, em suas vidas; habilidade que é o saber fazer, é tudo o que de fato é aprendido e utilizado no decorrer da vida, é o colocar em prática o que se tem de teoria; a atitude, por sua vez, é como e por que fazer, o que leva os indivíduos a decidirem se irão ou não exercitar as habilidades de determinados conhecimentos, ou melhor dizendo, é o querer fazer PARRY³. Logo, torna-se um desafio aos enfermeiros gestores a implementação das competências em sua prática, numa perspectiva técnica, administrativa e de atitudes pessoais. Ademais, o enfermeiro gestor por meio de comportamentos de afetividade, ético

prospecção e diálogo deve intencionalizar suas ações numa ótica coletiva e que seus objetivos sejam auferidos pelo esforço do conjunto e não apenas pela reunião de esforços individuais². Em síntese, não basta atingir metas ou resultados, é preciso que as ações sejam éticas, moralmente corretas, socialmente justas e ambientalmente sustentáveis⁵.

A competência tomada de decisão foi observada em estudo realizado nas unidades básicas de saúde (UBs) da cidade de Angra dos Reis, em que o autor considerou estar diretamente relacionada com as habilidades e conhecimentos dos profissionais de enfermagem, ou seja, com a acrómio CHA¹⁵. No mesmo ponto de vista, outra evidência científica afirma que a tomada de decisão tem papel importante na implementação da SAE, uma vez que contribuem para motivar a realização dos cuidados^{11,14}.

Estudo realizado em um município de médio porte do centro-oeste mineiro corrobora ao apontar a iniciativa e proatividade como essencial na tomada de decisão do enfermeiro¹¹. Um estudo afirmou que a competência de tomada de decisão é indispensável ao enfermeiro e atualmente é uma das mais requisitadas pelo ramo trabalhista¹⁶.

Neste sentido, esses conhecimentos técnicos enfatizam que não basta o enfermeiro possuir o conhecimento das técnicas, existe a necessidade de que ele trabalhe a tomada de decisão e esteja munido do CHA, visto que ambos o auxiliam no manejo das diferentes situações clínicas e nos diversificados cenários de saúde. Lembrando ainda da crescente exigência e competitividade do mercado de trabalho, as categorias profissionais precisam estar preparadas para mudanças, com atitudes positivas para a implantação e implementação da SAE. A equipe precisa se envolver com o processo, reconhecer que é indispensável possuir um comportamento ativo para a efetividade do trabalho.

A comunicação verbal foi citada em um estudo como competência essencial para que o enfermeiro obtenha efetividade e excelência no processo de trabalho, especialmente expressões verbais motivacionais porque contribuem para a excelência da prática multiprofissional¹⁷. A comunicação verbal é o ponto chave para desencadear a compreensão do assunto a ser discutido, fundamental para a discussão e resolução de demandas, estabelecendo uma condição positiva para o desenvolvimento do trabalho.

Ademais, a comunicação verbal facilita para que o enfermeiro realize avaliações periódicas dos

integrantes da equipe de enfermagem e oportuniza discussões entre equipe de enfermagem e enfermeiro, quanto aos aspectos relacionados ao cuidado e liderança desta categoria. Todavia, esta revisão não identificou a comunicação não verbal, o qual é tão importante quanto a primeira, pois a comunicação não verbal é utilizada para complementar ou esclarecer o que está sendo comunicado verbalmente.

A liderança de uma equipe constitui-se como instrumento essencial no processo de trabalho da enfermagem, considerada parte integrante da rotina deste profissional. O enfermeiro deve estar preparado, possuir habilidades de um líder, inspirar e motivar positivamente a sua equipe, através de um diálogo incentivador, claro e objetivo. A comunicação entre enfermeiro e equipe pode facilitar o enfrentamento de dificuldades que possam advir no ambiente profissional, entre elas, questões relacionadas às relações interpessoais dos integrantes do grupo.

Um estudo realizado em Unidades de Saúde da Família (USFs) no ano de 2019 identificou que a competência de liderança se refere ao comportamento do enfermeiro, em que ele seja capaz de influenciar e impulsionar o trabalho em equipe¹⁵. Outro estudo relacionou esta mesma competência como ser uma característica do profissional, visualizando que o referido, precisa agir de forma a mediar, nortear, ter visão ampliada a fim de motivar os envolvidos¹⁶.

A competência de liderança auxilia no planejamento da gestão e o possibilita resolver com efetividade as problemáticas¹⁷, pois conduz a uma visão holística e empática com seus colaboradores.

É importante que os enfermeiros conheçam as características de ser um líder e estar em posição de liderança, pois pode-se estar ocupando um cargo como este e não ser um autêntico líder. Mesmo na ausência de seu líder, a equipe alcança com êxito a realização de suas atividades, já o chefe necessita estar por perto para a conclusão da mesma.

A liderança deve ser percebida como a capacidade de influenciar comportamentos que levem ao cumprimento dos objetivos organizacionais. Para tal, o líder deve avaliar diversas estratégias para resolução de conflitos que possam surgir na equipe de trabalho, de modo que consiga trabalhar em sintonia entre profissionais e pacientes, executando um cuidado eficiente.

Um estudo realizado em UBs no interior da Bahia no ano de 2017 avaliou que o enfermeiro realiza competências de gestão, planejamento em saúde e avaliações de ações e serviços, através de reuniões

com a equipe¹³. Em outra perspectiva, a competência pode ser utilizada como ferramenta de trabalho¹⁴.

O planejamento da assistência de enfermagem é a terceira etapa da SAE, como fundamentado na Lei nº 7.498/86/COREN⁷ que normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem. O planejar é indispensável na rotina do profissional que atua na APS, pois auxilia a equipe no alcance dos resultados idealizados. A APS é a principal porta de entrada do SUS e articuladora da RAS, então necessita de estratégias que alavanquem as ações de saúde no âmbito individual e coletivo para que se possa obter sucesso no cuidado à saúde.

Um estudo realizado com 19 enfermeiros integrantes de equipes de ESFs de um município do Sul de Minas Gerais, identificou o cuidado à saúde como competência do enfermeiro¹⁶. Outra evidência científica evidenciou que a competência de gerenciamento de recursos e do cuidado está relacionada com a atuação do profissional das UBS, especialmente nas atividades de gestão¹⁵.

A satisfação dos usuários de saúde deve ser avaliada pela equipe de saúde da APS com o intuito de aprimorar os serviços de saúde. Compreender o olhar do usuário, favorece a obtenção de informações fundamentais para a resolutividade da assistência. Momento que poderá resultar em segurança, confiança e reflexão sobre o cuidado recebido e conseqüentemente poderá facilitar a comunicação entre os envolvidos.

A avaliação do cuidado apresenta consonância com a Lei 7.498/86/COFEN⁷, que estabelece as competências dos profissionais de enfermagem. A avaliação da assistência é indispensável e deve ser realizada para o alcance dos objetivos, principalmente ao acompanhar o desempenho dos profissionais por meio de reuniões¹³.

Observa-se um número muito pequeno de estudos que abordaram o tema de avaliação periódica do desempenho dos profissionais no cuidado em saúde, visto ser de fundamental importância para o vislumbrar do cuidado percebido pelo usuário. Momento que contribui para incentivar a visão holística e crítica da equipe sobre a evolução do trabalho, em que analisa-se deficiências e melhorias, reafirmando o comprometimento de cada profissional com a assistência prestada, sobretudo, é uma excelente e indispensável ferramenta para os enfermeiros gestores, uma vez que aprimora o vínculo e o trabalho em equipe, mas também facilita o aprimoramento da gestão do enfermeiro na APS.

A competência de trabalho em equipe foi visualizada como um desafio na atuação dos enfermeiros, pois demanda visão ampliada e motivadora, em busca de um objetivo em comum¹⁶. Apenas esse achado se referiu a competência trabalho em equipe¹⁶, fato que se contradiz com a realidade dos profissionais de saúde, pois o trabalho em equipe é uma competência indispensável aos multiprofissionais que atuam na APS, visto a necessidade das intersectorialidades neste cenário.

Frente a interpretação destas competências, pode-se afirmar que a competência trabalho em equipe e a competência de gerenciamento de conflitos e pessoas necessitam estar em harmonia e são inter-relacionadas, visto que ambas objetivam o mesmo resultado que é melhorar a assistência, o desempenho dos profissionais e do sistema de saúde. A competência de gerenciamento de conflitos e pessoas realizada pelo enfermeiro da APS é um processo que visa garantir que o sistema de saúde possua profissionais engajados com o trabalho e comprometidos com o cuidado.

Um estudo observou que o enfermeiro atua no gerenciamento de conflitos e de pessoas, bem como tem comprometimento com o processo de evolução da sua gerência nas UBS¹⁶. Em outro patamar, uma pesquisa evidenciou que a competência de gestão de pessoas é essencial para a condução do processo de trabalho efetivo e esperado, e tem sido requerida pelo mercado de trabalho ao profissional enfermeiro¹⁴.

O enfermeiro precisa conduzir a gestão de conflitos e pessoas com ética, respeitando as opiniões e perfis dos profissionais, ter ciência de que as pessoas são diferentes e nem por isto, não objetivam as mesmas metas. Neste cenário de trabalho em equipe, o enfermeiro precisa expor suas ideias de forma respeitosa, manter sigilo das conversas que manteve com cada integrante e respeitar o posicionamento de cada um, sem apresentar os profissionais a situações vexatórias ou desmotivadoras.

A ética foi evidenciada como competência inter-relacionada com as demais competências inerentes ao enfermeiro, exceto planejamento e avaliação periódica, em que se observou que a ética é significativa para a atividade desse profissional, principalmente considerando os aspectos de sigilo e respeito com a equipe e usuário, sendo atribuída a características individuais dos profissionais¹⁶. Em contraponto, é preciso lembrar que a ética não está vinculada apenas aos aspectos de sigilo

e respeito, mas também, a aspectos relacionados à qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de enfermagem. Os profissionais que atuam nos cuidados a enfermos, crianças e idosos, ou seja, precisam trabalhar com respeito à vida, à dignidade e aos direitos humanos. Assim, o código de ética dos profissionais de enfermagem sustenta que a enfermagem é comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade⁶.

A ética visa o bem estar de todos, independentemente da posição social, política, religiosa ou econômica, buscando aquilo que é bom (sem prejuízos, injustiças, danos e sofrimentos) para os usuários de saúde. Infelizmente, ainda são identificados na prática clínica falta de comprometimento com preceitos éticos e morais como cumprir a carga horária, sigilo profissional, respeito entre os serviços, sistemas e profissionais da equipe de saúde. Vale enfatizar que é designado ao enfermeiro gerenciar equipes de profissionais de enfermagem, com o intuito de controlar, prever e atuar em ocorrências profissionais éticas, além de responsabilizar-se pelas possibilidades de educação permanente na busca de ações harmônicas da equipe no cuidado. Consequentemente, a construção de um processo educativo voltado para os profissionais traduz-se na possibilidade de se oferecer um serviço de melhor qualidade e resolutividade, visão mais abrangente da necessidade do usuário, programação de ações para a saúde, intervenção efetiva em relação aos problemas locais. Logo, a ação educativa desenvolvida pelo enfermeiro deve propiciar uma reflexão crítica, problematizadora, ética, estimulante da curiosidade, do diálogo, a escuta e a construção de conhecimentos compartilhados. Assim, a competência da ética está diretamente relacionada com o ensino.

Um estudo demonstrou que os profissionais de enfermagem apresentam dificuldades relacionadas ao aperfeiçoamento da função e sua definição, como o trabalho em equipe, a existência da burocracia, falta de pessoas no serviço e a deficiência de incentivo financeiro por parte dos gestores municipais, visualizando a necessidade de constantes aperfeiçoamentos sobre o processo de trabalho para poderem melhorar a qualidade da assistência¹⁷.

Em outro cenário, uma pesquisa avistou deficiências no ensino dos cursos de graduação em enfermagem, mais especificamente na disciplina sobre o papel gerencial do enfermeiro, demonstrando a indispensabilidade de serem ministradas a educação

sobre as especificidades da gestão do enfermeiro¹².

Em contrapartida, outro estudo destacou a importância da educação permanente para a prática profissional, uma vez que o enfermeiro precisa ser qualificado para atuar efetivamente na consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁶. Na mesma linha de pensamento, outra pesquisa evidenciou que a educação permanente é uma ferramenta capaz de gerar modificações nas condições de trabalho e resolução de demandas gerenciais¹⁵.

Uma quinta pesquisa relatou que as inovações técnicas no sistema educativo favorecem relações interdisciplinares, assim como engrandece as relações entre o profissional e usuários, e fortalece as competências dos profissionais enfermeiros¹⁵.

A disparidade entre as cinco evidências supracitadas, mesma que metodologicamente divergentes, demonstram a importância da educação permanente como resposta para o CHA do enfermeiro na promoção da autonomia do paciente, no envolvimento da família e amigos no cuidado, efeitos que necessitam de implementações dos sistemas de comunicação, financiamento e políticas sociais.

Desta forma, observa-se a indispensabilidade do desenvolvimento contínuo das competências do enfermeiro na atuação e trajetória profissional, através da busca contínua pelo aprendizado e aperfeiçoamento, do aprender novos e aprimorar conhecimentos, incluindo os que ultrapassem o seu núcleo de saber. A educação permanente constitui-se como oportunidade de melhoria para a atuação no contexto da APS, assim como possibilita a qualidade da assistência prestada aos usuários nos diferentes modelos de gestão, fortalecendo a prática do enfermeiro na produção de cuidados e, sobretudo, a satisfação de clientes e equipe.

CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa identificou que as competências do enfermeiro estão presentes na prática do enfermeiro na APS, sendo elas: tomada de decisão, comunicação, liderança, planejamento, cuidado à saúde, avaliação periódica dos profissionais de saúde, educação permanente, ética, trabalho em equipe, gerenciamento de conflitos e de pessoas.

Conclui-se que as competências do enfermeiro, conforme a Lei nº 7.498/86, não estão em consonância com as competências identificadas nos artigos selecionados, exceto planejamento e

monitoramento do trabalho desenvolvido pelos técnicos de enfermagem. Esta constatação demonstra que o enfermeiro tem uma visão errônea das suas competências gerenciais.

Neste sentido, acredita-se que o entendimento das competências pelos enfermeiros gestores ainda é incipiente e demanda de novos modelos de formação profissional. Sugere-se novos estudos que identifiquem as competências de enfermeiros gestores a partir de projetos pedagógicos de curso.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Cristiane Pouey Vidal Borlina contribuiu com a concepção, realização da pesquisa, e redação e revisão crítica do manuscrito. Francielle Bendin Antunes contribuiu com a concepção e realização da pesquisa e a redação do manuscrito. Letice Dalla Lana contribuiu com a estruturação e redação do manuscrito e revisão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- GOMES, K.O. COTTA, R.M.M; ARAÚJO, R.M.A; CHERCHIGLIA, M.L; MARTINS, T.C.P. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2022; Set.12]; v. 16, suppl 1 pp. 881-892. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/M8KPQrVCRJC4BkXVXvXqpwQ/?lang=pt&format=pdfXvXqpwQ/?lang=pt#>.
- AGUIAR, R. S. Gestão da prática e liderança da enfermagem na Atenção Primária em Saúde. In: CUNHA, C. L. F.; SOUZA, I. L. (Org). *Guia de trabalho para o enfermeiro na Atenção Primária em Saúde*. Curitiba: CRV, [Internet]. 2017. [cited 2021; Ago. 28] Cap. 4. Available from: <https://www.editoracv.com.br/produtos/detalhes/3-guia-de-trabalho-para-enfermeiro-na-atencao-primaria-a-saude>.
- PARRY, S.B. – The quest for competencies – Training, 1996. [Internet]. [cited 2021; Ago. 26] p. 48-54; Available from: https://www.researchgate.net/publication/201381732_The_Quest_for_Competence/link/54c8b7bc0cf22d626a3a09d5/download.
- ARAUJO, A.S; COMASSETO, I. O protagonismo do Enfermeiro na organização de serviços de saúde durante a pandemia da COVID-19. *Research, Society and Development*, v. 10, n.1, e48110112014, [Internet]. 2021. [cited 2021; Ago. 25]. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12014>.
- GIL C. R.; LUIZ I. C.; GIL M.C. Gestão pública em saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS. São Luís: EDUFMA; [Internet] 2016. [cited 2021; Set.01]. Available from: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7358>.
- BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília-DF. Ministério da Saúde: 114 p. [Internet]. 2012.[cited 2021; Ago. 25]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 0564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [Internet]. 2017. [cited 2022; Set. 16] Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no5642017_59145.htm.
- COFEN. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. [Internet]. 1986 [cited 2022; Set.16]. Available from: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.
- SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. [Internet] 2010. [cited 2021; Set.04]. Available from: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer/>.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei Nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. [Internet]. 1998. [cited 2022; Dez.02]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9610.htm.
- SILVA, F.H.C. A atuação de enfermeiros como gestores em unidades básicas de saúde. THE ROLE OF NURSES AS MANAGERS AT BASIC HEALTH UNITS. *Rev. de Gestão em Sistemas de Saúde*; Vol 1, No 1 2012. [Internet]. [cited 2022; Fev. 19]. Available from: https://redib.org/Record/oai_articulo2966919-a-atua%C3%A7%C3%A3o-dos-enfermeiros-como-gestores-em-unidades-b%C3%A1sicas-de-sa%C3%BAde.
- DINIZ, I.A; OTONI, R.B.C.A; MATA, L.R.F. Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o processo de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2015 mar-abr;68(2): 206-13. [Internet]. [cited 2022; Fev. 20]. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kSgtyKfVm7ywNdNbkJptqtd/abstract/?lang=pt>.
- LOPES, A.O.S; OLIVEIRA, T.S. O enfermeiro e sua atuação na gerência das unidades básicas de saúde no interior da Bahia. *Rev. Psic*. V.10, N. 33, Id on Lin. Janeiro/2017 - ISSN 1981-1179. [Internet]. [cited 2022; Fev. 22]. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/604/0>.

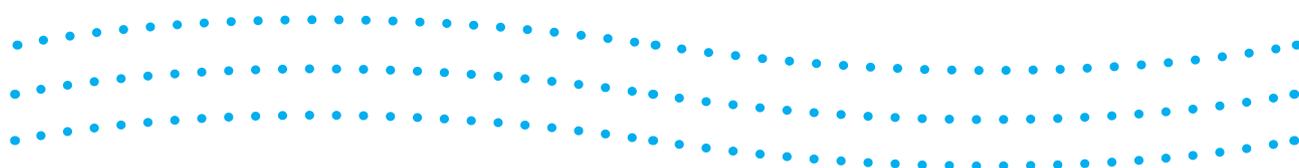
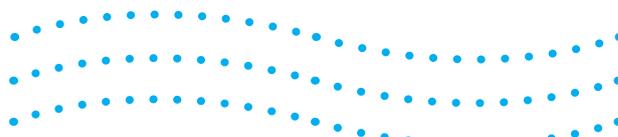
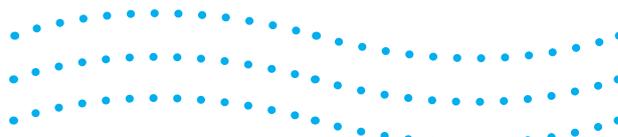
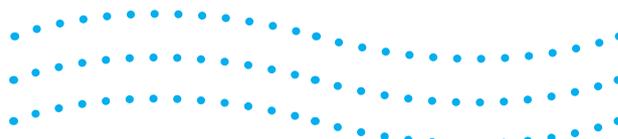
14. ALMEIDA, M. C.; LOPES, M. B. L. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde. Revista de Saúde Dom Alberto, v. 4, n. 1, p.169-186, 15 jun. 2019. [Internet]. [cited 2022; Fev. 21]. Available from: <https://revista.domalberto.edu.br/revistadesausedomalberto/article/view/145/144>.

15. FERNANDES, J.C; CORDEIRO, B.C; REZENDE, A.C; FREITAS, D.S. Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. Necessary Skills for the Family Health Units manager: a clipping of the nurse's practice. Rev. Saúde Debate. Rio de Janeiro. V.43. N. especial 6, 22-35, Dez 2019. [Internet]. [cited 2022; Fev. 22]. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yqT X8PcjQ7N6pgvffSRg3Cz/?lang=pt>.

16. LOPES, O.C.A; HENRIQUES, S.H; SOARES, M.I; CELESTINO, L.C; LEAL, L.A. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família / Competencias de los enfermeros en la estrategia Salud de la Familia / Competences of nurses in the Family health Strategy. Esc Anna Nery. [Internet]. [cited 2020; Fev. 24]. Available from: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1414-81452020000200214](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000200214).

17. METELSKI, F.K; FÁVERO, A.T; ROSA, R; SANTOS, J.L.G; ANDRADE, S.R. Dimensões da gestão do cuidado na prática do enfermeiro na atenção primária: revisão integrativa / Dimensions of care management in primary care nurses' practice: integrative review / Dimensiones de la gestión de la atención en la práctica de enfermeros de atención primaria: revisión integradora. Rev. enferm. UERJ ; 28: e51457, jan. - dez. 2020. [Internet]. [cited 2022; Fev. 21]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1146584>.

18. SILVA, G.T.R; GÓIS, R.M.O; ALMEIDA, D.B; SANTOS, T.B.S; CANTARINO, M.S.G; QUEIROS, P.J.P; AMESTOY, S.C. Evidencias sobre modelos de gestión en enfermería en servicios hospitalarios: revisión integradora. [Internet]. [cited 2022; Set. 30]. 2021 Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/KNXDRj5Ts9HT34PhGywKc4K/>.



MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO BRASIL: LESÕES EM REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO

WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE IN BRAZIL: INJURIES IN THE HEAD AND NECK REGION
MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN BRASIL: LESIONES EN LA REGIÓN DE LA CABEZA Y EL CUELLO

Myrna Maria Arcanjo Frota Barros ¹

Raimunda Daiany Farias Martins ²

Cinthia Nara Gadelha Teixeira ³

Luciana Maria Arcanjo Frota ⁴

Jacques Antonio Cavalcante Maciel ⁵

Como Citar:

Barros MMAF; Martins RDF; Teixeira CNG; Frota LMA; Maciel JAC. Mulheres Vítimas de Violência Doméstica no Brasil: Lesões em Região de Cabeça e Pescoço. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Violência Doméstica; Odontologia; Odontologia Legal.

Descriptors:

Domestic Violence; Dentistry; Legal Dentistry.

Descriptores:

Violencia Doméstica; Odontología; Odontología Forense.

Submetido:

20/09/2023

Aprovado:

21/11/2023

Autor(a) para Correspondência:

Myrna Maria Arcanjo Frota Barros
E-mail: myrnaarcanjo@ufc.br

RESUMO

A violência doméstica contra a mulher é um fenômeno social de elevada magnitude e suas manifestações apresentam amplo impacto nas áreas sociais, econômicas, educacionais e de saúde. Algumas estratégias de redução começam a partir da identificação, denúncia e notificação dos casos. O objetivo do trabalho é caracterizar as lesões em cabeça e pescoço de mulheres vítimas de violência doméstica no Brasil. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, utilizando a base de dados PUBMED, SCIELO, BVS e busca manual. A pesquisa se deu até o dia 27 de junho de 2021. Foram incluídos artigos em inglês, português e espanhol. Ao todo foram encontrados 455 estudos, sendo excluídos estudos envolvendo crianças, revisões de literatura, teses, editoriais, fora do tema ou estudos com referências a outros países. Ao final da análise, 12 artigos foram considerados adequados para o desenvolvimento do presente trabalho. A região de cabeça e pescoço é a área mais afetada por agressões físicas em mulheres vítimas de violência doméstica no Brasil. As lesões mais presentes são equimose (66,6%), escoriações (58,3%) e edemas (33,3%), em sua maioria causada por instrumentos contundentes. A região Nordeste apresentou maior número de casos.

1. Doutora, Professora do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Campus Sobral. Email: myrnaarcanjo@ufc.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7689-175X>

2. Graduada pelo Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Email: daiyangfdm@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5139-2508>

3. Professora do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Fortaleza (UNIFOR). Email: cinthia_n80@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0762-6121>

4. Doutora, Professora do Centro Universitário UNINTA. Email: luciana.arcanjo@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1342-5038>

5. Doutor, Professor do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral. Email: jacques.maciel@sobral.ufc.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2293-8433>

ABSTRACT

Domestic violence against women is a social phenomenon of high magnitude and its manifestations have a wide impact in the social, economic, educational and health areas. Some reduction strategies start with the identification, denunciation and notification of cases. The objective of the work is to characterize the head and neck injuries of women victims of domestic violence in Brazil. This is an integrative literature review, using the PUBMED, SCIELO, BVS database and manual search. The research took place until June 27, 2021. Articles in English, Portuguese and Spanish were included. A total of 455 studies were found, and studies involving children, literature reviews, theses, editorials, off-topic or studies with references to other countries were excluded. At the end of the analysis, 12 articles were considered suitable for the development of this work. The head and neck region is the area most affected by physical aggression in women victims of domestic violence in Brazil. The most common lesions are ecchymosis (66.6%), excoriations (58.3%) and edema (33.3%), mostly caused by blunt instruments. The Northeast region had the highest number of cases.

RESUMEN

La violencia doméstica contra las mujeres es un fenómeno social de gran magnitud y sus manifestaciones tienen un amplio impacto en los ámbitos social, económico, educativo y de salud. Algunas estrategias para su reducción comienzan con la identificación, denuncia y notificación de los casos. El objetivo de este trabajo es caracterizar las lesiones en la cabeza y el cuello de mujeres víctimas de violencia doméstica en Brasil. Se trata de una revisión integradora de la literatura, utilizando las bases de datos PUBMED, SCIELO, BVS y búsqueda manual. La investigación se desarrolló hasta el 27 de junio de 2021. Se incluyeron artículos en inglés, portugués y español. En total se encontraron 455 estudios, excluyendo estudios que involucran a niños, revisiones de literatura, tesis, editoriales, estudios fuera de tema o con referencias a otros países. Al final del análisis, se consideraron adecuados 12 artículos para el desarrollo del presente trabajo. La región de la cabeza y el cuello es la zona más afectada por las agresiones físicas en mujeres víctimas de violencia doméstica en Brasil. Las lesiones más comunes son equimosis (66,6%), abrasiones (58,3%) y edemas (33,3%), en su mayoría causadas por instrumentos contundentes. La región Nordeste presentó el mayor número de casos.

INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra a mulher é um fenômeno social de elevada magnitude e suas manifestações apresentam amplo impacto nas áreas sociais, econômicas, educacionais e de saúde¹. Em 7 de agosto de 2006 foi aprovado pelo poder público a Lei n.º 11.340, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, que tem como objetivo coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, caracterizando cinco tipos de violência: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral².

Dados da Organização Mundial da Saúde indicam que agressões estão ocorrendo cada vez mais cedo em todo o mundo. Em média, 736 milhões e até 852 milhões de mulheres com 15 anos ou mais em 2018 (quase 1 em cada 3 mulheres) sofreram uma ou ambas as formas de violência pelo menos uma vez na vida. Essas estimativas confirmam que a violência física e sexual praticada pelo parceiro íntimo e a violência sexual de forma mais ampla permanecem na vida de mulheres e meninas adolescentes em todo o mundo³.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), através do Atlas da Violência de

2020⁴, em 2018, 4.519 mulheres foram assassinadas no Brasil, o que representa uma taxa de 4,3 homicídios para cada 100 mil habitantes do sexo feminino. No total, 19 das 27 UFs brasileiras tiveram redução nas taxas de homicídios de mulheres entre 2017 e 2018. Os estados com as menores taxas de homicídios de mulheres por 100 mil habitantes, em 2018, foram São Paulo (2,0) Santa Catarina (2,6), Piauí (3,1), Minas Gerais (3,3) e Distrito Federal (3,4). Entre as UFs cujas taxas de homicídios de mulheres aumentaram no período, três apresentaram um aumento superior a 20%: Roraima (93%), Ceará (26,4%) e Tocantins (21,4%). Roraima e Ceará também apresentaram as maiores taxas de homicídio feminino por 100 mil habitantes em 2018 – 20,5 e 10,2, respectivamente –, seguidos pelo Acre (8,4) e pelo Pará (7,7). Esses estados também figuram entre aqueles com as maiores taxas gerais de homicídios no país em 2018. Em 2020, o país teve 3.913 homicídios de mulheres, dos quais 1.350 foram registrados como feminicídios, média de 34,5% do total de assassinatos, conforme divulgado no 15º Anuário Brasileiro de Segurança Pública⁵.

De acordo com o levantamento, o Ceará ficou

como segundo estado com maior taxa de homicídios de meninas e mulheres, com uma taxa de sete a cada 100 mil mulheres sendo mortas, e a média nacional é de 3,6 mulheres mortas a cada 100 mil. Conforme a lei, os municípios com mais de 60 mil habitantes devem ter Delegacia especializada para as mulheres. O Ceará possui sete delegacias de defesa da mulher, além de Fortaleza, os municípios de Juazeiro do Norte, Crato, Iguatu, Sobral, Maracanaú e Caucaia contam com esse serviço. O número é insuficiente, pois existem municípios com esse perfil, ou seja, que atingiram essa população e ainda não têm delegacia especializada, e não se sabe se serão contemplados⁶.

Através de políticas de implementação pública, o País vem lidando com esse cenário hediondo, onde o número de homicídios de mulheres vem crescendo desde meados da década de 2000⁷. Algumas das inúmeras estratégias começam a partir da identificação, denúncia e notificação dos casos⁸. Visto isso, os profissionais da saúde possuem um papel ativo e importante diante dos possíveis casos e a atuação de uma equipe multiprofissional que seja capaz de realizar um correto tratamento e acompanhamento, como também levantamentos epidemiológicos eficazes para que seja possível o diagnóstico e a relação destes casos com o cotidiano sócio familiar da vítima⁹.

Costa *et al.* (2010)¹⁰, aponta que o cirurgião-dentista é o profissional que possui maior contato com pacientes vítimas de violência doméstica, sejam crianças, adultos ou idosos, haja vista que há um grande número de lesões decorrentes de violência, que se referem a traumas orofaciais. Desta forma, é importante o profissional ter conhecimento e saber identificar quando se tratar de uma lesão decorrente de algum tipo de violência doméstica, principalmente em situações onde a vítima procura omitir o fato, por medo, constrangimento, dependência financeira ou desacreditar na justiça.

Neste contexto, o profissional cirurgião-dentista precisa realizar uma boa anamnese e identificação da possível lesão, uma vez que o profissional participa, também da recuperação. Como previsto no Código de Ética Odontológica a respeito: Capítulo III - "Art. 9 inciso VII- Constituem deveres fundamentais dos profissionais e entidades de Odontologia: VII - zelar pela saúde e pela dignidade do paciente". Além de quando necessário colaboração com a justiça nos casos previstos em lei; presente no Capítulo VI - parágrafo único, inciso II¹¹.

Sua correta correlação é por vezes difícil,

entretanto existem lesões de maior frequência que acometem o complexo bucomaxilofacial, como também padrões sociais das vítimas, relacionados à sua raça/cor, faixa etária e nível social. Sabendo de tais pontos, é possível detectar de formar mais precisa levando a uma diminuição de subnotificação, e conseqüentemente um traçado para elaboração de medidas para reduzir as incidências de violência e/ou punir o agressor. O objetivo desse estudo é caracterizar as lesões em cabeça e pescoço em mulheres vítimas de violência doméstica no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, elaborado a partir de uma busca nas seguintes bases de dados: *US National Libery of Medicine* (PUBMED), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), portal de periódicos da Biblioteca Virtual *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e busca manual. A pesquisa por literatura ocorreu até 27 de junho de 2021. Foram incluídos artigos em inglês, português e espanhol. Foram utilizados os termos do *Medical Subjetc Headings* (Mesh), que é um descritor em saúde criado *pela National Libery of Medicine* (PUBMED) dos Estados Unidos e utiliza vocábulos controlados para indexação de artigos para o Medline para traçar a estratégia de busca. Portanto, a estratégia de busca para o PUBMED foi realizada da seguinte forma:

#1 - *Domestic Violence [Mesh Terms]*

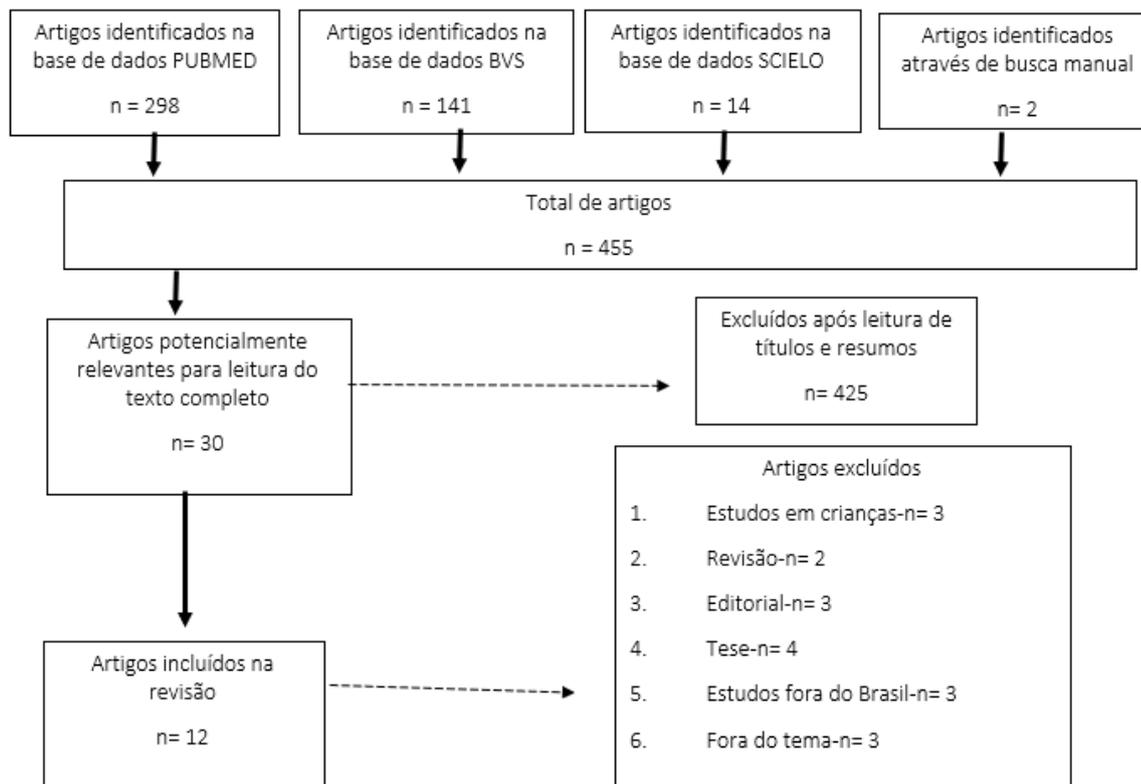
#2 - *Dentistry [Mesh Terms]*

#3 - #1 AND #2

Uma adaptação da estratégia de busca acima mencionada foi usada para os bancos de dados BVS e SCIELO utilizando as palavras-chaves "violência doméstica" e "odontologia".

RESULTADOS

Ao todo foram encontrados 455 estudos. Após a leitura do título e resumo, 425 artigos foram excluídos, portanto 30 artigos demonstravam potencial relevante para análise na íntegra. Os critérios de exclusão foram: estudos que se tratavam de violência contra a criança, teses, editoriais, ou estudos com referências a outros países. Posteriormente a leitura completa, foram selecionados 12 artigos para a elaboração desse estudo, conforme demonstrado no fluxograma da Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Os artigos selecionados foram lidos criteriosamente, onde os dados mais relevantes foram coletados e disposto em uma tabela (Tabela 1), de acordo com o nome do autor, estado e ano do estudo referente, faixa etária, renda e cor das vítimas, como também sua participação no mercado de trabalho e as lesões descritas em cada estudo.

Tabela 1. Levantamento das lesões em região de cabeça e pescoço em mulheres vítimas de violência em estados brasileiros.

AUTOR	ESTADO; ANO	DADOS	FAIXA ETÁRIA	RENDA	COR	CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES
Rezende <i>et al.</i> 2007 ¹⁴	Minas Gerais; 2001 a 2002	108 laudos do IML	20 a 39 anos (70,4%).	Ativa (24,1%)	Não foi analisado	Tecidos moles (47,52%) Tecidos Periodontais (29,34%)
Chiaperini <i>et al.</i> 2009 ¹⁵	São Paulo; 1998 a 2002	28.192 Laudos do IML	26 a 30 anos (19,9 %)	Não foi analisado	Branca (76,0),	Escoriação (22,5%), Edema (18,1%), Equimose (13,6%), Ferimento (13,6%), Contusão (11,1%) e Corte (9,4%)
Araújo <i>et al.</i> 2011 ¹⁶	Pará; 2009 a 2010	210 Laudos da Delegacia Especializada da Mulher	23 a 27 anos (28%)	Ativa (84%)	Não foi analisado	Edemas (28,8%), Equimoses (34,6%), outros traumas com 35,4% dos casos.

Garbin <i>et al.</i> 2012 ²²	São Paulo; 2001 e 2005	1.844 prontuários, do IML. Destes, 15 continham informações sobre lesões dentárias.	Média de idade: 26,5 anos	Não foi analisado	Não foi analisado	A região da cabeça e pescoço foi a área mais afetada (38,7%). Lesões dentais traumáticas (2,0%). Dentre os dentes identificados, os mais acometidos foram os incisivos superiores (31,8%), seguidos pelos incisivos inferiores (27,3%), e os caninos superiores (9,1%).
Dias & Santiago 2014 ¹⁸	Paraíba; 2009	803 laudos da Gerência de Medicina e Odontologia Legal	19 e 24 anos (21,7%)	Inativa (39,4%)	Não foi analisado	Região de cabeça e pescoço (42,5%), prevalecendo contusões dos tipos equimose (37,1%) e escoriações (30,2%).
da Silva <i>et al.</i> 2016 ¹⁷	Bahia; 2007 a 2011	470 relatórios do Departamento de Odontologia do IML	18 a 35 anos (57,4%)	Ativa (40,4%)	Negra (72,6%)	Região bucal foi a mais afetada (51% de casos; n =99), seguido pela região orbital (8,8%) e a região malar (5,2%). Dentes (50,8%) e mucosa labial (35%)
Amorim <i>et al.</i> 2016 ²¹	Bahia; 2007 a 2014	1045 Laudos do IML dos quais 32 apresentaram lesões provocadas por mordida humana	20 a 60 anos (53,1%).	Inativa (28,6%)	Parda (73,3%)	Acometidas por mordida na região de cabeça e pescoço (29,2%) As descrições clínicas mais frequentes foram escoriação (34,2%), equimose (31,6%) e ferida mista (26,3%)
Marques <i>et al.</i> 2016 ¹³	Maranhão; 2001 a 2013	1.348 laudos do IML	21 a 30 anos (43, %)	Ativa (64,6%)	Parda (75,9%)	Equimoses (40,9%), Escoriação (36,8%) e Edema (23,7%).
Castro <i>et al.</i> 2017 ¹⁹	Espirito Santo; 2004 a 2008	1.589 laudos do IML	25 a 35 anos (33,23%)	Ativa (10,68%)	Não foi analisado	Equimoses (28,85%) e escoriações (24,59%). As lesões extraorais mais comuns foram os orbitais (17,14%), região cervical (16,63%) e frontal (12,51%).

