

saúde coletiva

ANO 8 • EDIÇÃO 46
OUT/NOV/DEZ • 2018
ISSN 18063365

MPM
Editora

Mala Direta Básica
CNPJ 18.590.546/0001-05
DR/SPM/SP
Cliente
MPM COMUNICAÇÃO LTDA
Correios



Ocorrência de quedas em idosos: fatores de risco e fatores relacionados

Acolhimento com classificação de risco na urgência pediátrica: percepção profissional – usuário • Quedas intra-hospitalares entre idosos: uma revisão integrativa • Acidentes de trânsito: fatores de risco e gravidade das lesões em motociclistas • Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca • Perfil sociodemográfico das gestantes com diabetes gestacional: estudo transversal • Contribuição do enfermeiro nas repercussões e enfrentamento na ótica do cuidado ao estomizado intestinal • Plano Diretor como instrumento de Promoção da Saúde: análise do processo de elaboração e execução em uma cidade do Brasil • Ocorrência de quedas em idosos: fatores de risco e fatores relacionados • Modos de cuidar de agentes comunitários de saúde • Análise do perfil e custos de internações por infarto agudo do miocárdio • O papel do enfermeiro de unidade de terapia intensiva frente à morte encefálica • A influência das variáveis socioeconômicas sobre a qualidade do sono dos idosos • Perfil epidemiológico de indivíduos saudáveis, assintomáticos e sintomáticos para insuficiência cardíaca na atenção primária • Auditoria de enfermagem e qualidade da assistência à saúde: revisão integrativa • Análise temporal da gravidez na adolescência no município do Rio de Janeiro: 2010-2014

Prof. Dr. Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior
Editor científico da Revista Saúde Coletiva. Doutor em Biotecnologia em Saúde. Mestre em Reabilitação e Inclusão Social. Especialista em UTI, Urgência e Emergência, Saúde Pública e Docência para o Ensino Superior. Graduação em Enfermagem. Professor Titular na Universidade Anhanguera de São Paulo. Professor na Universidade Nove de Julho. Professor convidado no Centro de Estudos em Enfermagem e Nutrição (CEEN) em convênio com a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).

Prof. Dr. Adilson da Costa

Pós-doutor em Dermatologia. Doutor em Dermatologia. Mestre em Dermatologia. Graduação em Medicina. Orientador permanente do Programa de Pós-graduação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSP), São Paulo.

Prof. Dra. Aline Coelho Macedo Quezadas

Doutorado e Mestrado em Ciências pela USP. Graduação em Fisioterapia. Professora Titular da Universidade Anhanguera.

Prof. Dra. Ana Cristina de Sá

Doutora em Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Graduação em Enfermagem, Psicologia e Pedagogia. Vice-Líder do GEPHUS (Grupo de Estudo e Pesquisa em Humanização em Saúde - CNPq), pesquisadora do Grupo de Estudos em Terapias Complementares do CNPq EEUSP; membro do GT COFEN de Terapias Integrativas em Enfermagem.

Prof. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Doutor em Saúde Coletiva. Mestre em Saúde Materno Infantil. Especialista em Saúde da Família, Formação pedagógica e planejamento e em Políticas de Saúde. Graduado em Enfermagem. Membro do Conselho Fiscal do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). Professor Adjunto do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Prof. Esp. Caroliny dos Santos Guimarães da Fonseca

Mestranda do Curso Bioética e Ética médica na Universidad Europea Del Atlantico-Espanha. Especialista em Gestão em Enfermagem, auditoria em Sistemas de saúde e urgência e emergência. Enfermeira graduada pela Faculdade São Camilo RJ. Experiência em pesquisa nos EUA, Hungria e Portugal.

Prof. Dra. Cláudia Cristina Soares Muniz

Dra. em Ciências pelo Programa de Cardiologia do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP. Graduação em Enfermagem. Professora de Graduação e Pós-Graduação da Universidade Nove de Julho.

Prof. Dra. Cristina Helena Costanti Settervall

Doutora e Mestre em Ciências da Saúde. Enfermeira do Conjunto Hospitalar do Mandaquí.

Professora de Ensino Superior na Universidade Nove de Julho.

Prof. Dra. Danila Torres Leite

Doutorado e Mestrado em Ciências (Farmacologia) pela Universidade Federal de São Paulo. Graduação em Biomedicina. Professora titular da Universidade Anhanguera de São Paulo e professora assistente do Centro Universitário São Camilo.

Prof. Dr. Éktor Tsuneo Onishi

Doutor em Medicina. Mestre em Otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço. Médico. Professor Afiliado da Disciplina de Otolgia e Otoneurologia da Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP).

Dra. Gisela Cardoso Ziliotto

Doutora e mestre em Ciências. Residência em Enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Graduada em enfermagem. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar em Saúde Mental (GEPISM).

Prof. Dr. Gustavo Alves Andrade dos Santos

Doutor em Biotecnologia em Saúde. Mestre em Farmácia. Especialista em Farmácia Hospitalar. Membro do ISTAART (Alzheimer's Association International Society to Advanced Alzheimer's Research and Treatment). Professor e coordenador do curso de Pós-Graduação em Farmacologia Clínica no SENAC.

Prof. Msc. Luir José Ruaro Filho

Mestre em Obstetrícia pela Universidade de São Paulo. Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Estadual do Ipiranga. Título de Especialista pela Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Graduação em Medicina pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. CRM 127919. Preceptor da Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Estadual do Ipiranga.

Prof. Msc. Madson Douglas Ribeiro Sousa

Mestrado em Cirurgia Experimental e Técnica Cirúrgica. Residência Médica em Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica. Graduado em Medicina. Membro do Colégio Brasileiro de Cirurgia; Sociedade Brasileira de Laser em Medicina e Cirurgia; Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica; Associação Paulista de Medicina. Coordenador técnico da área de Estética, Emagrecimento e Cirurgia Plástica na Clínica Instituto Amazônia de Saúde e Bem Estar.

Prof. Dr. Marcelo Channes

Doutor em Ciências. Mestre em Enfermagem. Especialista em Administração Hospitalar. Graduado em Enfermagem. Diretor da MARCELO CHANES Evoluindo Talentos. Diretor e Presidente do Comitê de Educação e Pesquisa da NANDA International. Revisor ad hoc das Revistas Computers & Education, Nurse Education Today e International Journal of Nursing Knowledge.