Bernardino <i>et al.</i> 2017 ²⁰	Paraíba; 2008 a 2009	7.132 registros médico-legais no Centro de Medicina e Odontologia Forense.	≥ 30 anos (41,7%)	Não foi analisado	Não foi analisado	Região do corpo mais afetada, com 22,8% foi a cabeça, seguindo dos membros superiores (15,9%). Lesões dos tecidos moles da face (40,7%)
Soares <i>et al.</i> 2018 ²³	Alagoas; 2015 e 2016.	1698 laudos, do IML	30 a 40 anos (40,3%, 37,3%) em 2015 e 2016, respectivamente.	Não foi analisado	Não foi analisado	Cerca de 50% das lesões se encontram em região de cabeça e pescoço. Escoriação (30%) e Equimose (23,45%) na região da cabeça. Na região do pescoço, Escoriações com 76,53%.
Garcez <i>et al.</i> 2019 ¹²	Maranhão; 2010	1977 laudos do IML	20 a 59 anos (85,51%)	Ativa (70,7%).	Parda (82,9%)	Escoriação (39,91%), Equimose (33,49%), sendo a mais comum em mulheres Ferida contusa (27,31%) e Edema (23,22%).

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A maioria dos estudos se deu na Região Nordeste do Brasil (58,3%, n=7), seguido da Região Sudeste (33,3%, n=4). Ao todo foram analisados 45.311 laudos, no período de 1998 a 2016. A maioria das mulheres vítimas de violência doméstica encontram ativamente inseridas no mercado de trabalho e possuíam algum meio de renda (50,0%, n=6), a minoria se encontravam-se inativas (16,6%, n=2) e quatro estudos não analisaram a renda (33,3%, n=4). O perfil racial mais prevalente nos laudos foi o afrodescendente (33,3%, n=4), mulheres brancas são a minoria (8,3%, n=1) e 58,3% (n=7) não manifestaram o perfil racial no estudo.

DISCUSSÃO

A análise realizada permitiu identificar que a região do Brasil que mais apresentou estudos foi a região Nordeste (58,33%), seguido pelo Sudeste (33,33%) e a região Norte (8,33%). Um levantamento feito pelo Rede de Observatórios da Segurança²⁴, em 2020, onde foi monitorado 18 mil eventos relacionados a violências e à segurança pública, nos estados Bahia, Ceará, Pernambuco, Rio De Janeiro e São Paulo, registraram um número alto, 1.823 casos de violência contra a mulher (incluindo

os feminicídios) nesses locais, sendo 753 casos de tentativa de feminicídio/agressão física, mostrando que apesar das medidas mais severas de punições prevista em leis, ainda é visto uma incidência alta de violência contra a mulher, principalmente nesses estados.

Segundo Araújo *et al.* (2019)²⁵, um mapeamento feito nos dados referentes aos índices de violência feminina no período de 2010 a 2016, através do DATASUS, nos estados do Nordeste a média de casos de violência contra a mulher foi de 20.197,45 por estado. Com ênfase na violência física, tendo a maior prevalência expressada pelo dado de (47%), Pernambuco com o valor de (35%) na violência total contra a mulher, seguindo pelos estados da Bahia com (7%). O estudo ainda pontuou uma predominância da violência contra a mulher em relação ao homem em todos os estados.

Os estados onde se encontrou mais estudos acerca do assunto foram Bahia, Paraíba, Maranhão e São Paulo, com (16,6%) cada. É importante salientar que os estados do Maranhão e Bahia tiveram o maior número de mulheres afrodescendentes, vítimas de violência doméstica, sendo 100% em ambos. Pereira (2013)²⁶ destaca que a violência contra as mulheres negras perpassa a historiografia brasileira,

aprofunda-se em contextos sociais, marginalização e desvalorização da mulher negra como indivíduo. Conforme a primeira Pesquisa Nacional de Vitimização – PNV (2012)²⁷, a população negra é a mais vitimada por ameaça ou agressão. A maior incidência desse tipo de violência se dá entre mulheres negras (14,86%), vindo em seguida homens negros (14,22%), mulheres brancas (11,44%) e homens brancos (11,34%). Em 2018, 68% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras. Enquanto entre as mulheres não negras a taxa de mortalidade por homicídios em 2019 foi de 2,8 por 100 mil⁴.

É sabido que o racismo corrobora para esses dados, entretanto ainda se faz necessário realizar mais pesquisas qualitativas sobre o impacto do racismo na vida das mulheres brasileiras, assim como sobre os impactos psicológicos, econômicos e sociais, na vida das mulheres negras brasileiras. Muito importante também é encontrar formas de identificar quais seriam as políticas públicas mais adequadas para eliminar o resíduo do racismo nas condições e trajetórias de vida destas mulheres.⁽²⁸⁾ Visto que, com base nesse estudo, a mulher negra brasileira segue sendo o perfil racial mais acometido.

No que tange à faixa etária, destaca-se mulheres jovens e adultas ativas no mercado de trabalho analisadas em 50% dos estudos, 33,3% não foram analisados e apenas 16,6% das vítimas não estavam inseridas do mercado de trabalho. É notório atribuir esse dado à evolução da mulher na sociedade diante do seu papel de trabalhadora, deixando a tradicional esfera familiar e se inserindo no mercado de trabalho e contribuindo economicamente com 54,5% em participação no ano de 2019 segundo o IBGE.

Oliveira *et al* (2019)²⁹, em seu estudo quantitativo feito em Fortaleza (2002-2017), ao analisar 1001 laudos contra agressão física na mulher, pontuou que após entrar em vigor a Lei Maria da Penha, em 2006, a mulher com idade igual ou maior a 30 anos realizava mais denúncias comparado a antes da Lei. É atribuído esse achado ao fato de as mulheres mais velhas estarem em um ambiente violento há mais tempo e com a Lei Maria da Penha se sentiram motivadas a realizarem as denúncias, como também os meios de comunicação que tornam a denúncia anônima e fácil. É possível ver esse perfil nos estudos de Silva *et al* (2016)¹⁷, em que 57,4% das vítimas têm de 18 a 35 anos no período de 2007 a 2011, um ano após a lei entrar em vigor.

Em termos de tipologia de lesão, as de maior acometimento foram equimose (66,6%), seguindo

por escoriações (58,3%) e edemas (33,3%), dados equivalentes foram encontrados por Dias e Santiago (2014)⁽¹⁸⁾ com maior prevalência de equimoses (37,1%) e escoriações (30,2%)¹⁷.

Equimoses são definidas como o extravasamento e dispersão de sangue nas malhas dos tecidos superficiais ou profundos, cuja cor passa do vermelho ao azulado e finalmente ao amarelado. As escoriações são decorrentes da ação contundente que produz arrancamento parcial ou total da epiderme, expondo a derme³⁰. O edema é definido como o acúmulo anormal de líquido que ocasiona um inchaço (num tecido ou num órgão), normalmente num tecido conjuntivo. Em sua maioria, essas lesões são causados por instrumentos contundentes ou na tentativa de defesa da vítima diante do agressor²⁹. As regiões de cabeça e pescoço seguem sendo as áreas mais agredidas, conforme citado nos estudos (Tabela 1), por se tratar de uma área mais exposta e por acreditar na intenção do agressor em ocasionar danos visíveis, causar constrangimento e deixando o ato perceptível, alterando também a visão social da vítima no quesito beleza. Diante disso, pode-se perceber a importância dos profissionais dentistas, como agentes efetivos no atendimento, identificação e prevenção dos agravos do complexo bucomaxilofacial de tais mulheres¹⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é possível concluir que a região de cabeça e pescoço apresenta ser a área mais afetada por agressões físicas em mulheres vítimas de violência doméstica nos estados do Brasil. As lesões mais presentes são equimose (66,6%), seguindo por escoriações (58,3%) e edemas (33,3%), em sua maioria causada por instrumentos contundentes. Por se tratar da região onde o cirurgião-dentista atua é, de suma importância a sua conduta diante de possíveis casos de agressões, de modo a atuar ativamente através de ações preventivas e curativas frente à grande demanda de danos bucomaxilofaciais relacionados à violência doméstica.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Myrna Maria Arcanjo Frota Barros contribuiu com o delineamento, realização da pesquisa, redação do manuscrito e revisão crítica. Raimunda Daiany Farias Martins Contribuiu com o delineamento, realização da pesquisa e a redação do manuscrito. Cinthia

Nara Gadelha Teixeira e Luciana Maria Arcanjo Frota contribuíram com o delineamento e a redação do manuscrito. Jacques Antonio Cavalcante Maciel contribuiu com a redação do manuscrito e revisão crítica.

REFERÊNCIAS

- Pires VMMM, Gonçalves IP, Jesus LR, Machado JC, Morais RLGL, Vanda PR. Violência doméstica em mulheres vivenciando o climatério: revisão integrativa. *Rev. Saúde.Com* 2019; 15(1): 1398-1406.
- Lei nº. 11.340, de 7 de ago. de 2006. Lei Maria da Penha. Cria Mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: Julho de 2021.
- Violence against women PrevalenceEstimates, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. WHO: Geneva, 2021. Disponível em: <https://who.canto.global/s/KDE1H?viewIndex=0&column=document&i-d=tfgc8uqvuh0b1157tevomtch1j> Acesso em: Julho de 2021.
- Economia.Brasil M da. Atlas Da Violencia 2020 [Internet]. Vol. 2.7, Instituto de pesquisa econômica aplicada. 2020. 1-96Instituto de pesquisa econômica aplicada p. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.38116.riatlasdaviolencia2020>.
- Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2020. Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social; Coordenadoria de Informações Estatísticas e Análises Criminais - COINE/RN; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Fórum Brasileiro de Segurança Pública.
- Forte SBM. A violência contra a mulher e a aplicação da Lei Maria da Penha; Universidade Estadual Vale do Acaraú; Curso de Especialização em Administração Judiciária. Fortaleza 2008.
- Madeira LM, Dill AR, Furtado BA. TD 2633 - Vida: simulando violência doméstica em tempos de quarentena. Texto para Discussão. 2021;1-48.
- Tornavoi DC, Galo R, Silva RHA. Conhecimento de profissionais de Odontologia sobre violência doméstica. *RSBO Rev Sul-Brasileira Odontol.* 2011;8(1):54-9.
- Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev Saude Publica.* 2000;34(6):659-65.
- Costa MC, Carvalho RC, Santana MA, Silva LM, Silva MR. Evaluation of the National Program of Integrated and Referential Actions (PAIR) to confront the child and adolescents sexual violence, in Feira de Santana, Bahia State, Brazil. *Ciênc Saúde Col.* 2010;15(2):563-74. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-544372?src=similardocs>
- Brasil. Conselho Federal de Odontologia. CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA Aprovado pela Resolução CFO-118/2012. Capítulo III dos Deveres Fundamentais Art. 9º inciso VII. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/codigo-etica.pdf>. Acesso em: Julho de 2021.
- Garcez RHM, Thomaz EBAF, Marques RC, De Azevedo JAP, Lopes FF. Characterization of oral maxillofacial lesions resulting from physical aggression: Differences between genders. *Cienc e Saude Coletiva.* 2019;24(3):1143-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.33892016>
- Marques RC, Garcez RH, Piorski CR, Carvalho GL, Aires J, Azevedo P De, et al. Danos Bucomaxilofaciais Em Mulheres : Registros Do Instituto Médico Legal De São Luís , Maranhão - 2010 a 2013. *Rev Pesq Saúde.* 2016;17(2):69-73. <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6022>
- Rezende EJC, Araújo TM, Moraes MAS, Santana JS da S, Radicchi R. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(2):202-14. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-455562>
- Chiaperini A, Bérnago AL, Bregagnolo LA, Bregagnolo JC, Watanabe MG de, Silva RHA da. Danos bucomaxilofaciais em mulheres: registros do Instituto Médico-legal de Ribeirão Preto (SP), no período de 1998 a 2002. *Rev Odonto Ciência.* 2009;24(1):71-6. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-506381>
- Araújo RJG, Mendes BBL, Castro TM, Moreira Jr MT, Araujo ABL, Pacheco LM. Análise dos traumas de face que acometem mulheres vítimas de violência doméstica. In 2020., *Full Dent. Sci.* 2011; 3(9):78-85. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-642910>
- da Silva EN, Matos FRRO, Pimenta RMC, Rodrigues JLS de A, Marques JAM, Musse J de O, et al. Epidemiological Profile and Characterization of Oral and Maxillofacial injuries in Women Victims of Interpersonal Violence. *Int J Odontostomatol.* 2016;10(1):11-6. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-782615>
- Dias I, Santiago B. Violência de Gênero Contra a Mulher: Perfil de Registros Periciais da Gerência Executiva de Medicina e Odontologia Legal (GEMOL)

- João Pessoa/PB. Rev Bras Ciências da Saúde. 2014;18(4):315-24. <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/17663>

19. Castro TL de, Tinoco RLR, Lima LNC, Costa LR da S, Franceschini Jr L, Daruge Jr E. Violence against women: characteristics of head and neck injuries. RGO - Rev Gaúcha Odontol. 2017;65(2):100-8.

20. Bernardino ÍM, Barbosa KGN, Nóbrega LM, Cavalcante GMS, e Ferreira EF, d'Ávila S. Violência interpessoal, circunstâncias das agressões e padrões dos traumas maxilofaciais na região metropolitana de Campina Grande, Paraíba, Brasil (2008-2011). Cienc e Saude Coletiva. 2017;22(9):3033-44. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.09852016>

21. Amorim HP de L, Melo BMS, Musse J de O, Silva MLCA da, Costa MCO, Marques JAM. Levantamento de marcas de mordidas humanas em vítimas de violência periciadas no Instituto Médico Legal de Feira de Santana-BA, entre 2007 e 2014 TT -2016;52(3):165-74. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-0939201600030000

22. Garbin CAS, e Queiroz APD de G, Rovida TAS, Garbin AJI. Occurrence of traumatic dental injury in cases of domestic violence. Braz Dent J. 2012;23(1):72-6. <https://doi.org/10.1590/S0103-64402012000100013>

23. Soares ÉMG, Cavalcanti RR, Wanderley AEC, Souto RRFA, Lessa RM, Neto JFT. Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL assisted in a Medical Legal Institute of Maceió – AL . Rev Bras Odontol Leg. 2018;5(2005):12-22.

24. Gonçalves J. Rede de Observatórios registra cinco casos de feminicídio e violência contra mulher por dia. Rede Observatório de Segurança, 4 de março 2021. Disponível em: <http://observatorioseguranca.com.br/category/feminicidio-e-violencia-contra-mulher/>. Acesso em: Julho de 2021.

25. Araújo BF, Pereira FMF, Freitas PVL, Saturnino VS, Santos EVL Análise da Prevalência dos Tipos de Violência Contra a Mulher na Região Nordeste. Faculdades Integradas de Patos Curso de Medicina v. 4, n. 1, jan/mar 2019, p. 1086-1095. ISSN: 2448-1394.

26. Pereira BCJ. Tramas e Dramas de Gênero e de Cor: A Violência Doméstica e Familiar Contra Mulheres Negras. 2013. 131 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

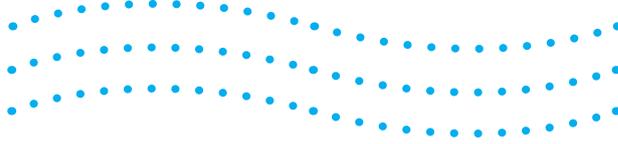
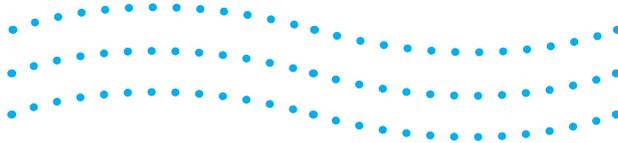
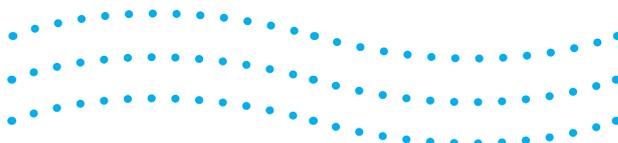
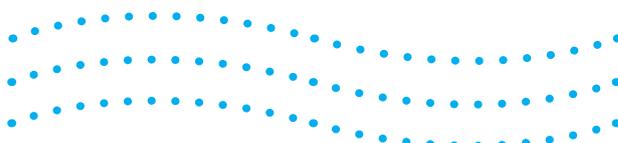
27. Engel CL. a Violência Contra a Mulher. Retrato das Desigual Gênero e Raça – 20 anos. 2016.

28. Romio JAF. a Vitimização De Mulheres Por Agressão Física, Segundo Raça/Cor No Brasil. Dossiê Mulheres Negras Retrato Das Condições Vida Das Mulheres Negras No Brasil. 2013;133-58.

Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9161/1/Dossie_Cap5.pdf. Acesso em: Julho de 2021.

29. Oliveira MVJ de, Lima MRP, Silveira GM, Correia A de M, Almeida MEL de, Teixeira AKM. Análise Temporal Das Agressões Físicas Contra a Mulher Sob a Perspectiva Da Odontologia Legal Na Cidade De Fortaleza, Ceará. Rev Bras Odontol Leg. 2019;6(3):02-14.

30. Ferreira WLP. Medicina Legal vol 41. 5º Edição da revista ampliada e atualizada. Editora JusPodivm; Coleção sinopses para concurso. Disponível: <https://www.editorajuspodivm.com.br/cdn/arquivos/97889130eb1cff5ce0d0af2dea35daea.pdf>. Acesso em: Julho de 2021.



IDENTIFICAÇÃO DOS SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DO NEAR MISS MATERNO: REVISÃO INTEGRATIVA

IDENTIFICATION OF SYSTEMS FOR CLASSIFYING MATERNAL NEAR MISS: INTEGRATIVE OVERVIEW
IDENTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE NEAR MISS A LA MATERNA: REVISIÓN INTEGRATIVA

Ana Jéssica Silveira Rios ¹

Lívia Mara de Araújo ²

Ana Kelve de Castro Damasceno ³

Como Citar:

Rios AJS, Araújo LM, Damasceno AKC, Carvalho FHC, Silva MAM, Monte AS. Identificação dos Sistemas de Classificação do Near Miss Materno: Revisão Integrativa. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Near Miss Materno; Mortalidade Materna; Complicações na Gravidez; Morbidade; Saúde Materna.

Descriptors:

Maternal Near Miss; Maternal Mortality; Pregnancy Complications; Morbidity; Maternal Health.

Descriptores:

RNear Miss Materno; Mortalidad materna; Complicaciones del Embarazo; Morbosidad; Salud maternal.

Submetido:

15/06/2023

Aprovado:

30/10/2023

Autor(a) para Correspondência:

Ana Jéssica Silveira Rios
E-mail: jessicasilveira12@hotmail.com

RESUMO

Identificar as classificações mais comuns para os casos de near miss materno. revisão integrativa, usando decritores e palavras-chaves cruzados com operadores booleanos (AND, OR, NOT) nas bases: Medical Literature Analysis and Retrieval System online; Web of Science; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature Excerpta Medica dataBASE; e Scopus. Foram encontrados 15 artigos, sendo sumarizados e categorizados conforme o tipo de classificação near miss materno.: as classificações encontradas foram da Organização Mundial de Saúde; Sistema de Pontuação; Classificação baseada na disfunção de órgãos e na gestão; Classificação baseada em critérios clínicos. Além disso, encontramos países com sistemas de vigilância de near miss próprio.: a Organização Mundial da Saúde é a classificação mais usada mundialmente, seguido dos critérios clínicos, de disfunção orgânica e do sistema de pontuação, sendo que alguns países desenvolvidos, como a Austrália e o Reino Unido tem uma classificação própria.

1. Mestra em Saúde da Mulher e da Criança pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira no Hospital e Maternidade Municipal de Bela Cruz, Ceará. E-mail: jessicasilveira12@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7524-2504>.

2. Mestra em Saúde da Mulher e da Criança pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira no Hospital e Maternidade Municipal de Bela Cruz, Ceará. E-mail: livia.mara@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8312-6319>.

3. Doutora e Mestre em Enfermagem Pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira Obstetra. Chefe e professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: anakelve@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4690-9327>.

ABSTRACT

The aim was to identify the most common classifications for maternal near-miss cases. Methods: Integrative review using descriptors and keywords crossed with Boolean operators (AND, OR, NOT) in the databases: Medical Literature Analysis and Retrieval System online; Web of Science; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature Excerpta Medica data BASE; and Scopus. 15 articles were found, which were summarized and classified according to the type of maternal near miss. The classifications found are from the World Health Organization; scoring system; classification based on organ dysfunction and management; classification based on clinical criteria. We also find countries with their own surveillance systems for near misses. the World Health Organization is the most commonly used classification worldwide, followed by clinical criteria, organ dysfunction and the scoring system, and some developed countries such as Australia and the United Kingdom have their own classification.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue identificar las clasificaciones más comunes para los casos de near miss materno. revisión integradora, utilizando descriptores y palabras clave cruzadas con operadores booleanos (AND, OR, NOT) en las bases de datos: Medical Literature Analysis and Retrieval System online; Web de la Ciencia; Índice acumulativo de extractos de literatura de enfermería y salud afines BASE DE DATOS MEDICA; y Scopus. Se encontraron 15 artículos, resumidos y categorizados según el tipo de clasificación de near miss materna. las clasificaciones encontradas fueron de la Organización Mundial de la Salud; Sistema de puntuación; Clasificación basada en disfunción de órganos y manejo; Clasificación basada en criterios clínicos. Además, encontramos países con sus propios sistemas de vigilancia de cuasi accidentes. la Organización Mundial de la Salud es la clasificación más utilizada a nivel mundial, seguida de los criterios clínicos, la disfunción orgánica y el sistema de puntuación, y algunos países desarrollados, como Australia y el Reino Unido, tienen su propia clasificación.

.....

INTRODUÇÃO

As complicações maternas graves abrangem condições clínicas, que podem evoluir ou não para a morte. Estima-se que para cada vinte ou mais complicações obstétricas agudas, ou crônicas existentes acontecerão um óbito materno¹. Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o *near miss* materno, como a mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave, que ocorreu durante a gravidez, parto ou em até 42 dias após o término da gravidez².

No entanto, mesmo com a relevância do tema, há um debate sobre os critérios para identificar o *near miss*³. Um panorama na literatura revela que existe uma diversidade de classificações com diferentes critérios, variando entre sinais e sintomas clínicos, manejo e disfunção de órgãos⁴. A utilização de diversas classificações pode tornar questionável a homogeneidade dos resultados apresentados sobre a identificação do *near miss*. O fundamento desse problema está na escassa quantidade de publicações⁵, que dificulta a apropriação do tema e discussões relevantes sobre o uso de uma abordagem sensível para uso comum.

Dessa forma, justifica-se a necessidade da realização de um estudo, que proporcione o conhecimento das classificações do *near miss*

materno baseadas em evidências científicas e que fomente a disseminação de informações no contexto da assistência obstétrica. Posto isso, o desenvolvimento desta investigação faz-se relevante por contribuir com o fortalecimento da prática de profissionais de saúde que atuam no cuidado materno. Nesse contexto, objetivou-se identificar quais as classificações mais comuns para identificar os casos de *near miss* materno a partir da literatura científica.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, que seguiu as etapas: I- Identificação do problema, II- Procura literária, III- Avaliação dos dados, IV- Análise dos dados e V- Apresentação⁶. Inicialmente utilizou-se acrônimo PICo para formação da pergunta norteadora, determinando-se: P (população): Grávidas; I (interesse): classificação e Co (contexto): *near miss*. A questão norteadora foi: quais as classificações mais comuns para identificar os casos de *near miss* materno?

Os descritores controlados foram selecionados no Medical Subject Headings (MeSH) e no Emtree, sendo cruzados com palavras-chave com os operadores booleanos "OR" e "AND", formando as

estratégias de buscas inseridas nas bases. O acesso às bases ocorreu por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) e registro na Universidade Federal do Ceará (UFC).

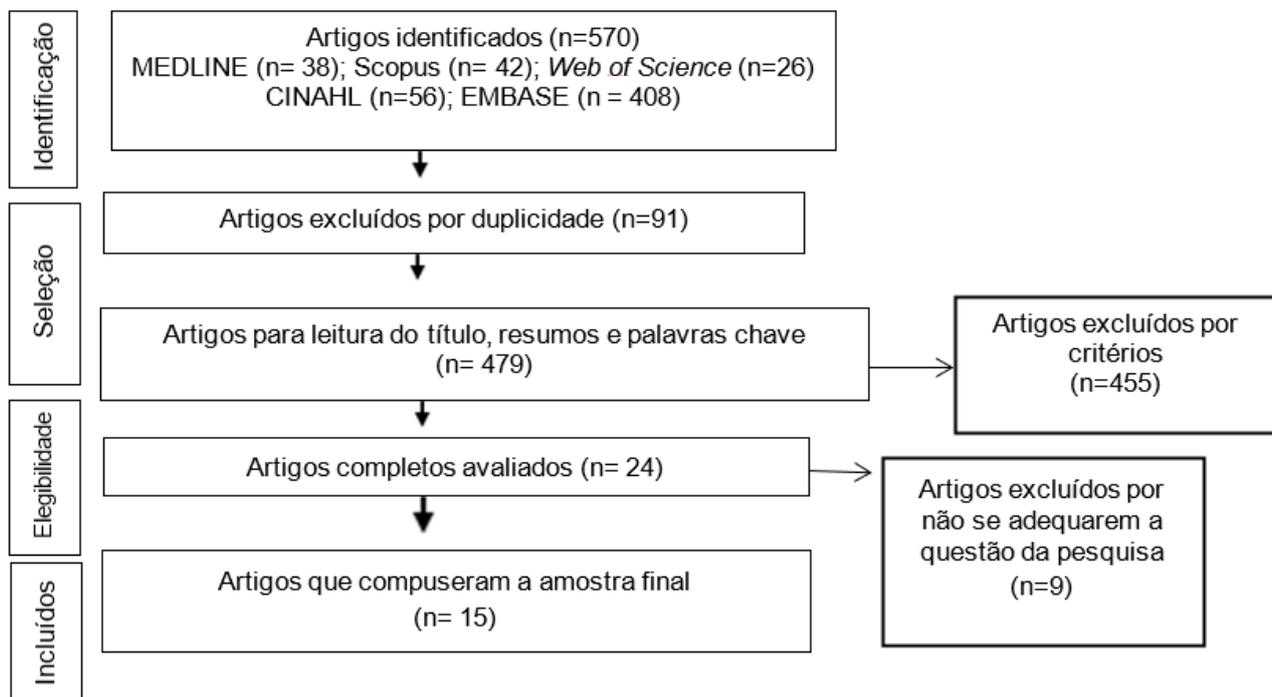
Dessa forma, as estratégias de buscas e as respectivas bases foram: MEDLINE (“Pregnant Women” OR “Pregnant Woman” OR “Pregnancy” OR “Pregnancies” OR “Gestation”) AND (Classification) AND (“Healthcare Near Miss” OR “Near Miss Healthcare” OR “Near Miss”); SCOPUS (“Pregnant Women” OR “Pregnancy”) AND (Classification) AND (“Healthcare Near Miss” OR “Near Miss Healthcare” OR “Near Miss”); Web of Science (“Pregnant Women” OR “Pregnancy” OR “Pregnancies”) AND (Classification) AND (“Near Miss Healthcare” OR “Near Miss”); CINAHL (Pregnancy) AND (Classification) AND (“Near Miss Healthcare” OR “Near Miss”); EMBASE (“Pregnancy”) AND (Classification) AND (“Near Miss health care” OR “Maternal Morbidity”).

Os critérios de inclusão foram artigos online

disponíveis na íntegra; em todos os idiomas; sem restrição do ano de publicação e com informações relacionadas à classificação do *near miss* materno. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações, monografias, editoriais, manuais, livros, capítulos de livros e estudos com informações não originais.

Toda a busca e avaliação dos artigos foi pareada e independente, sendo feita por duas autoras de forma padronizada, com posterior comparação dos resultados para estabelecimento de um consenso, em outubro de 2021, com o auxílio do gerenciador de referências *Rayyan*. Os artigos duplicados foram excluídos. Após, realizou-se a leitura do título, do resumo e das palavras-chave dos artigos, aplicando-se os critérios de inclusão. Os documentos elegidos foram lidos na íntegra, excluindo-se aqueles que não contemplavam a questão norteadora. Os artigos remanescentes formaram a amostra final. Durante a amostragem foi utilizado o diagrama de fluxo de seleção e identificação dos estudos de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Figura 1)⁷.

Figura 1 - Fluxograma de seleção das publicações. Sobral, CE, Brasil, 2023.



Fonte: Moher, 2009.

Após essa etapa, nas publicações da amostra final foi aplicado o questionário adaptado de Ursi⁸, para identificação do artigo (título, idioma, ano de publicação, nome do periódico); características metodológicas; resultados encontrados e nível de evidência. Isso permitiu a caracterização dos artigos e análise crítica das informações contidas, originando a categorização das classificações do *near miss* em cinco grupos.

As categorias formadas receberam os nomes das abordagens identificadas, que foram: classificação da

OMS²; classificação baseada em critérios clínicos⁹; classificação baseada em critérios de disfunção de órgãos e de gestão¹⁰; classificação baseada em um sistema de pontuação¹¹ e sistemas de vigilância de morbidades maternas¹³. Estabeleceu-se o nível de evidência conforme a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)¹².

RESULTADOS

A presente revisão integrativa é constituída de 15 artigos (Figura 2).

Figura 2. Artigos selecionados de acordo com o título, a autoria, o ano de publicação, o tipo de estudo, classificação de *near miss* e o nível de evidência. Sobral, CE, Brasil, 2023.

Autor/Ano	Tipo de estudo	Classificação	Nível de Evidência
Mantel <i>et al.</i> / 1998 ¹⁰	Descritivo	Disfunção de órgãos e gestão	IV
Geller <i>et al.</i> /2002 ¹¹	Transversal	Sistema de pontuação	IV
Luz <i>et al.</i> /2008 ⁴	Transversal	Diagnósticos clínicos/ Disfunção de órgãos e gestão	IV
Jayarathnam <i>et al.</i> / 2011 ¹³	Coorte	Organização Mundial da Saúde	IV
You <i>et al.</i> /2013 ¹⁴	Coorte.	Sistema de pontuação.	IV
Nelissen <i>et al.</i> / 2013 ¹⁵	Transversal	Organização Mundial da Saúde	IV
Lobato <i>et al.</i> / 2013 ¹⁶	Transversal	Organização Mundial da Saúde/ Diagnósticos clínicos	IV
Nakamura <i>et al.</i> /2013 ¹⁷	Transversal	Organização Mundial da Saúde	IV
Kulkarni <i>et al.</i> / 2016 ¹⁸	Coorte	Organização Mundial da Saúde	IV
Silva <i>et al.</i> / 2016 ¹⁹	Descritivo	Diagnósticos clínicos/ Disfunção de órgãos e gestão	IV
Oliveira <i>et al.</i> / 2018 ²⁰	Transversal	Organização Mundial da Saúde	IV
Oppong <i>et al.</i> / 2019 ²¹	Transversal com caso-control	Organização Mundial da Saúde	IV
Heemelaar <i>et al.</i> /2020 ²²	Coorte	Organização Mundial da Saúde	IV
Verschueren <i>et al.</i> / 2020 ²³	Coorte	Organização Mundial da Saúde	IV
Escobar <i>et al.</i> / 2021 ²⁴	Transversal	Organização Mundial da Saúde	IV

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Os textos foram publicados entre os anos de 1998 e 2021. Os tipos de estudos são: cinco coortes, oito transversais e dois descritivos. Todos com nível de evidência IV. As classificações mais comuns assentidas foram: OMS²; diagnósticos clínicos⁹, disfunção de órgãos e de gestão¹⁰ e sistema de pontuação¹¹. Alguns artigos apresentaram experiências de países com o próprio sistema de vigilância, o *Australian Maternity Outcomes Surveillance System* (AMOSS) e o Sistema de Vigilância Obstétrica do Reino Unido (UKOSS)¹³. Os documentos sobre cada classificação encontrada formaram as categorias (Figura 3).

A categoria 1 é representada pela classificação da OMS, idealizada por especialistas, visando a uniformidade na identificação do *near miss*, em que são estabelecidos 25 critérios clínicos, laboratoriais e de manejo relacionados a uma disfunção de sistemas e órgãos. Nesse caso, uma mulher pode apresentar um ou mais critérios².

Figura 3 - Classificações de *near miss* materno identificadas. Sobral, CE, Brasil, 2023.

Categoria	Classificação	Critérios utilizados para o <i>near miss</i>
1	OMS ²	Critérios clínicos: Cianose aguda; Gasping; Frequência respiratória > 40 ou < 6/mim; Ausência de consciência e de pulso ou batimento cardíaco; Oligúria não responsiva a diuréticos; Choque; Perda de consciência > ou igual a 12 horas; Distúrbios de coagulação; Icterícia na presença de pré-eclâmpsia; Convulsão não controlada/Paralisia total; Acidente vascular cerebral. Critérios de laboratórios: Saturação de O ₂ < 90 % por > 60 mim; Lactato > 5. Creatinina ≥ 300mmol/L ou 3,5mg/dL; Ausência de consciência E presença de glicose e cetoacidose na urina; Trombocitopenia aguda (<50.000 plaquetas). Ph<7,1; Bilirrubina > 100mmol/L ou > 6,0mg/dL; PaO ₂ /FiO ₂ < 200mmHg. Critérios de manejo: Uso de droga vasoativa contínua; Diálise para insuficiência renal aguda; Reanimação cardiopulmonar; Transfusão 5 unidades de concentrados de hemácias; Intubação e ventilação 60 min, não relacionada à anestesia; Histerectomia puerperal.
2	Diagnósticos clínicos ⁹	Pré-eclâmpsia grave; Eclâmpsia; Síndrome de HELLP; Hemorragia grave: (> 1.500 ml de sangue); Sepses grave, e Rotura uterina.
3	Disfunção de órgãos e de gestação ¹⁰	Sistemas de órgãos: Disfunção cardíaca; Disfunção cardiovascular; Disfunção imunológica; Disfunção respiratória; Disfunção renal; Disfunção hepática; Disfunção metabólica; Disfunção de coagulação; e Disfunção cerebral. Gestão: Admissão em UTI; Histerectomia de emergência; Acidentes anestésicos: Hipotensão grave associada a um anestésico raquidiano ou epidural, e Falha na intubação traqueal que requer reversão anestésica.
4	Sistema de pontuação ¹¹	Falha do sistema de órgãos (maior ou igual 1 sistema): 1 ponto; Admissão em UTI: 2 pontos; Transfusão > 3 PRBC: 3 pontos; Intubação > 12 horas: 4 pontos; Intervenção cirúrgica imprevista: 5 pontos.
5	AMOSS e UKOSS ¹³	Dispositivos de monitoramento regular do <i>near miss</i> materno realizado por comitês institucionais e auditorias periódicas.

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2023.

A categoria 2 define o *near miss* através da apresentação de um dos critérios clínicos diagnósticos⁹. Na categoria 3, os casos são encontrados a partir da identificação de disfunções clínicas e submissão a intervenções¹⁰, enquanto na categoria 4, o evento *near miss* é estabelecido a partir da atribuição e soma dos fatores^{11,25}. Por fim, a categoria 5, foram identificados dois países com abordagens próprias para prevenir e identificar as morbidades graves¹³.

DISCUSSÃO

A classificação da OMS² foi a mais comum nesse estudo. Essa abordagem é considerada padrão ouro, possuindo critérios que visam unanimidade e flexibilidade do uso para identificar o *near miss* no mundo, possibilitando a comparação de resultados,

portanto sendo uma ferramenta valiosa para prevenir a morte materna^{2,17,20,23}. Mas há uma dificuldade da utilização unânime desta classificação. Isso pode estar relacionado aos critérios rigorosos necessários para caracterizar o *near miss*, justificado por entraves humanos e financeiros de alguns serviços, que possuem uma frágil estrutura e deficiências de insumos componentes dos critérios de laboratório e de manejo, como, por exemplo: alguns exames, bancos de sangue, UTI e centro cirúrgico^{15,21,22,24,25}.

Nesse contexto, em uma pesquisa realizada na África Subsaariana, estimou-se que parâmetros de laboratório e manejo da OMS² possuem baixa aplicação devido aos poucos recursos²⁶. Da mesma forma, em uma pesquisa na Tanzânia, alguns critérios de laboratório e de manejo não foram consideradas por indisponibilidade. No caso da hemotransfusão, um critério de manejo, ocorreu diminuição para

01 unidade de sangue, devido à falta de banco de sangue¹⁵. O mesmo ocorreu na Namíbia, em que se adotou menos de 04 unidades de sangue transfundido²².

No entanto, são os ambientes com poucos recursos que mais apresentam casos de morbidades, portanto, a aplicação de uma classificação *near miss* com adaptações locais são inevitáveis, embora isso subverta o objetivo de dados globalmente comparáveis da OMS, pode ser uma resposta para atingir a aplicabilidade dos critérios²³.

Logo, emerge a importância da flexibilização dos critérios da OMS, com adequação a realidade local, facilitando o uso em diferentes cenários^{2, 13, 15, 21, 22, 26, 27}. Na literatura, são comuns estudos com adaptações a classificação da OMS², demonstrando que a flexibilização do instrumento pode auxiliar na vigilância de casos, compreendendo os eventos retrospectivos e evitando a evolução para a extrema gravidade^{13, 15, 21, 22}.

A classificação de critérios clínicos foi a segunda classificação mais comum nos estudos identificados, possuindo como característica evidenciar a morbidade associada especificamente à gravidez, usando os diagnósticos mais comuns, tendo fácil aplicação⁹. Os critérios clínicos diagnósticos quando empregados encontram um maior número de casos quando comparados a outras abordagens, possuindo 4 a 6 vezes maior quantidade^{16, 19, 27}.

Porém, há um questionamento sobre a subjetividade dos casos, pois não são estabelecidos limites entre a gravidade de uma patologia^{4, 16, 19}. Nesse contexto, sugere-se que a classificação de critérios clínicos⁹ possa funcionar para a triagem das complicações maternas graves e, a partir dessas, seriam extraídos os eventos *near miss*^{16, 27}.

A classificação, baseada em critérios da disfunção de órgãos e gestão, foi a terceira mais comum nesta revisão, trazendo que o *near miss* materno é um insulto clínico, desencadeador de uma falência de órgãos, podendo culminar em morte. Analisando o ano de publicação dos artigos relacionados a essa abordagem, supõe-se que essa foi uma das primeiras tentativas para identificar o *near miss*, que surgiu mediante a necessidade de compreender as complicações maternas para prevenir a morte, estimulando a revisão dos casos em estudos²⁸.

Portanto, o fator obstétrico primário gerador da disfunção orgânica deve ser detectado, mas não considerado exclusivamente, pois o que caracterizará um *near miss* é falência orgânica interpretada a

partir dos parâmetros alterados e/ou a submissão a uma intervenção^{10, 19, 27}. Nessa conjuntura, é válido salientar sobre a rigorosidade dos parâmetros da disfunção e da gestão comparado a outras abordagens, pois embora seja pouco sensível de aplicação, possui uma importante especificidade dos casos selecionados, subsidiados por muitos óbitos maternos envolvidos^{19, 27}.

A literatura apresenta que o fato da classificação de disfunção de órgãos e de gestão¹⁰ identificar menos casos de *near miss* materno está justificado pela robustez dos parâmetros que a compõe para estabelecer um limite de gravidade, sendo muitas vezes não disponíveis em serviços com poucos recursos, logo o caso não identificado^{4, 19}. Por exemplo, nessa abordagem, os parâmetros que definem as doenças hipertensivas são gravíssimas com icterícia e trombocitopenia, necessitando de transfusão de plaquetas^{4, 29} e só se considera hemorragia grave a partir de 05 unidades de hemotransfusão^{4, 10}.

O sistema de pontuação tem a morbidade definida como um *continuum*, do menor ao severo, sendo o evento *near miss* estabelecido a partir da pontuação total atribuída a soma ponderada dos fatores clínicos presentes para cada mulher. Logo, por definição, pode ser entendido como: quanto maior o número de fatores incluídos no sistema, mais ampla será a gama de pontuações possíveis^{11, 14, 29}.