Prof. Dra. Maria Cristina Marcucci Ribeiro

Pós-doutora no Núcleo de Medicina e Cirurgia Experimental. Doutora em Ciências. Possui graduação em Química. Tem colaborações com pesquisadores internacionais como o Institute of Organic Chemistry with Centre of Phytochemistry (BAC, Sofia, Bulgária), Universidade de Beijing (China) e Universidade de Marchè (Ancona, Itália). É membro do grupo de trabalho em espectrometria de massas do Laboratório Thomson (IQ-Unicamp). É membro da Câmara Técnica de Fitoterápicos da ANVISA.

Prof. Dra. Maria Helena de Agreia Gonçalves Jardim

Pós-doutorado em Saúde Coletiva. Doutora em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica e em Ciências em Enfermagem. Mestre em Ciências de Enfermagem e em Planificação, Desenho e Investigação em Serviços Sociais. Especialista em Educação Intercultural, Psicologia aplicada ao Ensino e em Saúde Pública. Coordenadora e docente na Universidade da Madeira - Escola Superior de Saúde em Portugal.

Prof. Dra. Renata de Jesus Teodoro

Pós doutora em saúde pública FSPUSP. Doutora em ciências UNIFESP. Mestre em ciências UNIFESP. Especialista em terapia intensiva e Pneumologia. Graduação em Fisioterapia. Profa. Titular da Universidade Anhanguera de SP. Profa. Convidada dos cursos de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC - GO) e Universidade Estacio de Sá.

Prof. Dra. Renata Coelho Scharlach

Doutora em Ciências. Fonoaudióloga. Docente do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Prof. Dra. Rosângela Elaine Minéo Biagolini

Doutora em Enfermagem pela USP. Mestre em Ciências da Saúde pela USP. Enfermeira pela USP. Enfermeira na Supervisão de Vigilância Epidemiológica (SUVIS). Professor na Universidade Nove de Julho.

Prof. Dr. Thiago Moura de Araújo

Doutor e Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Dermatológica e em Estomatoterapia. Graduação em Enfermagem. Professor da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Pesquisador na área da saúde do adulto, cuidados com feridas, doenças crônicas, tecnologias em saúde e cuidados à pacientes em situação crítica.

Prof. Dra. Vanessa Ribeiro Neves

Doutora em Ciências. Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Administração em Serviços de Saúde e Enfermagem da EPE-UNIFESP.

Dra. Valnice de Oliveira Nogueira

Doutora em ciências. Mestrado em enfermagem saúde do adulto. Graduada em enfermagem.

11^o
congresso **Nursing**
BRASILEIRO

2^o Congresso Internacional Saúde Coletiva
2^o Congresso Internacional Feridas

SÃO PAULO



26 e 27 de setembro de 2019

INSCREVA-SE!

www.revistanursing.com.br/congresso

Realização

Patrocínio

Apoio

FERIDAS

saúdecoletiva

Nursing

MPM
Editora

VENOSAN[®]
Meias Compressivas

Missner
"Muito poder em um"
M-TEC

DANONE
NUTRIÇÃO ESPECIALIZADA

medi

Cremer

Global
Academic
Support

EDITORA MPM COMUNICAÇÃO

Av. Yojiro Takaoka, 4384, Sl. 705
Conjunto 5209, Santana do Parnaíba - SP
Cep: 06541-038
Tel: +55 (11) 4152-1879

PUBLISHER

Maria Aparecida dos Santos
maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br

EDITOR CIENTÍFICO

Prof. Dr. Sérgio Luis Alves de Morais Júnior

Imagem da Capa: Ilustrativa/CanstockPhoto

964 | NORMAS DE PUBLICAÇÃO

969 | EDITORIAL

Revista Saúde Coletiva (Barueri) – Edição 46

ARTIGOS CIENTÍFICOS

970 | Acolhimento com classificação de risco na urgência pediátrica: percepção profissional – usuário

User embracement with risk assessment in pediatric urgency: professional perception – users

Acogida con clasificación de riesgo en la urgencia pediátrica: percepción profesional - usuario

975 | Quedas intra-hospitalares entre idosos: uma revisão integrativa

Intra-hospital falls among the elderly: an integrative review

Las caídas intrahospitalarias entre los ancianos: una revisión integradora

984 | Acidentes de trânsito: fatores de risco e gravidade das lesões em motociclistas

Traffic accidents: risk factors and severity of injury in motorcyclists

Accidentes de tráfico: factores de riesgo y gravedad de lesiones en motociclistas

994 | Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca

Functional capacity and quality of life in patients with heart failure

Capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca

1000 | Perfil sociodemográfico das gestantes com diabetes gestacional: estudo transversal

Socio-demographic profile of pregnant women with gestational diabetes: cross-sectional study

Perfil sociodemográfico de las mujeres embarazadas con diabetes gestacional: un estudio transversal

1006 | Contribuição do enfermeiro nas repercussões e enfrentamento sob a ótica do cuidado ao estomizado intestinal

Nurses' contribution in the repercussions and coping from the perspective of the intestinal stomized care

Contribución de los enfermeros en las repercusiones y afrontamiento desde la perspectiva del cuidado al estomizado intestinal

1011 | Plano Diretor como instrumento de Promoção da Saúde: análise do processo de elaboração e execução em uma cidade do Brasil

Master Plan as an Instrument for Health Promotion: analysis of the elaboration process and execution in a Brazilian city

Plan Director Como Instrumento de Promoción de la Salud: análisis del proceso de elaboración y ejecución en una ciudad de Brasil

EVENTOS

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ATENDIMENTO AO ASSINANTE

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ENVIO DE ARTIGOS

artigo@mpmcomunicacao.com.br

ASSINATURAS

assinaturas@mpmcomunicacao.com.br / (11) 4152-1879

- 1016** | **Ocorrência de quedas em idosos: fatores de risco e fatores relacionados**
Occurrence of falls in elderly; risk factors and related factors
Ocurrencia de quedas en idosos: factores de riesgo y factores relacionados
- 1024** | **Modos de cuidar de agentes comunitários de saúde**
Community health workers' ways of caring
Modos de cuidar de agentes comunitarios de salud
- 1029** | **Análise do perfil e custos de internações por infarto agudo do miocárdio**
Analysis of the profile and costs of hospitalization for acute myocardial infarction
Análisis del perfil y costos de internación por infarto agudo del miocardio
- 1035** | **O papel do enfermeiro de unidade de terapia intensiva frente à morte encefálica**
The role of the intensive care unit nurse in the face of brain death
El papel de la enfermera de la unidad de cuidados intensivos frente a la muerte cerebral
- 1042** | **A influência das variáveis socioeconômicas sobre a qualidade do sono dos idosos**
The influence of socio-economic variables on the sleep quality of elderly
La influencia de las variables socioeconómicas sobre la calidad del sueño de los ancianos
- 1048** | **Perfil epidemiológico de indivíduos saudáveis, assintomáticos e sintomáticos para insuficiência cardíaca na atenção primária***
Epidemiological profile of healthy, asymptomatic and symptomatic individuals for heart failure in primary care
Perfil epidemiológico de individuos sanos, asintomáticos y sintomáticos para insuficiencia cardiaca en la atención primaria
- 1055** | **Auditoria de enfermagem e qualidade da assistência à saúde: revisão integrativa**
Nursing audit and quality of health care: integrative review
Auditoria de enfermería y calidad del cuidado de la salud: revisión integrativa
- 1061** | **Análise temporal da gravidez na adolescência no município do Rio de Janeiro: 2010-2014**
Temporal analysis teenage pregnancy in the city of Rio de Janeiro: 2010-2014
Análisis temporal del embarazo adolescente em la ciudad de Rio de Janeiro: 2010-2014

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A **Revista Saúde Coletiva**, tem por objetivo a divulgação de assuntos na área de Saúde Coletiva, colaborando, assim, com o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais. **Para o envio para apreciação do conselho científico com possível publicação posterior na Revista Saúde Coletiva, o trabalho deverá atender às seguintes normas:**

01

Devem ser enviados para **artigo@mpmcomunicacao.com.br**, acompanhados de solicitação para publicação e de termo de cessão de direitos autorais assinados pelos autores.

02

Um dos autores deve ser profissional de enfermagem. Será cobrado após aprovação do estudo um valor de **R\$500,00 por artigo publicado**.

03

Os autores devem checar se os **descritores utilizados no artigo constam no DeCS** (Descritores em Ciências da Saúde).

04

Não ter sido enviado e nem publicado em **nenhuma outra fonte nacional**.

05

Ter no máximo **10 páginas de texto**, incluindo resumo (português, inglês e espanhol – inclusive título do artigo), com **até 19 mil caracteres** com espaços, ilustrações, diagramas, gráficos, esquemas, referências bibliográficas e anexos, com espaço entrelinhas de 1,5 cm, margem superior de 3 cm, margem inferior de 2 cm, margens laterais de 2 cm e letra arial tamanho 12 em todo o texto. Os originais deverão ser encaminhados em formato Word para o e-mail **artigo@mpmcomunicacao.com.br** e aguardar retorno por e-mail.

06

Caberá à redação julgar o excesso de ilustrações, suprimindo as redundantes. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como o copidesque do texto, com a finalidade de **uniformizar a produção editorial**.

07

As referências bibliográficas deverão estar de acordo com os requisitos uniformes para manuscritos apresentados às revistas médicas elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (**Estilo Vancouver**).

08

Evitar siglas e abreviaturas. Caso necessário, deverão ser precedidas, na primeira vez, do nome por extenso. Solicitamos destacar frases ou pontos-chave. Explicitar os uni termos.

09

Conter, no fim, o endereço completo do(s) autor(es), e-mail e telefone(s) e, no rodapé, a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional. Pode conter **para cada estudo até 06 (seis) autores**.

10

Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de quaisquer produtos. Quando necessário, **citar apenas a denominação química ou a designação científica**.

11

O Conselho Científico pode efetuar eventuais correções que julgar necessárias, sem, no entanto, alterar o conteúdo do artigo.

12

O original do artigo não aceito para publicação **será devolvido** ao autor indicado, **acompanhado de justificativa** do Conselho Científico.

13

O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados pela **Editora MPM Comunicação LTDA**. e só poderão ser reproduzidos com autorização desta.

14

Os trabalhos deverão **preservar a confidencialidade**, respeitar os **princípios éticos** da pesquisa e trazer a **aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa** (Resolução CNS – 466/12), quando se tratar de pesquisa com seres humanos.

15

Ao **primeiro autor do artigo** serão enviados dois exemplares desta revista.

16

Caso os autores possuam **fotos que possam ilustrar o artigo**, a Revista Saúde Coletiva agradece a colaboração, esclarecendo que as mesmas serão devolvidas após a publicação.

17

Os trabalhos, bem como qualquer correspondência, deverão ser enviados para: **REVISTA SAÚDE COLETIVA – A/C DO CONSELHO CIENTÍFICO**, Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 0654 1-038.

Revista Saúde Coletiva (Barueri) – Edição 46



Prof. Dr. Sérgio Luis Alves de Morais Júnior

Doutor em Biotecnologia em Saúde. Mestre em Reabilitação e Inclusão Social. Especialista em UTI, Urgência e Emergência, Saúde Pública e Docência para o Ensino Superior. Graduação em Enfermagem. Professor na Universidade Nove de Julho (UNINOVE). Professor convidado no Centro de Estudos em Enfermagem e Nutrição (CEEN) em convênio com a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Editor Científico da Revista Saúde Coletiva Barueri - São Paulo.

Prezados leitores, sejam bem vindos a mais uma edição da Revista Saúde Coletiva (Barueri)! Nesta são apresentados estudos diversos sobre assuntos de interesse coletivo aos pesquisadores da área da saúde, principalmente os que atuam na Enfermagem, bem como aos estudantes e aos profissionais que atuam na gestão e assistência.