O sistema tem como vantagens: uso uniforme; buscas no banco de dados; exploração de padrões de atendimento e identificação de fatores de risco¹⁴, possibilitado revisão de casos e estudos epidemiológicos para aprimorar a assistência²⁹. Além disso, os estudos realizados demonstram que o sistema de pontuação possuem alta sensibilidade e especificidade para o *near miss* devido ao uso dos fatores associados¹¹⁻¹⁴⁻²⁷.

A limitação do sistema de pontuação¹¹ está na disponibilidade dos fatores que estão disponíveis no serviço. Isto é, as experiências encontradas de aplicação do sistema foram em ambientes desenvolvidos, em que os fatores estão presentes, podendo acontecer um contraste do êxito dos resultados em outros cenários¹⁴.

A implantação de sistemas de monitoramento e realização de auditorias sobre casos de *near miss* requerem um sistema de vigilância de morbidade materna bem estruturado¹⁷. Embora existam desafios, alguns países possuem seu próprio sistema de vigilância de morbidade materna grave próprio, como, por exemplo, o AMOSS e UKOSS¹³. Mediante

as experiências encontradas, podemos inferir que o sistema de vigilância de morbidade está presente em alguns países desenvolvidos, fato relacionado à raridade da morte materna nesse cenário. Há que se considerar que os países que já têm uma adoção de um sistema de vigilância que trabalhe com algum critério e, que coloca em prática a busca e detecção precoce de morbidades maternas, mostram-se como precursores na redução dos agravos, sequelas e óbitos maternos e, verdadeiramente, estarão trabalhando a prevenção de desfechos maternos desfavoráveis e evitáveis.

Nesta revisão integrativa buscaram-se apresentar as abordagens mais comuns para identificar o *near miss* a fim de subsidiar e multiplicar informações baseadas sobre o tema, que ainda é pouco utilizado. O principal objetivo do estudo do *near miss* é intervir a tempo de evitar a evolução para morte, porém as referências, com diversos tipos de abordagens, demonstram haver uma necessidade de encontrar o ponto de equilíbrio entre critérios muito específicos, pouco sensíveis, mas que permitam atuação clínica a tempo de prevenir mortes, além de evitar a inclusão de muitos casos falso-positivos num processo de vigilância dos casos de morbidade grave ou extremamente grave⁴.

Somado isso, uso de diferentes critérios diagnósticos pode levar a uma importante heterogeneidade nas estimativas do *near miss*¹⁶. Logo, salienta-se a possibilidade da adoção de critérios compilados em uma classificação única e padronizada, que proporcione, procedimentos de rotina, a vigilância e a análise dos agravos pelas equipes de saúde dos hospitais que atendem a mulher durante a gravidez, o parto e puerpério¹⁹.

Porém, sabe-se que a inserção de uma classificação para o monitoramento do *near miss* é complexo e dispendioso, pois devem ser realizados regularmente por meio de comitês institucionais, ou auditorias periódicas, e poucos países possuem recursos materiais e humanos disponíveis, um entrave importante para a consolidação de uma rotina¹⁷.

A principal limitação dessa revisão está relacionada aos poucos estudos encontrados referentes ao tema. Além disso, poucas são as evidências sobre os sistemas de vigilâncias de morbidades maternas nos países desenvolvidos, não permitindo uma maior discussão. Os pontos fortes desse estudo estão na apresentação das principais abordagens de *near miss* do mundo, apresentando suas potencialidades e fragilidades, fomentado a

discussão sobre o tema ainda pouco conhecido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se com esse estudo, que a classificação para identificação de *near miss* da OMS é a mais usada mundialmente, porém muitas adaptações são realizadas na prática, conforme a realidade do cenário. As demais classificações utilizadas são as baseadas em critérios clínicos; critérios de disfunção orgânica e de gestão; e do sistema de pontuação. Além disso, observou-se que alguns países desenvolvidos, como a Austrália e o Reino Unido, possuem um sistema de monitoramento adaptado para uso nacional. Os critérios de disfunção de órgãos e de gestão são os pioneiros para detectar a morbidade materna grave, mas são rígidos. A classificação com critérios clínicos é de fácil aplicação, porém questionável sobre a gravidade dos casos. O sistema de pontuação é objetivo, possuindo variáveis consistentes. Espera-se que esse estudo possa propagar informações referentes ao tema, instigando a realização de mais pesquisas com aplicação de abordagens do *near miss*, o que poderá trazer uma maior discussão e respostas referentes aos critérios mais específicos para as morbidades *near miss* no mundo.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

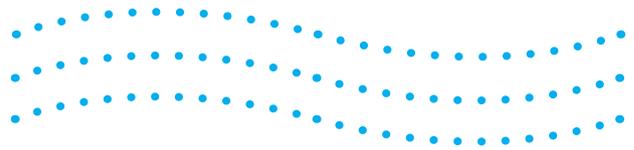
Todas as autoras contribuíram na redação e sistematização do estudo.

REFERÊNCIAS

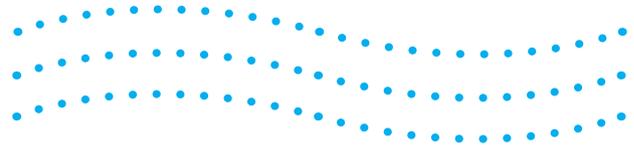
1. Kasahun AW, Wako WG. Predictors of maternal near miss among women admitted in Gurage zone hospitals, South Ethiopia, 2017: a case control study. BMC Gravidez Parto. 2018; 18(260):1-9. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1903-1>
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna [Internet]. 2011 [cited 2022 Jan 13]. Available from: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/1103>.
3. Chaudhuri S, Nath S. Life-threatening complications in pregnancy in a teaching hospital in Kolkata, India. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2019; (69):115-22. Doi: <https://www.doi.org/10.1007/s13224-018-1106-8>.
4. Luz AG, Tiago DB, Silva JC, Amaral E. Severe maternal morbidity at a local reference university hospital in

- Campinas, São Paulo, Brazil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(6):281-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000600003>.
5. Monte AS, Cordeiro IM, Oriá MBO, Carvalho FHC, Brown H, Damasceno AKC. Near miss maternal: influencing factors and guidelines for reducing maternal morbidity and mortality. Rev Rene.2018; 19:e3182. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193182>.
 6. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005; 52(5):546-53. doi: <https://www.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621>.
 7. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. PLoS Med. 2009; 6(7):1-6. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
 8. URSI, E.S. Prevenção de lesões de pele no período perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.
 9. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. BMJ. 2001; 322(7294):1089-93. doi: <https://www.doi.org/10.1136/bmj.322.7294.1089>.
 10. Mantel GD, Buchmann E, Rees H, Pattinson RC. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. BJOG. 1998; 105(9):985-90. doi: <https://www.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10262.x>.
 11. Geller SE, Rosenberg D, Cox SM, Kilpatrick S. Defining a conceptual framework for near-miss maternal morbidity. JAMWA [Internet]. 2002 [cited 2022 Jan 13]; 57(3):135-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12146602/>.
 12. Galvão MC, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores evidências. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(4):43-50. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342003000400005>.
 13. Jayaratnam S, Costa C, Howat P. Developing an assessment tool for maternal morbidity 'near-miss'- a prospective study in a large Australian regional hospital. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2011; 51(5):421-5. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2011.01330.x>.
 14. You WB, Chandrasekaran S, Sullivan J, Grobman W. Validation of a scoring system to identify women with near-miss maternal morbidity. Am J Perinatol. 2013; 30(1):21-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1321493>.
 15. Nelissen E, Mduma E, Broerse J, Ersdal H, Evjen-Olsen B, Roosmalen JV, *et al.* Applicability of the WHO maternal near miss criteria in a low-resource setting. PLoS One . 2013; 8(4):1-8. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061248>.
 16. Lobato G, Nakamura-Pereira M, Mendes-Silva W, Dias MA, Reichenheim ME. Comparing different diagnostic approaches to severe maternal morbidity and near-miss: a pilot study in a Brazilian tertiary hospital. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X. 2013; 167(1):24-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.10.030>.
 17. Nakamura-Pereira M, Mendes-Silva W, Dias MA, Reichenheim ME, Lobato G. The hospital information system of the Brazilian Unified National Health System: a performance evaluation for auditing maternal near miss. Cad Saúde Pública. 2013; 29(7):1333-45. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700008>.
 18. Kulkarni R, Chauhan S, Daver R, Nandanwar Y, Patil A, Bhosale A. Prospective observational study of near-miss obstetric events at two tertiary hospitals in Mumbai, Maharashtra, India. Int J Gynaecol Obstet. 2016; 132(2):170-3. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.07.009>.
 19. Silva TC, Varella PL, Oliveira RR, Mathias TA. Severe maternal morbidity identified in the Hospital Information System of the Brazilian National Health System in Paraná State, Brazil, 2010. Epidemiol Serv Saúde. 2016; 25(3):617-28. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000300017>.
 20. Oliveira Neto AF, Parpinelli MA, Costa ML, Souza RT, Valle CR, Cecatii, JG. Exploring epidemiological aspects, distribution of WHO maternal near miss criteria, and Organ Dysfunction Defined by SOFA in cases of severe maternal outcome admitted to obstetric ICU: a cross-sectional study. Biomed Res Int. 2018; 1:1-8. doi: <https://doi.org/10.1155/2018/5714890>.
 21. Oppong SA, Bakari A, Bell AJ, Bockarie Y, Adu JA, Turpin CA, *et al.* Incidence, causes and correlates of maternal near-miss morbidity: a multi-centre cross-sectional study. BJOG. 2019; 126(6):755-62. doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15578>.
 22. Heemelaar S, Josef M, Diener Z, Chipeio M, Stekelenburg J, Van den Akker T, *et al.* Maternal near-miss surveillance, Namibia. Bull World Health Organ. 2020; 98 (8):548-57. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.251371>.
 23. Verschueren KJ, Kodan LR, Paidin RR, Samijadi SM, Paidin RR, Rijken MJ, *et al.* Applicability of the WHO maternal near-miss tool: A nationwide surveillance study in Suriname. J Glob Health. 2020; 10(2): 020429. doi: <https://www.doi.org/10.7189/jogh.10.020429>.

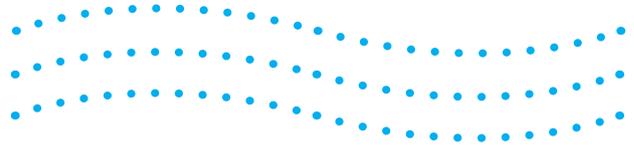
24. Escobar M, Mosquera C, Hincapie MA, Nasner D, Carvajal JA, Maya J, *et al.* Diagnostic performance of two different maternal near-miss approaches in a High Obstetric Risk Unit. *Women Health*. 2021; 61(8):723-36. doi: <https://doi.org/10.1080/03630242.2021.1959492>.



25. Allen VM, Campbell M, Carson G, Fraser W, Liston R, Walker M, *et al.* Maternal mortality and severe maternal morbidity surveillance in Canada. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010; 32: 1140-6. doi: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34737-5](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34737-5).

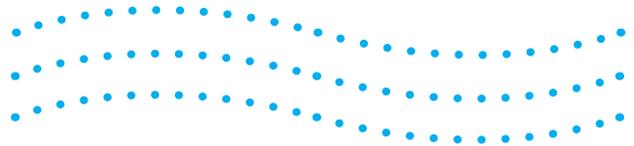


26. Tura AK, Stekelenburg J, Scherjon SA, Zwart J, van den Akker T, van Roosmalen J, *et al.* Adaptation of the WHO maternal near miss tool for use in sub-Saharan Africa: an International Delphi study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1):1-10. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1640-x>.

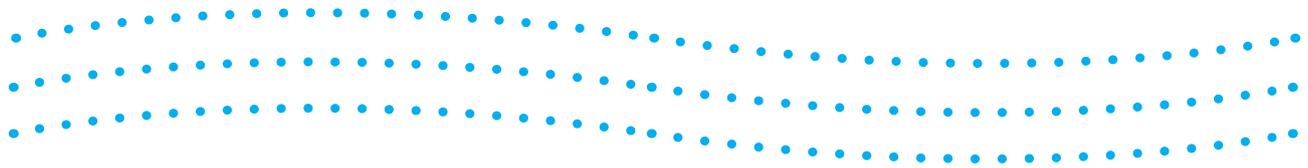
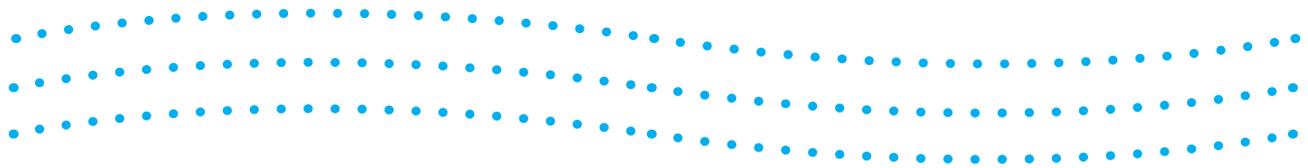


27. Monte AS, Teles LMR, Oriá MOB, Carvalho FHC, Brown H, Damasceno AKC. Comparison between near miss criteria in a maternal intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2018; 52: 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017038703404>.

28. Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, *et al.* Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet*. 2013; 381(9879):1747-55. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60686-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60686-8).



29. Geller SE, Rosenberg D, Cox SM, Brown ML, Simonson L, Driscoll CA, *et al.* The continuum of maternal morbidity and mortality: factors associated with severity. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2004; 191(3):939-44. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.05.099>.



SIGNIFICADOS EM TORNO DO CONCEITO DE COORDENAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: REVISÃO DE ESCOPO

MEANINGS AROUND THE CONCEPT OF HEALTH CARE COORDINATION: A SCOPING REVIEW
SIGNIFICADOS EN TORNO AL CONCEPTO DE COORDINACIÓN DE CUIDADOS EN SALUD: UNA REVISIÓN DE ALCANCE

Helvo Slomp Junior ¹

Bruna Vago ²

Alexia Carvalho Moraes ³

Isadora Santana Pinheiro ⁴

Lorrayne de Oliveira Brito ⁵

Volney Alves Ferreira Júnior ⁶

Como Citar:

Slomp Junior H, Vago B, Moraes AL, Pinheiro IS, Brito LO, Júnior VAF. Significados em Torno do Conceito de Coordenação do Cuidado em Saúde: Revisão de Escopo. *Sanare*. 2023(22);2.

Descritores:

Coordenação do Cuidado; Atenção Primária à Saúde; Atenção à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Integralidade em Saúde.

Descriptors:

Care Coordination; Primary Health Care; Delivery of Health Care; Continuity of Patient Care; Integrity in Health.

Descriptores:

Coordinación del Cuidado; Atención Primaria de Salud; Prestación de Atención en Salud; Continuidad de la Atención al Paciente; Integralidad en Salud.

Submetido:

26/08/2023

Aprovado:

20/11/2023

Autor(a) para Correspondência:

Helvo Slomp Junior
E-mail: helvosj@gmail.com

RESUMO

A coordenação do cuidado, segundo a Política Nacional de Atenção Básica brasileira, seria gerir projetos terapêuticos singulares para a gestão compartilhada e integral da atenção à saúde, mediante relações horizontais, contínuas e integradas. Em uma revisão de escopo, investigou-se os sentidos dados ao conceito de coordenação do cuidado. Dos 265 artigos selecionados, 210 apenas citam o conceito, e 54 o definem. Entre estes últimos, 57,4% o faz utilizando elementos conceituais presentes na definição clássica de coordenação da atenção proposta por Barbara Starfield, principalmente a integração e a continuidade da atenção, enquanto que 42,5% usam nesta conceituação um ou mais elementos do conceito de coordenação do cuidado apresentado pela política pública brasileira, como acima. Poucos estudos também mencionam a responsabilização e as relações horizontais no cuidado. Os resultados do mapeamento das evidências reforçam a noção de que não há consenso em torno do conceito de coordenação do cuidado, mas indicam que paradoxalmente o conceito é considerado, majoritariamente, um consenso. Além disso, há uma forte orientação conceitual em direção à coordenação da atenção segundo o paradigma da atenção primária à saúde como proposto por Starfield.

1. Médico, Doutor em Medicina pela UFRJ, Pós-Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva / Professor Associado do Instituto de Ciências Médicas do Centro Multidisciplinar UFRJ/Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: helvosj@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5346-0965>

2. Graduanda do curso de Medicina do Instituto de Ciências Médicas do Centro Multidisciplinar UFRJ/Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: bruna.v17@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7823-1405>

3. Graduanda do curso de Medicina do Instituto de Ciências Médicas do Centro Multidisciplinar UFRJ/Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: alexiacmoraess@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4057-3885>

4. Graduanda do curso de Medicina do Instituto de Ciências Médicas do Centro Multidisciplinar UFRJ/Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: alexiacmoraess@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4057-3885>

5. Graduanda do curso de Medicina do Instituto de Ciências Médicas do Centro Multidisciplinar UFRJ/Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: isadora12pinheiro@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7407-8316>

6. Graduanda do curso de Medicina do Instituto de Ciências Médicas do Centro Multidisciplinar UFRJ/Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: volneyalves11@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4395-7502>

Cert. de Redação Científica: Yanna Vasconcelos. Revisão de texto: Yanna Vasconcelos. Revisão de provas: Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

Care coordination, according to the Brazilian National Primary Care Policy, would be managing singular therapeutic projects for the shared and integral management of health care, through horizontal, continuous and integrated relationships. In a scoping review, the meanings given to the concept of care coordination were investigated. Of the 265 articles selected, 210 only mention the concept, while 54 define it. Among the latter, 57.4% do so using conceptual elements present in the classic definition of coordination of attention proposed by Barbara Starfield, mainly the integration and continuity of attention, while 42.5% use in this conceptualization one or more elements of the concept of coordination of care presented by Brazilian public policy, as above. Few studies also mention accountability and horizontal relationships in care. The results of the evidence mapping reinforce the notion that there is no consensus around the concept of care coordination, but indicate that, paradoxically, the concept is mostly considered a consensus. In addition, there is a strong conceptual orientation towards care coordination according to the primary health care paradigm as proposed by Starfield.

RESUMEN

La coordinación del cuidado, según la Política Nacional de Atención Primaria de Brasil, implica gestionar proyectos terapéuticos singulares para la gestión compartida e integral de la atención de salud, a través de relaciones horizontales, continuas e integradas. En una revisión de alcance se investigaron los significados dados al concepto de coordinación del cuidado. De los 265 artículos seleccionados, 210 solo mencionan el concepto y 54 lo definen. Entre estos últimos, el 57,4% lo hace utilizando elementos conceptuales presentes en la definición clásica de coordinación de la atención propuesta por Barbara Starfield, principalmente la integración y la continuidad de la atención, mientras que el 42,5% incorpora uno o más elementos del concepto de coordinación del cuidado presentado por la política pública brasileña. Pocos estudios mencionan también hacerse responsable del cuidado así como sus relaciones horizontales. Los resultados del mapeo de evidencias refuerzan la noción de que no existe consenso en torno al concepto de coordinación del cuidado, pero indican que, paradójicamente, el concepto se considera, mayoritariamente, un consenso. Además, existe una fuerte orientación conceptual hacia la coordinación de la atención según el paradigma de la atención primaria de salud propuesto por Starfield.

.....

INTRODUÇÃO

O processo de transferência de informações derivadas dos encaminhamentos, tanto da atenção primária em saúde (APS) como de serviços de referência, e o modo pelo qual profissionais de saúde, notadamente médicos(as), reconhecem estas informações, compõem um processo que Barbara Starfield chama “continuidade da atenção”, e que, para ser efetiva, segundo a autora são importantes os processos de trabalho e certos aspectos estruturais da respectiva rede de saúde¹.

Já o conceito de coordenação do cuidado (CC) está intimamente relacionado ao conceito anterior na literatura especializada, mas contém definições que agregam elementos adicionais à CC, em relação à CA. Por exemplo, McDonald *et al.*², em um atlas para apoiar avaliações de intervenções de CC em pesquisas e projetos, bastante citado nas evidências levantadas por este estudo, recomendam uma análise das necessidades e objetivos de pessoal e recursos existentes com relação às necessidades e recursos do usuário e da comunidade, de modo que são

ênfaticados a comunicação interpessoal e o trabalho em equipe, a fim de se criar planos proativos de gestão de casos, além de apoiar metas de autogestão e capacitar, monitorar, acompanhar e responder às mudanças².

A CC é conceito também presente desde 2006 na Política Nacional de Atenção Básica, no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, em uma formulação governamental que teve sua mais completa versão na edição de 2011 desta política³, segundo a qual, coordenar o cuidado seria responsabilizar-se pelo cuidado aos usuários, elaborando e gerindo projetos terapêuticos singulares, atuando como um centro de comunicação entre diversos pontos de atenção de uma rede de atenção à saúde, apoiando os fluxos desses usuários na rede e também articulando junto a outras estruturas intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais, a fim de promover a gestão compartilhada da atenção integral, mediante relações horizontais, contínuas e integradas³.

Quando do planejamento desta pesquisa, realizou-se uma rápida revisão de evidências para obter uma visão geral preliminar dos principais

componentes conceituais apresentados para a CC, e observou-se grande frequência de formulações que utilizam componentes do conceito de CA¹ e do conceito brasileiro de CC³, ou equivalentes a estes. Ao comparar-se os conceitos CA e CC entre si, é possível identificar aproximações e diferenças, e no Brasil o uso da expressão CC parece ser majoritário, de maneira que tem sido bastante difundido por esta política pública e também na literatura especializada. Admite-se, no entanto, que, quando apontada como atributo da APS, a CC ainda “mantém-se como meta fundamental a ser alcançada” (pg. 273)⁴.

Este estudo é produto de uma atividade de iniciação científica no Instituto de Ciências Médicas do Centro Multidisciplinar UFRJ/Macaé. A pergunta norteadora da pesquisa foi: “que significados são encontrados para ‘coordenação do cuidado’ em artigos de periódicos, e o quão frequentemente os significados assumidos para este conceito são apresentados?”. O objetivo desta revisão de escopo foi conhecer tanto a frequência de explicitação dos significados para o conceito CC em periódicos científicos, quanto a relação que tais significados têm com dois paradigmas consagrados no Brasil: um veiculado pelo projeto APS¹, outro pela política pública brasileira³.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma revisão bibliográfica utilizando a metodologia *scoping review*, conforme a proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI)⁵, obedecendo-se aos itens de acordo com o PRISMA ScR⁶. Para a construção da pergunta da pesquisa citada acima, aplicou-se a seguinte estratégia população, conceito e contexto (PCC): *população* = usuários atendidos por serviços e redes de saúde, e trabalhadores da área da saúde, da assistência e da gestão; *conceito* = coordenação do cuidado; *contexto* = organização e gestão do cuidado em serviços e sistemas de saúde.

Incluíram-se somente artigos de periódicos com texto integral disponível, nos idiomas inglês, espanhol e português, sem limite temporal quanto à data de publicação, e que contivessem o conceito CC. As buscas foram realizadas por seis pesquisadores independentes em duplas, e concluídas em abril de 2021, nas seguintes bases de dados: *National Library of Medicine* (PubMed), *SciVerse SCOPUS*, *Web of Science database*, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Excerpta Medica Database* (EMBASE), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Cumulative Index*

to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).

Os descritores utilizados, ausentes em listas como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), foram estabelecidos em linguagem natural: “*health care coordination*”, “*care coordination*” e “*coordenação do cuidado*”, com uso do recurso entre aspas. A inclusão dos estudos se deu a partir da leitura criteriosa de título, resumo e palavras-chaves, além da busca dos descritores no texto de todas as publicações localizadas pela estratégia de busca pelo mecanismo Ctrl+F. As buscas em cada base de dados foram realizadas por dois pesquisadores independentes, comparadas entre si e compatibilizados os resultados. Em não havendo consenso, a decisão final coube ao coletivo de pesquisadores(as).

Não foram analisados a metodologia dos estudos e seus resultados e conclusões. Foram excluídos artigos que realizassem revisões sobre o conceito de CC. Os artigos pré-selecionados foram submetidos a exclusões por duplicação, e após, os dados foram sistematizados utilizando-se uma planilha padrão *Google Drive*[®], na qual, em cada linha, foram dispostas as seguintes informações sobre cada estudo encontrado: autores/ano (citação), título, se define ou não CC, definição de CC apresentada (trecho do texto), contexto do estudo e outras observações.

Os estudos selecionados foram classificados em dois grupos: aqueles que somente utilizam o termo CC sem defini-lo; e aqueles que o definem. Mediante leitura dos textos integrais, os artigos que definem CC foram então subdivididos em duas categorias: CA, CC, cada uma com elementos conceituais conforme matriz apresentada no quadro 1^{1,3}. Artigos que combinavam elementos das duas categorias foram incluídos na lista CC.

Quadro 1. Matriz conceitual utilizada para a categorização dos achados.

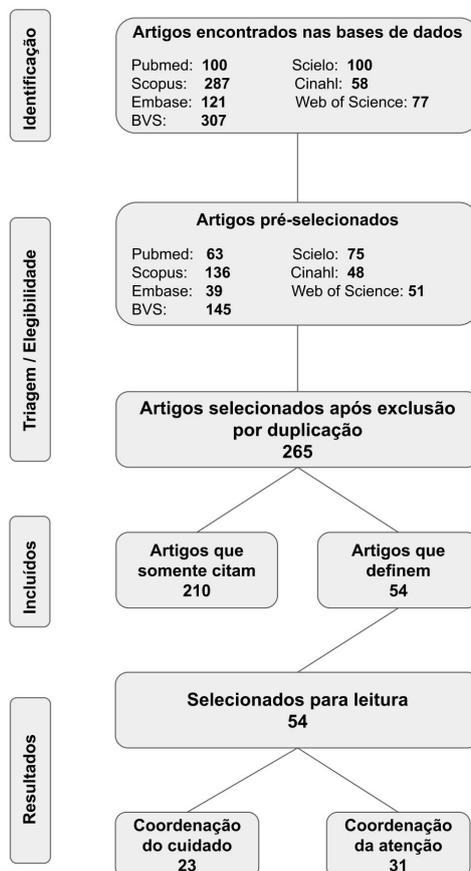
Conceito	Coordenação da Atenção ¹	Coordenação do Cuidado ³
Elementos conceituais	<p>Continuidade da atenção – estrutura para transferência de informações para cada problema de saúde) + reconhecimento de informações entre todos os que se comunicam.</p> <p>Integração da atenção em diferentes níveis e locais de prestação de serviços: “estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”.</p> <p>Encaminhamentos / referência-contrarreferência</p>	<p>Responsabilização pelo cuidado aos usuários, mediante relações horizontais, contínuas e integradas.</p> <p>Elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, ou ações equivalentes.</p> <p>Promover a gestão compartilhada da atenção integral acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção à saúde e intersetoriais, atuando como o centro de comunicação entre esses diversos pontos.</p>

Fonte: Adaptado de Starfield, 2002¹ e de Brasil, 2012³.

Ao final foram construídos dois quadros sintéticos com os artigos incluídos em cada categoria.

RESULTADOS

Dos 265 artigos selecionados, 210 (79,2%) apenas citam o conceito CC (figura 1). Para as fontes de evidência que o definem, 54 artigos, foi realizada uma avaliação crítica com base na matriz conceitual apresentada no quadro 1: 23 artigos definiam CC com um ou mais elementos da definição de CC³, mesmo que contendo algum elemento daquela de CA; enquanto que 31 artigos definiam CC somente com elementos conceituais de CA¹ (figura 1).

Figura 1. Fluxograma dos resultados obtidos nas buscas em bases de dados.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A síntese dos resultados foi distribuída nos quadros 2 e 3, a seguir, listando-se por categorias os dados com as seguintes características, com relação aos objetivos: citação, título do estudo e conceito ou definição de CC apresentada.

Quadro 2. Artigos que enunciam um conceito equivalente a “coordenação da atenção”, segundo Starfield (2002)¹, em ordem alfabética.

Autores-ano	Título do estudo	Conceito ou definição de coordenação do cuidado
Almeida <i>et al.</i> , 2010	Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos	“articulação entre diversos serviços, ações e profissionais relacionados à atenção em saúde” (pg. 287).
Almeida <i>et al.</i> , 2011	Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados	“articulação entre diversos serviços, ações e profissionais relacionados à atenção em saúde” (pg. 84).
Almeida <i>et al.</i> , 2012	Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários	“Articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma sincronizada” (pg. 377).
Almeida <i>et al.</i> , 2017	Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica	“articulação entre diversos serviços, ações e profissionais na atenção à saúde (...) ações integradas entre prestadores e profissionais, conformados em rede, guiadas pela APS” (pg. 375).
Almeida <i>et al.</i> , 2018	Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile	“articulação entre serviços, ações e profissionais na atenção à saúde” (pg. 2214).
Almeida <i>et al.</i> , 2021	As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção	“relações comunicacionais entre os profissionais da rede de atenção à saúde na coordenação entre níveis assistenciais.” (pg. 02).
Barros <i>et al.</i> , 2020	Avaliação da coordenação do cuidado de usuários com tuberculose multidroga resistente em Recife, Pernambuco, Brasil	“...articulação entre os diversos serviços e ações de saúde prestados a determinado paciente” (pg. 100).
Bousquat <i>et al.</i> , 2017	Atenção Primária à Saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários	“articulação harmoniosa entre diferentes profissionais e serviços de saúde” (pg. 1142).
Chueiri <i>et al.</i> , 2017	Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde: uma proposta de itens para avaliação destes atributos	“Organização do cuidado individual com o objetivo de integrar e dar continuidade às várias ações de saúde prestadas por diferentes profissionais ou em diferentes serviços da rede” (pg. 04).
Davis <i>et al.</i> , 2020	Continuity of care for people with multimorbidity - the development of a model for a nurse led care coordination service	“a multidisciplinary best practice care model to support communication processes from referral to discharge” (pg. 11).
De Paula <i>et al.</i> , 2016	Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática.	“o atributo coordenação é definido como uma medida de continuidade” (pg. 342).

Fagundes <i>et al.</i> , 2018	Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB	“acompanhamento da atenção ao usuário ¹⁷ . formas de relacionamento dos serviços de atenção primária à saúde com os demais pontos de atenção (...) é necessário haver disponibilidade e utilização de dados ¹⁹ ” (pg. 4).
Fernandes <i>et al.</i> , 2018	Coordenação do cuidado em uma região administrativa do Distrito Federal: uma pesquisa avaliativa	“disponibilidade de informações sobre problemas e serviços anteriores e o reconhecimento de informações coletadas de uma necessidade de cuidado atual” (pg. 14).
Ferreira <i>et al.</i> , 2017	Avaliação do atributo coordenação do cuidado em serviços de puericultura na Atenção Primária à Saúde	“organizar os atendimentos aos usuários, possibilitar acesso livre às informações e garantir resolutividade da assistência em saúde” (pg. 99).
Figueiredo <i>et al.</i> , 2018	Qualidade do cuidado na atenção básica no Brasil: a visão dos usuários	“envolve a integração entre os níveis do sistema de saúde e o seguimento ou continuidade do cuidado” (pg. 2.875).
Harzheim <i>et al.</i> , 2016	Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para atenção primária à saúde na cidade do rio de janeiro, Brasil	“pressupõe alguma forma de continuidade, (...) além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente.” (pg. 1.400).
Lins <i>et al.</i> , 2016	Avaliação dos atributos em atenção primária à saúde no estágio em saúde da família	“capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços” (pg. 356).
McClain <i>et al.</i> , 2021	School-clinic care coordination for youth with ASD: a national survey of school psychologists	“minimize gaps in care, fragmentation of care, and -duplication of services” (pg. 01).
Mendes <i>et al.</i> , 2021	Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados	“Conexão de todos os serviços e ações relacionados à atenção do paciente, de forma que, independentemente do local onde sejam ofertados, se harmonizem e alcancem um objetivo comum” (pg. 02).
Moura <i>et al.</i> , 2016	Atenção primária à saúde: concepções e práticas de docentes fonoaudiólogos	“articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionados a uma determinada intervenção, (...) disponibilidade de informações a respeito de problemas e atendimentos anteriores e o reconhecimento daquela informação” (pg. 137).
Pires <i>et al.</i> , 2015	Sistema de Informação para a Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar (SI GESCAD): subsídio à coordenação e à continuidade assistencial no SUS	“Articulação dos serviços de saúde visando determinada intervenção e a continuidade assistencial ao usuário no sistema de saúde” (pg. 02).
Reichert <i>et al.</i> , 2016	Coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde: um desafio a ser enfrentado	“capacidade do serviço de integrar e assegurar a continuidade do cuidado ao indivíduo nos diferentes níveis do Sistema Único de Saúde” (pg. 01).

Ribeiro <i>et al.</i> , 2020	Atenção primária e coordenação do cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade	“atividades que proporcionam a prestação de um cuidado individualizado e integral, visando a continuidade do cuidado” (pg. 1799).
Rosolem <i>et al.</i> , 2019	Caderneta de saúde da criança: coordenação do cuidado e acesso à saúde	mecanismo de comunicação entre os profissionais de saúde como elemento essencial (...) requer o preenchimento correto e completo dos dados” (pg. 61496).
Paixão <i>et al.</i> , 2019	Coordenação da atenção primária: limites e possibilidades para a integração do cuidado	“pressupõe a continuidade do atendimento pelo mesmo profissional ou mediante o encaminhamento para outros serviços” (pg. 01).
Santos & Giovanella, 2016a	Estratégia de Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia	“articulação entre diversos serviços, ações e profissionais relacionados à atenção em saúde” (pg. 50).
Santos & Giovanella, 2016b	Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil	“potencializa e viabiliza cuidados continuados, articula os diferentes pontos no sistema para a integralidade” (pg. 4).
Souza <i>et al.</i> , 2017	Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item.	“mecanismo organizacional que garanta o cuidado continuado e integral” (pg. 02).
Silva & Oliver, 2020	The interface of occupational therapists practices with regards primary health care attributes	“the possibility of working together in a network to solve complex and less frequent problems based on the availability of consistent information to ensure health care...” (pg. 801)
Solano <i>et al.</i> , 2019	Coordenação do cuidado ao recém-nascido prematuro: desafios para a atenção primária à saúde	“disponibilidade de informações dos problemas e serviços anteriores, com o devido reconhecimento da notícia relacionada às necessidades para o presente atendimento” (pg. 2).
Vaz <i>et al.</i> , 2017	Coordenação do cuidado na Atenção à Saúde à(ao) criança/adolescente em condição crônica	“Capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante...” (pg. 2769).

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Quadro 3. Artigos que enunciam um conceito equivalente a “coordenação do cuidado” segundo Brasil (2012)³, em ordem alfabética.

Autores-ano	Título do estudo	Conceito ou definição de coordenação do cuidado
AAP, 2005	Care Coordination in the Medical Home: Integrating Health and Related Systems of Care for Children With Special Health Care Needs	“ia process that facilitates the linkage of children and their families with appropriate services and resources” (pg. 1238) “occurs when care plans are implemented by a variety of service providers and programs in an organized fashion. (...) It involves needs identification, assessment, prioritizing, and monitoring. A coordinator is required to communicate, network, and educate as well as advocate for resources. (pg. 1239).
Aleluia <i>et al.</i> , 2017	Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro	“”processo que visa integrar ações e serviços de saúde (...) distintos profissionais utilizam mecanismos e instrumentos específicos para planejar a assistência, definir fluxos, trocar informações (...), referenciar, contrarreferenciar e monitorar pacientes com diferentes necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral” (pg. 1846).
Almeida <i>et al.</i> , 2018	Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde	“estabelecer conexões de modo a alcançar o objetivo maior de prover-atender às necessidades e preferências dos usuários (...) implica a organização deliberada de atividades que envolvem duas ou mais pessoas (incluindo o usuário...) (...) interligando recursos comunitários, assistenciais, farmacêuticos, entre outros” (pg. 245).
Boudreau <i>et al.</i> , 2014	Care coordination and unmet specialty care among children with special health care needs	“a process that links children and youth with special health care needs and their families with appropriate services and resources” (pg. 1047).
Bowers <i>et al.</i> , 2014	Developing a statewide electronic public health care coordination tracking system	“a patient- and family-centered, assessment-driven, team-based activity designed to meet the needs of children and youth while enhancing the caregiving capabilities of families” (pg. 416).
Brandão <i>et al.</i> , 2021	Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na atenção básica brasileira	“organizar e acompanhar o caminho do usuário na RAS e implica capacidade resolutiva, comunicativa e de responsabilização da EAB” (pg. 686).
Braz <i>et al.</i> , 2020	Estratégias para o gerenciamento de casos no cuidado transicional em serviços de emergência: scoping review	“atuação multiprofissional (pg. 01) (...) continuidade dos cuidados (...) em todos os níveis de atenção à saúde (pg. 03) gerenciamento de casos (...) Reuniões periódicas da equipe multidisciplinar (...) para discussão dos casos (pg. 07) (...) comunicação (...); monitoramento, seguimento e avaliação (pg. 08) (...) visa organizar o cuidado (pg. 10) (...) estabelecimento da comunicação eficaz entre as equipes multiprofissionais nos diferentes contextos do cuidado” (pg. 10).

Cruz <i>et al.</i> , 2019	A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ	“organização deliberada de atividades que envolvem usuário do serviço, profissionais de saúde e o próprio sistema de saúde (...) desempenha a função de elo entre todos os mecanismos envolvidos no cuidado” (pg. 02).
Fitzgerald, <i>et al.</i> , 2016	Program Implementation approaches to build and sustain health care coordination for type 2 diabetes	“organizing patient care activities and sharing information among all care team members (...) care management, medication management, health information technology, and patient-centered medical homes are typical approaches (...) accountability, sharing information or knowledge, assessing patient needs, supporting patients’ self-management goals, and linking to community resources” (pg. 307).
Gadelha & Barreto, 2018	Residência integrada em saúde: percepção dos atores da ênfase em saúde da família e comunidade	“...implica na articulação das diversas ações e serviços essenciais na medida das necessidades de cada usuário e sua família, de forma a resolver situações mais complexas” (pg. 1341).
Ghiggi <i>et al.</i> , 2014	Reflexões de uma equipe de saúde e sua população adscrita sobre longitudinalidade da atenção	“tem como incumbência organizar, coordenar e integrar o cuidado ao usuário independente do nível de atenção onde tiver sido recebido” (pg. 245) (...) ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. (pg. 250).
Gorin <i>et al.</i> , 2017	Cancer care coordination: a systematic review and meta-analysis of over 30 years of empirical studies	“the deliberate organization of patient care activities between two or more participants (including the patient) (...) to facilitate the appropriate delivery of health services (...) includes marshaling of personnel and other resources (...) exchange of information among participants responsible for different aspects of care” (pg. 02).
Hodges <i>et al.</i> , 2017	A triage tool to assess unmet health needs for children entering foster care	“a process that facilitates the linkage of children and families with appropriate services and resources in an effort to achieve optimal health” (pg. 02).
Hinman <i>et al.</i> , 2009	Newborn dried bloodspot screening: mapping the clinical and public health components and activities	“a process that links children and youth with special health care needs and their families with appropriate services and resources” (pg, 421).
Karam <i>et al.</i> , 2021	Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: a scoping review	“the deliberate organization of patient care activities between two or more participants (including the patient) involved (...) to facilitate the appropriate delivery of health care services. (...) collaborative care, disease management, care management (...) the involvement of a multidisciplinary primary care team” (pg. 02).