Ao falar sobre assistência à saúde atualmente, logo remete-se à qualidade da assistência. Assunto muito pesquisado e difundido? Talvez, porém muito falta-se para alcançarmos a verdadeira qualidade na prestação de serviços em saúde, seja no âmbito privado como no público, levando em considerações os seguintes fatores: capacitação, educação permanente, habilidade, competência, responsabilidade, ética, inteligência emocional, capacidade de gerenciamento de conflitos e tomada de decisão, gestão de recursos humanos, valorização do indivíduo – seja do profissional como

do paciente -, transparência, empatia, gestão de recursos financeiros, entre muitos mais.

A Enfermagem possui em sua grade curricular ensinamentos sobre assistência e gestão e, por seu empenho 24 horas ao lado do paciente, possui um maior conhecimento sobre os pacientes e familiares, suas necessidades de saúde, dinâmica institucional, organização dos processos, contato com todos os integrantes da equipe multidisciplinar, chefias de setores e etc. Dado o exposto, a Auditoria em Enfermagem surge como um instrumento importantíssimo na busca pela real qualidade da assistência.

De cunho estritamente contábil, a Auditoria em Saúde veio se modificando, se adaptando às necessidades de diversos setores e se ramificando, especializando áreas e funções. A partir da dedicação da Enfermagem à assistência integral ao paciente, verifica-se a relevância da Auditoria em Enfermagem, a qual pode ser contábil e de qualidade. Obviamente

a contábil possui o objetivo de analisar conformidades nas contas hospitalares. Já a de qualidade, procura investigar se aqueles pacientes recebem ou receberam (em caso de alta hospitalar) a assistência de acordo com o que necessitavam, sendo respeitados e tratados de forma individual, através de registros nos prontuários, visitas (in loco) e contatos pós-alta hospitalar¹.

A Auditoria em Enfermagem de Qualidade, como muitos pensam, não possui caráter punitivo, pelo contrário, é educativo, averigua-se os erros humanos (profissionais e institucionais), elabora-se um relatório com os achados e com as soluções². Destaca-se que auditoria em enfermagem, educação permanente e assistência de qualidade caminham juntas e, é sob esta perspectiva que vos convido a ler esta edição que possui um estudo exatamente sobre os processos de auditoria em enfermagem e sua relação com a qualidade da assistência prestada aos nossos pacientes. Boa leitura a todos! ■

REFERÊNCIAS

1. Scarparo AF. Auditoria em enfermagem: revisão de literatura. *Revista Nursing*. 2005; 80(8):46-50.
2. Fonseca CSG, Morais Júnior SLA, Saraiva RB, Viana RB, Souza P. Bioética, ética, auditoria em enfermagem e qualidade da assistência: uma relação interdependente. *Revista Saúde Coletiva (Barueri)*. 2018; 42(8):565-570.

Acolhimento com classificação de risco na urgência pediátrica: percepção profissional – usuário

RESUMO

Objetiva-se conhecer a percepção de profissionais de saúde e usuários sobre Acolhimento com Classificação de Risco na urgência pediátrica. Trata-se de um estudo descritivo, abordagem qualitativa, realizado com 10 profissionais e 3 usuários, por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas. Profissionais destacaram facilidade no acesso do serviço à população e equipe multidisciplinar qualificada, também referiram superlotação, deficiência de recursos humanos, materiais e falta de protocolo pediátrico. Usuários alegaram demora do atendimento, deficiência de recursos humanos e falta de acolhimento aos acompanhantes. Ambos alegaram falta de comunicação. Conclui-se que profissionais e usuários perceberam vantagens e desvantagens no acolhimento de risco e suscitam a necessidade de padronização, integralidade e humanização da assistência à criança e à família.

DESCRITORES: acolhimento; medição de risco; humanização da assistência.

ABSTRACT

The objective of this study is to know the perception of health professionals and users on User Embrace with Risk Assessment in the pediatric urgency. It is a descriptive study, qualitative approach, performed with 10 professionals and 3 users, through semi-structured, recorded and transcribed interviews. Professionals highlighted ease of service access to the population and qualified multidisciplinary team, also referred to overcrowding, lack of human resources, materials and lack of pediatric protocol. Users claimed delayed care, deficiency of human resources and lack of welcome to the companions. Both claimed lack of communication. It is concluded that professionals and users perceived advantages and disadvantages in receiving risk and raise the need for standardization, integrality and humanization of child and family care.

KEYWORDS: user embracement; risk assessment; humanization of assistance.

RESUMEN

Se pretende conocer la percepción de profesionales de salud y usuarios sobre Acogimiento con Clasificación de Riesgo en la urgencia pediátrica. Se trata de un estudio descriptivo, abordaje cualitativo, realizado con 10 profesionales y 3 usuarios, por medio de entrevistas semiestructuradas, grabadas y transcritas. Los profesionales destacaron facilidad en el acceso del servicio a la población y equipo multidisciplinario calificado, también se refirió el hacinamiento, la deficiencia de recursos humanos, los materiales y la falta de protocolo pediátrico. Los usuarios alegaron demora de la atención, deficiencia de recursos humanos y falta de acogida a los acompañantes. Ambos alegaron falta de comunicación. Se concluye que profesionales y usuarios percibieron ventajas y desventajas en la acogida de riesgo y suscita la necesidad de estandarización, integralidad y humanización de la asistencia al niño y la familia.

PALABRAS CLAVE: acogimiento; medición de riesgo; humanización de la atención.

Luzineide de Jesus Bezerra Modesto

Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil.

Maria Magalhães Aguiar

Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

Nayara da Cruz Santana Lima

Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil.

Ana Cristina Freire Abud

Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil.



Leila Luiza Conceição Gonçalves

Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Estado brasileiro assumiu o esforço de normalizar o nível de atenção nos serviços de urgência/emergência, através do financiamento federal, regionalização, capacitação dos profissionais, gestão por comitês de urgência e expansão da rede¹. Isso se deveu à constatação de que o atendimento às urgências/emergências se apresentava como alvo de críticas devido à superlotação, tanto pelo uso inadequado dos serviços quanto por barreiras de acesso, e à falta de comprometimento profissional da equipe².

Nesse contexto, ocorreu a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nos serviços de urgência, com o objetivo de organizar a fila de espera, propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar ao paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera³.

Tais perspectivas amparadas, a partir de princípios e instrumentos legais, a saber: Portaria nº 2048/GM/MS de novembro de 2002, que trata da política nacional de atenção às urgências e a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003; ambas buscam pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)^{4,5}.

De acordo com a Política Nacional de Humanização, há necessidade de avaliação contínua desse processo^{4,5}. Diante disso, o estudo foi orientado a responder a seguinte questão: Qual a percepção que os profissionais e os usuários possuem a respeito do acolhimento com classificação de risco na urgência pediátrica? Sendo assim, o presente estudo procurou conhecer a compreensão dos usuários e profissionais de saúde sobre o ACCR. Considera-se tal busca relevante, à medida que suscitara reflexões no sentido de contribuir para melhoria na assistência.



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo investigativa⁶ realizada em Unidade de Pronto Atendimento Municipal de média complexidade, cuja amostra foi intencional. Participaram 13 sujeitos, dentre esses 2 médicos pediatras, 2 enfermeiros, 2 recepcionistas, 2 assistentes sociais, 1 técnico de enfermagem, 1 coordenador do serviço e 3 mães ou responsáveis pelas crianças atendidas na referida unidade.

Aplicaram-se dois roteiros de entrevista, com perguntas similares, para os usuários e para os profissionais. Os resultados foram divididos em núcleos temáticos, totalizando três núcleos para cada categoria.

Esleu-se como critério de inclusão para os profissionais: tempo mínimo de um ano no serviço de urgência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dentre os usuários, buscou-se entrevistar acompanhantes de crianças na urgência pediátrica, obedecendo aos seguintes critérios: ser pai, mãe ou responsável pela criança atendida na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e aceitar participar do estudo, por meio da assinatura do TCLE.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Apreciaram-se os dados e, por meio de leitura exaustiva do material, traçaram-se núcleos de sentido dentro da noção de tema; classificação das informações em categorias recorrentes; e análise e interpretação deste corpus⁷. Assim, procurou-se acessar uma compreensão superando o conteúdo manifesto, apreendendo relevantes significados e sentidos relativos à percepção dos profissionais e dos usuários sobre o ACCR na urgência pediátrica.

Os dados foram coletados de janeiro a abril de 2012, por meio de entrevista semiestruturada realizada pela pesquisadora. A pesquisa foi autorizada por meio do Parecer n. 028-11/CEP-ISC e do CAAE n. 0034.0.069.000 – 11 de acordo com os padrões éticos exigidos⁸.

RESULTADOS

Os profissionais definiram o ACCR como uma maneira de ter o primeiro contato com o paciente:

[É] o momento em que o paciente se dirige à recepção, esta preenche

a ficha [...] [significa] Ouvir atentamente e resolver as queixas do paciente (N01).

O ACCR é um método a partir do qual são identificadas necessidades relacionadas ao quadro clínico do usuário:

[...] uma metodologia de atendimento dos prontos socorros [...] visando ordenar as demandas de urgência e emergência, priorizar cientificamente os casos graves e redirecionar as demandas ambulatoriais para desafogar o pronto socorro (N01).

Os profissionais atribuíram ao ACCR uma melhor compreensão sobre os fluxos e prioridades e a existência de recursos materiais necessários ao processo de trabalho:

[...] é uma ferramenta [...] que pode proporcionar uma melhora no atendimento, uma agilidade no atendimento e melhor direcionamento da criança [...] nós temos balança, equipamentos para ver pressão [...] de crianças pequenas... (N02).

Além de problemas quanto à falta de qualificação profissional, os profissionais também relataram escassez de recursos materiais e humanos:

A dificuldade é [...] falta de algumas medicações, número deficientes de profissionais, sala de estabilização com aparelhos quebrados, falta oxímetro, material de entubação, ou seja, [falta] condições de trabalho (N01).

Observou-se a necessidade de sensibilização quanto à importância do ACCR:

[...] há desconsideração da classe médica em relação à classificação [de risco]. Muitos encaram o acolhimento como pré-consulta, [os médicos] desvalorizam nosso tra-

balho [...] é muito comum alguns misturarem as fichas e atenderem da forma como julgam melhor, precisa [...] sensibilizar os médicos para a importância da classificação de risco (N02).

Os profissionais destacaram a resistência do usuário em aceitar o ACCR:

[...] dificuldade é fazer o paciente compreender que a classificação não atende a ordem de chegada, mas a gravidade (N01).

Assinalaram o elevado número de casos que poderiam ser resolvidos na atenção primária:

A facilidade de acesso [...] gera uma superlotação, às vezes, [...] tá superlotado de paciente que já deveria ter sido encaminhado para o posto e aí gera confusão, [...] vários casos de unidade básica (não urgentes) são atendidos na unidade de urgência (W02).

Na recepção, depois de submetidas ao preenchimento da ficha de atendimento, as crianças são encaminhadas à sala de acolhimento, onde se realiza a aferição de sinais vitais e registro das queixas:

Acolhimento é [...] ver o que a criança está precisando [...], bota logo para dentro quando vê que a criança tá bem ruim, porque meu filho já passou por isso, ele entrou na máscara de oxigênio, no aparelho para contar os batimentos [...], a pediatra que mandou entrar direto [...], da primeira vez deixou esperando, da segunda (vez) também, dessa vez foi melhor, entrou rápido [...] porque a criança estava passando mal (U01).

Referiram-se positivamente ao fluxo de atendimento:

O atendimento lá na frente [no

acolhimento] foi rápido. Passou na frente três crianças que também estava muito doente [...] (U01).

As mães/acompanhantes referiram facilidade do acesso e resolubilidade:

[...] Mais rápido o atendimento, já fui pra outros e não tinha pediatra, aqui a pessoa passa pela enfermeira, depois passa pelo médico, tem pediatra direto, então corro pra aqui (U03).

A falta de conhecimento pode ocasionar dificuldades na aceitação da estratégia:

[...] No segundo atendimento, outras crianças passaram na frente, acho isso negativo, porque se cheguei primeiro, tenho que ser atendida, primeiro [...] (U01).

Os usuários identificaram dificuldades relacionadas aos recursos humanos:

[...] eu cheguei sete horas da manhã, mas também a médica não tava aqui [...] quando chegou era umas sete e meia [...] como a médica vai atender tanta criança, assim, sozinha? [...] (U01).