Lenz, 2010	The ambulatist: a health care professional specializing in lifestyle medicine for chronic disease care coordination	“(1) advocating for improved individual patient outcomes, (2) gaining access to and integrating services and resources, (...) (4) linking service systems with the patient and their Family, (...) including the following responsibilities (...): planning treatment strategies; monitoring outcomes and resource use; coordinating visits with subspecialists; (...) sharing information among health care professionals, other program personnel, and Family; facilitating access to services; planning a hospital discharge; and (...) and ongoing reassessment and refinement of the care plan.” (pg. 135).
Lewis <i>et al.</i> , 2016 apud Fitzgerald <i>et al.</i> , 2016	Identifying synergies in multilevel interventions: the convergence strategy	“the deliberate and strategic approach to collaborative patient care by multidisciplinary health care teams (...) clinic-community collaboration, integration of CHWs, sharing of electronic data, and provider buy-in” (pg. 240).
Lynch <i>et al.</i> , 2020	Follow-up care after behavioral health-related hospitalization for children and adolescents	“Deliberate organization of patient care activities between two or more participants (including the patient) (...) to facilitate the appropriate delivery of health care services” (pg. 2).
Miller <i>et al.</i> , 2019	Care coordination to target patient complexity and reduce disparities in primary care	“is the intentional integration of patients, personnel, and resources to facilitate appropriate health care delivery. Person centered care coordination goes beyond disease specific protocols by focusing on functional needs that cross diagnostic entities” (pg. 02).
Misra <i>et al.</i> , 2020	Prioritizing coordination of primary health care	“the deliberate organization of patient care activities ... to facilitate the appropriate delivery of health care services (...) requires communication, trust, and collaboration (...) [and] practical channels through which HCPs” (pg. 399).
Moeenuddin <i>et al.</i> , 2019	The influence of care coordination on patients with special health care needs in a pediatric residency continuity clinic	“involves identifying, assessing, planning, implementing, and evaluating options and services specific to that child’s and family’s needs.” (pg. 01).
Popejoy <i>et al.</i> , 2015	Monitoring resource utilization in a health care coordination program	“the deliberate organization of patient care activities between two or more participants (including the patient) (...) to facilitate the appropriate delivery of health services. (...) includes marshaling of personnel and other resources (...) exchange of information among participants responsible for different aspects of care” (pg. 311).
Silveira <i>et al.</i> , 2018	Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada	“significa ser, entre outros, responsável pelo fluxo da assistência na Rede de Atenção à Saúde” (pg. 69).

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

DISCUSSÃO

Encontrou-se uma alta porcentagem (79,2%) de estudos que não assumem um significado para o conceito de CC que utilizam, tratando-o como um consenso dado. Ao aplicar-se a matriz analítica proposta para o estudo sobre os artigos que assumem um significado para CC (quadro 1), observa-se que 57,5% deles definem CC somente com um ou mais elementos conceituais que atendem à definição de CA de Starfield¹, enquanto que 42,5% incorporam nesta conceituação um ou mais elementos do conceito de CC apresentado pela política pública brasileira³.

Entre os 31 artigos cujo conceito de CC equivale à definição de CA oferecida por Starfield¹, a quase totalidade explícita, como elementos conceituais ou a integração da atenção em diferentes níveis e locais de prestação de serviços^{7-23,23-25,60}, ou a continuidade da atenção, enquanto estrutura e processos para transferência de informações entre equipes para cada problema de saúde, acrescida do reconhecimento dessas informações^{11,14-18,21,22,24,26-35}, em muitos artigos combinando-se ambos os elementos conceituais. Somente dois artigos citaram o componente dos encaminhamentos ou referências, e as contrarreferências, em suas definições^{14,36}, sugerindo que o binômio integração/continuidade da atenção é indispensável para a noção de coordenação.

Por outro lado, dos 23 artigos selecionados que formulam a CC com um ou mais elementos conceituais presentes na definição proposta pela política pública brasileira³, oito deles são estudos brasileiros, estes equivalendo a a 34,3% entre os que definem CC. Dos 23, 16 artigos referem-se a promover a gestão compartilhada da atenção integral, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção à saúde e intersetoriais, atuando como o centro de comunicação entre esses diversos pontos³⁷⁻⁵²; 15 artigos referem-se a ações equivalentes a elaborar, acompanhar e gerir o que poderíamos chamar de projetos terapêuticos singulares^{37,39,40,43-46,51,53-59}; e seis artigos vincularam a CC à responsabilização pelo cuidado aos usuários, mediante relações horizontais, contínuas e integradas^{38,40,42,44,48,51}.

Além disso, alguns estudos combinam elementos conceituais da CA e da CC^{48,54-56}, e foram incluídos no quadro 3, partindo do pressuposto que a integração da rede assistencial e a continuidade da atenção são elementos que facilitam a operação da CC, a complementam e fortalecem.

Estes resultados reforçam a noção de que não há consenso em torno do conceito de CC², mas indicam que paradoxalmente o conceito é considerado, majoritariamente, um consenso. Outrossim, revelam também uma forte orientação conceitual em direção à formulação de CA proposta por Barbara Starfield¹, componente do paradigma desenvolvido pela autora a partir de consensos internacionais denominado APS, muito usado no contexto brasileiro da Estratégia de Saúde da Família, e referência fundamental para a especialidade médica Medicina de Família e Comunidade⁴.

Entre as limitações deste estudo, citamos a restrição das evidências somente a artigos de periódicos, e a categorização escolhida, que permite um único ponto de vista para as análises.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apenas um quinto dos artigos que utilizam o conceito CC assumem um significado para o mesmo, sendo que destes a maioria o faz utilizando elementos conceituais presentes na definição clássica de CA, principalmente a integração e a continuidade da atenção.

Entre os artigos que definem a CC com elementos conceituais equivalentes aos da política pública brasileira, em sua maioria o fazem citando como elementos conceituais a gestão compartilhada do fluxo dos usuários nas redes, como centro de comunicação, e construção de projetos terapêuticos singulares. Poucos estudos mencionam também aspectos éticos, como a responsabilização pelo cuidado e as relações horizontais.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Helvo Slomp Junior contribuiu com o delineamento e realização da pesquisa, redação do manuscrito e aprovação da versão a ser publicada. Bruna Vago, Alexia Carvalho Moraes, Isadora Santana Pinheiro, Lorryne de Oliveira Brito e Volney Alves Ferreira Júnior contribuíram com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Coordenação da atenção: juntando tudo. Em: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. p. 365-415. Disponível em: <https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>

[atencao_primaria_p1.pdf](#).

2. McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, *et al.* Care Coordination Atlas Version 4 [Internet]. 4º ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. 378 p. (AHRQ Publication.). Disponível em: <https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination/atlas.html>.

3. Brasil, organizador. Política nacional de atenção básica. 1a edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. 108 p. (Série E. Legislação em Saúde). disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

4. Sampaio LFR, Mendonça CS, Turci MA. Atenção primária à saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática [recurso eletrônico]. 2º ed Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 236-81.

5. Peters M, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Trico A, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews. Em: Aromataris E, Munn Z, organizadores. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. JBI; 2020 [citado 28 de junho de 2022]. p. 406-51. Disponível em: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>.

6. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine* [Internet]. 2018 [citado 26 de maio de 2022];169(7):467-73. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850>.

ANÁLISE DO CONCEITO REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ANALYSIS OF THE CARDIOVASCULAR REHABILITATION CONCEPT IN THE CONTEXT OF NURSING CARE
ANÁLISIS DEL CONCEPTO DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR EN EL CONTEXTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Maria Sinara Farias ¹

Lúcia de Fátima da Silva ²

Como Citar:

Farias Ms; Silva Lf. Análise do Conceito Reabilitação Cardiovascular no Contexto dos Cuidados de Enfermagem. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Reabilitação Cardiovascular; Enfermagem; Cuidado; Formação de Conceito; Enfermagem Cardiovascular.

Descriptors:

Cardiovascular Rehabilitation; Nursing; Watch Out; Concept Formation; Cardiovascular Nursing.

Descritores:

Reabilitação Cardiovascular; Enfermagem; Cuidado; Formação de Conceito; Enfermagem Cardiovascular.

Submetido:

12/07/2023

Aprovado:

15/09/2023

Autor(a) para Correspondência:

Maria Sinara Farias
E-mail: sinarafariasbc@gmail.com

RESUMO

Apresenta-se como objetivo analisar o conceito Reabilitação Cardiovascular no contexto dos cuidados de enfermagem. Trata-se de uma análise de conceito, mediante o referencial de Walker e Avant, operacionalizadas através de uma revisão integrativa, por meio de acesso on-line às bases de dados usando-se os descritores: "Cardiovascular Rehabilitation"; "Nursing" conectados pelo operador booleano and. Após seleção criteriosa, resultaram 34 estudos para análise. Identificou-se que Reabilitação Cardiovascular, no contexto dos cuidados de enfermagem, é um processo que envolve a implementação de intervenções dirigidas à pessoa pós evento cardiovascular, com vistas à sua reabilitação física, social e psicológica, tornando-a capaz de manter suas atividades cotidianas. Assim, este estudo possibilitou a identificação dos usos e finalidades do conceito Reabilitação Cardiovascular no contexto dos cuidados de enfermagem, com seus atributos, antecedentes, consequentes e indicadores empíricos.

1. Enfermeira, doutora pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: sinarafariasbc@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2695-502X>

2. Enfermeira, docente na Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: lucia.fatima@uece.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3217-3681>

ABSTRACT

To analyze the concept of Cardiovascular Rehabilitation in the context of nursing care. This is a concept analysis, using the framework of Walker and Avant, operationalized through an integrative review, through online access to databases using the descriptors: "Cardiovascular Rehabilitation"; "Nursing" connected by the Boolean operator "and". After careful selection, 34 studies resulted for analysis. It was identified that Cardiovascular Rehabilitation, in the context of nursing care, is a process that involves the implementation of interventions aimed at the person after a cardiovascular event, with a view to their physical, social and psychological rehabilitation, making them capable of maintaining their everyday activities. It made it possible to identify the uses and purposes of the Cardiovascular Rehabilitation concept in the context of nursing care, with its attributes, antecedents, consequences and empirical indicators.

RESUMEN

Analizar el concepto de Rehabilitación Cardiovascular en el contexto del cuidado de enfermería. Se trata de un análisis de concepto, utilizando el marco de referencia de Walker y Avant, operacionalizado a través de una revisión integradora, a través del acceso en línea a bases de datos utilizando los descriptores: "Rehabilitación Cardiovascular"; "Enfermería" conectado por el operador booleano y. Después de una cuidadosa selección, 34 estudios resultaron para el análisis. Se identificó que la Rehabilitación Cardiovascular, en el contexto del cuidado de enfermería, es un proceso que involucra la implementación de intervenciones dirigidas a la persona después de un evento cardiovascular, con miras a su rehabilitación física, social y psicológica, haciéndola capaz de mantenimiento de sus actividades cotidianas. Permitted identificar los usos y finalidades del concepto de Rehabilitación Cardiovascular en el contexto de la atención de enfermería, con sus atributos, antecedentes, consecuencias e indicadores empíricos.

.....

INTRODUÇÃO

Reabilitar significa habilitar novamente, para o desempenho das tarefas antes realizadas e para as quais as habilidades foram independentemente perdidas. Requer esforço de profissionais capacitados e da própria pessoa que está se reabilitando¹.

No âmbito da Reabilitação Cardiovascular (RCV), a Organização Mundial da Saúde (OMS)² denomina como sendo o somatório das atividades necessárias para garantir aos pacientes portadores de cardiopatia as melhores condições física, mental e social, de forma que eles consigam, pelo seu próprio esforço, reconquistar uma posição normal na comunidade e levar uma vida ativa e produtiva.

Tendo em vista a importância da RCV, no período de 1966-1970 surgiram os Programas de Reabilitação Cardíaca Supervisionada (RCS), onde no Brasil, há relatos destas atividades inicialmente no Serviço de Reabilitação Cardiovascular do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro, no Rio de Janeiro, sendo posteriormente implantado em outros estados. Estes programas têm a finalidade de promover a reinserção de indivíduos na sociedade, tornando-os ativos e produtivos novamente, de forma a ajudá-los na recuperação e/ou melhora da qualidade de vida,

de modo a reduzir significativamente a recorrência de eventos cardíacos³.

Embora a definição da RCV e sua finalidade sejam amplas, na prática, grande parte dos programas de RCS evidencia a terapia baseada no exercício físico como sendo considerada a estratégia central destes programas, em função dos seus benefícios relacionado a melhora da capacidade funcional⁴.

Em consonância com o exposto, há a necessidade de reconhecer e implementar outras atividades que também demonstram efeitos positivos no processo de RCV, como o apoio psicológico ao paciente e sua família, educação em saúde com foco no autocuidado e adaptação física ao novo estilo de vida⁵.

Nesse sentido, tendo em vista que a educação de pacientes é também reconhecida como um componente essencial para RCV, destaca-se a importância desta atividade ser implementada por equipes multidisciplinares, ressaltando o papel do enfermeiro como participante ativo devido sua função preventiva de adoecimento e promotora de saúde⁶.

Porém, estudos destacam que o enfermeiro raramente é visto como integrante do processo interdisciplinar de reabilitação, como consequência da deficiência de profissionais qualificados para

desempenhar um bom trabalho em reabilitação, devido muitas vezes, o próprio desconhecimento do enfermeiro sobre sua importância no processo, bem como a desvalorização pelos demais profissionais da equipe multidisciplinar⁷.

Esse fato pode ser explicado ainda por ser cabível a confusão relacionada ao conceito reabilitação cardiovascular, o que estimula a realização de uma análise minuciosa de sua definição e assim contribuir para o envolvimento dos enfermeiros neste processo. Assim, tem-se como pergunta norteadora deste estudo: “qual a definição do conceito Reabilitação cardiovascular no contexto da Enfermagem segundo as produções científicas da saúde?”

Deste modo, ressalta-se a importância do enfermeiro no processo de RCV devido sua habilidade para gerenciar o cuidado, necessitando que estes profissionais se empoderem sobre sua função e importância na RCV, e assim, seja incluso de forma efetiva em grupos interdisciplinares para cuidados reabilitadores. Portanto, o presente artigo tem como objetivo analisar o conceito Reabilitação Cardiovascular no contexto dos cuidados de Enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma análise do conceito Reabilitação Cardiovascular, fundamentada pelo referencial Walter e Avant^{8,9}. Para subsidiar a análise do conceito proposto, realizou-se uma revisão de literatura do tipo integrativa que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo^{9,10}.

Utilizou-se o referencial teórico-metodológico proposto por Walker e Avant.⁸ Tal método refere a análise de um conceito como um processo rigoroso de trazer clareza à definição de conceitos usados na Enfermagem e são aplicados em pesquisas que examinam os conceitos quanto a seu nível de desenvolvimento⁹.

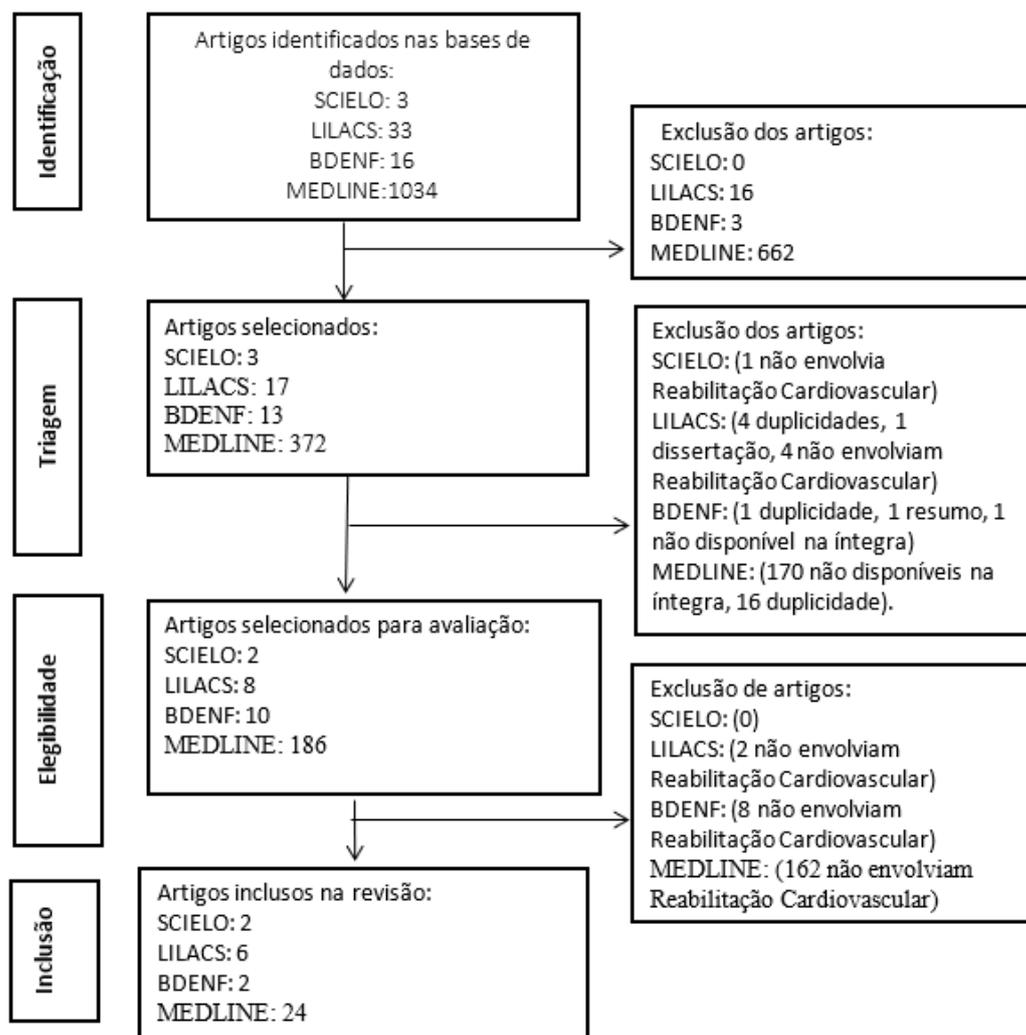
Conceito é definido como termos referentes a fenômenos que ocorrem na natureza ou no pensamento. É um termo abstrato ou relativamente concreto, derivado de atributos particulares. São formulados em palavras que permitem às pessoas a comunicação de seus significados acerca das realidades no mundo⁹.

O método é composto por oito fases: 1) selecionar um conceito; 2) determinar as metas ou finalidades da análise; 3) identificar todos os usos possíveis do

conceito; 4) determinar os atributos definidores; 5) identificar o caso a servir de modelo; 6) identificar casos adicionais; 7) identificar antecedentes e consequentes e 8) definir referenciais empíricos.

Para coleta e organização dos dados, foi então efetivada uma busca da literatura em quatro bases de dados, quais sejam: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bando de Dados em Enfermagem (BDENF), e no Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), utilizando os descritores cadastrados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) Cardiovascular Rehabilitation; Nursing conectados pelo operador booleano *and*.

Foram incluídas produções com idiomas em português, inglês e espanhol, publicadas desde 1966, marco de descrição do surgimento dos Programas de Reabilitação Cardíaca Supervisionada³, com textos completos e gratuitos disponíveis. Foram excluídos os que se repetiam e que não corresponderam à pergunta norteadora da revisão. A busca foi realizada no mês de julho de 2018. A figura 1 apresenta o processo de busca dos artigos selecionados nas bases de dados, seguindo PRISMA.

Figura 1. - Processo de busca dos artigos selecionados nas bases de dados. Fortaleza, CE, Brasil, 2023.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Ao analisar a Figura 1, percebe-se que foram incluídos 34 estudos, os quais foram lidos na íntegra e sintetizados para comporem a análise do conceito Reabilitação Cardiovascular.

A análise prosseguiu com a leitura dos artigos selecionados, que foram descritos, gerando a análise do conceito Reabilitação Cardiovascular, por meio de categorias de acordo com as etapas propostas por Walker e Avant,⁸ quais sejam: Seleção do conceito Reabilitação Cardiovascular e identificação dos usos de suas definições; Determinação dos atributos definidores de Reabilitação Cardiovascular; Identificação dos antecedentes do conceito Reabilitação Cardiovascular; Identificação dos consequentes do conceito Reabilitação Cardiovascular; Caso-modelo da Reabilitação Cardiovascular; Caso-contrário do conceito Reabilitação Cardiovascular e Indicadores empíricos do conceito Reabilitação Cardiovascular.

A pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa pelo fato de tratar de uma análise do conceito Reabilitação Cardiovascular. Para ela, foi utilizada somente a literatura como fonte de dados.

RESULTADOS

A análise de conceito é dividida em oito etapas, as quais, seus resultados são apresentados a seguir.

Seleção do conceito Reabilitação Cardiovascular e identificação dos usos de suas definições

O conceito Reabilitação Cardiovascular foi selecionado com o objetivo de identificar seu uso (definição), atributos, antecedentes e consequentes, caso-modelo, caso contrário e indicadores empíricos.

Dos 34 estudos que compuseram a revisão integrativa, foi identificada a definição do conceito

Reabilitação Cardiovascular em 22 artigos, destes, 12 serão apresentadas no Quadro 1. Da apresentação, excluíram-se cinco publicações que apresentam a definição de RCV da OMS², que assim define: conjunto de atividades necessárias para assegurar às pessoas com doenças cardiovasculares condição física, mental e social ótima, que lhes permita ocupar pelos seus próprios meios um lugar tão normal quanto seja possível na sociedade.

Também não foram considerados dois estudos que relataram a definição explanada pela Fundação Nacional do Coração da Austrália e Austrália Associação de Reabilitação Cardíaca¹², sendo definida como todas as medidas usadas para ajudar pessoas com doenças cardíacas a retornarem a um estado ativo e satisfatório de vida e prevenir a recorrência de eventos cardíacos.

De forma semelhante, outros três dos artigos estudados utilizaram a definição relatada nas Diretrizes Canadenses para Reabilitação Cardíaca e Prevenção de Doenças Cardiovasculares¹³. Uma abordagem que inclui terapias abrangentes para fatores de risco cardiovascular, com estratégias de modificação para sustentar estilos de vida saudáveis e promover aderência a exercícios terapêuticos, devendo ser reconhecido como parte integrante do cuidado à doença cardiovascular.

Assim, a Quadro 1 apresenta as definições de RCV identificadas nos artigos analisados.

Quadro 1. Definições identificadas na literatura para o uso do conceito Reabilitação Cardiovascular. Fortaleza, 2023.

Definições de reabilitação cardiovascular
Componente do cuidado de pacientes com doenças cardiovasculares ¹⁴ .
Processo multifatorial de longo prazo, destinado à prevenção secundária de eventos cardiovasculares ¹⁵ .
Componente especializado em doença vascular crônica com a utilização de uma abordagem multifacetada ¹⁶ .
Estratégias coordenadas para ajudar os pacientes a retornarem a um estado ativo e satisfatório de vida e prevenir novos eventos cardiovasculares ¹⁷ .
Processo de prevenção secundária que implica em estratégias que visam diminuir esses riscos em pacientes com doença cardíaca coronária ¹⁸ .
Terapêutica indispensável no tratamento dos usuários cardiopatas ¹⁹ .
Desenvolvido em um serviço validado e evidenciado oferecido a pessoas que sofreram um evento cardíaco ou em risco de desenvolver doença cardíaca ²⁰ .
Programa ambulatorial de gerenciamento de doenças crônicas, que oferece prevenção secundária, de forma econômica ²¹ .
Programa abrangente que se concentra na reabilitação física de um paciente cardíaco ²² .
Que inclui farmacológicos e nutricionais, gestão, reabilitação motora e aconselhamento comportamental ²³ .
Medidas necessárias para fornecer ao paciente pós- Infarto Agudo do Miocárdio as melhores condições físicas, psicológicas e sociais que permitem recuperar uma posição normal na sociedade e uma vida tão ativa e produtiva quanto possível ²⁴ .
Abordagem multidisciplinar, concentrando-se no exercício como seu principal componente ²⁵ .

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Após ter sido identificado a definição do conceito RCV com base na literatura apresentada, serão demonstrados os atributos definidores do termo.

Determinação dos atributos definidores de Reabilitação Cardiovascular

Considera-se atributo tudo que se associa ao conceito. Trata-se de palavras ou expressões utilizadas para descrever as suas características, permitindo ao analista ampla visão sobre o conceito⁸.

Do apreendido neste levantamento, expõem-se no Quadro 2 os atributos definidores de Reabilitação Cardiovascular identificados na literatura.

Quadro 2. Atributos definidores de Reabilitação Cardiovascular identificados na literatura. Fortaleza, 2023.

Atributos definidores de reabilitação cardiovascular
É a participação dos familiares, apoio dos profissionais e da família dos pacientes ²⁶ .
Desenvolvido por diversos profissionais da saúde, incluindo médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e educadores físicos ¹⁴ .
É a integração de exercícios e educação ²⁷ .
É exercício, modificação do fator de risco e intervenção psicossocial ²⁸ .
Encaminhamento de pacientes, avaliações, intervenções de comportamento de saúde e modificação de fatores de risco, para melhorar a acessibilidade, incluindo avaliação de resultados ²⁹ .
Realizado em ambientes hospitalares e/ou comunitários, administrado por profissionais de saúde ²⁰ .
Avaliação médica, treinamento físico estruturado, educação para o paciente e sua família, estratégias para reduzir e controlar os fatores de risco para DCV ²¹ .
É fornecimento de medicação e educação nutricional, juntamente com psicológica e apoio social do paciente ²² .
Elementos farmacológicos e nutricionais, reabilitação motora e aconselhamento comportamental ²³ .
Exercício, educação, aconselhamento de mudança comportamental e de modificação do fator de risco ³⁰ .

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Assim, de acordo com os atributos definidores analisados, se segue os antecedentes do conceito RCV identificados na literatura.

Identificação dos antecedentes e consequentes do conceito Reabilitação Cardiovascular

Os antecedentes são os acontecimentos ou incidentes que devem aparecer antes da ocorrência do conceito⁸. Os consequentes do conceito são os fatos que acontecem como resultado da sua ocorrência⁸. A identificação dos antecedentes e dos consequentes do conceito em estudo é apresentado no Quadro 3.

Quadro 3. Antecedentes e consequentes do conceito da reabilitação cardiovascular identificados na literatura. Fortaleza, CE, Brasil, 2023.

Antecedentes
Risco de doença cardiovascular ³¹ .
Cirurgia de revascularização e Intervenções Coronárias Percutâneas, bem como pacientes com Insuficiência Cardíaca ²⁸ .
Eventos cardíacos agudos e procedimentos cirúrgicos do sistema cardiovascular ²⁷ .
Doença Cardiovascular ¹⁸ .
Evento cardíaco como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ou em risco de desenvolvimento de DCV ^{12,20-24-28-32} .
Consequentes
Diminuição da morbidade e mortalidade por DCV ¹⁶⁻²¹⁻²⁴ .
Benefícios com relação ao custo-efetividade dos serviços, ou seja, reduz gastos públicos com internações hospitalares e da necessidade de tratamentos e procedimentos cada vez mais onerosos ¹⁶⁻¹⁹⁻²¹⁻²⁸ .
Redução da re-hospitalização por DCV e a necessidade de procedimentos de revascularização ¹⁶⁻²⁵ .
Retorno à vida sexual dos pacientes ³¹ .
Reabilitação física para retomar gradualmente as atividades diárias ²⁷ .
Controle do processo da doença, com mudanças duradouras de hábitos e comportamentos ¹⁹ .
Melhora os comportamentos do estilo de vida e reduz fatores de risco em pacientes com DCV ³² .
Redução dos fatores de risco para DCV ¹⁵⁻³³ .

Limitação dos efeitos adversos psicológicos e fisiológicos da DCV ¹⁶ .
Prevenção o isolamento social, ansiedade, depressão e dependência pessoal, constituindo uma terapia imperativa para o tratamento desses usuário ¹⁹ .
Melhoria a capacidade da função cardiopulmonar e afeta positivamente os fatores de risco para DCV e melhora a qualidade de vida ³⁴ .
Fornecimento de meios pelos quais os pacientes podem viver uma vida mais saudável e mais produtiva. ²²
Minimização do isolamento social resultante de barreiras financeiras ³⁵ .
Autogestão de saúde adequada ³⁶ .

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Após identificação dos antecedentes e dos consequentes do conceito RCV, considerou-se necessário apresentar um caso-modelo com a utilização do conceito em estudo, a fim de esclarecer sua aplicabilidade prática.

Caso-modelo da reabilitação cardiovascular

O desenvolvimento de um caso-modelo é considerado um exemplo legítimo do conceito, visando sua ilustração e contemplando todas as características definidoras⁸. Como apresentado: M.S.G. 45 anos de idade, sexo masculino, auxiliar administrativo, esteve em internação hospitalar após histórico de Infarto Agudo do Miocárdio, sendo submetido à uma Revascularização do Miocárdio. Em sua unidade de internamento, não era permitida a presença de acompanhante, havendo contato com familiares apenas no horário de visita, com duração de uma hora. Porém, a enfermeira do setor estabeleceu um vínculo profissional e afetivo com o paciente que o tornou confortável e estimulou seu retorno às atividades normais a partir da incitação à deambulação sob sua supervisão, exercícios respiratórios, orientações acerca do autocuidado, acompanhamento e reabilitação. Após a alta hospitalar, o paciente foi encaminhado ao Programa de Reabilitação Cardiovascular Supervisionado, participando de 12 sessões, as quais foram relevantes para a melhoria da qualidade de vida do paciente. Após as sessões no Programa de RCS, o paciente apresentou condições físicas, sociais e psicológicas para o retorno de suas atividades, sendo acompanhado pela Unidade Básica de Saúde do seu bairro pelo enfermeiro e médico do serviço.

Caso-contrário do conceito Reabilitação Cardiovascular

Ao apresentar outros casos, podem ser

demonstrados casos limítrofes, relacionados, contrários, inventados e ilegítimos. Não correspondem aos exemplos legítimos do conceito, pois não apresentam todos os atributos⁸. Como exemplo de caso adicional, foi apresentado um caso contrário: F.G.L. 55 anos de idade, sexo feminino, professora, esteve em internação hospitalar após Infarto Agudo do Miocárdio. Durante a hospitalização, esteve acompanhada de sua filha que apresentou déficit de conhecimento relacionado a situação de saúde da mãe. A enfermeira do setor não orientou sobre as necessidades físicas nem psicológicas da paciente, não estimulou ações relacionadas a sua autonomia, realizava apenas procedimentos prescritos pelo médico. Após a alta hospitalar, a paciente não foi encaminhada para um Programa de Reabilitação Cardiovascular Supervisionado. Desta forma, percebe-se que a paciente encontra-se ansiosa e com medo de voltar as atividades diárias. Foi até a Unidade Básica de Saúde do seu bairro, sendo prescrito ansiolítico e sem acompanhamento com foco em sua RCV.

Após a exemplificação apresentada, se segue a demonstração dos indicadores empíricos do conceito RCV.

Indicadores empíricos do conceito Reabilitação Cardiovascular

Os indicadores empíricos são características observáveis que indicam a RCV, quais sejam ilustrações dos atributos críticos e consequentes⁸.

Na literatura, pode-se evidenciar como indicadores empíricos da RCV a independência funcional dos pacientes por meio do autocuidado, conhecimento sobre o processo saúde-doença, autonomia emocional, autonomia social, emancipação na sociedade, melhor relacionamento interpessoal com seus pares, minimização do risco de reincidência de eventos cardiovasculares, adesão medicamentosa,

melhor controle da Pressão Arterial, controle do peso, controle da Glicemia Capilar, cessação do tabagismo, diminuição dos sentimentos de incerteza, autoconsciência, melhora no autocuidado, autogerenciamento e possibilita maior confiança nos serviços de saúde^{18,19-24,30-37}.

Portanto, identificou-se que o conceito Reabilitação Cardiovascular é definido como um processo de que envolve a implementação de intervenções dirigidas à pessoa pós evento cardiovascular, com vistas à sua reabilitação física, social e psicológica, tornando-a capaz de manter suas atividades cotidianas.

DISCUSSÃO

Nesta perspectiva, percebe-se, a partir dos resultados dos artigos referentes à RCV, que se trata de um importante processo assistencial. Além disso, esta deve ser iniciada ainda no ambiente hospitalar, visando à recuperação da capacidade funcional destes indivíduos. Apesar de não ser inovadora, a reabilitação se diferencia porque auxilia os portadores de cardiopatia a melhorarem suas condições físicas, mentais e sociais, permitindo que desfrutem de uma vida ativa e produtiva na sociedade¹⁹.

A definição do conceito Reabilitação Cardiovascular é utilizada na prática clínica, sendo algumas vezes traduzida por ser um serviço ou um programa ambulatorial. Porém, o serviço de RCV inclui outras medidas para ajudar as pessoas com doenças cardíacas a retornar a uma vida ativa e satisfatória, assim como prevenir a recorrência de eventos cardíacos²⁰.

Portanto, a RCV é uma terapêutica indispensável no tratamento de DCV, a qual envolve a colaboração dinâmica, participativa e ativa entre o paciente, a família e a equipe multiprofissional. Neste sentido, o enfermeiro tem papel essencial, especialmente como educador, subsidiando os usuários na obtenção de melhores condições de vida, integração social e na conquista da independência para as atividades da vida diária¹⁹.

Para o cuidado de Enfermagem em RCV, é necessário o desenvolvimento de atividades que orientem e estimulem os envolvidos no processo, a fim de tornar o paciente autônomo e capacitado para suprir suas necessidades básicas e realizar suas atividades de vida diária. Essas atividades envolvem: acompanhamento qualificado, processo educativo com orientações e aconselhamentos.

O conceito Reabilitação Cardiovascular possui diversos atributos associados à sua definição. Assim, é caracterizado por processos sistemáticos, incluindo intervenções no comportamento de saúde, técnicas de autogestão, treinamento de exercícios, avaliação de resultados e programas que qualifiquem recursos humanos. Envolve o tratamento e reabilitação do coração e vasos, isto é, do sistema cardiovascular^{22,29}.

Estudos ressaltam que os principais componentes da RCV são: treinamento físico, aconselhamento psicológico, educação em saúde, foco na prevenção secundária, e controle de fatores de risco de longo prazo (após educação, aconselhamento e apoio na reabilitação). Incluindo uma série de serviços contínuos como a avaliação médica, a prescrição de exercício e modificação de fatores de risco, intervindo com processos educativos, aconselhamentos e implementação do intervenções que buscam a modificação para um estilo de vida saudável³².

Diante disso, torna-se necessário apoiar os pacientes por meio da incorporação de intervenções de saúde a partir de uma perspectiva holística, para melhorar a sua reabilitação e ajudá-los a se adaptar ao seu novo estado de ser paciente coronariano, o que facilitará ao lidar melhor com a doença e reduzir as complicações associadas³⁸.

De forma complementar, exige envolvimento dos pacientes e seus familiares no planejamento e na implementação do cuidado. É essencial existir uma corresponsabilização dos profissionais e da sociedade nesse processo, a fim de estimular e desencadear ações que promovam a emancipação e a autonomia do paciente e de sua família¹⁹.

Dentre os pacientes que necessitam de RCV, os que vivenciaram Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) são mais comuns³⁴. Além de eventos agudos, procedimentos cirúrgicos cardíacos e alto índice de doença cardiovascular, antecedem a reabilitação cardiovascular, um planejamento das ações a serem realizadas, que de forma coletiva potencializa os efeitos do processo. Eventos cardíacos agudos como o IAM e a insuficiência cardíaca, incluindo procedimentos cirúrgicos como os relacionados a artéria intracoronariana, circulação da artéria coronária e cirurgia valvar^{27,34}.

Nesse sentido, antecedem ao processo de reabilitação eventos que influenciam negativamente na homeostasia do sistema cardiovascular, o que implica na necessidade de um retorno, o mais rápido

possível, à sua normalidade, devido as mudanças físicas, sociais e psicológicas que podem suceder e comprometer permanentemente a vida das pessoas acometidas.

Com relação aos consequentes da RCV, são efeitos positivos tanto nos aspectos sociais, físicos e psicológicos de pacientes após evento cínico agudo ou procedimento cirúrgico cardíaco. Nesse sentido, a reabilitação cardiovascular busca reduzir o risco de morte súbita, reincidências de cardiopatias, controlar sintomas cardiovasculares, melhorar a qualidade de vida e o estado funcional dos indivíduos¹⁴.

Neste contexto, a reabilitação cardiovascular melhora o desempenho físico, recuperação psicológica e reduz a mortalidade e morbidade após eventos cardíacos agudos. Quando realizada nos programas supervisionados, favorece o comprometimento dos usuários e seus familiares com o autocuidado, tornando-os mais propensos a uma reintegração social satisfatória e minimizando a possibilidade de recidiva de eventos cardiovasculares²⁴.

Desta forma, promove efeitos cognitivos-comportamentais que contribuem para a aceitação, enfrentamento, supressão de distorções cognitivas frequentes nas pessoas com DCV e ainda maior resiliência no paciente depois de sofrer um evento cardíaco. Dada a presença de multiprofissionais na RCV, existe uma correlação positiva no tocante a sintomas de ansiedade, depressão e maior índice de massa corporal, atividade física e nutrição²⁴.

Assim, é necessário destacar a importância da educação para promoção de autogestão adequada, as quais devem ser uma parte importante do atendimento para pacientes com DCV, o que requer esforço dos pacientes e dos prestadores de cuidados de saúde, em destaque, dos enfermeiros³⁶. Nesse contexto, o cuidado de Enfermagem em reabilitação cardiovascular, a partir de estudos realizados, desperta para sua importância nos aspectos educativos, os quais, pacientes bem acompanhados na reabilitação são mais autônomos e empoderados para suas tomadas de decisões³⁹.

Neste sentido, a partir de ensaios controlados randomizados e meta-análises, observa-se que a participação de pacientes em Programas de RCV diminui a morbidade e a mortalidade em aproximadamente 25% quando comparada aos cuidados habituais, e reduz significativamente os fatores de risco, melhora a qualidade de vida relacionada à saúde e promove um estilo de vida²¹.

No que se refere a apresentação do caso-

modelo relacionado ao conceito analisado, nele há apontamentos sobre os principais atributos do conceito Reabilitação Cardiovascular, salientando ações com foco nos aspectos físicos, mas também no âmbito social e psicológico. Sendo essencial para o sucesso da RCV o planejamento de ações e com boa comunicação entre o paciente, sua família e a equipe de saúde, a fim de otimizar e supervisionar as intervenções a longo prazo.

Em relação ao caso-contrário apresentado, este demonstra o oposto do que é definido Reabilitação Cardiovascular, o qual não aponta ações de apoio e mudanças com foco na reabilitação cardiovascular no âmbito físico, social nem psicológico.

Desta forma, na última etapa da análise do conceito Reabilitação Cardiovascular, ao apresentar os indicadores empíricos, os mesmos demonstram que o conceito RCV é observável por meio de verbalizações, aplicação de escalas, questionários e avaliação contínua do cuidado, podendo ser orientadas por teorias de enfermagem, a fim de contribuir para a autonomia do sujeito e avanço da ciência Enfermagem.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou identificar a definição do conceito Reabilitação cardiovascular no contexto dos cuidados de enfermagem, como um processo que envolve a implementação de intervenções dirigidas à pessoa pós evento cardiovascular, com vistas à sua reabilitação física, social e psicológica, tornando-a capaz de manter suas atividades cotidianas.

De forma complementar, permitiu a identificação dos usos e finalidades do conceito Reabilitação Cardiovascular no contexto dos cuidados de Enfermagem, com seus atributos, antecedentes, consequentes e indicadores empíricos.

Para a realização deste estudo, alguns limites foram identificados com relação a produções científicas que enfatizassem a RCV no contexto da Enfermagem, pois embora tenha sido realizado por enfermeiros, não havia a descrição clara de seu importante papel nesse processo. Outra limitação relaciona-se ao fato de este estudo ter sido subsidiado por uma revisão de literatura do tipo integrativa, pois este método apresenta como material utilizado apenas estudos localizados em bases de dados, conforme critérios de inclusões estabelecidos, evento que pode de alguma forma ter limitado os achados.

A análise do conceito proposta possibilitou clarificar a definição do termo Reabilitação Cardiovascular no contexto dos cuidados de enfermagem, este que apresenta grande relevância na prática clínica. Para o enfermeiro que trabalha no âmbito da Cardiologia, permitiu conhecer o processo de reabilitação do paciente e, conseqüentemente, proporcionar-lhes cuidados reabilitadores, tendo em vista que este profissional pode ser o articulador do gerenciamento do cuidado.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

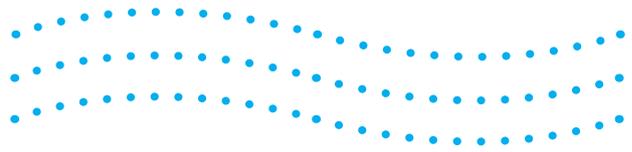
Todos os autores participaram da concepção do projeto, da produção dos dados, da escrita científica e da revisão final.