Os pais ou responsáveis pelas crianças apresentaram dificuldades relacionadas à comunicação entre profissionais e usuários:

[...] fiquei um pouco nervosa com tanta gente examinando meu filho. Só conversavam entre eles [os profissionais]. Fiquei pensando..., será que tem alguma coisa errada? (U03).

DISCUSSÃO

A percepção dos profissionais de saúde sobre o ACCR

Pode-se afirmar que, ao acessar o serviço de urgência pediátrica, o usuário é passível de acolhimento, seja na recepção ou em qualquer outro local onde a escuta é realizada. De fato, o ACCR é instituído nos servi-

ços de urgência com o propósito principal de acolher os usuários e priorizar o atendimento aos casos de maior gravidade. No entanto, a prestação dessa assistência busca um atendimento acolhedor e menos excludente, adequado para se efetivar o cuidado humanizado nesses serviços³.

Um estudo retrospectivo, desenvolvido para avaliar a eficácia da classificação de risco no atendimento pediátrico, comparou instrumentos de coleta (questionário) que classificava os clientes pediátricos em cinco e quatro níveis, concluiu que o instrumento que possibilita maior nível de classificação possui maior acuidade tanto na prioridade do atendimento, quanto na otimização dos recursos utilizados⁹.

Aspectos favoráveis do ACCR para a assistência na urgência pediátrica

Para os profissionais, tais aspectos estão implicados no estabelecimento de prioridades no atendimento ao usuário, a presença de recursos materiais e a potencialização do serviço inerente à qualificação dos profissionais.

Um estudo retrospectivo observacional realizado na Alemanha com o objetivo de analisar os efeitos da implantação de sistema de gestão de qualidade profissional sobre o fluxo de pacientes e validade de diagnóstico, concluiu que o investimento na qualidade do profissional de saúde melhora o fluxo de pacientes, bem como a qualidade da assistência no serviço de urgência e emergência¹⁰.

Além da capacitação dos profissionais, no ACCR pediátrico há necessidade de um formulário que favoreça a visualização imediata dos sinais e sintomas de acordo com a queixa principal, padronizando a abordagem à clientela infantil¹¹.

Dificuldades na prática do ACCR na urgência pediátrica

Houve quem ressaltou falta de capacitação para a aplicação da estratégia ACCR. Não somente recursos humanos qualificados, mas também os recursos materiais e de ambiência (estrutura física organizada para desempenho de atividades) cooperam de maneira direta ou indireta para o êxito da

estratégia³.

Estudo objetivou avaliar o ACCR na ótica dos trabalhadores em saúde no estado do Paraná. Apesar de considerar relevante a readequação da estrutura física e do processo de trabalho, motivada pela implantação do ACCR, os trabalhadores definiram o ACCR como precário nas dimensões para avaliação em saúde quanto à Estrutura, Processo e Resultado¹².

Além disto, questões relacionais aparecem como mais uma dificuldade. A carência de espaços democráticos de discussão representa problemas relativos à comunicação entre os membros da equipe¹³.

Neste aspecto, um estudo sobre a implantação do ACCR no hospital de emergência de Ourinhos, São Paulo, revelou que, inicialmente a classe médica não aderiu à proposta, todavia, mediante a gradativa inclusão do ACCR na realidade prática, logo a aceitação ganhou força por parte desta categoria. Para tanto é necessário utilizar a comunicação como elo a favor da equipe multiprofissional, bem como entre o serviço e o usuário¹⁴.

A superlotação foi outro agente dificultador apontado pelos profissionais, muitas vezes motivada pelo fácil acesso. Estudos afirmam que somente 18% dos usuários do serviço de urgência tiveram o risco definido como moderado, enquanto 82% foram classificados como baixo risco, corroborando o fato que a maioria dos usuários que acessam o serviço, estava em condições clínicas próprias para atendimento na rede de atenção primária¹⁵.

A percepção dos usuários sobre o ACCR

Os usuários vislumbraram o ACCR como um espaço de atenção, imbuídos de uma necessidade, não somente do cuidado, mas de diálogo, respeito e gentileza. De maneira empírica, os usuários detêm conhecimento sobre prioridade no atendimento de urgência, mediante suas vivências.

Estudo objetivou compreender como os usuários de um serviço de emergência percebiam a atuação da enfermagem na realização do acolhimento, revelou que a maioria dos usuários (50,8%) referiu não

ter recebido nenhuma orientação na chegada ao serviço de emergência e queixaram-se da qualidade do acolhimento, contudo ressaltou o papel do enfermeiro como sujeito organizador do serviço, contribuinte para maior agilidade nos atendimentos e para diminuição das grandes filas de espera¹⁶.

Os usuários referiram falta da comunicação/informação. Autores evidenciaram que no sul do Brasil a falta de informação causa insatisfação do usuário e gera conflitos entre estes e os trabalhadores em saúde, impedindo-o de se render a novas formas de cuidado e ainda, excluindo-o da construção coletiva do sistema¹⁷.

Aspectos favoráveis do ACCR na urgência pediátrica, percepção do usuário

Os usuários ressaltaram a importância da estrutura organizacional, assim como o fluxograma de atendimento.

Um estudo realizado em hospital e unidades básicas de Porto Alegre buscou conjecturar o acolhimento como dispositivo de humanização na percepção dos trabalhadores e usuários do SUS, este obteve como resultado principal por parte da maioria dos usuários, a resolubilidade como fator indispensável no acolhimento. Esta maioria definiu acolhimento como atenção, porém caracterizou o encaminhamento a outros profissionais como o fator mais importante no acolhimento¹⁸.

Dificuldades do ACCR na urgência pediátrica, percepção do usuário

A falta de entendimento da população sobre classificação de risco gera conflito entre profissional e usuário. Neste sentido, os usuários apontam a demora pelo atendimento como um obstáculo na acessibilidade ao serviço de urgência¹⁴.

A atitude dos usuários ao buscarem os serviços de urgência, como opção inicial para atendimentos não considerados de urgência, sobrecarrega os serviços e os profissionais de saúde¹⁹. O que coopera para o aumento do tempo de espera pela consulta médica e, por conseguinte, para superlotação do serviço de urgência²⁰.

Importante ressaltar que, em vários mo-

mentos, o usuário (mãe/acompanhante) se posicionou como sujeito atuante e questionador. Porém, enquanto acompanhante de casos graves, colocou-se como sujeito passivo, mero expectador carente de comunicação por parte dos profissionais, numa espera angustiante no processo de ACCR.

CONCLUSÃO

Ao acessar o serviço de urgência, a criança instantaneamente é inserida no

processo de ser acolhida com classificação do risco. Os trabalhadores de saúde, dentro de suas atribuições específicas, perceberam o acolhimento como a forma de receber, encaminhar ou resolver o problema de saúde apresentado. A percepção dos usuários perpassa pelas experiências vivenciadas, aponta para deficiência na execução do ACCR, devido à falta de recursos humanos e de comunicação.

Embora o ACCR favoreça na assis-

tência à criança, os profissionais de saúde e usuários observaram lacunas a serem preenchidas por meio da padronização e implementação da integralidade dos serviços, interação e comunicação entre gestores, profissionais e usuários, visando contemplar ações efetivas que garantam a padronização e a integralidade na assistência à criança e à família e que, sobretudo, legitimem a proposta de rede no Sistema Único de Saúde. ■

REFERÊNCIAS

- O'Dwyer G. Gestão da Atenção às Urgências e o Protagonismo Federal. *Ciênc saúde coletiva*. 2010; 15(5): 2395-404.
- Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Pevalência e Fatores Associados ao Uso Inadequado do Serviço de Emergência: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Cad. saúde pública*. 2009; 27(1):7-28.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília (DF): MS; 2009.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. [Internet]. Brasília (DF): MS; 2010 [cited 2015 Oct 14]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf
- Ministério da Saúde (BR). Portaria 2048 de 05 de Novembro de 2002 [Internet]. 2002 [cited 2015 Oct 08]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento_sus_240909.pdf
- Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2015.
- Merhy EE, organizadores. Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In: *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2009. 277-30.
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.
- Veras JEGFL, Joventino ES, Coutinho JFV, Lima FET, Rodrigues AP, Ximenes LB. Risk classification in pediatrics: development and validation of a guide for nurses. *Rev bras enferm*. 2015; 68(5):630-9
- Korsten P, Sliwa B, Kühn M, Müller GA, Blaschke S. Impact of professional quality management on interdisciplinary emergency care units. *Eur j emerg med [Internet]*. 2014 Apr [cited 2016 Apr 07]; 21(2):98-104. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/24573191>
- Huang DT, "Clinical Review: Impact of Emergency Department Care on Intensive Care Unit Costs." *Crit care [Internet]*. 2004 Dec [cited 2016 Jan 17]; 8(6): 498-502. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1186%2Fcc2920#/page-1>
- Souza CC, Diniz AS, Silva LLT, Mata LRF, Chianca TCM. Nurses' perception about risk classification in emergency services. *Invest educ enferm*. 2014; 32(1):78-86.
- Vituri DW, Inoue KC, Bellucci Júnior JA, Oliveira CA, Rossi RM, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado. *Rev latinoam enferm*. 2013; 21(5): 1179-87
- Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. *Texto contexto enferm [Internet]*. 2012 [cited 2015 Oct 10]; 21(1): 217-25. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100025
- Ministério da Saúde. UNESCO. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF) 2002 [cited 2016 Jan 31]. Available from: <http://pt.slideshare.net/eduriodocampo/ateno-primaria-barbara-stenphild>
- Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima MMN. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Rev bras enferm*. 2013; 66(1): 31-7.
- Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. *Rev eletrônica enferm [Internet]*. 2012 July/ Sept [cited 2016 Feb]; 14 (3):541-49. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a10.pdf
- Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, Motta, MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev. APS*. 2010;1(13): 4-9.
- Silva EMR., Tronchin DMR. Acolhimento de usuários em um Pronto Socorro Infantil na perspectiva dos enfermeiros. *Acta paul enferm*. 2011; 24(6):799-803.
- Lima LMB, Almeida NMGS. Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação. *Saúde Debate [Internet]*. 2013 Jan/Mar [cited 2016 Feb 07]; 37(96):51-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/07.pdf>

Quedas intra-hospitalares entre idosos: uma revisão integrativa

RESUMO

Objetiva-se identificar nas publicações nacionais e internacionais as causas relacionadas de quedas entre idosos hospitalizados. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com busca a artigos originais publicados de 2013 a 2018, em português, inglês e espanhol, nas principais bases da área da saúde. Os descritores usados foram "idoso", "acidentes por quedas" e "hospitalização". Doze artigos atenderam aos critérios de inclusão propostos. Destes, apenas dois foram realizados por enfermeiros. Conclui-se que há necessidade em realizar mais estudos acerca da temática de queda de idosos hospitalizados, conhecendo as características ímpares dessa população e associando-as com os fatores ambientais do cenário estudado, para que intervenções de enfermagem possam ser planejadas de forma que estas sejam efetivas.

Descritores: idoso; acidentes por quedas; hospitalização.

ABSTRACT

The aim is to identify in national and international publications the related causes of falls among hospitalized elderly. This is an Integrative Literature Review with the research for original articles published from 2013 to 2018, in Portuguese, English and Spanish, in the main bases of the health area. The descriptors used were "Accidental falls" and "Hospitalization". Twelve articles met the proposed inclusion criteria. Of these, only two were performed by nurses. It is concluded that there is a need in to carry out further studies on the theme of the fall of hospitalized elderly people, knowing the unique characteristics of this population and associating them with the environmental factors of the studied scenario, so that nursing interventions can be planned in a way these are effective.

Descriptors: elderly; accidental falls; hospitalization.

RESUMEN

El objetivo es identificar en publicaciones nacionales e internacionales las causas relacionadas de caídas entre ancianos hospitalizados. Se trata de una revisión de la literatura Integrativa con la búsqueda de artículos originales publicados de 2013 a 2018, en Portugués, Inglés y español, en las principales bases del área de salud. Los descriptores utilizados Fueron "Accidentes por caídas" y "hospitalización". Doce artículos cumplieron los criterios de inclusión propuestos. De estos, sólo dos fueron realizados por enfermeras. Se concluye que es necesario realizar estudios adicionales sobre el tema de la caída de personas mayores hospitalizadas, conociendo las características singulares de esta población y asociándolas con los factores ambientales del escenario estudiado, para que las intervenciones de enfermería puedan planificarse de una manera estos son efectivos.