REFERÊNCIAS

- Schoeller SD, Leopardi MT, Ramos FS. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. R. Enferm. UFSM [Internet]. 2011 [cited 2018 Jul 20];1(1):88-96. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2013>
- World Health Organization. Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases: report of a WHO Expert Committee. [Internet]. 1964 [cited 2018 Jul 30]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40577/1/WHO_TRS_270.pdf
- Sociedade Brasileira De Cardiologia. I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular (fase crônica). Arq Bras Cardiol. 1997; 69 (4):267-288, 1997.
- Vargas MHM, Vieira R, Balbueno RC. Atuação da fisioterapia na reabilitação cardíaca durante as fases I e II: uma Revisão da Literatura. Rev. Contexto Saúde [Internet]. 2016 [cited 2018 Jul 20];16(30): 85-91. Available from: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/4227>
- Sociedade Brasileira De Cardiologia. Diretriz sul-americana de prevenção e reabilitação cardiovascular. Arq. bras. cardiol. 2014; 103 (1):1-31.
- Ghisi GLM, Oh P, Thomas S, Benetti M. Avaliação do Conhecimento de Pacientes de Reabilitação Cardíaca: Brasil versus Canadá. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2013 [cited 2018 Jul 20];101 (3):255-262. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-82X2013002900010&script=sci_abstract&tlng=pt
- Andrade LT, Araújo EG, Andrade KRP, Soares DM, Ciancal TCM. Papel da enfermagem na reabilitação física. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [cited 2018 Jul 20]; 63 (6):1056-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600029&script=sci_abstract&tlng=pt
- Walker LO, Avant KC. Strategies for Theory Construction in Nursing. New Jersey: Pearson Education, 2005.
- Mcewen M, Wills EM. Bases teóricas de enfermagem. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2019 [cited 2018 Jun 10]; 28:e20170204. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100602&lng=en.
- Levels of Evidence Working Group. The Oxford Levels of Evidence 2. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine [internet] 2011. [cited 2018 Jun 10]. Available from: <http://www.cebm.net/ocebmllevels-of-evidence/>
- National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association. Recommended Framework for Cardiac Rehabilitation. National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association, Canberra [internet] 2004. [cited 2018 Jun 10]. Available from: <https://www.heartfoundation.org.au/images/uploads/publications/Recommended-framework.pdf>
- Stone JÁ, Arthur HM. Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Cardiovascular Disease Prevention, second edition, 2004: Executive summary. Can J Cardiol. [internet] 2005. [cited 2018 Ago 20]; 21:3D-19D. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16292>
- Cortes O, Varela L. Primera caminata durante la hospitalización de pacientes con Infarto Agudo del Miocardio. Salud UIS [internet] 2009. [cited 2018 Ago 20];41: 59-68. Available from: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/219>
- Fernandez RS, Davidson P, Griffiths R, Salamonson Y. Improving cardiac rehabilitation services — Challenges for cardiac rehabilitation coordinators. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2011; 10(1), 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.03.007>.
- Arthur HM, Suskin N, Bayley M, Fortin M, Howlett J, Heckman G, *et al.* The Canadian Heart Health Strategy and Action Plan: Cardiac rehabilitation as an exemplar of chronic disease management. Can J Cardiol. 2010;26(1):37-41. [https://doi.org/10.1016/s0828-282x\(10\)70336-6](https://doi.org/10.1016/s0828-282x(10)70336-6).
- Davidson PM, Cockburn J, Newton PJ, Webster JK, Betihavas V, Howes L, *et al.* Can a heart failure-

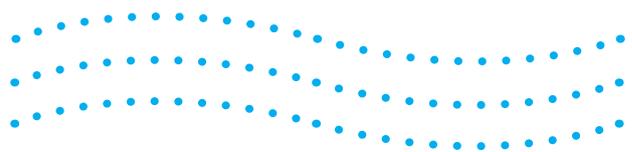
- specific cardiac rehabilitation program decrease hospitalizations and improve outcomes in high-risk patients? *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, [internet] 2010. [cited 2018 Ago 20];17 (4): 393-402. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20498608>.
18. Harbman P. The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *Int J Nurs Stud*. [internet] 2014. [cited 2018 Ago 20];51(12):1542-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24836930>
19. Camponogara S, Lana LD, Bottoli C, Silveira M, Veddotta D, Barros C, *et al*. Perfil de pacientes em reabilitação cardíaca: Contribuições para a ação educativa da enfermagem. *Biblioteca Lascasas* [internet] 2014. [cited 2018 Ago 20];10(3):01-26. Available from: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0798.php>
20. Frhmader TJ, Lin F, Chabover W. Patient perceptions of nurse mentors facilitating the Aussie Heart Guide: A home based cardiac rehabilitation programme for rural patients. *Nurs Open*. 2015; 3 (1):41-50. <https://doi.org/10.1002/nop2.34>.
21. Turk-Adawi KI, Terzic C, Biamorson-Wehrens B, Grace SL. Cardiac rehabilitation in Canada and Arab countries: comparing availability and program characteristics. *BMC Health Serv Res*. [internet] 2015. [cited 2018 Ago 20]; 15: 521. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4660793/>
22. Grossman JAC. Cardiac Rehabilitation Enrollment and the Impact of Systematic Nursing Interventions for Postmyocardial Infarction and Stent Patients. *Clin Nurs Res*. [internet] 2016. [cited 2018 Ago 20]; 25(4):378-90. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26655562>
23. Lamberti M, Ratti G, Gerardi D, Capogrosso C, Ricciardi G, Fulgione C. *et al*. Work-related outcome after acute coronary syndrome: Implications of complex cardiac rehabilitation in occupational medicine. *Int J Occup Med Environ Health*. 2016;29 (4): 649-657, 2016. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00643>.
24. Caro AJM, Fernandez MLM, Pacheco JD, Ayllon MM, Lafarga MP, García LS. Autoeficacia percibida, rasgos de personalidad y biotipos previos a programa de rehabilitación cardíaca en atención primaria de salud. *Geriatr Nurs*. [internet] 2017. [cited 2018 Ago 20]; 39(2):191-198. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28992976>
25. Vieira A, Gabriel J, Melo C, Machado J. Kinect system in home-based cardiovascular rehabilitation. *J Engineering in Medicine*, 2017; 231(1):40-47. <https://doi.org/10.1177/0954411916679201>.
26. Moraes TPR, Dantas RAS. Avaliação do suporte social entre pacientes cardíacos cirúrgicos: subsídio para o planejamento da assistência de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet] 2007. [cited 2018 Ago 10]; 15(2): 323-329. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200020&lng=en.
27. Dolansky MA, Zullo MD, Hassanein S, Schaefer JT, Murray P, Boxer R. Cardiac Rehabilitation in Skilled Nursing Facilities: A Missed Opportunity. *Heart Lung* [Internet] 2012. [cited 2018 Ago 10]; 41 (2): 115-124. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3288539/6>
28. Wong WP, Feng J, Pwee KH, Lim J. A systematic review of economic evaluations of cardiac rehabilitation. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12(243). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-243>.
29. Grace SL, Bennet S, Ardem C, Clark A. Cardiac Rehabilitation Series: Canada. *Prog Cardiovasc Dis* [Internet] 2014. [cited 2018 Ago 10]; 56 (5): 530-535. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4559456/>
30. Feinberg JL, Russell D, Mola A, Trachtenberg M, Bick I, Lipman TH, *et al*. A Mixed Methods Evaluation of the Feasibility and Acceptability of an Adapted Cardiac Rehabilitation Program for Home Care Patients. *Geriatric Nursing* [Internet] 2018. [cited 2018 Ago 10]; 39(2): 191-198, 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28992976>.
31. Lunelli RP, Rabello ER, Stein R, Goldmeier S, Moraes MA. Atividade sexual pós-infarto do miocárdio: tabu ou desinformação?. *Arq. Bras. Cardiol*. [Internet] 2008. [cited 2018 Sep 09]; 90(3): 172-176. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008000300003&lng=en
32. West R, Jones D. Cardiac rehabilitation and mortality reduction after myocardial infarction: the emperor's new clothes? Evidence against cardiac Rehabilitation. *Heart* [Internet] 2015. [cited 2018 Sep 09]; 99(13): 909-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23644410>
33. Lear AS, Singer J, Banner-Lukaris D, Horvat D, Park JE, Bates J, *et al*. Randomized Trial of a Virtual Cardiac Rehabilitation Program Delivered at a Distance via the Internet. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2014;7(6):952-9. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.114.001230>
34. Chen HM, Liu CK, Chen HW, Shia BC, Chen M, Chung CH. Efficiency of rehabilitation after acute myocardial infarction. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* [Internet] 2015. [cited 2018 Sep 09]; 31 (7): 351-357. Available from: [http://www.kjms-online.com/article/S1607-551X\(15\)00119-9/fulltext](http://www.kjms-online.com/article/S1607-551X(15)00119-9/fulltext)

35. Dhaliwal KK, King-Shier K, Manns BJ, Hemmelgarn BR, Stone JA, Campbell DJ. Exploring the impact of financial barriers on secondary prevention of heart disease. *BMC Cardiovasc Disord.* 2017;17(1):61. <https://doi.org/10.1186/s12872-017-0495-4>.



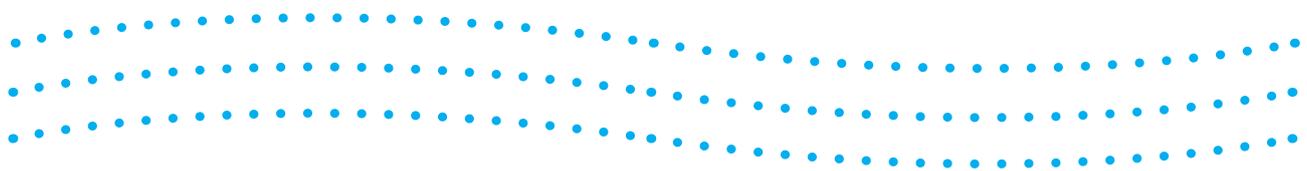
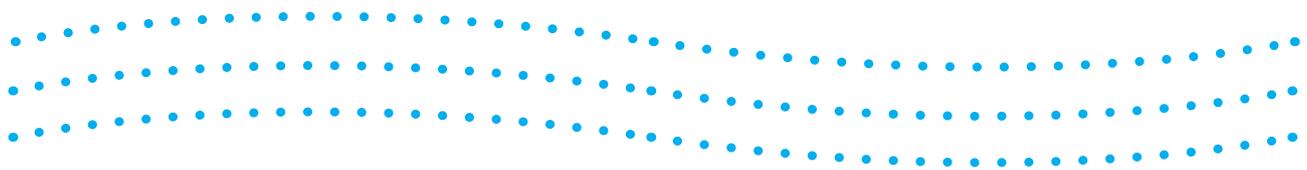
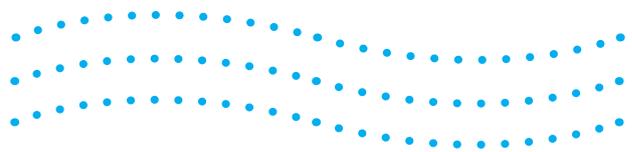
36. Westland H, Bos-Touwen ID, Trappenburg JCA, Shroder CD, Wit NJ, Schuurmans MJ. Unravelling effectiveness of a nurse-led behaviour change intervention to enhance physical activity in patients at risk for cardiovascular disease in primary care: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials.* 2017;18 (7). <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1823-9>.

37. Yee J, Unsworth K, Suskin N, Reid RD, Jamnik V, Grace S. Primary care provider perceptions of intake transition records and shared care with outpatient cardiac rehabilitation programs. *BMC Health Services Research [Internet]* 2011. [cited 2018 Sep 09]; 11(231):1-9. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/231>



38. Urrutia IB, Suazo SV, Carrillo KS. Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre la modificación de factores de riesgo coronarios. *Ciencia y enfermería.* 2014; 20 (3)4. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532014000300005>

39. Gholami M, Khoshnab MF, Khankeh HR, Ahmadi F, Maddah SSB, Arfaa NM. The Motivations of Iranian Patients With Cardiovascular Disease to Seek Health Information: A Qualitative Study. *Iran Red Crescent Med J.* [Internet] 2016. [cited 2018 Sep 09]; 18 (5)6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4939227/>.



“INPIC”: INTERNALIZAR PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES PARA PROMOVER SAÚDE MENTAL À TRABALHADORES: RELATO DE RESIDENTES

“INPIC”: INTERNALIZING INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES TO PROMOTE WORKERS’ MENTAL HEALTH: REPORT FROM RESIDENTS

“INPIC”: INTERNALIZACIÓN DE PRÁTICAS INTEGRADORAS Y COMPLEMENTARIAS PARA PROMOVER LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES: INFORME DE RESIDENTES

Iara Sampaio Cerqueira ¹

Amanda Maria Brito da Silva ²

Susana Silva Lima ³

Maurycy Silva Geronço ⁴

Mayane Carneiro Alves Pereira ⁵

Natasha Teixeira Medeiros ⁶

Como Citar:

Cerqueira IA, Silva AMB, Lima SS, Geronço MS, Pereira MCA, Medeiros NT. “InPIC”: Internalizar Práticas Integrativas e Complementares para promover saúde mental à trabalhadores: relato de residentes. *Sanare*. 2023(22);2.

Descritores:

Práticas Integrativas e Complementares; Assistência Médica; Grupo.

Descriptors:

Integrative and Complementary Practices; Health care; Group.

Descriptores:

Prácticas Integrativas y Complementarias; Atención a la salud; Grupo operativo.

Submetido:

26/10/2023

Aprovado:

28/11/2023

Autor(a) para Correspondência:

Iara Sampaio Cerqueira
E-mail: iarapsciologa@gmail.com

RESUMO

Este estudo objetiva relatar a experiência de um Grupo de Práticas Integrativas e Complementares na promoção de saúde mental de trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. Trata-se de um relato de experiência sobre a criação, planejamento e execução de um grupo operativo denominado “InPIC”, In: internalizar e PIC: Práticas Integrativas e Complementares, coordenado por residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família. Os participantes eram profissionais atuantes em uma Unidade Básica de Saúde no norte piauiense, no período de junho a julho de 2023. A variedade de temáticas a cada encontro possibilitou a experiência de manejar a expressão e mediação de posicionamentos de amorosidade e em contrapartida a falas conflituosas ligadas às divergências nos processos de trabalho. A oportunidade de manejar este grupo fortaleceu o vínculo entre a equipe de residentes e demais profissionais, e possibilitou que o ato de falar, sentir, emocionar-se e compartilhar tenha sido uma prática terapêutica. Foi possível perceber que a experiência foi próspera, visto que foi possível ampliar os conhecimentos sobre as Práticas Integrativas e Complementares, proporcionar benefícios à saúde mental dos trabalhadores e incentivar a discussão dessa temática entre a equipe no que tange a sua utilização tanto em contexto profissional quanto para uso próprio.

1. Psicóloga, Mestra, Residente em Saúde da Família/Atenção Básica da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. E-mail: iarapsciologa@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9858-9540>

2. Fisioterapeuta, Residente em em Saúde da Família/Atenção Básica da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. E-mail: amandabt90@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6892-3691>

3. Enfermeira, Especialista, Residente em Saúde da Família/Atenção Básica da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. E-mail: enfsusanalima2020@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5879-0063>

4. Farmacêutico, Mestre, Residente em Saúde da Família/Atenção Básica da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. E-mail: maurycyosg@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3562-4978>

5. Fisioterapeuta, Mestra, Tutora do Programa de Residência em Saúde da Família/Atenção Básica da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. E-mail: mayanecalvesp@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6892-3691>

6. Fisioterapeuta, Doutora, Docente, e Coordenadora do Programa de Residência em Saúde da Família/Atenção Básica da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. E-mail: natashatm@ufpi.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4592-4365>

ABSTRACT

This study aims to report the experiences of a Group of Integrative and Complementary Practices in promoting Mental Health among Primary Health Care workers. It is an experience report on the planning, execution and evaluation of an operational group called "InPIC" , In:internalize and ICP: Integrative and Complementary Practices, coordinated by residents of the Primary Care/Family Health Residency Program. The participants were professionals working in a Basic Health Unit in the north of Piauí, from June to July 2023. The variety of themes at each meeting enabled the experience of managing the expression and mediation of loving positions, in contrast to conflicting speeches. linked to divergences in work processes. The opportunity to manage this group strengthened the bond between the team of residents and other professionals, and enabled the act of talking, feeling, getting emotional and sharing to become a therapeutic practice. Finally, the experience was successful, as it was possible to expand knowledge about Integrative and Complementary Practices, provide benefits to workers' mental health, and encourage discussion of this topic among the team regarding its use in a professional context, as well as, for your own use.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo relatar las experiencias de un Grupo de Prácticas Integrativas y Complementarias en la promoción de la Salud Mental de los trabajadores de la Atención Primaria de Salud. Se trata de un informe de experiencia sobre la planificación, ejecución y evaluación de un grupo operativo llamado "InPIC", Internalizar y PIC: Prácticas Integrativas y Complementarias, coordinado por residentes del Programa de Residencia en Atención Primaria/Salud Familiar. Los participantes fueron profesionales que trabajan en un Centro de Salud Básica en el norte de Piauí, en el periodo de junio a julio de 2023. La variedad de temas en cada encuentro permitió la experiencia de manejar la expresión y mediación de posturas amorosas, en contraste a discursos conflictivos relacionados con diferencias en los procesos de trabajo. La oportunidad de manejar este grupo fortaleció el vínculo entre el equipo de residentes y otros profesionales, y permitió que el acto de hablar, sentir, emocionarse y compartir fuera una práctica terapéutica. Además, se pudo percibir que la experiencia fue exitosa, ya que se logró ampliar los conocimientos sobre las Prácticas Integrativas y Complementarias, proporcionar beneficios para la salud mental de los trabajadores y fomentar la discusión sobre este tema entre el equipo en cuanto a su utilización en el contexto profesional, así como para uso personal.

.....

INTRODUÇÃO

Entende-se por Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) as práticas/terapias que complementam a medicina convencional, regulamentadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), institucionalizada pela Portaria 971 do Ministério da Saúde¹.

Pelo seu caráter transversal, as PICS podem ser utilizadas dentro de vários espaços dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e de maneira prioritária na Atenção Primária à Saúde (APS), ampliando e potencializando a atuação profissional, além de lançar outro olhar sobre a assistência prestada, considerando o indivíduo em seus aspectos físico, psicoemocional e social, priorizando a integralidade².

A partir da inserção das PICS na APS, somaram-se recursos à Saúde Mental (SM), na perspectiva de promoção da saúde e prevenção de agravos e transtornos psicológicos, configurando um trabalho

em saúde com caráter holístico e de cuidado integral, diferentemente do modelo biomédico tradicional no contexto de APS e das RAS³.

Em contrapartida, a rotina do trabalho pode influenciar no desencadeamento ou agravamento de transtornos psíquicos. No âmbito coletivo, existe a precariedade das relações de trabalho, intensificação do ritmo de trabalho e exigências da polivalência e competitividade. Enquanto no aspecto individual, o medo de perder o emprego e metas cada vez mais desafiadoras repercutem na esfera psíquica dos trabalhadores⁴.

Com isso, adotar as PICS em um Grupo Operativo (GO) de trabalhadores da Atenção Básica (AB) pode ser uma importante ferramenta para a promoção da SM. Logo, o presente estudo tem o objetivo de desvelar percepções acerca do uso das PICS na promoção de SM aos trabalhadores de uma equipe da AB, por meio de um relato de experiência conduzido por profissionais residentes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, no campo qualitativo, através de relatos, nos quais os sujeitos tiveram o objetivo de estender e assimilar os saberes adquiridos na experiência⁵.

Os relatos estão relacionados à operacionalização do GO denominado "InPIC", em referência ao In: internalizar, e PIC: Práticas Integrativas e Complementares. O grupo foi criado e coordenado por quatro profissionais-residentes de um Programa de Residência em Atenção Básica/Saúde da Família que atuam em uma UBS, localizada na zona urbana de uma cidade da planície litorânea do Piauí.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos atenderam às diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Por se tratar de um estudo de relato de experiência, não houve a necessidade de aprovação em comitê de ética.

Inicialmente, houve a divulgação da proposta do GO na reunião de equipe, tendo a divulgação da programação em um grupo virtual, em que foram informadas as datas, temas e locais dos encontros, havendo boa aceitação e interesse pelos participantes. Os encontros aconteceram em dois locais: auditório cedido pela prefeitura e em sala disponibilizada pela Universidade sede do Programa de Residência, previamente planejados para que apresentassem condições favoráveis ao plano estabelecido: climatizado e com possibilidade de controle da iluminação.

As reuniões contaram com uma média de oito participantes (uma enfermeira e sete agentes comunitários de saúde), com cerca de uma falta por encontro, frequência semanal, e média de duração de duas horas no turno da tarde, durante o período de 21 de junho a 20 de julho de 2023⁶.

O GO se refere a uma ferramenta de Educação em Saúde (ES) que propicia a elaboração de intervenções psicoeducativas que aumentam a compreensão de questões individuais em um contexto grupal⁷. Nesse sentido, o GO se deu pela realização de PICS e ES sobre: autocuidado, autoestima, organização de tempo, SM, ambiente de trabalho e relações saudáveis⁸.

O encontro inicial, foi coordenado pelos quatro residentes, enquanto os encontros posteriores foram coordenados por cada profissional individualmente: segundo encontro - fisioterapeuta, terceiro encontro - psicóloga, quarto encontro - farmacêutico e quinto

encontro - enfermeira.

A programação foi distribuída em cinco encontros. A dinâmica dos encontros se dividia em três momentos: acolhimento dos participantes, com ambiente aromatizado com essência de lavanda e músicas relaxantes; no segundo momento eram exploradas dinâmicas com PICS: meditação guiada, aromaterapia, musicoterapia, arteterapia, fitoterapia e reflexoterapia; finalizando-se com o compartilhamento das vivências e as instruções para o próximo encontro. Os registros foram realizados em livro ata, com as assinaturas dos participantes, enquanto as percepções e relatos eram escritos através de diário de afecções em documento on-line.

Para auxiliar o processo de interpretação das comunicações durante os encontros, utilizou-se o método de análise de conteúdo, que baseia-se na leitura aprofundada dos relatos escritos e falados, com o objetivo de desvendar e analisar as relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspectos exteriores^{9,10}. Baseada em três etapas: pré-análise, que contempla a seleção do material e formulação de hipóteses; exploração do material, que se refere a codificação e categorização do conteúdo; e tratamento dos resultados, que pode ser realizado através de inferência de forma controlada para a interpretação dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante os encontros do Grupo "InPIC" foi possível mediar falas de amorosidade e apoio com extremos de falas conflituosas ligadas a processos de trabalho. O ambiente associado ao fortalecimento do vínculo serviu para que o ato de falar, sentir e compartilhar servisse como prática terapêutica, contribuindo para a Qualidade de Vida (QV) à saúde do trabalhador, especialmente quanto ao estado psíquico. O quadro a seguir, mostra as atividades desenvolvidas:

Quadro 1. Caracterização das atividades e temáticas desenvolvidas nos encontros do Grupo “InPIC” na Atenção Básica à Saúde. Piauí, 2023.

Encontros	PIC e Atividades desenvolvidas
Encontro I	Apresentação do Grupo, Telefone Sem Fio, Meditação Guiada, Reflexoterapia e Dinâmica “Roda da Vida”
Encontro II	Terapias Manuais e dinâmica “Desafie um colega a se autocuidar”
Encontro III	Arteterapia
Encontro IV	Fitoterapia
Encontro V	Musicoterapia e encerramento do grupo

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Em todos os encontros a sala estava estava aromatizada por meio de um difusor de aromas com óleo essencial de lavanda, com intuito de utilizar de suas propriedades de relaxamento. A aromaterapia é uma técnica terapêutica que pode ser desenvolvida por meio do uso de óleos essenciais, através de aplicação tópica, inalatória ou olfatória, com o objetivo de prevenção e a diminuição de sintomas como estresse e ansiedade¹¹.

No primeiro encontro, foi utilizada a dinâmica “Telefone Sem Fio”, no intuito de descontrair e introduzir o tema do grupo. A frase repassada foi “na roda da vida o meu amor próprio preciso priorizar” ao ouvido da pessoa ao lado, para que os outros não pudessem ouvi-la. Ao final da dinâmica, a frase final pouco diferiu da que foi repassada inicialmente, o que mostrou articulação e atenção entre os participantes¹².

Em seguida, foi realizada a dinâmica “Roda da Vida”, com recurso terapêutico impresso em papel, objetivando abordar autocuidado, considerando o autoconhecimento, autoestima e reflexão sobre diferentes áreas da vida (financeira, emocional, familiar, social, profissional e espiritual). Com a indicação individual quanto ao nível de prioridade em cada área, e a partir dessa identificação, a proposição de poder traçar metas/ações de melhorias nesses aspectos, a fim de cumprir uma das finalidades do GO: despertar o exercício das vivências apreendidas na sua vida cotidiana¹³.

Foi desenvolvida a meditação guiada, em que os presentes encontravam-se sentados, de maneira confortável no chão, sendo orientados verbalmente

quanto à respiração profunda e atenção plena, com duração de quinze minutos. Realizou-se então a prática de reflexoterapia, com estímulo de áreas reflexas das mãos por cerca de quinze minutos: os participantes se dividiram em duplas e foram orientados a realizar a prática entre si, a partir da demonstração e orientação do passo a passo das manobras. Após o momento, foram manifestadas falas relacionadas à sensação de relaxamento, alívio de tensões musculares e de inquietação, efeitos que são descritos por Carneiro, Caribé e Rego¹⁴ e Soares *et al.*¹⁵.

O segundo encontro iniciou-se com um momento coletivo de relaxamento, em que os participantes foram instruídos a fecharem os olhos, associando a respiração diafragmática à movimentos suaves em membros inferiores e região cervical, durante cerca de 10 minutos¹⁶. Em seguida, os participantes foram divididos em dois grupos: o grupo 01 teve a intervenção da fisioterapeuta e o auxílio de cinco acadêmicos de fisioterapia, com massagem relaxante individual por cerca de 10 minutos em região cervical; o grupo 02 participou da primeira parte da dinâmica “Desafie um colega a se autocuidar”. Os participantes foram instruídos a escrever ideias de atividades de autocuidado para serem realizadas como desafio por um colega durante a semana, o segundo momento seria o compartilhamento das atividades no próximo encontro. Foram sugeridas atividades físicas, sociais e de contato com a natureza. Após 15 minutos, inverteu-se a atividade realizada com os grupos.

Dessa forma, reuniram-se todos os participantes novamente, conversando-se então sobre os benefícios da adoção da prática da automassagem e respiração diafragmática no cotidiano como ferramenta de autocuidado, houveram relatos de alívio de tensões musculares, sensação de relaxamento, calma e engajamento após as intervenções. Por fim, os desafios escritos foram sorteados e cada integrante os recebeu para realizar de acordo com as instruções anteriores¹⁷.

O terceiro encontro foi iniciado com o compartilhamento das experiências realizadas a partir da dinâmica anterior. A principal explanação foi de como se sentiram ao fazer as tarefas sorteadas, onde a maioria obteve êxito. A partir disso, houve um movimento grupal de incentivo a estas práticas.

No segundo momento, foi utilizada a “Arteterapia”, através da confecção de mandalas¹⁸. A construção foi iniciada e na maior parte do tempo

houve silêncio, que simbolicamente representou a calma e relaxamento de imergir na atividade. As mandalas foram anexadas em um varal¹⁹ e houve o compartilhamento entre cada participante e sua mandala, o que representa a imersão no potencial de auxílio no autoconhecimento e organização psíquica que este recurso possui²⁰. Segundo Rosseto²¹, a arteterapia enquanto PICS apresenta benefícios à SM, possibilitando ao participante de um grupo terapêutico reconhecer não somente a si mas também aos outros.

O quarto encontro teve a fitoterapia como tema abordado. A fitoterapia é uma PICS que está presente no SUS desde a sua criação e seu uso é fortalecido pela Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos²².

A princípio, procedeu-se uma discussão em que os integrantes compartilharam histórias vividas envolvendo o uso de plantas medicinais. Foram relatados hábitos acerca do uso de determinadas plantas, efeitos benéficos e malefícios, atravessadas por memórias de uso tradicional. Após a discussão, foi entregue um folheto com um guia de plantas medicinais para auxiliar nos cuidados em resfriados e gripes comuns, desconfortos gastrointestinais e ansiedade, de forma a assegurar o uso racional dessas preparações.

Em seguida, os participantes foram convidados a preparar e experimentar infusões de camomila, chá verde e erva doce. Ao final, foi realizada a prática de meditação guiada pelo coordenador do encontro, com duração de 10 minutos, instruindo os participantes quanto a respiração profunda e concentração nos comandos para relaxamento e finalização do encontro.

No quinto encontro, que configurou o encerramento do GO, utilizou-se a musicoterapia associada a aromaterapia tópica e inalatória. Na oportunidade foi conversado sobre a musicoterapia e propriedades terapêuticas do óleo essencial de lavanda utilizado no encontro. Cada um dos participantes recebeu duas gotas do óleo diretamente nas palmas das mãos e foram instruídos a friccioná-las e a inspirar o cheiro da essência, com o objetivo de promover sensação de relaxamento e bem estar^{23,24}.

Seguiu-se então para dinâmica musical, em que cada participante escolheu uma música e externou sobre o motivo da escolha. No fechamento do encontro, os presentes cantaram e dançaram uma música animada, abraçaram-se e manifestaram que

se pudessem continuariam ali, naquele momento tão exultante. Corroborando com a experiência, Silva *et. al*²⁵ constatou em seu estudo que a musicoterapia tem potencial promotor de SM, impactando na melhoria da qualidade de vida, interação social e na comunicação dos envolvidos nessa prática. Ao final, os participantes expressaram sua gratidão à equipe de residentes diante das PICS ofertadas.

De maneira geral, pôde-se perceber que foi construído um espaço de trocas de experiências profissionais, nas quais foi possível o resgate de memórias afetivas do território de trabalho e vivências decorridas no tempo de serviço compartilhado há mais de 15 anos pela maior parte dos ACS.

Também foi possível dar voz ao reconhecimento profissional, mas também ao relato de dificuldades e desafios no trabalho. Com relação às práticas propostas, foi observada a valorização e reconhecimento das PICS para efetiva inserção e aplicabilidade como ferramenta de autocuidado e sua aplicabilidade no SUS.

O presente estudo encontra limitações relacionadas a não utilização de instrumentos para a mensuração de aspectos como a QV, bem estar e sensação de relaxamento, porém, isto se justifica no fato de que no período da realização do grupo não havia o intuito de pesquisa, e após sua conclusão se percebeu a importância de compartilhar a experiência no meio científico.

Não obstante, o estudo se mostrou potente no sentido de promover experiências com uso de PICS em territórios de atuação dos residentes e impulsionar novas pesquisas relacionadas à temática, através de uma perspectiva ampliada, integral e multiprofissional. Bem como, a exemplificação das PICS no autocuidado relacionada à saúde do trabalhador e SM, com potencialidade de possibilitar seu uso em contexto de APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho e seus processos podem representar uma importante instância no desencadeamento ou no agravamento do estado de SM de um indivíduo. Em tempos de cobrança por produtividade no cumprimento das metas, se faz importante a promoção da SM do trabalhador da AB e o fortalecimento de vínculo entre os profissionais da equipe, a fim de promover a ambiência e acolhimento necessários para o estabelecimento de um ambiente de trabalho

qv do Grupo “InPIC” pôde contribuir como promoção de saúde e de um melhor clima organizacional, visto que as PICS representaram um recurso potente, de boa adesão e baixo custo para o cuidado em saúde.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Os autores contribuíram no planejamento, execução, avaliação da experiência grupal, e escrita científica do manuscrito. A autora contribuiu na organização de cronogramas e escrita.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- Aguiar J, Kanan LA, Masieiro AV. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Revista Saúde debate* [Internet]. 2019 [cited 2023 July 24]; 43:1205-1217. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912318>.
- Carvalho JLS, Nóbrega MPSS. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2023 July 25]; 38: 1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0014>
- Lucca, SR. Saúde, Saúde Mental, Trabalho e Subjetividade. *Revista Laborativa* [Internet]. 2017 [cited 2023 July 29]; 6 (1 esp), 147-159. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/233142283.pdf>
- Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista Práxis Educacional*. [Internet]. 2021 [cited 2023 July 29]; 17: 60-77. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>
- Peruzzo CMK. Pressupostos Epistemológicos e metodológicos da pesquisa participativa: da observação participante à pesquisa-ação. *Revista Estud Cult Contemporâneas* [Internet]. 2017 [cited 2023 July 29]; 23: 161-190. Available from <https://www.redalyc.org/journal/316/31652406009/html/>
- Dutra WH, Corrêa, RM. O grupo operativo como instrumento terapêutico-pedagógico de promoção à saúde mental no trabalho. *Revista Psicologia: ciência e profissão* [Internet]. 2015 [cited 2023 July 03]; 35: 515-527. <https://doi.org/10.1590/1982-370302512013>
- Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGVD, Boehs AE, Heidemann ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Revista Texto & Contexto-Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2023 August 05]; 22: 224-230. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100027>
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
- SOUZA, JR, SANTOS, SCM *Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer*. *Pesquisa e debate em Educação* [Internet]. 2020 [cited 2023 September 28]; v. 10, n. 2, p. 1396-1416. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/3155>
- Pessoa DLR, Santos BO, Abreu CBR, Mendes KFC, Hora MCC, Cantanhede MC *et al*. O uso da aromaterapia na prática clínica e interprofissional. *Revista Research Society and Development* [Internet]. 2021 [cited 2023 September 28]; 3: 1-12. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13621>
- Souza CEO, Silva JA, Andrade RAS, Shiavoni F. Telefone sem fio. In: *Anais do XI workshop de música Ubiqua*; Matosinhos: Portugal; 2021. p. 156-157.
- Costa JR, Marcon SS, Piexak DR, Oliveira, SG, Santo FHE, Nitschke RG, *et al*. Roda da vida e repercussões do reiki na promoção da saúde de profissionais de enfermagem. *Revista Texto & Contexto-Enfermagem* [Internet]. 2022 [cited 2023 September 28]; 31: 1-15. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0294pt>
- Carneiro J, Caribé C, Rego G. PICS em saúde mental: Oficinas de relaxamento e meditação. *Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde* [Internet]. 2020 [cited 2023 July 25]; 5: 157-175. <https://doi.org/10.46635/revise.v5ifluxocontinuo.1384>
- Soares JEM, Santana JFCL de, Vasconcelos RMA, Santos PS, Rocha MVS, Apolinário TA. Saúde do trabalhador: um olhar para o Centro Referencial de Saúde. *RSD* [Internet]. 23º de março de 2021 [citado 27º de setembro de 2023];10(3):e50710313589. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13589>
- Balbino VS, Sobrinho LMS, Faria FJL, Barros ACR, Silva EGS. Efeitos da associação de recursos terapêuticos na saúde laboral de um hospital público: relato de experiência. *Revista Fisioterapia Brasil* [Internet]. 2019 [cited 2023 August 15]; 20: 17 Available from <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/3265/html>
- Noaves AG, Silva LPG, Medeiros JM, França

ACP, Silva FEO. Percepção dos usuários sobre práticas Integrativas e complementares: estudo de intervenção da automassagem em uma capital nordestina. *Caderno Naturol. Terapia Complementar* [Internet]. 2019 [cited 2023 august 16]; 8: 9-16. <https://doi.org/10.19177/cntc.v8e1520199-16>

18. Ferreira SAIB, Terra DJ, Nataline CTn, Ferreira CS, Lima S. I Oficina Mandalas de Si Mesmo-Projeto Ateliê Criativo: Espaço de transformatividade. In: *Anais do Encontro de Cultura do IFFluminense*; 2021; Rio de Janeiro (RJ): 2021. p. 1.

19. Mendonça BIO, Brito MAQ. Mandalas como recurso terapêutico na prática da gestalt-terapia. *Revista IGT na Rede* [Internet]. 2017 [cited 2023 august 21]; 14: 273-290. Available from <http://www.igt.psc.br/ojs>

20. Pellanda N, Piccinin F. Autonarrativas como autoconhecimento: uma experiência didática na perspectiva da complexidade. *Revista E-Curriculum* [Internet]. 2020 [cited 2023 august 24]; 18: 453-472 <https://doi.org/10.23925/1809-3876.2020v18i1p453-472>

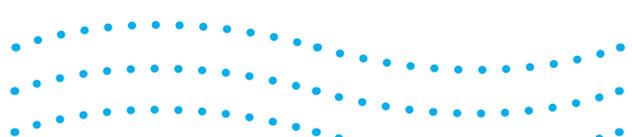
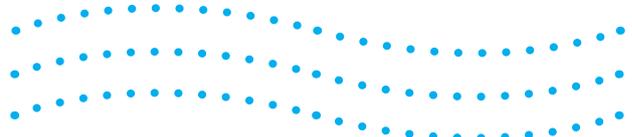
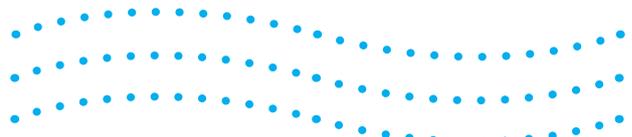
21. Rosseto, TMM. A Arteterapia na Saúde: um relato de caso na saúde mental. *Práticas Integrativas e Complementares: visão holística e multidisciplinar* [Internet]. 2022 [cited 2023 september 28]; 2, 13-20. Available from: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/211207108.pdf>

22. Rodrigues ML, Campos CEA, Siqueira BAA. A fitoterapia na Atenção Primária à Saúde segundo os profissionais de saúde do Rio de Janeiro e do Programa Mais Médicos. *Caderno Ibero-americano de Direito Sanitário* [Internet]. 2020 [cited 2023 august 25]; 9: 28-50 <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i4.637>

23. Oliveira MF, Oselame GB, Neves EB, Oliveira EM. Musicoterapia como ferramenta terapêutica no setor da saúde: uma revisão sistemática. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde* [Internet]. 2014 [cited 2023 august 28]; 12: 871-879 <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v12i2.1739>

24. Silva MAN, Coelho OP, Neves PR, Souza ARL, Silva GB, Lamarca EV. Acerca de pesquisas em aromaterapia: usos e benefícios à saúde. *Revista da Universidade Ibirapuera* [Internet]. 2020 [cited 2023 august 29]; 19:32-40. Available from <https://www.ibirapuera.br/seer/index.php/rev/article/view/224>

25. Silva AST, Lopes MM, Camargo RMP, Buriolla, AA, Possa J, Rocha, KS, *et al.* Percepção de usuários em relação às práticas integrativas e complementares na saúde mental: musicoterapia. *Revista Baiana de Enfermagem* [Internet]. 2022 [cited 2023 september 28]; v 36. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43285>



FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: AVALIAÇÃO E FLUXO DE ATENDIMENTO ÀS GESTANTES EM PARNAÍBA/PI

OBSTETRIC PHYSIOTHERAPY IN PRIMARY HEALTH CARE: EVALUATION AND FLOW OF CARE FOR PREGNANTS WOMEN IN PARNAÍBA/PI

FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: EVALUACIÓN Y FLUJO DE ATENCIÓN AS MUJERES EMBARAZADAS EN PARNAÍBA/PI

Francisca Gabriela Pinho Rocha ¹

Savia Francisca Lopes Dias ²

Como Citar:

Rocha FGP, Dias SFL. *Fisioterapia Obstétrica na Atenção Primária: Avaliação e Fluxo de Atendimento à Gestantes em Parnaíba/PI*. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Fisioterapia; Obstetrícia; Atenção básica; Pré-Natal.

Descriptors:

Physiotherapy; Obstetrics; Basic attention; Prenatal.

Descriptores:

Fisioterapia; Obstetrícia; Atención básica; Prenatal.

Submetido:

12/09/2023

Aprovado:

06/11/2023

Autor(a) para Correspondência:

Francisca Gabriela Pinho Rocha
E-mail: fisio.gabrielarocha@gmail.com

RESUMO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo na modalidade relato de experiência, com o objetivo de descrever sobre o serviço de implantação de uma ficha de avaliação em fisioterapia obstétrica e a criação de um direcionamento de fluxo para gestantes nas unidades básicas de saúde da cidade de Parnaíba/PI. Visando otimizar e potencializar a atuação fisioterapêutica a gestantes em nível primário, foi criada uma ficha de avaliação fisioterapêutica em obstetrícia e um direcionamento de fluxo de atendimento a gestantes na atenção básica. Assim, a primeira parte do presente estudo se dá pela descrição do histórico de criação da ficha de avaliação e a experiência de implantação do serviço, e a segunda detalha como foi organizado o fluxo de atendimento às gestantes. Com o estudo observou-se que a criação da ficha de avaliação personalizada permitiu uma coleta estruturada de informações relevantes sobre a gestante, pautada em evidências científicas, possibilitando uma avaliação mais completa e precisa, causada em intervenções de fisioterapia mais direcionadas e eficazes.

1. Fisioterapeuta. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Delta do Parnaíba/PI. E-mail - gabirocha.phb@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8047-3400>.

2. Fisioterapeuta. Professora da Universidade Federal do Delta do Parnaíba UFDPAR. Parnaíba/PI, Brasil. E-mail saviadias@ufpi.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4490-8331>.

ABSTRACT

This is a descriptive study in the form of an experience report, with the objective of describing the implementation service of an assessment form in obstetric physiotherapy and the creation of a flow direction for pregnant women in the city's basic health units from Parnaíba/PI. Aiming to optimize and enhance physiotherapeutic action for pregnant women at primary level, a physiotherapeutic assessment form in obstetrics was created and a course for the flow of care for pregnant women in primary care. Thus, the first part of the present study describes the history of creation of the evaluation form and the experience of implementing the service, the second details how the flow of care for pregnant women was organized. With the study, it was observed that the creation of the personalized assessment form allowed a structured collection of relevant information about the pregnant woman, based on scientific evidence, enabling a more complete and precise assessment, resulting in more targeted and effective physiotherapy interventions.

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo en forma de relato de experiencia, con el objetivo de describir el servicio de implementación de un formulario de evaluación en fisioterapia obstétrica y la creación de una dirección de flujo para mujeres embarazadas en las unidades básicas de salud de la ciudad de Parnaíba/PI. Con el objetivo de optimizar y potenciar la acción fisioterapéutica de la gestante en el nivel primario, se creó un formulario de evaluación fisioterapéutica en obstetricia y una dirección para el flujo de atención a la gestante en la atención primaria. Este artículo será presentado em dos etapas, siendo la primera parte la historia de creación del formulario de evaluación y la experiencia de implementación del servicio, la segunda detalla cómo se organizó el flujo de atención a las mujeres embarazadas. Con el estudio, se observó que la creación del formulario de evaluación personalizada permitió una recopilación estructurada de información relevante sobre la gestante, basada en evidencia científica, posibilitando una evaluación más completa y precisa, resultando en intervenciones de fisioterapia más específicas y efectivas.

INTRODUÇÃO

A gestação corresponde a um período de transição fisiologicamente estabelecido que começa a partir do momento da fertilização, estendendo-se por cerca de 40 semanas até finalizar com o parto¹. O processo gestacional é composto por três fases que são agrupadas de acordo com as transformações que ocorrem no feto e na mãe. A primeira delas corresponde ao primeiro trimestre, que vai da 1^o a 10^o semana; a segunda corresponde ao segundo trimestre, que vai da 11^o a 25^o semana e a terceira e última fase corresponde ao terceiro trimestre, que vai da 26^o a 40^o semana, podendo se estender até a 42^o semana de gestação².

A assistência pré-natal deve ocorrer durante todo o período gestacional, e os cuidados com essa mulher devem se estender ao parto e ao puerpério, que é o período que começa logo depois o parto. O puerpério é dividido ainda em imediato, que tem a duração de 1 a 10 dias, e tardio, que vai de 11 a 45 dias ou o mais longo, que é após 45 dias³.

A gestação caracteriza-se pelo desenvolvimento de alterações metabólicas importantes e os eventos relacionados como o puerpério e a lactação são

marcados por grandes mudanças que influenciam diretamente na vida da mulher. Por conta das alterações hormonais, a gestante passa por adaptações no sistema endócrino, respiratório, musculoesquelético, cardiovascular, tegumentar, urinário e gastrointestinal. Além disso, ocorrem também alterações psicológicas, principalmente com relação ao estado emocional, podendo gerar alterações de sensibilidade, estresse, ansiedade e mudanças nos hábitos do cotidiano⁴.

Diante disso, a fisioterapia desempenha um papel importante em todas as fases gestacionais, tendo em vista as modificações fisiológicas, físicas e psíquicas que ocorrem no organismo da mulher durante a gestação. Segundo o COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), a fisioterapia é uma Ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano⁵. Assim sendo, o fisioterapeuta assume uma posição importante neste contexto.

A Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRASFIM) considera que a assistência fisioterapêutica em obstetrícia segue os preceitos de humanização estabelecidos pela rede cegonha,

caracterizando-se como uma das áreas na saúde da mulher que surge com o objetivo de promover e manter a saúde física e emocional do início ao final da gestação, exercendo um trabalho preventivo para os possíveis agravos que podem ocorrer durante a gestação e após o parto⁶.

Essa especialidade foi reconhecida em 2009 e regulamentada pelo COFFITO em 2011. Dentre as competências do fisioterapeuta na saúde da mulher, destaca-se a organização e a realização de projetos de exercícios para grávidas, a prescrição e aplicação de técnicas e recursos fisioterapêuticos de analgesia durante o trabalho de parto e a realização de orientações posturais e educativas, além de adaptações funcionais no pré e pós-parto⁷.

Existem algumas doenças que estão diretamente relacionadas a algumas complicações que podem ocorrer durante o período gestacional. De acordo com a literatura, dentre as principais intercorrências clínicas destacam-se: as Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação, a Pré-eclâmpsia, a Anemia, a Hiperêmese e a Diabetes Gestacional. Portanto, em vista disso, a assistência global à gestante durante o pré-natal torna-se ainda mais importante para garantir a saúde da gestante⁸.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a gestante precisa ter no mínimo oito consultas de pré-natal para garantir que se tenha uma assistência de qualidade, pois a maior frequência de contatos nesse período está associada a menor probabilidade de eventos adversos e viabiliza a detecção e resolução de complicações de forma precoce⁹.

Assim sendo, durante o pré-natal, é importante a atuação do fisioterapeuta na assistência considerando que este profissional não se restringe somente à reabilitação das alterações do período gestacional, mas também na sua prevenção, atenuando e/ou prevenindo as consequências das alterações desta fase, bem como na prevenção de morbidades durante a gestação⁸.

Portanto, há uma avaliação em fisioterapia obstétrica mais específica e um encaminhamento adequado dessa gestante que segue os princípios de humanização intrínsecos ao Sistema Único de Saúde (SUS) e surge como forma de melhorar o atendimento à saúde da mulher nas comunidades, oferecendo uma assistência de qualidade e pautada em evidências científicas.

Atentando-se ao relevante papel da fisioterapia na assistência ao pré-natal e aos ganhos favoráveis

à qualidade de vida das gestantes, o presente estudo tem o objetivo de descrever a implantação de uma ficha de avaliação em fisioterapia obstétrica e a criação de um direcionamento de fluxo para gestantes em Unidade Básica de Saúde (UBS) em Parnaíba/PI, realizado por uma fisioterapeuta residente na Estratégia Saúde da Família (ESF).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo na modalidade relato de experiência, sobre o serviço de implantação de uma ficha de avaliação em fisioterapia obstétrica e a criação de um direcionamento de fluxo para gestantes na Atenção Primária à Saúde (APS) da cidade de Parnaíba/PI.

O presente relato descreve a atividade realizada no biênio 2022-2023, no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDpar), localizada na cidade de Parnaíba, no litoral do Piauí. O PRMSF teve início em março de 2016, quando ainda era um Campus da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Em abril de 2018, com a publicação da Lei nº 13.651, criou-se a UFDPAr por desmembramento da UFPI e a partir daí o PRMSF de Parnaíba passou a ter como instituição executora a UFDpar.

Contemplando as seguintes categorias profissionais: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; e Psicologia, sua primeira turma foi composta por 12 residentes, distribuídos em três equipes com um representante de cada categoria. O programa decorreu da integração ensino-serviço-comunidade, viabilizada pela parceria entre a UFPI e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Parnaíba⁴.

As equipes de residentes têm 40 horas em serviço e 20 horas de atividades teóricas, cumprindo uma carga horária de 60 horas semanais – a carga horária total do programa é de 5.760 horas (24 meses). Atualmente o programa conta com seis equipes de residentes alocados em diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Segundo dados do plano municipal de saúde (2022-2025), a cidade de Parnaíba possui uma população estimada em 153 mil habitantes, que representa aproximadamente 4,5% da população do estado, sendo a maioria constituída por mulheres, correspondendo a 52% da população. O território se divide em quatro distritos de saúde, compostos por 44 equipes da ESF, distribuídas em 36 unidades

básicas de saúde¹⁰. Os campos de atuação do presente trabalho trata-se de duas dessas ESF, uma localizada no bairro Alto Santa Maria - módulo 22 e a outra atendendo às usuárias do bairro Dom Rufino - módulo 43. As equipes das UBS são compostas por médico, enfermeiro, atendente social, técnico de enfermagem, atendente de regulação, zelador e guarda patrimonial.

A ESF Alto Santa Maria - Módulo 22, fica localizada em um bairro periférico da cidade, em que sua população é composta majoritariamente por mulheres em idade fértil e múltiparas. Dado esse que foi possível obter através do perfil epidemiológico do território traçado através do trabalho de territorialização realizado para uma disciplina da residência. De acordo com o relatório operacional de gestantes/puérperas obtido por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), no módulo 22 para o quadrimestre Maio - Agosto de 2023, há um total de 27 gestantes em acompanhamento na UBS, destas nenhuma passou por avaliação direta do fisioterapeuta.

O outro campo de atuação do presente trabalho se trata da UBS Dom Rufino - Módulo 43, que dá cobertura para a área do conjunto residencial Dom Rufino I, II, III e IV, que não possui creches, escolas e muito menos unidade de saúde dentro do território. Neste caso, a população deste bairro se desloca até o bairro vizinho para conseguir assistência. Assim, o módulo 43 fica situado na mesma estrutura física que o módulo 24 - Joaz Souza, funcionando no período da tarde. Para o quadrimestre Maio - Agosto, de acordo com relatório operacional de gestantes/puérperas obtido por meio do PEC, constam 18 gestantes em acompanhamento pré-natal na unidade, destas, apenas duas passaram por uma avaliação fisioterapêutica.

Assim, observa-se que a atuação da fisioterapia obstétrica na ESF de Parnaíba apresenta-se insuficiente, onde a escassez de recursos e de instrumentos avaliativos podem ser um fator agravante para a deficiência do acompanhamento fisioterapêutico durante o período gestacional e puerpério das mulheres em acompanhamento nas unidades básicas, o que pode interferir diretamente nos desfechos relacionados à saúde materno infantil.

Visando otimizar e potencializar a atuação fisioterapêutica na assistência a gestantes em nível primário, foi criada uma ficha de avaliação fisioterapêutica em obstetrícia e um direcionamento de fluxo de atendimento a gestantes na atenção

básica. Estes, elaborados e organizados utilizando o programa *Microsoft Word 2021*. Assim, a primeira parte do presente estudo se dá pela descrição do histórico de criação da ficha de avaliação e a experiência de implantação do serviço, a segunda detalha como foi organizado o fluxo de atendimento às gestantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ideia de implementar uma ficha de avaliação fisioterapêutica em obstetrícia (Figura 1 e 2) no âmbito da atenção básica surgiu a partir da experiência vivida nas interconsultas de pré-natal junto ao profissional de enfermagem. Em que no decorrer dos atendimentos notou-se a falta de um instrumento para direcionamento do fisioterapeuta durante as interconsultas, com o objetivo de nortear as suas condutas durante o pré-natal.

Por ser uma fase de grandes modificações, a mulher, de maneira geral, encontra-se receptiva às informações, ao aprendizado e à adoção de novos hábitos que auxiliem a sua saúde e a do bebê. Além das orientações, o preparo da gestante fisicamente para que tenha a gravidez, o parto e o puerpério com funcionalidade são condutas adotadas pelo fisioterapeuta durante o pré-natal¹¹. Assim sendo, o trabalho do fisioterapeuta durante o período pré-natal deve ser desenvolvido no sentido de conscientizar a gestante de sua postura e de desenvolver a potencialidade dos seus músculos para que se tornem aptos a conviver com as exigências extras da gravidez, parto e pós-parto¹².

No primeiro contato, foi realizada a anamnese, seguida de exame físico. As informações coletadas durante a avaliação são importantes na conduta e no direcionamento do atendimento, pois auxiliam no diagnóstico da funcionalidade/incapacidade da gestante, e a partir disso traçar os objetivos e condutas terapêuticas de forma apropriada e individualizada.

Para estabelecer os itens que iriam compor a ficha de avaliação foi utilizado como base o estudo de Manguiera *et al.* (2021), que através de um estudo metodológico buscou a validação de um instrumento para avaliação clínica em fisioterapia obstétrica direcionado ao cuidado da gestante durante a fase do pré-natal¹¹. Este estudo traz sugestões de itens que devem compor o instrumento de avaliação de gestantes nas UBS, portanto a partir das sugestões do estudo e das experiências já vivenciadas nos

atendimentos, a ficha de avaliação fisioterapêutica em obstetrícia foi criada, sendo composta por seis categorias: origem da paciente, identificação, dados socioeconômicos, anamnese, exame físico e conduta fisioterapêutica.

Os dados de origem incluídos têm o objetivo de identificar quanto a unidade de saúde, município e data de atendimento em que a gestante foi avaliada. A categoria de identificação contém sobre os dados pessoais da gestante, e os dados socioeconômicos dizem respeito a ocupação, renda, estado civil, dependentes familiares e condição de moradia. Estes, são relevantes para o reconhecimento quanto ao perfil da gestante, pois exercem influência na saúde de forma independente das características individuais, podendo refletir em barreiras de acesso ao serviço de saúde¹¹.

A anamnese incluiu as queixas da paciente; história da situação atual; seus antecedentes pessoais; antecedentes obstétricos, como gestações, partos e abortos; complicações obstétricas em gestações anteriores, tipos de partos, intervalos entre uma gestação e outra, Data do Último Parto (DUP), complicações e queixas puerperais; dados quanto aos hábitos de vida antes da gestação também foram incluídos como, uso de drogas, álcool e tabaco e além de investigar sobre prática de atividade física; dados quanto a gestação atual como, número de consultas de pré-natal, idade gestacional, data da última menstruação, data provável do parto; intercorrências na gestação e uso de medicamentos/tratamento atual.

Quanto ao exame físico, este foi composto por itens com o objetivo de identificar as adaptações e deficiências neuromusculoesqueléticas que pudessem estar associadas à ocorrência de algias, além de verificar a existência de deficiências dos sistemas cardiorrespiratório e geniturinário. Assim sendo, este item foi composto pelos dados antropométricos da gestante, como: peso, altura e IMC, os sinais vitais como: Pressão Arterial (PA), Frequência Cardíaca (FC) e Frequência Respiratória (FR), Saturação Parcial de Oxigênio (SpO₂), inspeção, palpação, além de ausculta pulmonar e cardíaca, nos casos em que houvesse alguma queixa ou sintoma relacionado ao sistema cardiorrespiratório.

Também buscou-se avaliar o abdômen da gestante, verificando se este apresentava-se normal, flácido, se possuía estrias, dor, bem como a avaliação da diástase abdominal e altura uterina. Com relação aos membros inferiores, foi avaliado quanto a presença

de varizes, cianose e edema, através dos sinais de Bancroft, Homans e Bandeira, a fim de examinar o sistema vascular periférico das gestantes, pois de acordo com a literatura durante a gravidez o volume sanguíneo aumenta cerca de 40 a 50%, e há dificuldade de retorno venoso consequente à diminuição do tônus da musculatura lisa dos vasos sanguíneos¹¹.

Por isso, é comum que as gestantes se queixem do aparecimento de microvarizes, edema nos tornozelos e cansaço nas pernas. Em casos mais graves, apesar de ter uma baixa incidência, a gestante pode desenvolver trombose venosa profunda (TVP)¹². Seguindo com o exame físico, a avaliação do assoalho pélvico teve foco na investigação quanto às funções do trato urinário, pois as evidências científicas apontam que é fundamental observar se a gestante apresenta deficiências nas funções urinárias relacionadas à eliminação de urina e às sensações associadas às funções urinárias, como ardência durante a micção, sensação de esvaziamento incompleto, urgência para urinar e histórico de condições de saúde associadas, como infecções do trato urinário¹³.

Dessa forma, na avaliação foi coletado informações quanto a perda urinária, intensidade, atividades em que ocorre a perda urinária, tipo de perda urinária, frequência miccional e ingestão hídrica, além de uma Escala Visual Analógica (EVA) para avaliar o grau de desconforto da gestante com relação a perda urinária, caso seja um sintoma relatado pela mesma.

Por fim, finalizando o exame físico, a avaliação das mamas foi incluída com o objetivo de investigar quanto à anatomia dos mamilos, se este apresentasse normal, protuso, plano e invertido. E quanto à presença de intercorrências mamárias em gestações anteriores, condições estas que são mais comuns no puerpério, como: mastite, ingurgitamento mamário, algias mamárias e presença de fissuras. Além disso, enfatiza-se a importância da correta observação e avaliação das mamas, pois grandes discrepâncias quanto a peso e tamanho em relação ao biotipo da pessoa podem levar a consequências posturais, causando dores na coluna e alterações em sua curvatura¹³⁻¹⁴.

Também se considera relevante investigar quanto ao histórico de amamentação em gestações anteriores, como por exemplo: se a gestante amamentou anteriormente, se teve alguma dificuldade e se realizou uma amamentação exclusiva até o 6º mês, como recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁵.

Como meio de finalização da ficha de avaliação o tópico de “condutas fisioterapêuticas” foi inserido. De acordo com o COFFITO, a importância desse item se dá pois trata-se de um recurso que visa propor, mensurar e guiar o tratamento fisioterapêutico¹⁵. Assim o fisioterapeuta pode relatar qual procedimento foi ou será adotado a partir da avaliação realizada.

Figura 1 – Primeira página da ficha de avaliação desenvolvida.

	PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA – UFPI	
---	---	---

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM OBSTETRÍCIA

I – ORIGEM DA PACIENTE:

UNIDADE DE SAÚDE: _____ Nº DA ESF: _____
MUNICÍPIO: _____ DATA DO ATENDIMENTO: __/__/__

II – IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____
DATA DE NASCIMENTO: __/__/__ IDADE: _____ CARTÃO DO SUS: _____
COR: BRANCA () PRETA () PARDA () AMARELA () INDÍGENA ()
ENDEREÇO: _____ FONE: () _____

III – DADOS SOCIOECONÔMICOS

ESCOLARIDADE alfabetizada: () Sim () Não; OCUPAÇÃO: _____
ESTADO CIVIL: CASADA () UNIÃO ESTÁVEL () SOLTEIRA () DIVORCIADA () OUTRO ()
RENDA FAMILIAR per capita: () Até $\frac{1}{2}$ salário () $\geq \frac{1}{2}$ salário
Nº DE DEPENDENTES NA FAMÍLIA: _____ CONDIÇÕES DA MORADIA: _____

IV – ANAMNESE

MOTIVO DA CONSULTA:
() ENCAMINHAMENTO
() PROMOÇÃO DE SAÚDE
() QUEIXAS ÁLGICAS.
QUEIXA PRINCIPAL: _____
HDA: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS:

() HIPERTENSÃO () CARDIOPATIAS () DIABETESS
() OUTROS: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

() G () P () A
IDADE DA 1ª GESTAÇÃO: _____ INTERVALO ENTRE AS GESTAÇÕES: _____
COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS EM GESTAÇÕES ANTERIORES: _____
REALIZOU EPISIOTOMIA? () SIM () NÃO USOU FÓRCEPS? () SIM () NÃO
TIPOS DE PARTO: _____ DUP: _____
COMPLICAÇÕES OU QUEIXAS NO PUERPÉRIO: _____
INTERVALO ENTRE O FINAL DA ÚLTIMA GESTAÇÃO E INÍCIO DA
ATUAL: _____

HÁBITOS DE VIDA ANTES DA GESTAÇÃO

() DROGAS () ETILISMO () TABAGISMO
() EXERCÍCIOS FÍSICOS. SE SIM, QUAL? _____

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Figura 2. Segunda página da ficha de avaliação desenvolvida (continuação).

GESTAÇÃO ATUAL
 ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL: () SIM () NÃO Nº DE CONSULTAS: _____
 IG: _____ DUM: _____ DPP: _____
 INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO: () HAS () DIABETES () ITU () ANEMIA () HEMORRAGIA
 () CONSTIPAÇÃO () INCONTINÊNCIA URINÁRIA () EDEMA MMII () EDEMA GENERALIZADO
 () ALGIAS VERTEBRAIS. _____
 MEDICAMENTOS E/OU TRATAMENTO: _____

V – EXAME FÍSICO:
 PESO ATUAL: _____ ALTURA: _____ IMC: _____
 SSVV: PA _____ FC _____ FR _____ SpO2 _____
 AP: _____
 AC: _____
 INSPEÇÃO: _____
 PALPAÇÃO: _____

AValiação DAS MAMAS:
 () NORMAIS () FLÁCIDAS () INGURGITADAS () DOLORIDAS () FISSURAS
 MAMILOS:
 () PLANOS () PROTUSOS () NORMAL () INVERTIDOS

ABDÔMEN:
 () GRAVÍDICO () NORMAL () FLÁCIDO () FIBROSE () ESTRIAS () INCISÃO CIRÚRGICA/ DOR
 () DIÁSTASE DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL
 ALTURA UTERINA (cm): _____

MMII:
 () EDEMA () VARIZES () CIANOSE () NORMAIS () OUTROS: _____
 () SINAL DE BANDEIRA () SINAL DE HOMANS () SINAL DE BANCROFT

AValiação DO ASSOALHO PÉLVICO:
 JÁ APRESENTOU PERDA DE URINA: () SIM () NÃO
 SE SIM, EM QUE QUANTIDADE: () LEVE () MODERADA () INTENSA
 ATIVIDADES EM QUE PERDE URINA: () TOSSE () ESPIRRO () RISO () CAMINHADA ()
 AGACHAMENTO () CARREGAR PESO () SUBIR E DESCER ESCADAS () RELAÇÃO SEXUAL ()
 CONTATO COM ÁGUA () SITUAÇÕES EMOCIONAIS
 TIPO DE PERDA URINÁRIA: () EM GOTAS () EM JATO () INSENSÍVEL
 FREQUÊNCIA URINÁRIA: DIA _____ NOITE _____ INGESTÃO DE LÍQUIDOS: _____
 EVA

0-----10

Nenhum desconforto relacionado à perda de urina Máximo desconforto em relação à perda urinária

AMAMENTAÇÃO:
 () AMAMENTOU ANTERIORMENTE () DIFICULDADE PARA AMAMENTAR
 () AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA

VI - CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:

FISIOTERAPEUTA

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Assim, considerando os materiais disponíveis e as evidências científicas, após a criação da ficha de avaliação, o primeiro aspecto desenvolvido foi a padronização do fluxo de atendimento, que consistia em:

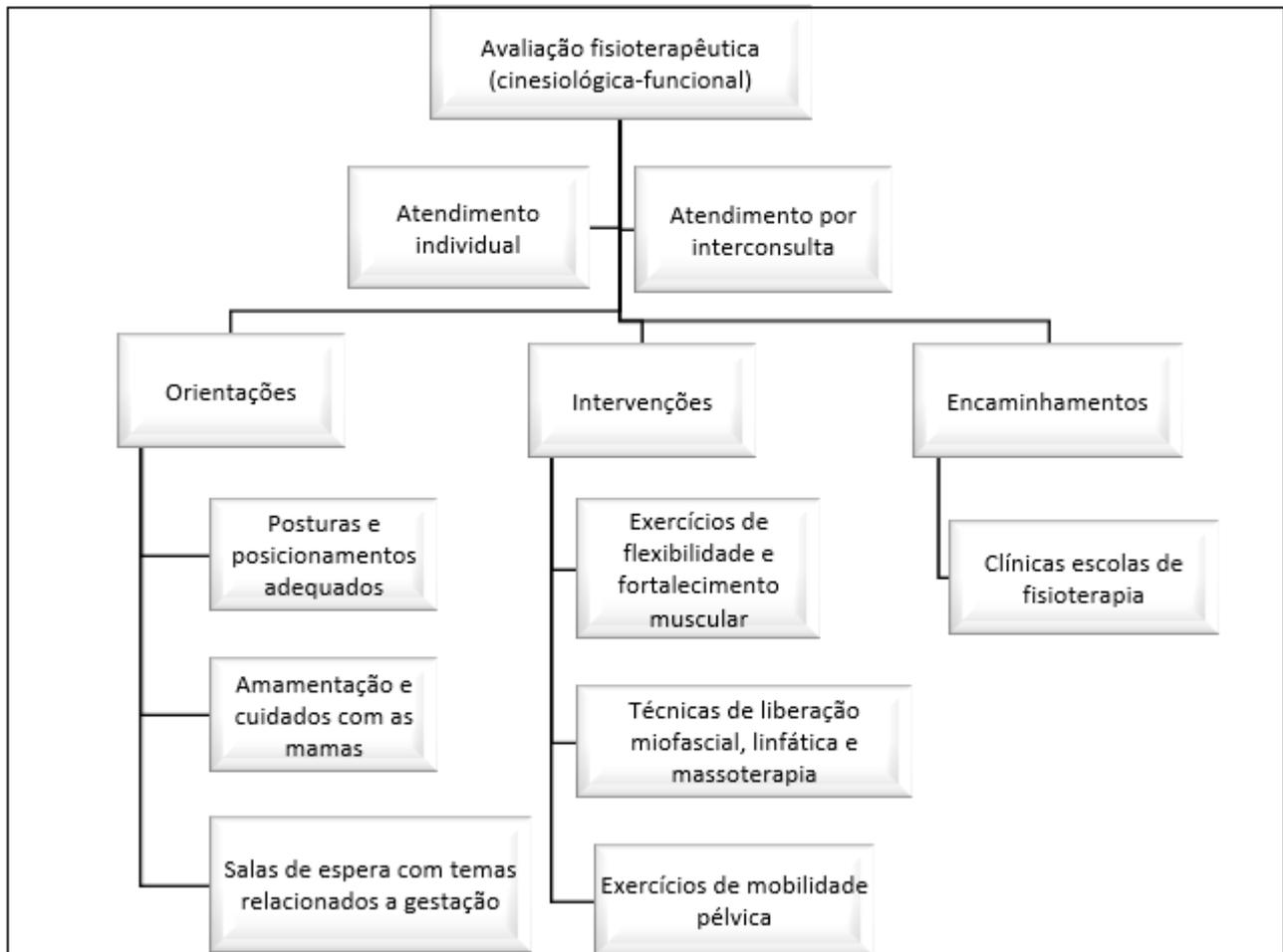
1º Agendar o atendimento/avaliação fisioterapêutica via PEC, para isso nos casos de demanda espontânea a paciente deve apresentar o cartão do SUS na recepção da UBS;

2º Nos casos de interconsulta, a avaliação é realizada durante a consulta de pré-natal junto ao profissional de enfermagem, de forma compartilhada e integrativa, onde as informações e exames físicos são realizados de forma complementar entre os profissionais;

3º A partir da avaliação realizada, seja via demanda espontânea ou por interconsulta, dentro do contexto da atenção básica podem ser adotadas diferentes condutas como: orientações, intervenções e encaminhamentos.

Para facilitar o entendimento do processo de elaboração desse fluxo, construiu-se um fluxograma com todas as etapas (Figura 3).

Figura 3. Fluxo de atendimento fisioterapêutico a gestantes na atenção básica.



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Portanto, o processo de avaliação fisioterapêutica das gestantes pôde iniciar de duas maneiras: de forma individual, via demanda espontânea, ou por meio de interconsulta durante os pré-natais de enfermagem. Nas consultas individuais, geralmente as gestantes já procuravam o atendimento devido alguma queixa específica, como por exemplo: incontinência urinária aos médios esforços, lombalgia, dor pélvica, edema em membros inferiores, artralguas, etc. Assim, a ficha de avaliação era aplicada como instrumento para guiar o atendimento e realizar o diagnóstico cinesiológico funcional da gestante.

As interconsultas ocorriam da seguinte forma:

a gestante comparece a unidade para realizar a consulta de pré-natal com o profissional de enfermagem, neste momento o fisioterapeuta acompanha/auxilia no atendimento do enfermeiro colhendo e aplicando os dados que estão na ficha de avaliação fisioterapêutica em obstetrícia e que são pertinentes aos dois profissionais. Com isso, é possível identificar queixas e demandas durante uma só consulta e que provavelmente a gestante não levaria para um atendimento individual fisioterapêutico, por não conhecer sobre a atuação deste profissional durante o pré-natal.

De acordo com o diagnóstico cinesiológico obtido

por meio da avaliação, o fluxo de direcionamento da gestante segue as condutas fisioterapêuticas que são possíveis e viáveis de serem realizadas no cenário da atenção básica e se baseiam principalmente em orientações, intervenções e encaminhamentos.

Com relação às orientações, estas eram realizadas com todas as gestantes avaliadas, tendo em vista que o processo gestacional envolve diferentes alterações fisiológicas e funcionais na mulher, portanto, mesmo nos casos em que durante a avaliação não eram identificados nenhuma alteração ou queixa, essa conduta era realizada com o objetivo de promoção da saúde, assim, a gestante era orientada quanto: a ingestão hídrica adequada para seu peso corporal; a prática de atividade física de baixo impacto, como caminhadas, dança, ginástica (isto nos casos em que a gestante não apresentava nenhuma alteração que trouxesse risco a gestação); orientações posturais ao realizar Atividades de Vida Diária (AVD'S); posturas de amamentação e cuidados com as mamas, dentre outras orientações.

E já nos casos em que durante a avaliação alguma alteração era identificada, as orientações eram voltadas para o problema encontrado, visando não só a correção do problema, mas também no sentido de explicar a condição para a gestante, pois muitas vezes elas não tinham o entendimento da situação, dessa forma a gestante era orientada e direcionada para o tratamento adequado.

Ainda sobre as orientações, as ações de promoção da saúde, por meio de salas de espera, também fizeram parte do cotidiano da assistência fisioterapêutica. No momento em que a gestante ou a puérpera se encontrava na UBS a espera do atendimento, ações de educação em saúde eram frequentemente realizadas, dentre os principais assuntos abordados estão: a conscientização a respeito da amamentação, a importância das consultas de pré-natal, sobre as doenças detectáveis nos testes rápidos (sífilis, HIV, hepatite B e C), autocuidado durante a gestação, tipos de partos, direitos das gestantes, entre outros.

A respeito das intervenções, dentro do contexto da atenção básica, o atendimento fisioterapêutico acaba sendo um pouco restrito, tendo em vista a escassez de materiais e recursos para um atendimento de qualidade dentro da demanda que a paciente apresenta. No entanto, em alguns casos algumas intervenções eram realizadas, como, por exemplo, quando se tratavam de queixas que poderiam ser solucionadas ou minimizadas com poucos atendimentos e com os recursos disponíveis.

Assim, nos casos em que durante a anamnese era identificado que a queixa principal da gestante era de origem musculoesquelética, intervenções como: técnicas de liberação miofascial, exercícios de flexibilidade muscular, aplicação de ventosas e bandagem elástica funcional eram realizadas, de forma pontual ou por meio do cuidado continuado, com 2 ou 3 atendimentos. Dentre as principais demandas trazidas pelas gestantes, destacam-se: a lombalgia, ou cervicalgia e a fadiga em membros inferiores. Além disso, exercícios de mobilidade pélvica eram realizados com as gestantes a partir da 28ª semana, afim de auxiliar no preparo para o parto.

Nos casos em que a queixa principal ou que no decorrer da avaliação era identificado alguma disfunção de assoalho pélvico, como por exemplo: na incontinência urinária, na dispareunia, constipação, etc., a conduta adotada era de realizar o encaminhamento dessa gestante para o atendimento a nível ambulatorial nas clínicas escolas de fisioterapia do município, pois as clínicas de fisioterapia credenciadas pelo SUS não realizam atendimentos especializados em fisioterapia pélvica. Assim, era fornecido o contato telefônico da clínica escola mais próxima, para agendamento do atendimento pela gestante, bem como era orientado sobre os meios de locomoção e localização a fim de facilitar o acesso da gestante ao local de atendimento.

Diante ao exposto, a elaboração e implementação da ficha de avaliação em fisioterapia obstétrica, juntamente com o direcionamento de fluxo de atendimento a gestantes na atenção básica, objetivaram a melhora da qualidade da assistência oferecida às gestantes durante o período pré-natal.

Esta pesquisa teve como limitação a pequena quantidade de evidências científicas quanto a estudos sobre validação de instrumentos avaliativos nessa mesma temática, que pudesse complementar com a discussão deste trabalho. Sendo assim, torna-se necessário que outros estudos sobre avaliação fisioterapêutica em gestantes nas UBS sejam realizados, afim de estimular a pesquisa na área da fisioterapia obstétrica e também direcionar novos estudos acerca de instrumentos de avaliação e validação de instrumentos.

CONCLUSÃO

Esta experiência demonstrou a importância

de uma abordagem multidisciplinar e centrada na paciente gestante, visando não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional delas. A criação da ficha de avaliação personalizada permitiu uma coleta estruturada de informações relevantes sobre a gestante, pautada em evidências científicas, sobre sua condição cinético-funcional, histórico gestacional, antecedentes pessoais, além de considerar fatores emocionais e sociais que podem influenciar no seu estado de saúde. Isso possibilitou uma avaliação mais completa e precisa, causada em intervenções de fisioterapia mais direcionadas e eficazes.

Além disso, a definição de um fluxo de atendimento específico para gestantes na atenção básica contribuiu para a otimização dos recursos disponíveis, garantindo que as gestantes sejam encaminhadas de forma adequada para os profissionais e serviços mais apropriados de acordo com suas necessidades individuais.

É importante destacar que a implementação dessas estratégias não beneficiou apenas as gestantes, pois uma padronização da avaliação e o direcionamento claro do fluxo de atendimento reduzem a sobrecarga de trabalho e a possibilidade de encaminhamentos inadequados, aumentando a eficiência e a qualidade do atendimento prestado.

Em suma, a criação da ficha de avaliação em fisioterapia obstétrica e do direcionamento de fluxo de atendimento a gestantes na atenção básica representa um passo importante em direção à excelência nos cuidados pré-natais e no fortalecimento da atuação fisioterapêutica no nível primário de atenção à saúde.

CONTRIBUIÇÕES DAS AUTORAS

Francisca Gabriela Pinho Rocha contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. Savia Francisca Lopes Dias contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- Souza WW, Fernandes CA, Pinheiro JE, Oliveira EC, Nobre AH, Nobre AH, Nunes EF. As gestantes que frequentam o serviço público do Brasil são orientadas a treinar os músculos do assoalho pélvico? REV INSPIR Mov Amp Saude [Internet]. 2019 [acesso em 8 jun 2023];19(4):1-14. Disponível em: <https://www.perineo.net/pub/souza2019.pdf>
- Beduka Buscador de faculdades [Internet]. Tudo sobre fases da gestação: aprenda conceitos e entenda transformações!; 15 dez 2020 [acesso em 9 jun 2023]. Disponível em: <https://beduka.com/blog/materias/biologia/fases-da-gestacao/>
- Costa LA, Silva VR, Silva KC. A importância da fisioterapia nas fases gestacionais. Res Soc Dev [Internet]. 10 jul 2022 [acesso em 9 jun 2023];11(9):e31611931890. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31890>
- Caromano FA. Adaptações fisiológicas do período gestacional. Fisioter Bras [Internet]. 20 mar 2018 [citado 9 jun 2023];7(5):375. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/fb.v7i5.1935>
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). COFFITO [Internet]. Formação acadêmica e profissional; [acesso em 9 jun 2023]. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2344
- Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher. ABRAFISM [Internet]. Conheça a fisioterapia na saúde da mulher; 2020 [acesso em 9 jun 2023]. Disponível em: <https://abrafism.org.br/quem-somos>
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). COFFITO [Internet]. RESOLUÇÃO Nº. 401/2011 – disciplina a especialidade profissional de fisioterapia na saúde da mulher e dá outras providências.; 18 ago 2011 [acesso em 9 jun 2023]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3164>
- Gadelha RR, Souza CE, Santos ER; Gisele Maria Melo Soares Arruda. Intervenção do fisioterapeuta no pré-natal: uma revisão sistemática da literatura. Rev Expressao Catol Saude [Internet]. 2021 [acesso em 10 jun 2023];6(1):78-88. Disponível em: <https://doi.org/10.25191/recs.v6i1.4082>
- Araújo L, Pessoa L, Cardoso L, Maia P. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Intercorrências na gestação; Setor de Alimentação e Nutrição/Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis/UNIRIO. Boletim nº 8. Março/2021. Disponível em: <http://www.unirio.br/institucional-/prae/nutricao-prae-1/quarentena/carregamento-boletins-setan-2021/boletim-no-08-2021#:~:text=e%20temperos%20naturais.-,Setor%20de%20Alimenta%C3%A7%C3%A3o%20e%20Nutri%C3%A7%C3%A3o%20Pr%C3%B3%20Reitoria%20de%20Assuntos%20Estudantis,%3C600%20mg%20Fdia>
- Prefeitura Municipal de Parnaíba; Secretaria de Saúde. Plano municipal de saúde 2022-2025 [Internet]. 2022 [acesso em 14 jun 2023]. Disponível em: <https://doi.org/file:///C:/Users/Posto%2022%20Triagem/Downloads/Plano%20Municipal%20de%20Saude%20-Parnaiba%202022%202025.pdf>

11. Souza AI, B Filho M, Ferreira LO. Alterações hematológicas e gravidez. Rev Bras Hematol Hemoter [Internet]. Mar 2002 [acesso em 17 jul 2023];24(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1516-84842002000100006>

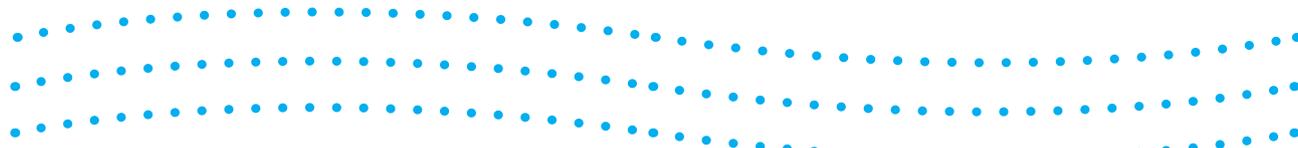
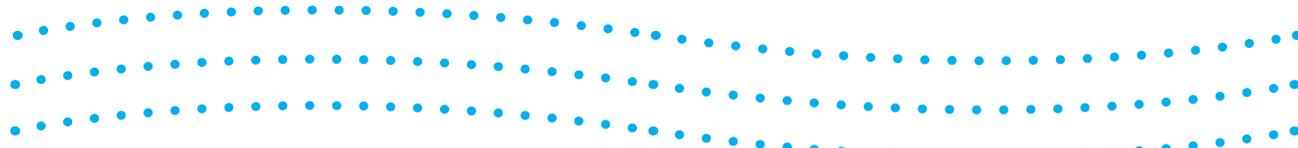
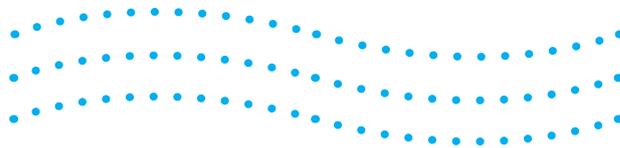
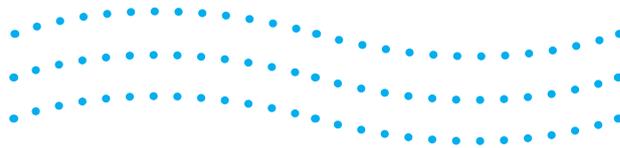
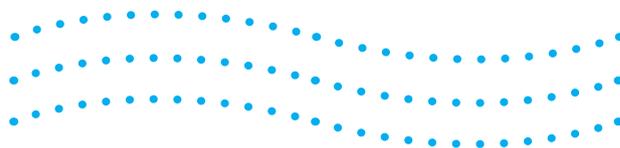
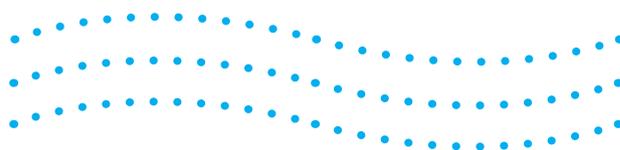
12. Mangueira DD, Melo JA, Amorim TD, Dantas KO, Lima EM, Nascimento OH, Mangueira DD, Mendes CK. Validação de instrumento para avaliação clínica em fisioterapia obstétrica / validation of instrument for clinical evaluation in obstetric physiotherapy. Braz J Dev [Internet]. 2021 [acesso em 18 jul 2023];7(1):10529-43. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-718>

13. Baracho E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018. 753 p.

14. Alves PK, Almeida MD, Silva NF, Santos AC, Oliveira JS, Paz MM, Assis TJ, Mendes CK. Validação de protocolo de avaliação clínica em fisioterapia obstétrica. Braz J Dev [Internet]. 2020 [acesso em 18 jul 2023];6(8):60603-16. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-468>

15. PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. OPAS destaca importância de participação de toda sociedade na promoção do aleitamento materno, em lançamento de campanha no Brasil - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde; 29 jul 2021 [acesso em 18 jul 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/29-7-2021-opas-destaca-importancia-participacao-toda-sociedade-na-promocao-do-aleitamento>.

16. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). COFFITO [Internet]. RESOLUÇÃO Nº 465, DE 20 DE MAIO DE 2016 – Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia do Trabalho e dá outras providências; [acesso em 21 jul 2023]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=5020>.



DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CANCEROLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ASSISTENTE SOCIAL RESIDENTE

CHALLENGES AND OPPORTUNITIES OF MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN CANCER THERAPY: EXPERIENCE OF A PRACTICING SOCIAL WORKER

DESAÍOS Y POSIBILIDADES DE LA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN CANCEROLOGÍA: RELATO DE EXPERIENCIA DE UNA TRABAJADORA SOCIAL RESIDENTE

Miliane de Carvalho Pinheiro ¹

Kelly Maria Gomes Menezes ²

Maria Carleandra Gonçalves Oliveira ³

Como Citar:

Pinheiro MC, Menezes KMG, Oliveira MCG. Desafios e Possibilidades da Residência Multiprofissional em Cancerologia: Relato de Experiência de uma Assistente Social Residente. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Residência Multiprofissional em Saúde; Serviço Social; Cancerologia; Atuação Profissional do Assistente Social.

Descriptors:

Multiprofessional Residency in Health; Social Service; Cancerology; Professional Performance of the Social Worker.

Descriptores:

Residencia Multiprofesional en Salud; Trabajo Social; Cancerologia; Actuación Profesional del Trabajador Social.

Submetido:

29/06/2023

Aprovado:

24/10/2023

Autor(a) para Correspondência:

Miliane de Carvalho Pinheiro
E-mail: miliane.cpinheiro@gmail.com

RESUMO

Este artigo visa relatar e analisar os principais desafios e possibilidades experienciados durante a formação e trabalho profissional por uma assistente social residente de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Cancerologia na cidade de Fortaleza, no Estado do Ceará. Trata-se de uma Sistematização de Experiência, de caráter qualitativa e descritiva, elaborada em conjunto com a pesquisa bibliográfica e documental. Os resultados indicam que a Residência, do Hospital Oncológico em questão, desempenha um papel político-pedagógico para a formação de profissionais da saúde, o que tem oportunizado a especialização qualificada no que se refere à política de saúde e a área oncológica. Por outro lado, também foi constatado que a residência se apresenta como campo de tensões, interpondo limites e desafios à formação profissional, repercutindo diretamente na vivência teórica e prática dos residentes multiprofissionais.

1. Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Cancerologia pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Instituto do Câncer do Ceará (ICC). Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Estadual do Ceará (PPGS/UECE). E-mail: miliane.cpinheiro@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3274-8252>.

2. Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestra em Políticas Públicas e Sociedade pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutora em Educação pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: kelly.menezes@ufc.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6400-0649>

3. Especialista em caráter de residência multiprofissional pelo Programa de Pós-graduação em Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), com ênfase em Cancerologia. Instituto do Câncer do Ceará (ICC). Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: carleandra.oliveira@icc.org.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7914-7894>

ABSTRACT

This article aims to report and analyze the main challenges and opportunities experienced by a social worker in a multidisciplinary health program focused on cancer medicine in the city of Fortaleza, in the state of Ceará, during her training and professional activity. This is a systematization of experiences of a qualitative and descriptive nature, which was compiled together with bibliographical and documentary research. The results indicate that residency training at the oncology hospital in question has played a political-pedagogical role in the training of health professionals, providing opportunities for qualified specialization in relation to health policies and the field of oncology. On the other hand, it was also noted that residency is a field of tension that imposes limits and challenges on professional training, which has a direct impact on the theoretical and practical experience of multidisciplinary residents.

RESUMEN

Este artículo tiene como propósito exponer y analizar los principales desafíos y oportunidades que se han experimentado durante la formación y el empleo profesional de un trabajador social residente en un Programa de Residencia Multidisciplinario en Salud, enfocado en Cancerología, en la ciudad de Fortaleza, en el Estado de Ceará. Se trata de una Sistematización de la Experiencia, de carácter cualitativo y descriptivo, elaborado junto a la investigación bibliográfica y documental. Los resultados evidencian que la residencia en el Hospital Oncológico en cuestión ha desempeñado un papel político-pedagógico en la formación de profesionales de la salud, lo que ha brindado oportunidades de especialización específica en lo que respecta a la política de salud y al ámbito oncológico. Por otro lado, también se constató que la residencia se presenta como un campo de tensiones, que impone límites y desafíos a la formación profesional, lo que repercute directamente en la experiencia teórica y práctica de los residentes multidisciplinarios.

INTRODUÇÃO

A Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) nº 2, de 13 de abril de 2012, define em seu art. 3º que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e em Área Profissional da Saúde constituem modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinado às profissões da saúde, com exceção da médica. Os programas objetivam a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente aqueles recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS¹.

Os programas de RMS são orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), são caracterizados por ensino em serviço, com duração mínima de 02 anos, com carga horária de 60 horas semanais e em regime de dedicação exclusiva. Esses programas incorporam as seguintes profissões da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional².

Criado em 2013, o Programa de Residência Multiprofissional em Cancerologia de um Hospital de Referência Oncológica na cidade de Fortaleza, no

Estado do Ceará, visa possibilitar aos profissionais da saúde a formação continuada, beneficiando-se da orientação universitária sob a forma de especialização. A RMS da instituição conta com 06 núcleos de saberes, sendo eles: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

De acordo com Castro (2021), é possível constatar que ocorreram avanços nas produções científicas sobre a RMS nos últimos anos, apesar disto, ainda é escasso o referencial bibliográfico sobre a temática. Com isso, a autora chama a atenção para a necessidade dos residentes, preceptores e tutores relatarem as suas vivências na RMS³. Apoiando-nos na pesquisa citada, ressaltamos a relevância deste estudo, ao propor a construção de mediações teórico-práticas ao realizar uma sistematização de experiência a partir da vivência de uma assistente social residente num programa de RMS com Ênfase em Cancerologia.

Diante deste cenário, esta pesquisa objetiva relatar e analisar os principais desafios e possibilidades experienciados durante a formação e trabalho profissional pelos residentes de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Cancerologia na cidade de Fortaleza/CE.

METODOLOGIA

Este artigo trata-se de uma Sistematização de Experiência que descreve a vivência de uma assistente social residente do Programa de Residência Multiprofissional em Cancerologia em um Hospital Oncológico de Referência na cidade de Fortaleza/CE, tendo como base as atividades práticas, teóricas e teórico-práticas desenvolvidas durante o período de março de 2021 a fevereiro de 2023.

A metodologia disposta neste estudo foi a pesquisa de natureza qualitativa e descritiva. Para a construção deste artigo, utilizamos a ferramenta denominada “Sistematização de Experiência”, definida como uma “interpretação crítica de uma ou várias experiências que, a partir da sua ordenação e reconstrução, descobre ou explicita a lógica do processo vivido: os fatores que intervieram, como se relacionam entre si e porque é que sucederam dessa forma”⁴.

Além da descrição da experiência vivenciada, o relato de experiência requer um esforço acadêmico-científico explicativo e um apoio teórico-metodológico que aplique uma crítica-reflexiva. Para tanto, realizamos a associação da sistematização de experiência com a pesquisa de cunho bibliográfica e documental. Deste modo, realizamos o estudo bibliográfico para sistematização e análise de publicações que refletem sobre a temática de interesse. Também foi empregado o estudo de documentos e resoluções que discutem a RMS no país.

Por fim, para a apreciação da experiência contida neste estudo, realizamos a análise científica por meio da Sistematização de Experiência como método de interpretação crítica. Nessa perspectiva, ordenamos e apresentamos as experiências, percorrendo sobre os aprendizados, limites e possibilidades da Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Cancerologia. Com isso, foi possível realizar o exame das relações estabelecidas entre o relato de experiência e o levantamento bibliográfico empreendido previamente.

CENÁRIO DE FORMAÇÃO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

A formação oportunizada pelos programas de Residência Multiprofissional contribuem para a qualificação de profissionais no campo da saúde.

A nossa experiência profissional durante os dois anos de residência em um programa com ênfase em cancerologia nos alerta para a necessidade de pensarmos sobre as possibilidades, mas também sobre os desafios deste contexto de formação teórico-prático. Compreendendo a importância de ultrapassar o olhar aligeirado e por vezes não reflexivo do cotidiano, é que realizamos um diálogo crítico e fundamentado teoricamente acerca das experiências e observações de uma assistente social residente multiprofissional.

Na RMS do Hospital Oncológico na cidade de Fortaleza/CE, o núcleo de Serviço Social é formado por 08 assistentes sociais residentes (sendo 04 residentes do primeiro ano e 04 residentes do segundo ano), 1 tutora, 1 preceptora de referência e 4 preceptoras “gerais”. As assistentes sociais contratadas pela instituição, bem como os assistentes sociais residentes, atuam frente às expressões da questão social, no âmbito das políticas sociais, com ênfase nas políticas de saúde e suas especificidades conceituais e legislativas para a atenção oncológica. A atuação dos profissionais é perpassada por demandas individuais e coletivas, sendo prestada desde o ingresso do usuário na instituição (abertura de prontuário) até a desospitalização ou assistência pós-óbito.

As atividades práticas realizadas pelos residentes de Serviço Social da instituição se traduzem no acolhimento e atendimento das demandas sociais dos pacientes diagnosticados com câncer e de sua rede sociofamiliar. No âmbito da oncologia, o profissional de Serviço Social integra as equipes de saúde e contribui para a adesão ao tratamento, por meio da inserção em políticas sociais públicas e acesso a bens e serviços que melhorem a qualidade de vida dos usuários. Além disso, atua na formação dos sujeitos (profissionais, usuários e familiares) para mobilização e fomento da chamada “consciência sanitária”⁵.

Observamos que no tocante ao Serviço Social da referida instituição, o número de 6 profissionais contratadas é insuficiente para dar conta de todos os serviços do Complexo Hospitalar e das demandas apresentadas diariamente pela equipe multiprofissional e pelos usuários do serviço. Deste modo, a residência soma o quadro de profissionais da instituição, o que possibilita uma maior cobertura do serviço prestado aos usuários do SUS. Contudo, é pertinente destacar que os residentes passam por uma formação em serviço, assim não devem ser

vistos como substitutos de mão de obra e tampouco, como responsáveis pelo atendimento das demandas de determinados setores. Tais questões, por vezes, são confundidas pelos profissionais da equipe de assistência.

Vale salientar que a RMS é uma pós-graduação que o residente não é um funcionário da instituição a qual está vinculado, mas sim um profissional em formação que participa de um programa que envolve aulas teóricas e práticas, o que requer supervisão profissional. A residência não gera vínculo empregatício, contudo, o déficit de profissionais, a precarização das políticas públicas e das instituições hospitalares e o equivocado entendimento sobre o papel do residente nos espaços ocupacionais, faz com que os residentes de diversas categorias profissionais, incluindo os de Serviço Social, assumam os serviços no âmbito assistencial, trazendo impactos ao processo de ensino-aprendizagem⁶.

O assistente social que atua no campo da saúde tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe das suas atribuições e competências frente à dinâmica de trabalho nas unidades de saúde⁷. A partir da nossa vivência na RMS, identificamos que esta questão é um dos pontos que repercute diretamente na atuação dos residentes de Serviço Social da instituição, requisitados em algumas situações para atuar em demandas que não são atividades de sua profissão. A negativa ao atendimento destas solicitações, em muitas ocasiões, gera desgastes e embates diretos entre os residentes e os demais membros da equipe.

Diante disso, ponderamos ser necessário a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações. De modo específico ao campo da RMS, destacamos a relevância do estabelecimento de limites e definições mais explícitas sobre o papel do residente para o corpo profissional da assistência hospitalar, a fim de desconstruir concepções errôneas, como as de que o residente é o profissional “que deve fazer tudo” e, ao mesmo tempo “o que não faz nada”.

A extensa carga horária de 60 horas semanais, normatizadas pelos órgãos reguladores dos programas de residência, apresenta-se como um dos principais desafios enfrentados pelos residentes. Compreendemos, a partir da nossa experiência, que a carga horária semanal, ainda que esteja dividida em atividades práticas e teórico-práticas, desencadeia um intenso desgaste físico e mental aos envolvidos, sobretudo porque os residentes prestam assistência

direta aos usuários, envolve responsabilidades operativas e éticas. Agregando-se a isto, estas questões são intensificadas para os residentes que atuam em um contexto tão complexo como o oncológico⁶.

A jornada de 70 horas semanais implica a intensificação do trabalho dos residentes e, de modo específico, segue contrária à luta dos assistentes sociais quanto à carga horária de 30 horas semanais. Consideramos, a necessidade dos espaços organizativos e legais dos programas de RMS avançarem nas discussões em busca da revisão da desgastante carga horária vigente.

É válido pontuar que a sobrecarga na conjuntura da RMS não se restringe apenas aos residentes, atingindo os demais trabalhadores do serviço. De modo mais direto, ressaltamos o impacto provocado ao cotidiano profissional dos tutores e preceptores que, além de prestar assistência direta aos usuários do hospital (desempenhando as funções para os quais foram contratados), são requisitados a acompanhar o processo formativo dos residentes. A execução de um programa de RMS gera novas demandas aos profissionais, no entanto, tais requisições não são acompanhadas pela melhoria das condições de trabalho e nem pela contratação de mais profissionais⁸.

Outra questão desafiadora posta na RMS do Hospital Oncológico na cidade de Fortaleza/CE, a nosso ver, é a carga horária destinada ao eixo de atividades práticas, que acaba sendo cumprida quase que exclusivamente na assistência hospitalar direta, representando diariamente, a realização de 10 horas de atuação assistencial. Cabe destacar que é possível propor nos projetos dos programas de RMS atividades que valorizem o caráter pedagógico em relação ao assistencial. Nessa direção, compreende-se que atividades práticas não são sinônimos de atendimento direto à população e que podem ser dispostas em reuniões, grupos operativos, participação em fóruns da categoria ou da área de atuação na qual se inserem os programas⁸.

A área de saúde é o espaço sócio-ocupacional de prestação de serviços que corresponde às atividades essenciais para a vida humana. Os profissionais que atuam neste campo são apresentados como os que enfrentam maiores riscos de estresse ocupacional, sobretudo os distúrbios do sono, que podem estar ainda mais frequentes devido ao trabalho em turno e às longas jornadas de trabalho. Nesse sentido, a saúde dos profissionais residentes também pode ser

afetada pelos fatores destacados⁹.

Um estudo realizado com 47 residentes multiprofissionais, de uma instituição de referência em oncologia do Estado do Ceará, revelou que 85% dos residentes apresentavam um alto nível de exaustão emocional e 15% do público correspondiam aos domínios em mediano para o desenvolvimento da exaustão emocional. A investigação ressalta que a população estudada estava propensa ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout (SB), ressaltando a necessidade da implementação de uma estratégia de promoção da saúde, em virtude de uma tendência para o desenvolvimento da SB no contexto do programa de residência multiprofissional em cancerologia em questão¹⁰.

A partir da nossa experiência na RMS, notou-se um intenso processo de adoecimento físico e mental dos residentes do Hospital Oncológico na cidade de Fortaleza/CE, o que era observado e também vivenciado por seguidas faltas, atestados médicos e relatos sobre a sobrecarga e tensão do cotidiano profissional.

Em se tratando das possibilidades da RMS, um ponto importante a ser salientado é a atuação interdisciplinar, que envolve a interlocução dos conhecimentos profissionais e o atendimento integral das demandas dos usuários dos serviços de saúde. Todavia, a simples inserção de profissionais de diferentes áreas numa equipe de saúde não é suficiente para garantir o seu caráter interdisciplinar.

O programa de Residência Multiprofissional em Cancerologia, da instituição aqui analisada, organiza suas atividades por meio de equipes multidisciplinares, ampliando a formação e a construção teórico-prática ao possibilitar aos residentes um trabalho em conjunto, desenvolvido por meio de ações costuradas por diferentes campos do saber, mas sem perder a especificidade de cada núcleo de formação. Nota-se que a interdisciplinaridade é um importante pilar da proposta pedagógica desta RMS, sendo a atuação profissional dos residentes no interior da instituição mola propulsora para a mudança de práticas cristalizadas.

Os conteúdos programáticos das atividades teóricas da RMS, do Hospital Oncológico na cidade de Fortaleza/CE, são organizados a partir de dois eixos: específico e transversal. O eixo específico é destinado à apresentação das particularidades de cada profissão nas práticas em Cancerologia. O eixo transversal agrega todos os residentes e objetiva o aprimoramento técnico nas questões que são

pertinentes a todos os profissionais que compõem a equipe multiprofissional. O calendário das atividades teóricas é estruturado a fim de capacitar os residentes para compreender e responder, de forma qualificada, as demandas e desafios postos diante da promoção, prevenção e controle do câncer. No que se refere ao eixo específico do Serviço Social, este é organizado a fim de contemplar as especificidades do trabalho do assistente social na atenção oncológica e na política de saúde, bem como as suas correlações com as demais políticas intersetoriais.

O módulo teórico da RMS do Hospital Oncológico na cidade de Fortaleza/CE é fundamental, uma vez que permite o aprimoramento científico e técnico dos residentes acerca das questões que são pertinentes à ênfase em cancerologia. Além disso, o aprendizado teórico se demonstra basililar para a atuação prática na assistência oncológica, permeada por particularidades e diversos desafios.

O Hospital no qual nos fundamentamos para esta pesquisa, é referência em oncologia no Norte-Nordeste, dispendo de todas as fases do tratamento do câncer. Nesse sentido, podemos salientar que a formação dos residentes multiprofissionais na instituição é enriquecida e ampliada, visto que contempla a possibilidade de intervenção e observação nos mais diversos cenários e clínicas/especialidades de tratamento do câncer.

A RMS em Cancerologia da instituição também contempla rodízios externos, e aqui gostaríamos de destacar, a vivência prática durante um mês no âmbito da Atenção Básica. No caso da saúde, a "porta de entrada" para o acesso dos usuários ao tratamento de Alta Complexidade ocorre por meio da Atenção Básica. À vista disso, a experiência em uma Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) se revela como fundamental para compreender o itinerário terapêutico dos usuários nos diversos níveis de complexidade em saúde. No tocante ao rodízio na UAPS, no contexto da residência, salientamos a possibilidade de troca de saberes, a compreensão do percurso para o diagnóstico dos usuários, bem como a identificação dos principais entraves e dificuldades enfrentados para o acesso ao tratamento oncológico. Além disso, o intercâmbio entre os níveis de complexidade propicia parcerias no compartilhamento do cuidado.

Os residentes durante o processo formativo são supervisionados e avaliados por tutores e preceptores. Em relação à RMS do Hospital Oncológico na cidade de Fortaleza/CE, salientamos que esse processo é

facilitado, porque muitos profissionais que compõem o quadro da instituição são residentes egressos de programas de residência. De modo específico, podemos referenciar o núcleo de Serviço Social, o qual é formado por 06 profissionais contratadas e destas, 04 são residentes egressas do curso da instituição. Quanto a isto, a partir das nossas vivências, destacamos que, os profissionais egressos da residência têm uma percepção mais fundamentada acerca dos objetivos da RMS, bem como do papel dos residentes em benefício do processo de formação e a relação de supervisão.

O processo formativo no programa de Residência Multiprofissional em Cancerologia, do Hospital Oncológico, na cidade de Fortaleza/CE, possibilita aos residentes a compreensão da saúde em sua visão ampliada, bem como seus rebatimentos e especificidades ao campo oncológico. De modo específico, enquanto assistente social residente, nos foi possível realizar a leitura e intervenção diante das expressões da questão social que impactam no acesso e no processo de tratamento dos pacientes atendidos na instituição.

Diante do que fora relatado, percebemos que, apesar dos limites legislativos e/ou institucionais, o programa de RMS aqui analisado, oportuniza uma formação em serviço séria, qualificada e comprometida com a especialização de jovens profissionais da saúde. A estruturação da residência da instituição valoriza a disseminação de experiências e a construção de ações coletivas e multiprofissionais, fomentando a troca de saberes entre residentes, preceptores, tutores, usuários do serviço e equipe multiprofissional.

CONCLUSÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde tem contribuído para a formação qualificada de profissionais da área da saúde, sendo considerada uma importante ferramenta indutora de mudanças no contexto do processo de trabalho e especialização teórica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considera-se que a Residência Multiprofissional em Saúde, do Hospital Oncológico, na cidade de Fortaleza/CE, desempenha um papel político-pedagógico para a formação de jovens profissionais da saúde, o que tem oportunizado a especialização ampla e qualificada no que se refere à política de saúde e, de modo específico, ao campo oncológico. Além disso, a experiência vivenciada no programa,

possibilita o acesso a experiências inovadoras no processo de ensino-aprendizagem no âmbito da saúde, o contato e atendimento direto das demandas dos usuários do SUS, a troca de saberes interdisciplinares e a construção coletiva de práticas em saúde.

No tocante à inserção do Serviço Social na RMS da instituição, a formação prática e teórica permite a reflexão sobre os impactos da questão social na vida dos usuários do SUS que realizam o tratamento oncológico. Ademais da leitura de realidade, os dois anos de experiência possibilitam o conhecimento, a intervenção e a proposição de ações fundamentadas nas políticas de saúde, nas legislações específicas da atenção oncológica e nas regulamentações do Serviço Social. A residência, para este núcleo do saber, tece a identidade e o amadurecimento do profissional residente, revelando-se como um processo único de aprimoramento e especialização profissional com grande potencial para o fortalecimento da categoria e para a afirmação do seu Projeto Ético-Político profissional.

Os achados da pesquisa também evidenciam os desafios apresentados durante a formação e trabalho profissional vivenciados por residentes, dos quais se destacam a exaustiva carga horária de 60 horas semanais, o equívoco da equipe de assistência sobre o papel e função dos residentes e o processo de adoecimento físico e mental dos profissionais residentes, ocasionado pela sobrecarga e tensão do cotidiano de ensino em serviço.

Compreende-se que, para superar as fragilidades e limites apontados durante esse relato de experiência, mostram-se necessárias revisões nas legislações propositivas da Residência Multiprofissional em Saúde, bem como mudanças culturais no interior das instituições executoras e fomentadoras dos programas de residência, requerem uma articulação e participação de todos os sujeitos sociais implicados nesse processo, destacando-se os residentes, preceptores, tutores, coordenadores, gestores das instituições e demais profissionais da assistência.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todas as autoras contribuíram na redação e revisão da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Diário Oficial da União, p. 24-25, 2012.

2. Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 287, de 08 de outubro de 1998. Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior, 1998.

3. Castro MMC. A relação do Serviço Social com as Residências Multiprofissionais em Saúde. In: Passos RG, organizador. Serviço social, trabalho profissional e residência multiprofissional em saúde. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; Centro de Filosofia e Ciências Humanas; 2021. p.33-49.

4. Holliday OJ. Sistematização de experiências: aprender a dialogar com os processos. Rio de Janeiro: Grafilinha; 2007.

5. Silva BO, Fernandes C, Martins GB, Maia PBSS, Gonçalves LR. O Serviço Social na Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. In: Siqueira KOM, Alcantara LS, Chaves ARM, Lima RCM, organizadores. Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social: a Residência Multiprofissional em Oncologia. Rio de Janeiro (Rj): INCA; 2018. p.235-246.

6. Santo BG, Santarnecki C, Torres JP, Leal JHM, Augusto LRSG, Miller TCC. Os desafios da Residência Multiprofissional em Oncologia no processo de formação em saúde do assistente social. In: Siqueira KOM, Alcantara LS, Chaves ARM, Lima RCM, organizadores. Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social: a Residência Multiprofissional em Oncologia. Rio de Janeiro (Rj): INCA; 2018. p.247-262.

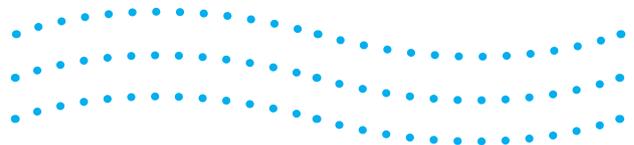
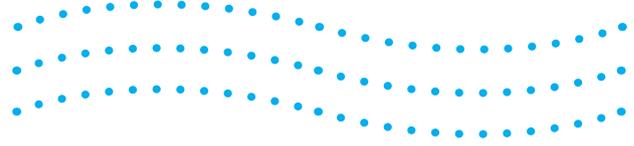
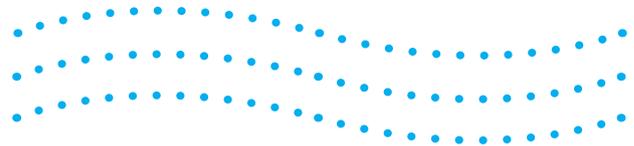
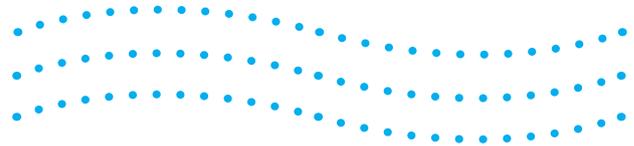
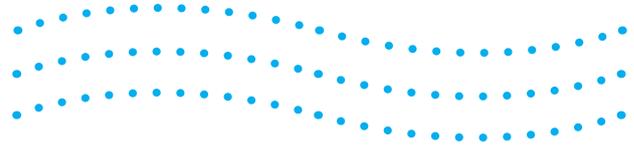
7. Conselho Federal de Serviço Social. Residência em Saúde e Serviço Social: Subsídios para reflexão [document on the internet]. 2010. [cited 2023 May 12]. Available from: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-BrochuraResidenciaSaude.pdf>.

8. Mendes, A G. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social. In: Silva, LB.; Ramos, A, organizadores. Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Papel Social; 2013. p. 183-199.

9. Moreira AP, Patrizzi LJ, Accioly MF, Shimano SGN, Walsh IAP. Avaliação da qualidade de vida, sono e Síndrome de Burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. Medicina (Ribeirão Preto) [serial on the internet]. 2016. 49 (5):393-402. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/125587>.

10. Ferreira, TS; Silva, KR; Gonçalves, JL. Prevalência da Síndrome de Burnout na Residência Multiprofissional em Cancerologia. In: Lima PC,

Sousa IC, Catrib AMF, organizadores. Promoção da saúde na universidade [livro eletrônico]: desafios e perspectivas. Fortaleza (CE): EdUece, 2022.



O CAMINHAR DO USUÁRIO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: VIVÊNCIAS E APRENDIZADOS DE ACADÊMICOS DE MEDICINA

THE USER'S WALK IN THE HEALTH CARE NETWORK: REFLECTIONS AND EXPERIENCES OF STUDENTS
EL TRANSITAR DEL USUARIO EN LA RED DE ATENCIÓN A LA SALUD: EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES DE ESTUDIANTES DE
MEDICINA

Hellen de Carvalho Lima ¹

Adson Aragão de Araújo Santos ²

Roberta Stofeles Cecon ³

Anacely Guimarães Costa ⁴

Maria Augusta Vasconcelos Palácio ⁵

Como Citar:

Lima HC, Santos AAA, Cecon RS, Costa AG, Palácio MAV. O Caminhar do Usuário na Rede de Atenção à Saúde: Vivências e Aprendizados de Acadêmicos de Medicina. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Sistema Único de Saúde; Atenção à saúde; Medicina Comunitária.

Descriptors:

Unified Health System; Delivery of Health Care; Community Medicine.

Descriptores:

Sistema Único de Salud; Atención a la Salud; Medicina Comunitaria.

Submetido:

13/09/2023

Aprovado:

20/11/2023

Autor(a) para Correspondência:

Hellen de Carvalho Lima
E-mail: hellenc.lima@gmail.com

RESUMO

Objetiva-se relacionar referenciais teóricos sobre linhas de cuidado em saúde e redes de atenção à saúde com experiências pessoais vivenciadas por acadêmicos de medicina durante visitas domiciliares a usuárias do Sistema Único de Saúde, portadoras de doenças crônicas e infectocontagiosas. Trata-se de relato de experiência que reflete as vivências de acadêmicos de medicina de uma Instituição de Ensino Superior federal, durante uma atividade prática no ano de 2019. A atividade foi acompanhada por uma docente e uma agente comunitária de saúde em uma área coberta por equipes da Estratégia de Saúde da Família no município de Paulo Afonso-BA. Os referenciais teóricos trabalhados em sala de aula orientaram as visitas domiciliares, a fim de que houvesse compreensão das linhas de cuidado em saúde. Os discentes compreenderam a importância das linhas de cuidado em saúde como articuladoras do fluxo de usuários do Sistema Único de Saúde nas redes de atenção à saúde e aprenderam como esses se dão em cenário prático.

1. Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), campus Paulo Afonso-BA. E-mail: hellenc.lima@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4708-1499>.
2. Acadêmico do curso de Medicina, Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), campus Paulo Afonso-BA. E-mail: adsonaragao10@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2967-9486>.
3. Doutora em Ciência da Nutrição. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), campus Paulo Afonso-BA. E-mail: roberta.cecon@univasf.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4206-1923>.
4. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do curso de Psicologia da Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus Assis-SP. E-mail: anacely@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6917-1049>.
5. Doutora em Educação em Ciências e Saúde. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), campus Paulo Afonso-BA. E-mail: augusta.palacio@univasf.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2780-125X>

Cert. de Redação Científica: Consultoria Científica. Revisão de texto: Paolla Samento Oliveira. Revisão de provas: Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

The objective is to relate theoretical references about Lines of care and Health Care Networks (RAS) with personal experiences lived by medical students during home visits to users of the Unified Health System with chronic and infectious diseases. This is an experience report that reflects the experiences of medical students at a federal Higher Education Institution, during a practical activity in 2019. The activity was accompanied by a teacher and a community health agent in an area covered by teams from the Family Health Strategy in the city of Paulo Afonso-BA. The theoretical references worked in the classroom guided home visits, so that there was an understanding of the lines of health care. As a result, the students understood the importance of the lines of health care as articulators of the flow of Unified Health System users in the health care networks, in addition to learning, in a practical scenario, how they occur in the reality.

RESUMEN

El objetivo es relacionar referencias teóricas sobre líneas de cuidado en salud y redes de atención a la salud con experiencias personales vividas por estudiantes de medicina durante las visitas domiciliarias a usuarias del Sistema Único de Salud, que padecen enfermedades crónicas e infecciosas. Este se trata de un informe de experiencia que refleja las vivencias de estudiantes de medicina de una Institución de Educación Superior federal, durante una actividad práctica en el año 2019. La actividad fue acompañada por una docente y un agente comunitario de salud en un área cubierta por equipos de la Estrategia de Salud de la Familia en la ciudad de Paulo Afonso, Bahía, Brasil. Los referenciales teóricos trabajados en el aula guiaron las visitas domiciliarias, de modo que hubo comprensión de las líneas de atención en salud. Los estudiantes comprendieron la importancia de las líneas de cuidado en salud como articuladoras del flujo de usuarios del Sistema Único de Salud en las redes de atención a la salud y aprendieron cómo estas ocurren en un escenario práctico.

INTRODUÇÃO

As linhas de cuidado em saúde consistem em um modo de organizar fluxos assistenciais e torná-los seguros e garantidos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de atender as necessidades de saúde de cada um deles. Elas expressam o trajeto que os usuários fazem em diferentes segmentos do sistema de saúde, além de contarem com entidades comunitárias e pontos nos quais se presta assistência social^{1,2}. Essas linhas abrangem o sistema de referência e contrarreferência, e são capazes de se estender para além desses fluxos. Estas são denominadas integrais por abordarem três etapas primordiais na atenção à saúde: prevenção, cura e reabilitação³. Desse modo, proporcionam acesso a recursos humanos e tecnológicos para resolver demandas de saúde, encaminhar cada usuário de modo seguro, e acompanhar os processos de trabalho dentro da rede de saúde^{4,2}.

As linhas de cuidado à saúde estão inseridas em uma rede organizacional maior, denominada Rede de Atenção à Saúde (RAS). As RAS consistem em organizações poliárquicas, que unem serviços de saúde vinculados para uma missão comum, atuando de modo cooperativo e interdependente, serviços e recursos humanos, além de linhas de cuidado, no intuito de operar atenção contínua e integral aos

usuários do SUS⁵⁻⁷.

Ambas, RAS e linhas do cuidado, ofertam atenção contínua e integral sob coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), e busca concretizar a descentralização e horizontalização nesse ponto da rede⁵⁻⁷. Assim, constituem-se como estratégias para promover um cuidado em saúde centrado no usuário, seguindo os princípios do SUS e as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

A atenção à saúde possui diferentes níveis que variam conforme serviços prestados, recursos humanos e densidades tecnológicas, fato o qual corrobora com o pensamento de que quanto maior a complexidade de um nível de atenção, maior a sua efetividade⁸. Porém, a efetividade da APS pode chegar a valores superiores a 85%, sendo, portanto, de máxima importância a execução das linhas de cuidado como modo de gerir fluxos de atenção e direcionar de modo ágil, correto e responsável cada usuário em seu trajeto pelos distintos pontos de cuidado em saúde⁸⁻¹⁰.

A RAS e as linhas de cuidado podem se voltar a enfermidades e necessidades de saúde específicas, de modo a orientar os diferentes níveis de atenção à saúde a um mesmo objetivo, como o cuidado com as doenças infectocontagiosas, crônicas ou agudizações de enfermidades^{11,12}. Mesmo com o cenário de transição epidemiológica pelo qual o

Brasil passa, no qual há crescimento da incidência e prevalência de doenças crônicas frente às doenças infectocontagiosas, essas ainda ocorrem no país e merecem ênfase, tendo em vista a existência de diagnóstico, tratamento e prevenção acessível, eficaz e precoce para elas, principalmente, no cenário da APS^{11,12}.

Portanto, objetiva-se relacionar referenciais teóricos acerca das linhas de cuidado e das RAS com experiências pessoais vivenciadas por acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) durante visitas domiciliares a usuárias do SUS.

SÍNTESE DOS DADOS

A atividade aconteceu no mês de outubro de 2019 em uma Unidade de Saúde da Família (USF), no município de Paulo Afonso-BA, como componente da proposta pedagógica do eixo de Práticas de Integração Ensino, Serviço e Sociedade (PIESS), vinculado ao curso de medicina da UNIVASF, *campus* Paulo Afonso (BA). Contou com a presença de discentes e uma docente do curso, além de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) que foram até a casa de duas usuárias vinculadas à USF, previamente selecionadas e informadas da visita pela ACS.

A partir de um embasamento teórico construído ao longo das atividades de PIESS, os discentes estavam no território para aprender como as linhas de cuidado se organizam. Durante as visitas domiciliares, puderam conhecer a realidade dos usuários da RAS e obter informações relacionadas ao processo de diagnóstico da doença, o trajeto pela RAS, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico prestados às suas necessidades, como se instituiu o tratamento e por quem foi provido, além da inclusão dessas em práticas de educação em saúde, promoção de saúde e vinculação à USF.

Primeira visita: as fragilidades da linha de cuidado

A compreensão sobre a organização de uma linha de cuidado perpassa pelo entendimento do caminhar do usuário na RAS, o percurso, limites e desafios enfrentados, bem como a garantia da longitudinalidade do cuidado. Deve-se conhecer o histórico do processo de adoecimento e tratamento, e como os diferentes pontos de atenção e profissionais de saúde atuam para prover uma atenção integral.

Com este pano de fundo, ocorreu a primeira visita à Flora (nome fictício), de 76 anos, que mora com a filha, responsável por revelar o percurso da usuária na RAS para tratamento de hanseníase e, também, um câncer. Na época em que a usuária recebeu o diagnóstico de hanseníase, o sistema de saúde do município ainda não contava com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). No entanto, o tratamento aconteceu de forma satisfatória e alcançou o resultado esperado, ocorrendo no próprio município, em serviço especializado. As doenças negligenciadas, como é o caso da hanseníase, geralmente têm sido tratadas em serviços de referência, e não na APS, conforme recomendação do Ministério da Saúde (MS), o que pode ser percebido na prática e em estudos sobre a temática^{13, 14}.

Concluído o tratamento para a hanseníase, outra condição crônica que gera impacto na vida do indivíduo e sua família acometeu essa usuária: o câncer. O diagnóstico foi definido em uma consulta de rotina com o dentista da USF, que logo a encaminhou para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Neste serviço de referência, as queixas de dores constantes no maxilar resultaram em um encaminhamento com urgência para a Secretaria Municipal de Saúde do município a fim de ser direcionada para um serviço de especialidade médica, um otorrinolaringologista. Com este profissional, o câncer foi confirmado a partir do apoio diagnóstico do município. A inexistência de um serviço terapêutico oncológico, no entanto, resultou na orientação para que o tratamento fosse feito na capital do estado, a partir da referência do município.

A usuária e sua família optaram por buscar assistência em outro estado, onde possuíam familiares. Nesse momento, essa rede de atenção sofreu uma ruptura para ser iniciada uma nova assistência em outro serviço de referência, também pelo SUS. Apesar de considerarem a qualidade do serviço anterior, o atendimento se desvinculou totalmente da USF, não havendo comunicação entre os diferentes municípios, nem atualizações acerca do estado de saúde e progresso do tratamento.

Posteriormente, uma nova mudança, agora de volta ao seu local de origem e interrupção do tratamento, que foi reiniciado após algum tempo em um local mais próximo à sua residência, contudo, por meio do serviço suplementar de saúde. Nesse novo processo, a usuária não aderiu ao tratamento e, mais uma vez, a USF do bairro não estabeleceu contato com os demais pontos de atenção percorridos. A

saúde suplementar consiste em um sistema de saúde livre à iniciativa privada e regulado pela Agência Nacional de Saúde (ANS), e funciona pela escolha dos indivíduos e por meio de planos de saúde, complementando o sistema de saúde público¹⁵. No caso apresentado, a usuária utilizou os dois serviços simultaneamente, SUS e rede privada, e não houve solução do problema, mas redundância dos serviços, o que gerou mais gastos e incertezas diante do tratamento e cura da doença.

A interrupção do tratamento aconteceu mais uma vez, de maneira a mostrar fragilidades quanto à continuidade do cuidado e descrédito em relação ao sistema de saúde público. No entanto, os profissionais da USF do bairro, ao saber de seu estado, buscaram uma alternativa para amenizar suas dores e prover a ela melhor qualidade de vida, respeitando sua autonomia e liberdade de escolha frente à própria saúde, ao mesmo tempo em que contaram com o apoio familiar, estratégia preconizada pelas diretrizes do SUS¹⁶.

Desse modo, a usuária recebeu o cuidado dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), a fim de preservar suas capacidades frente a uma condição sem possibilidades de mais intervenções terapêuticas. Até o momento da redação deste relato, ela encontrava-se fazendo uso de medicamentos paliativos para alívio da dor. A Atenção Domiciliar (AD) oferecida a ela, consiste em uma modalidade de cuidado em saúde do SUS e, mesmo ocorrendo à distância das unidades de saúde, é parte das RAS, e visa articular serviços em saúde de modo a se adaptar às singularidades de cada indivíduo¹⁷.

Esse caso permitiu aos discentes compreender a importância da existência de linhas de cuidado voltadas às pessoas com acometimentos oncológicos, uma vez que essas são capazes de estabelecer um cuidado centrado nas singularidades de cada indivíduo, buscando por otimização e racionalização de recursos, além de proximidade de sua comunidade e familiares, já que essa condição de saúde demanda um tratamento extensivo e desgaste físico e emocional¹⁸.

Segunda visita: a importância da perseverança na linha de cuidado e sua relação com um caso de tuberculose multirresistente

Os discentes visitaram uma segunda usuária, Jasmim (nome fictício), 31 anos. Percebendo tosse

persistente com expectoração, cansaço e exaustão física, ela recebeu orientação para buscar ajuda em uma USF. Após buscas na internet e leitura de um cartaz na USF do bairro acerca da tuberculose, desconfiou ter essa doença e consultou-se com um enfermeiro da USF, que a referenciou para o serviço especializado no município. As queixas incluíam alterações ponderais, tosse persistente, febre vespertina, sudorese noturna, falta de apetite que, somando-se ao resultado do exame de baciloscopia direta positivo, exame microscópico para diagnóstico de tuberculose pulmonar, e exame de imagem do tórax, confirmaram o diagnóstico da doença, e início do tratamento padrão: esquema básico de tuberculose.

Durante esse primeiro tratamento, a usuária não apresentou a melhora esperada e teve alterações ponderais, concomitantemente à permanência dos sintomas. Dessa forma, foi orientada pela médica que a acompanhava a enviar amostras de escarro, procedimento padrão, para a cidade de Salvador/BA, a fim de realizar um exame de cultura. Com esse evento, o grupo discente refletiu sobre a importância das linhas de atenção à saúde para o fluxo de informações e exames. As RAS devem se preocupar não somente com o fluxo de pessoas, mas de materiais, informações e profissionais¹⁹.

Após o resultado do exame de cultura, constatou-se tratar de uma forma de bactéria, no caso, Bacilos Álcool Ácido Resistentes (BAAR), mais resistente do que os que infectam a população de forma mais recorrente²⁰. A usuária foi classificada como paciente portadora de bacilos extensivamente resistentes a antimicrobianos, condição clínica rara. Tal resistência é direcionada aos dois medicamentos do esquema básico de tratamento de tuberculose.

Frente a esse caso incomum de resistência extensiva a antibióticos, a usuária foi referenciada para um nível de atenção terciária, por meio da Secretaria Municipal de Saúde. Na capital do estado, em um hospital de referência, começou novo esquema de medicamentos, cujo tratamento durou nove meses, por terem persistido os sintomas da doença, somado aos efeitos adversos medicamentosos.

Neste percurso, por desconhecer que os serviços de hospedagem e transporte são ofertados gratuitamente pelo SUS e direito de todo cidadão, a usuária deslocou-se para Salvador diversas vezes com financiamento próprio, custeando também sua hospedagem ou contando com apoio de amigos. Após o acesso a essa informação, o transporte,

parte integrante do sistema logístico, componente importante para que a RAS possa funcionar, passou a integrar essa linha de cuidado a fim de garantir a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência.

O segundo tratamento para a tuberculose mostrou-se ineficiente e, por tratar-se de um centro de maior densidade tecnológica e maior especificidade para doenças infectocontagiosas, a usuária foi inserida em um tratamento experimental. Para ter acesso a esse recurso e a possibilidade de fazê-lo no seu domicílio, ela recorreu ao MS e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Durante essa fase, Jasmim recebeu cuidados e serviços de diversos pontos das RAS, tais como no SADT para acompanhamento da evolução da tuberculose, rede de farmácias do SUS, transporte e hospedagem para pacientes não residentes na capital baiana, APS e NASF, além de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais fizeram valer os princípios do SUS, tornando o cuidado a essa usuária o mais integral e longitudinal possível.

Evidenciou-se ao longo da visita que se tratava de uma usuária engajada em seu tratamento, e exemplo disso estava na organização de seus exames, laudos e receitas, inclusive mantendo um relatório sobre seus sintomas e evolução de seu tratamento, a fim de ajudar a equipe multiprofissional que a ela prestava assistência. Outro aspecto importante percebido refere-se ao vínculo estabelecido entre ela e os profissionais de saúde.

Comparação entre os casos: um confronto entre a teoria e as realidades

Foi possível estabelecer uma comparação entre os dois casos com os quais os discentes tiveram contato. Evidenciou-se que, mesmo percorrendo diferentes trajetos pelas RAS por meio das linhas de cuidado, ambas as usuárias estabeleceram vínculo com a USF. Mesmo com acometimentos diferentes, a APS exerceu um papel essencial no diagnóstico precoce de doenças infectocontagiosas e crônicas. Nesse contexto, o ACS continuou acompanhando o usuário, observando sua evolução e necessidades clínicas, fato que tornou o processo de tratamento e apoio à cura do paciente muito mais exitoso. Outro papel importante é o de acompanhar, longitudinalmente, o trajeto dos usuários pelos diferentes pontos das RAS, fornecendo apoio multiprofissional, acolhedor e próximo, uma vez que se faz presente nos domicílios,

seja com visita dos profissionais do NASF, seja com cuidados pelos profissionais da ESF²¹.

O que destoou nos dois casos não foi a força de vontade para manter contato ou uma falha na relação com os serviços de saúde, mas a diferença no alcance das informações e possibilidades que são garantidas por lei e que ainda demandam busca ativa pelos usuários. Ou seja, é preciso insistência pessoal no acompanhamento e tratamento a fim de que os profissionais consigam estabelecer o fluxo de informações e usuários no sistema. Além disso, é essencial que a APS persevere nas práticas de educação em saúde e longitudinalidade do cuidado, corresponsabilizando-se tanto pelos cuidados em saúde dos usuários quanto pelo trajeto que esses desenvolvem nas RAS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As linhas do cuidado são ferramentas essenciais ao cuidado longitudinal, humanizado e acolhedor, o qual preze pela individualidade e singularidade de cada usuário. Assim, considera-se que é indispensável conhecer a estrutura e o funcionamento das RAS e as linhas de cuidado em cada região. Para acompanhar cada usuário(a) do SUS em seu percurso pelas instituições de saúde, ao alinhar os objetivos dessas a um ponto comum, é necessário que profissionais de saúde compreendam de forma adequada as linhas de cuidado e seu funcionamento.

Mesmo tratando-se de enfermidades distintas, as quais destoam em suas causas, cursos, diagnósticos e tratamentos, ambas as usuárias percorreram trajetos com pontos em comum. Tal percurso iniciou na APS, que encontra na USF seu principal expoente. Nesse ponto da atenção, as práticas de educação em saúde, conscientização, prevenção de agravos e diagnóstico desses, além de tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, permitem concluir sua importante função de prevenção de doenças, diagnóstico precoce, e o vínculo e aproximação com os usuários.

As atividades práticas possuem potencial para fortalecer conhecimentos teóricos, além de possibilitar maior compreensão acerca de como funciona a rede de saúde na teoria e na prática cotidiana. Ademais, essas atividades possibilitam a construção de um conhecimento crítico acerca das qualidades e adversidades presentes nas políticas de saúde, podendo, portanto, sempre evoluir e melhorar a saúde pública da cidade, do estado e do país. O melhor método para estabelecer uma boa relação

entre acadêmicos dos cursos de saúde, usuários do SUS e profissionais de saúde é a convivência e o diálogo. A partir disso, será possível compartilhar vivências, construir mutuamente conhecimentos teóricos e práticos, e, por fim, desenvolver habilidades humanistas, acolhedoras e integrais, essenciais à concretização dos princípios do SUS na realidade das RAS e das linhas de cuidado.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos usuários do serviço de saúde e agentes comunitárias de saúde que contribuíram com a realização desta atividade.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Hellen de Carvalho Lima e Adson Aragão de Araújo Santos contribuíram igualmente na elaboração e delineamento do estudo; aquisição, análise e interpretação de dados; redação. Roberta Stofeles Cecon, Anacely Guimarães Costa e Maria Augusta Palácio contribuíram igualmente na orientação e supervisão da atividade, na redação e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores são responsáveis por seu conteúdo e integridade.

REFERÊNCIAS

1. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 125-134.
2. Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WDS. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Cien Saude Colet* 2016; 21: 843-852. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>
3. Silva Junior AGD, Alves CA, Alves MGDMA. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005.
4. Kalichman AO, Ayres JRDCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública* 2016; 32: e00183415.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet*, 2010;15: 2297-2305.
6. Chueiri OS, Harzheim E, Takeda SM. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde—uma proposta de itens para avaliação destes atributos. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade* 2017; 12(39): 1-18. <https://rbmf.org.br/rbmf/article/view/1363>
7. De Freitas MAS, De Araújo MRN. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. *Revista Brasileira de Políticas Públicas* 2018;8(3). <https://doi.org/10.5102/rbpp.v8i3.5739>
8. Vasconcelos MIO, Xavier ALC, Do Nascimento MN, Cavalcante YA, *et al.* Avaliação da resolutividade e efetividade da Atenção Primária à saúde: revisão integrativa de literatura. *Sanare* 2018; 17(1). <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i1.1224>
9. Bousquat A, Giovanella L, Campos SEM, Almeida PFD, *et al.* Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. *Cien Saude Colet* 2017; 22: 1141-1154. <http://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>.
10. Almeida PFD, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em debate* 2018; 42: 244-260. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
11. Araújo EMNFD, Freitas DAS, Henriques AHB, Nogueira MF *et al.* Managing care for older adults with tuberculosis in Primary Care: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2020; 23(6). <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190269>
12. Megier ER, Monteiro AS, Da Silva Gomes E, Oliveira IC *et al.* Atenção à saúde de indivíduos com tuberculose: itinerário terapêutico e proposição de fluxograma. *Research, Society and Development* 2021;10(1): e58610112099-e58610112099. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.12099>
13. Brasil. Ministério de Saúde. Guia prático sobre a hanseníase. Ministério da Saúde Brasília (DF) 2017.
14. Neta OAG, Arruda GMMS, Carvalho MMB, Gadelha RRM. Percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a atenção em hanseníase na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2017;30(2):239-248. <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.p239>
15. De Barros FPC, Amaral TCL. Os desafios da regulação em saúde no Brasil. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical* 2017; 16:39-45.
16. Gaspar RB, Silva MMD, Zepeda KGM, Silva Í R. O enfermeiro na defesa da autonomia do idoso

na terminalidade da vida. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2019; 72(6):1639-1645. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0768>

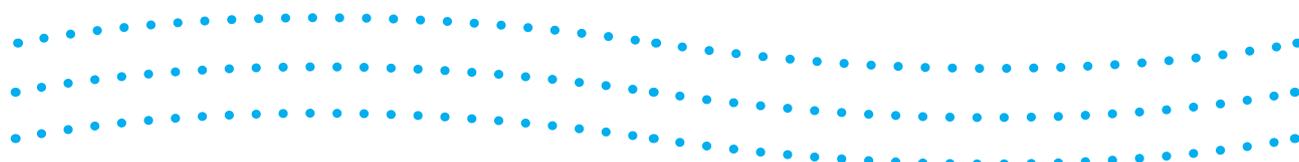
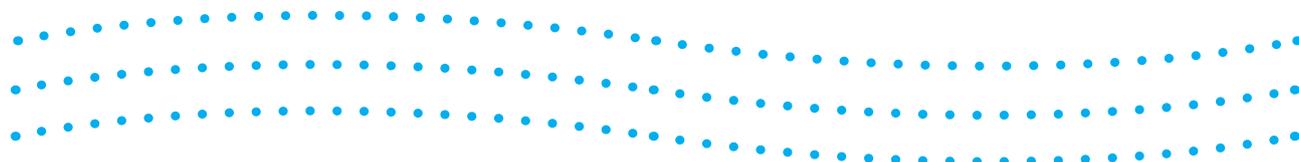
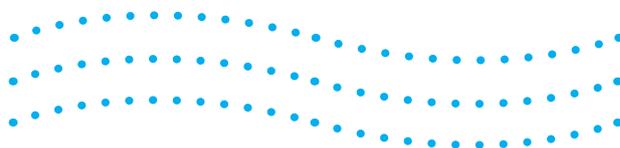
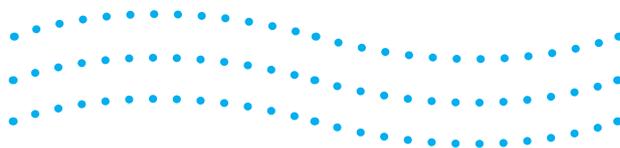
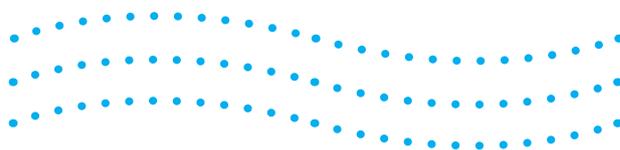
17. Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KLD *et al.* A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde em Debate* 2019; 43:592-604.

18. Da Silva KF, Pucci VR, Flores TG, Giaretton DWL *et al.* Construindo a linha de cuidado do paciente oncológico paliativo em um município do sul do Brasil: relato de experiência. *Revista de APS* 2018; 21(3). <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.15944>

19. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Cien Saude Colet* 2017; 22:1281-1289. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>

20. Ballestero JGDA, Garcia JM, Bollela VR, Ruffino-Netto A *et al.* Management of multidrug-resistant tuberculosis: main recommendations of the Brazilian guidelines. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2020; 46(2). <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20190290>

21. Neves ACDOJ, De Castro EAB, Da Costa SRD. Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do SUS. *Cogitare Enfermagem* 2016; 21 (4) <https://www.redalyc.org/journal/4836/483653833015/html/>



CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DO TRABALHO COM UM GRUPO DE IDOSAS

MENTAL HEALTH CARE IN PRIMARY CARE: A REPORT ON WORKING WITH A GROUP OF ELDERLY WOMEN
ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: INFORME DEL TRABAJO CON UN GRUPO DE MUJERES MAYORES

Caroline Cabral Nunes ¹

Jayne Martins Viana ²

Débora Rafaela Silva Brito ³

Como Citar:

Nunes CC, Viana JM, Brito DRS. Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica: Relato do Trabalho com um Grupo de Idosas. *Sanare*. 2023;22(2).

Descritores:

Atenção Básica à Saúde; Saúde Mental; Prática de Grupo.

Descriptors:

Primary Health Care; Mental Health; Group Practice.

Descriptores:

Atención Primaria de Salud; Salud Mental; Práctica de Grupo.

Submetido:

05/06/2023

Aprovado:

05/09/2023

Autor(a) para Correspondência:

Caroline Cabral Nunes
E-mail: carolinecabral.n@gmail.com

RESUMO

Este estudo tem como objetivo discutir sobre a importância das práticas grupais como dispositivo de cuidado em saúde mental no âmbito da atenção básica à saúde. Para isso, parte de um relato de experiência com um grupo de idosas conduzido por estudantes de Psicologia durante estágio profissional na ênfase de Saúde Coletiva. Por meio da observação participante, da análise dos diários de campo e dos momentos de supervisão, este relato discute sobre as práticas grupais a partir de três eixos analíticos: processos de educação em saúde, promoção de saúde mental e desenvolvimento de autonomia e organização política. Verificou-se que o grupo atua como fortalecedor de vínculos entre equipe-comunidade, potencializa a participação social e atua como estratégia fundamental de prevenção e promoção de saúde mental na atenção básica. Por fim, destaca-se a importância da articulação ensino-serviço-comunidade no processo formativo dos profissionais de saúde e da diversificação dos modos de cuidar.

1. Mestre pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Doutoranda pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: carolinecabral.n@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9008-0144>.

2. Estudante de Psicologia na Universidade Federal do Delta do Parnaíba. E-mail: brito.s.r.d15@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8832-8383>.

3. Estudante de Psicologia na Universidade Federal do Delta do Parnaíba. E-mail: jayne.martins01@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0754-617X>

ABSTRACT

This study aims to discuss the importance of group practices as a device for mental health care within the scope of primary health care. It is based on an experiential report of a group of elderly women conducted by Psychology students during their professional internship in the field of Collective Health. Through participant observation, analysis of field diaries, and supervision moments, this report discusses group practices based on three analytical axes: health education processes, promotion of mental health, and development of autonomy and political organization. It was found that the group strengthens bonds between the team and the community, enhances social participation, and serves as a fundamental strategy for prevention and promotion of mental health in primary care. Finally, the importance of integrating education, service, and community in the training process of health professionals and diversifying modes of care is highlighted.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo discutir la importancia de las prácticas grupales como dispositivo de atención en salud mental en el ámbito de la atención básica de salud. Se basa en un informe experiencial de un grupo de mujeres mayores conducido por estudiantes de Psicología durante su pasantía profesional en el campo de la Salud Colectiva. A través de la observación participante, el análisis de diarios de campo y momentos de supervisión, este informe analiza las prácticas grupales a partir de tres ejes analíticos: procesos de educación en salud, promoción de la salud mental y desarrollo de autonomía y organización política. Se encontró que el grupo fortalece los vínculos entre el equipo y la comunidad, potencia la participación social y actúa como una estrategia fundamental para la prevención y promoción de la salud mental en la atención básica. Por último, se destaca la importancia de la integración de la enseñanza, el servicio y la comunidad en el proceso formativo de los profesionales de la salud y la diversificación de los modos de cuidado.

INTRODUÇÃO

Este artigo discute a importância do grupo como dispositivo de prevenção e promoção de saúde mental na Atenção Básica (AB). Relata-se a experiência de estudantes de Psicologia com um grupo de idosas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) durante estágio profissionalizante. Almeja-se contribuir para o debate sobre uma prática não limitada à clínica-individualizante, especialmente no que se refere à atenção psicossocial, e defender um processo formativo articulado na interface ensino-serviço-comunidade.

A AB é compreendida como fundamental para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como função primordial a coordenação dos serviços de saúde, de modo a ampliar a racionalidade e eficiência dos recursos do SUS¹. Nesse âmbito, o trabalho com grupos é essencial na gestão de tempo e recursos na AB², e para a integralidade do cuidado e controle social.

As práticas grupais compõem a lista de serviços proposta pelo Ministério da Saúde (MS), sobretudo no alcance dos resultados almejados pelas Redes de Atenção à Saúde³. Além disso, contribui para as diretrizes de participação da comunidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e para

os princípios de protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos preconizados pela Política Nacional de Humanização.

Frequentemente essas práticas ficam restritas a ações programáticas para grupos prioritários de doenças e agravos, tendo caráter educativo em que predominam palestras ou metodologias expositivas⁴⁻⁵. Com frequência, as práticas em saúde na AB são voltadas para atenção individual, seja pela falta de instrumentos e conhecimento sobre intervenções grupais, desconhecimento das necessidades dos usuários, ou pelas dificuldades na gestão do tempo e disponibilidade da equipe para discutir suas práticas². Ademais, é comum que a participação dos usuários seja motivada por trocas simbólicas (receber medicamentos, atualização de receitas e marcação de consultas), de modo que o grupo perde sua potência enquanto tecnologia leve de cuidado e de valorização de diversos saberes na condução dos tratamentos⁴⁻⁵.

Em relação à atenção psicossocial, é comum que os profissionais não considerem a AB como campo de promoção de saúde mental e acolhimento de sujeitos em sofrimento psíquico, aspecto que interfere na resolubilidade da AB frente a essas demandas, na corresponsabilização e longitudinalidade do cuidado⁶. Fatores como a insegurança da equipe, compreensão da responsabilidade como restrita aos

serviços especializados, sobrecarga de trabalho e foco em consultas e medicalização interferem na utilização do grupo, pela equipe, como dispositivo de cuidado, reduzindo a existência de um espaço coletivo para discussão de dúvidas e promoção de saúde mental⁷⁻⁸.

Lacunhas existentes no processo formativo permanecem sendo um desafio na saúde pública, tanto em relação ao trabalho com grupos no âmbito da AB, quanto à compreensão desta enquanto um local que supõe a intervenção preventiva e um contato mais ativo com o território⁹. A triangulação ensino-serviço-comunidade tem sido importante para qualificação das práticas da Psicologia e demais cursos de saúde, e vem possibilitando a construção de terapêuticas mais adequadas e éticas às necessidades da população¹⁰. Em especial, destaca-se a experiência do estágio na AB como forma de contribuir para a diversificação do trabalho das equipes, para um fazer atento à territorialização do cuidado e às possibilidades que a Psicologia e demais cursos da saúde podem oferecer a esse nível de atenção.

Este trabalho busca defender a força da atenção psicossocial na AB e apostar em um cuidado em rede⁹, de modo a entender a saúde mental sob a perspectiva da determinação social da saúde. O foco não é valorizar a atuação em grupos em detrimento das práticas clínicas individuais, tampouco reforçar uma dicotomia entre coletivo-prevenção-público X individual-curativo-privado². A proposta é ampliar o debate acerca do grupo enquanto prática de cuidado em saúde mental na AB e agente de experimentação e (re)invenção dos modos de produzir bem-estar e qualidade de vida, sobretudo para um público cujas dinâmicas nessa faixa etária frequentemente acarretam a diminuição da sociabilidade, da autoestima e de oportunidade de novos aprendizados, como é o caso de mulheres idosas.

METODOLOGIA

Trata-se do relato da experiência de duas estagiárias com um grupo com idosas em uma UBS do município de Parnaíba-PI. A condução do grupo fez parte da experiência de Estágio Profissional I (EP-I) com ênfase em Saúde Coletiva do curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr). O estágio é pautado na interface ensino-serviço-comunidade e resulta da contratualização entre a universidade e o Sistema Municipal de Saúde

de Parnaíba. O campo de atuação é estabelecido pela Coordenação de Educação Permanente em Saúde do município.

O EP-I ocorre entre a experiência de campo, supervisão semanal e complementação teórica através da disciplina de Seminário de Prática I, como fundamentação para intervenções diante dos desafios emergentes do cotidiano do estágio. O planejamento para as atividades relatadas foi construído em permanente movimento, pois o trabalho na AB é dinâmico, não seguindo a protocolos rígidos e controlados de atuação¹². Na atuação com/em grupo, se exigia uma abertura diária à reinvenção, diante dos interesses e necessidades das participantes e do movimento incessante da vida¹³.

O grupo foi iniciado em 2022 por residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Atenção Básica da UFDPAr que atuavam na UBS deste relato. Como o grupo já existe há mais de um ano, boa parte das participantes possui laços estreitos de amizade, facilitando a participação destas nas atividades. O grupo é aberto, com formato livre e frequência quinzenal, geralmente com a participação de 15 a 20 idosas. Diversos temas já foram trabalhados (como saúde física, alimentação, ansiedade, envelhecimento) e múltiplas ações realizadas (a exemplo de rodas de conversa, oficinas e comemorações).

Com a chegada das estagiárias na UBS e despedida dos residentes, as alunas assumiram a condução do grupo entre dezembro de 2022 e março de 2023. Até a produção deste artigo, o grupo segue ativo. No estágio, foram realizados cinco encontros cujos temas emergiram das discussões que iam sendo levantadas, sendo eles: "Ciclos de vida: finalizações e início de novas experiências", "Ser mulher", "Carnaval", "Emoções" e "Saúde mental e lazer". Os encontros tiveram a seguinte organização: dinâmica de grupo; momento de reflexão e compartilhamento; atividade física conduzida por um professor de dança voluntário; e lanche organizado pelas próprias idosas. No último encontro, foi realizado um passeio para a praia, que contou com uma roda de conversa sobre as formas de lazer e relaxamento, aula de dança, despedidas e lanche.

Este relato baseia-se na observação participante¹⁴, nos debates realizados durante supervisão e nos diários de campo que serviram para adensamento das análises¹⁵. As experiências com o grupo foram sistematizadas transversalmente, buscando abranger as dimensões subjetivas, afetivas e reflexiva das

ações. A análise está estruturada em três eixos: I- Educação em Saúde através do grupo; II- O grupo e a promoção de saúde mental; III- Grupo, autonomia e organização política.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Educação em Saúde através do grupo

No que se refere às ações de Educação em Saúde à população adscrita, estabelecido pela PNAB como atribuições das equipes na AB, destaca-se a potência dos grupos enquanto produtor de novos conhecimentos, por meio da horizontalidade entre a população e a equipe¹⁶. Nos encontros com as idosas, compartilhava-se informações acerca de alimentação saudável, de atividades físicas, esclarecimento de dúvidas sobre condições de saúde das participantes e funcionamento da UBS. Esses momentos ricos de trocas se davam tanto entre participantes-estagiárias como entre as próprias idosas, evidenciando um espaço de valorização dos conhecimentos dos próprios sujeitos e de acesso a informações sobre os modos de vida, crenças e saberes que direta e indiretamente interferem na adesão ao tratamento.

As idosas compartilhavam suas rotinas, formas de lidar com conflitos familiares e apoio no entendimento de doenças comuns na vivência do envelhecimento, como doenças crônicas, dificuldade na locomoção, ansiedade, dentre outras. Percebeu-se a construção coletiva de cuidado e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelas participantes, oportunizando a expressão das necessidades, dúvidas, expectativas e angústias¹³. Logo, o grupo contribui para o desenvolvimento de comportamentos preventivos, mudanças de hábitos e um vínculo positivo entre equipe-comunidade^{13,16}.

O próprio processo de aprendizagem entre as idosas se configura como a “tarefa” que garante a grupalidade, visto que nas práticas de saúde o objetivo está na conexão entre as experiências, conhecimentos e afetos, estimulando uma leitura crítica, ativa e investigadora da realidade³. O grupo, enquanto estratégia psicoeducativa, se mostra como valioso ao trabalho de psicólogas(os) e demais profissionais, especialmente considerando que uma conduta dialógica favorece relações mais sólidas⁸, aspecto imprescindível para o trabalho na AB.

Houve uma rica aproximação das estudantes com o cotidiano do SUS, as singularidades e desafios do trabalho com/no território¹⁷. O trabalho com

grupos na AB amplia o leque de intervenções psicológicas para além daquelas tradicionalmente ensinadas no ambiente controlado da universidade, e reforça a importância de uma perspectiva crítica frente à complexidade da relação equipe-serviço-comunidade.

O grupo e a promoção de saúde mental

Na atenção psicossocial, os grupos são essenciais em sua capacidade desinstitucionalizante e de instrumentalização do modelo comunitário, pois agenciam processos de transformações culturais e subjetivas através de norteadores como a clínica ampliada e experimentação da criatividade na produção de saúde¹⁸. Esses aspectos eram evidenciados, por exemplo, quando algumas participantes verbalizavam que o momento do encontro era “o mais esperado da semana”, “o nosso medicamento”. Foram vários os relatos de como a convivência com as demais contribuía para que não “se sentissem mais sozinhas”, algo que não seria possível sem a participação no grupo. Os relatos sobre melhora do bem-estar devido aos laços de amizade corroboram com a noção do grupo enquanto um ambiente acolhedor, que proporciona o contato com pessoas que compartilham de condições semelhantes de vida, instigando o sentimento de pertencimento, identificação e solidariedade⁴.

O grupo mostrou-se como dispositivo de cuidado em saúde mental especialmente a partir dos relatos sobre receberem afeto, acolhimento e atenção por parte das demais e da equipe, sentimentos que muitas vezes não encontravam em suas famílias. Isso pôde ser verificado quando uma das participantes mencionou que se sentia bem para dançar e tomar banho de mar com as demais, ações que não realizava com sua família por não se sentir à vontade. Nas manifestações de sentimentos de saudades diante da perda de algum familiar ou de recordação de experiências passadas, ou nas quais compartilhavam tristeza e desânimo devido a algum acontecimento, as demais forneciam suporte e incentivo a buscarem por ajuda profissional, acolhimento espiritual, atividade física ou a continuarem participando dos encontros do grupo.

Por ser um grupo com idosas, o sentimento de saudades ou de melancolia, próprios da vivência do envelhecer, era frequentemente relatado. Daí a importância de trabalhar essas questões em grupo, pois proporciona a resignificação e possibilita

que a equipe esteja atenta a possíveis situações de abandono e isolamento. Os membros do grupo podem se sentir bem para experienciar outras formas de viver novos ciclos, compreendendo de modo mais positivo os processos da vida, sua continuidade e a incessante possibilidade do novo.

Destaca-se também o efeito terapêutico do grupo. Com as idosas, em diversas situações as reflexões atuavam como fatores protetivos para um possível desenvolvimento de quadros depressivos e de ansiedade, por exemplo. Verificou-se que o grupo é atravessado pela instilação da esperança, socialização, altruísmo, aprendizagem interpessoal e coesão grupal, fatores terapêuticos que atuam como agente de mudança nos processos grupais¹⁹.

Os encontros favoreciam a ressignificação do sofrimento para além da doença, por meio de outros modos de subjetivação⁸. O grupo é, portanto, “intermediário da relação indivíduo-sociedade, no qual se evidencia os agenciamentos coletivos de enunciação e sua conseqüente produção de subjetividades, já que a produção de um sujeito-indivíduo é inseparável das marcas coletivas”^{5:124}. As ações grupais articuladas com os modos de ver, sentir e pensar da população possibilita uma estratégia de cuidado em diálogo com o território, desviando-se de totalizações e universalização dos sujeitos.

Reafirma-se, portanto, a força da AB enquanto recurso de acolhimento em saúde mental, principalmente por ser um nível de atenção de maior contato com a rede sociocultural do sujeito. É válido pontuar, mais uma vez, a relevância da educação permanente para os profissionais que já atuam na AB, e de uma formação implicada no desenvolvimento de aprendizagens que rompam com uma concepção fragmentada e individualizante da saúde. A aposta está na experiência de estágio na AB como formação de futuros profissionais que atuem por uma outra lógica de cuidado, que não homogeneíze a diversidade e a diferença.

Grupo, autonomia e organização política

Compreender o grupo como instrumento de promoção da saúde parte do entendimento de que esta é produzida em sua dimensão histórica e cultural, a partir dos ritmos e particularidades dos territórios¹¹. Assim, a atuação deve estar ancorada nas diretrizes de uma clínica ampliada, na construção de intervenções centradas nos sujeitos e que ampliem graus de autonomia tanto individuais

quanto sociais⁹.

A experiência com as idosas evidenciou seu poder de produção de protagonismo e de emancipação das idosas da comunidade. Como exemplo, temos as cenas em que estas falavam sobre determinadas atividades que antes não realizavam por conta dos seus maridos, como dançar e visitar as amigas, mas que agora sentiam-se livres para fazê-las, inclusive contando com o apoio do grupo. Além disso, as próprias participantes levavam propostas de temas e atividades, organizavam os lanches do encontro, convidavam outras mulheres da comunidade para o grupo e fortaleciam a tomada de decisão sobre diversos aspectos de suas vidas.

O simples fato de se arrumarem para os encontros era visto como uma oportunidade de expressar suas subjetividades, se sentirem bonitas e valorizadas. Logo, o grupo também atuava como ferramenta de empoderamento feminino²⁰, elemento fundamental nesta fase de vida, visto que mulheres idosas podem vivenciar a sensação de inadequação e desvalorização diante das dificuldades de (re)encontrar suas funções sociais e de se sentirem reconhecidas²⁰. Os momentos de conversa sobre suas identidades e potencialidades eram importantes para que descobrissem novas habilidades, desejos e formas de vivenciar seus processos de envelhecimento.

O debate acerca das mudanças nos modos de se perceberem e se comportarem, o “dar-se conta” destas mudanças era, por si só, mobilizador de novas liberdades. Além disso, os momentos de dança, de expressão cultural e artística mostraram-se como imprescindíveis na promoção do bem-estar, posto que é comum que pessoas idosas experienciem sentimentos de vergonha e insegurança em relação aos seus corpos²¹. Nesse aspecto, observou-se o desenvolvimento de autoestima, autoconfiança e sentimentos de pertencimento à comunidade, além de autoconhecimento e descobertas corporais.

O grupo, portanto, atua por uma lógica de cuidado que rompe com um modelo biomédico, pois favorece a cooperação entre os membros da comunidade, a construção de uma rede de suporte entre os próprios sujeitos e um espaço coletivo de troca, melhorando as condições de vida¹⁶. São mudanças que certamente influenciam na convivência e na subjetivação da vivência idosa de modo mais positivo, dado que esta fase é atravessada por diversos aspectos psicossociais, como a perda da posição social (muitos se aposentam e deixam de trabalhar), solidão, perdas de pessoas próximas e desvalorização, refletindo na

saúde mental dos mesmos. Dessa forma, o trabalho com grupos de idosos na AB serve como fator de proteção e de minimização de situações de isolamento social e adoecimento psicológico e emocional.

Por fim, foi observado o fortalecimento da organização política no grupo. Pouco antes da despedida das estagiárias, houve uma situação em que uma idosa da comunidade havia falecido sem que algum familiar ou vizinho a tivesse prestado apoio. Como morava sozinha, foi encontrada já sem vida. Logo, as idosas informaram que estavam organizando um grupo para oferecer suporte aos idosos da comunidade como forma de minimizar os efeitos do isolamento e de condições prejudiciais de saúde. O grupo alcançou, portanto, uma dimensão política, pois as participantes passaram a se engajar de forma mais ativa na transformação na comunidade e na busca por resoluções coletivas dos problemas.

Constata-se que laços sociais mais fortes e significativos podem reduzir situações de vulnerabilidade social, e que o trabalho grupal impacta positivamente nos cotidianos e nos relacionamentos interpessoais, sobretudo de pessoas idosas. Enquanto nível de atenção que objetiva o cuidado comunitário e preventivo, lançar mão de práticas grupais é uma ótima oportunidade para equipe de saúde “enraizar-se na comunidade”⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse relato, observou-se que o grupo se configura como uma ferramenta potente na ampliação do conhecimento do usuário sobre suas condições de saúde e de tratamento, aspectos que não seriam possíveis em uma consulta tradicional e individualizada³⁻⁴. Assim, a prática com grupos na AB pode servir para a vigilância em saúde, diminuição da demanda por consultas, resultando na racionalização do trabalho da equipe.

Percebe-se a importância do estágio em Psicologia na AB, visto a possibilidade de trabalhar temáticas diversas, realizar atividades de psicoeducação com a população, ações que muitas vezes não são possíveis na rotina da equipe. A experiência com grupos é uma oportunidade de fortalecimento de uma rede de cuidado que aposte na produção de outros modos de compreender a saúde e de dialogar com a comunidade. Ademais, a articulação entre ensino-prática se mostra como imprescindível, pois, diante da aproximação entre alunos e profissionais, são possibilitadas ações de formação continuada,

minimizando lacunas decorrentes das falhas nos processos formativos.

Por fim, destaca-se que o grupo e a relação equipe-comunidade só encontram sua potência no cuidado em saúde mental quando em consonância com os pressupostos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, promovendo outras formas de se compreender e tratar o sofrimento psíquico, aspectos que foram possíveis de ser realizados durante a experiência com as idosas e que desejamos que sirvam de inspiração para intervenções futuras.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Caroline Cabral Nunes contribuiu com o delineamento da pesquisa e a redação do manuscrito. Jayne Martins Viana e Débora Rafaela Silva Brito contribuíram com a realização das atividades de campo e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Pasche DF. Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o Fortalecimento da Atenção Básica. Cadernos Humaniza SUS. Ministério da Saúde 2012.
2. Brasil. Cadernos Humaniza Sus. Brasília: Ministério da Saúde; 2012; 2.
3. Bittencourt M, Cucco A, Silva, CLRD, Bertoncini JH. Uso de teorias e metodologias para atuação com grupos na atenção básica. Rev Baiana Saúde Pública 2020; 44(4): 174-197. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n4.a2831>
4. Nogueira ALG, Munari DB, Fortuna CM, Santos LF. Leads for potentializing groups in Primary Health Care. Rev Bras Enferm. 2016;69(5):907-14. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0102>
5. Brasil. Cadernos de atenção básica - Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA da, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. Ciênc saúde coletiva. 2013;18(7):2157-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700031>
7. Nicolau SM SM. Grupos na atenção básica: enraizar-se em uma comunidade. In: Maximino V, Liberman F. Grupos e terapia ocupacional: formação, pesquisa e ações. São Paulo: Summus; 2015 p.264-274.

8. Brunozi NA, Souza SS, Sampaio CR, Maier SRO, Silva LCVG, Sudré GA. Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20190008. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190008>
9. Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) na atenção básica à saúde. Brasília: CFP; 2019.
10. Dimenstein M, Macedo JP. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicol cienc prof [Internet].* 2012;32(spe):232-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>
11. Dimenstein M, Siqueira K, Macedo J. P, Leite J, Dantas C. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arq bras psicol.* 2017;69(2):72-87. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229053873006>
12. Moreira AEM, Ramos BB, Aragão TAP, Baroni LD, Fontenele KC, Araújo JLS. Psicologia na Atenção Primária à Saúde: desenhando possíveis cenários de atuação a partir da formação. *Sanare (Sobral, Online).* 2021; 20(2):107-114.
13. Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Rev. APS.* 2009; 12(2): 221-227. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14261>
14. Fernandes MBF, Moreira MR. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na saúde coletiva. *Physis.* 2013; 23(2):511-29. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200010>
15. Medrado B, Spink, MJ, Mélo RP. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In: *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2014.p.273-294
16. Sangioni LA, Patias ND, Pfitscher MA. Psicologia e o Grupo Operativo na Atenção Básica em Saúde. *Rev. SPAGESP.* 2020 Dez; 21(2): 23-40. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000200003&lng=pt .
17. Lima M, Brito M, Firmino A. Formação em Psicologia para a atenção básica à saúde e a integração universidade-serviço-comunidade. *Psicol cienc prof.* 2011;31(4):856-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000400014>
18. Minozzo F, Kammzetsler CS, Debastiani C, Fait CS, Paulon SM. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal, Rev Psicol.* 2012May;24(2):323-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922012000200008>
19. Yallom ID. *Psicoterapia de grupo: teoria e prática.* Porto Alegre: Artmed; 2007.
20. Lisboa TK, Vieira, C. O processo de empoderamento de idosos integrantes do núcleo de estudos da terceira idade da UFSC Extensio 2013; 10(15):91-100. <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2013v10n15p91>
21. Correa MMMA, Simson ORM A importância das atividades carnavalescas na vida dos idosos. *H0.* 2021; 24(1):87-106. Disponível em: <https://revista.historiaoral.org.br/index.php/rho/article/view/1136>