Descritores: anciano; accidentes por caídas; hospitalización.

Ana Claudia Felipe Thomaz dos Santos

Enfermeira. Mestranda. Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil. Autor correspondente.

Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho

Enfermeira. Doutora. Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.

Angélica Pinto da Silva

Enfermeira. Mestranda. Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.

Giselle Nascimento de Andrade

Enfermeira. Mestranda. Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.

Harlon França de Menezes

Enfermeiro. Doutorando. Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.



Vanessa Silva Nunes

Enfermeira. Hospital Luiz Gioseffi Jannuzzi. RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

A transformação na dinâmica demográfica, com um crescimento expressivo de idosos no Brasil e no mundo, tem sido um fator de grande relevância para as questões de saúde pública. Estimativas realizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que a proporção da população mundial com mais de 60 anos, entre 2015 e 2050, quase dobrará, de 12% para 22%. Atualmente, 125 milhões de pessoas têm idade acima de 80 anos. Em 2050, haverá 120 milhões vivendo apenas na China e 434 milhões de pessoas nessa faixa etária em todo o mundo. Nesse ano, espera-se que a população mundial de idosos chegue a 2 bilhões, com 80% deste grupo vivendo em países de baixa e média renda¹.

Em relação à projeção de idosos no Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ressalta que haverá uma taxa de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. Esse grupo etário passou de 14,2 milhões em 2000, para 19,6 milhões em 2010, devendo atingir 41,5 milhões em 2030, e 73,5 milhões em 2060. Essa situação de envelhecimento populacional é consequência da rápida e contínua queda da fecundidade no país e da queda da mortalidade em todas as idades².

Essa rápida transição demográfica traz grandes desafios para a área da saúde, que precisa se reajustar para atender às novas demandas de saúde que vão surgindo, com destaque para a epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais, que acabam por resultar em maior e mais prolongado uso de serviços de saúde³.

A velhice é caracterizada pelo surgimento de vários estados de saúde complexos, denominados de síndromes geriátricas, cujas quais consistem no resultado de múltiplos fatores subjacentes, tais como: a fragilidade, a incontinência urinária (IU), os estados delirantes, as lesões por pressão (LPP) e as quedas⁴.

As quedas são um grande problema de saúde pública, sendo a segunda principal causa de morte por lesão não intencional no mundo, ficando atrás das lesões causadas por acidentes de trânsito. Estima-se que 646.000 quedas fatais ocorram a cada ano e as taxas de mortalidade devido à queda são mais altas entre os adultos com mais de 60 anos. Embora a maioria das quedas não seja fatal, cerca de 37,3 milhões deste evento são graves o suficiente para exigirem uma atenção médica anual⁵.

As quedas, geralmente, são definidas como “vir inadvertidamente, ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos”. Em um ambiente hospitalar, a queda é considerada como um evento adverso (EA) e este consiste num incidente que resulta em danos à saúde. Vale ressaltar que os danos causados por quedas têm se tornado recorrentes nesse cenário, não acarretando somente problemas ao paciente, mas também preocupação aos cuidadores e gestores de saúde⁵⁻⁹.

Antes, o EA, dentro do contexto de assistência à saúde, era considerado como algo inevitável ou consequência de um ato realizado por profissionais mal treinados. Mas, como a abordagem da temática relacionada à segurança do paciente vem evoluindo, pôde-se perceber que os EA são evitáveis e, em alguns casos, previsíveis, e deve-se fazer iniciativas com o foco do cuidado na prevenção, fazendo com que os profissionais da enfermagem e da saúde, em geral, sejam capazes de identificar corretamente os pacientes com alto risco de queda durante a hospitalização⁷⁻⁹.

A maioria dos incidentes relacionados à assistência à saúde notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) no ano de 2016 ocorreu em hospital. Em relação ao tipo de incidente, as quedas se apresentaram como o 4º incidente mais frequentemente notificado, configurando um total de 5.892 casos e a terceira causa de

óbitos decorrentes de EA relacionados à assistência à saúde, atingindo um percentual de 6,5% do total de óbitos. O uso de protocolos básicos de segurança do paciente torna-se imprescindível para evitar a ocorrência de quedas nos serviços de saúde¹⁰.

Diante do exposto, objetivou-se identificar nas publicações nacionais e internacionais as causas relacionadas às quedas entre idosos hospitalizados. A questão norteadora da pesquisa fundamenta-se em: quais as evidências científicas acerca das causas de quedas intra-hospitalares entre idosos?

MÉTODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual possui a finalidade de sintetizar os resultados obtidos em pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de modo sistemático e ordenado, com o objetivo de contribuir para o conhecimento desse tema ou questão¹¹.

Esta revisão integrativa foi desenvolvida em cinco etapas¹²: na primeira etapa, foi formulada a questão de pesquisa. Objetivando-se o resgate de produções científicas que respondessem à questão norteadora, foi iniciada a segunda etapa, através da realização de buscas em bases científicas, no período de setembro e outubro de 2018, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e SCOPUS. Mediante o emprego dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os respectivos termos do Medical Subject Headings (MESH), conectados pelo operador booleano AND: 1º idoso/aged e aged, 80 and over, 2º acidentes por quedas/accidental falls e 3º hospitalização/hospitalization.

Os critérios de inclusão aplicados para a composição da amostra foram: publicações originais que abordassem quedas no ambiente hospitalar; nos idiomas português,

inglês ou espanhol; com resumo e texto disponíveis na íntegra; no período de 2013 a 2018; e terem como participantes de pesquisa, idosos. A data inicial para a investigação do estudo foi 2013 devido ao fato do Ministério da Saúde (MS) ter instituído em 1º de abril deste ano, através da portaria n.º 529, a Política Nacional de Segurança do Paciente, cujo objetivo era contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde. Os critérios de exclusão foram: revisões de literatura, publicações repetidas (entre as bases de dados), teses e dissertações e incoerência com a temática estudada.

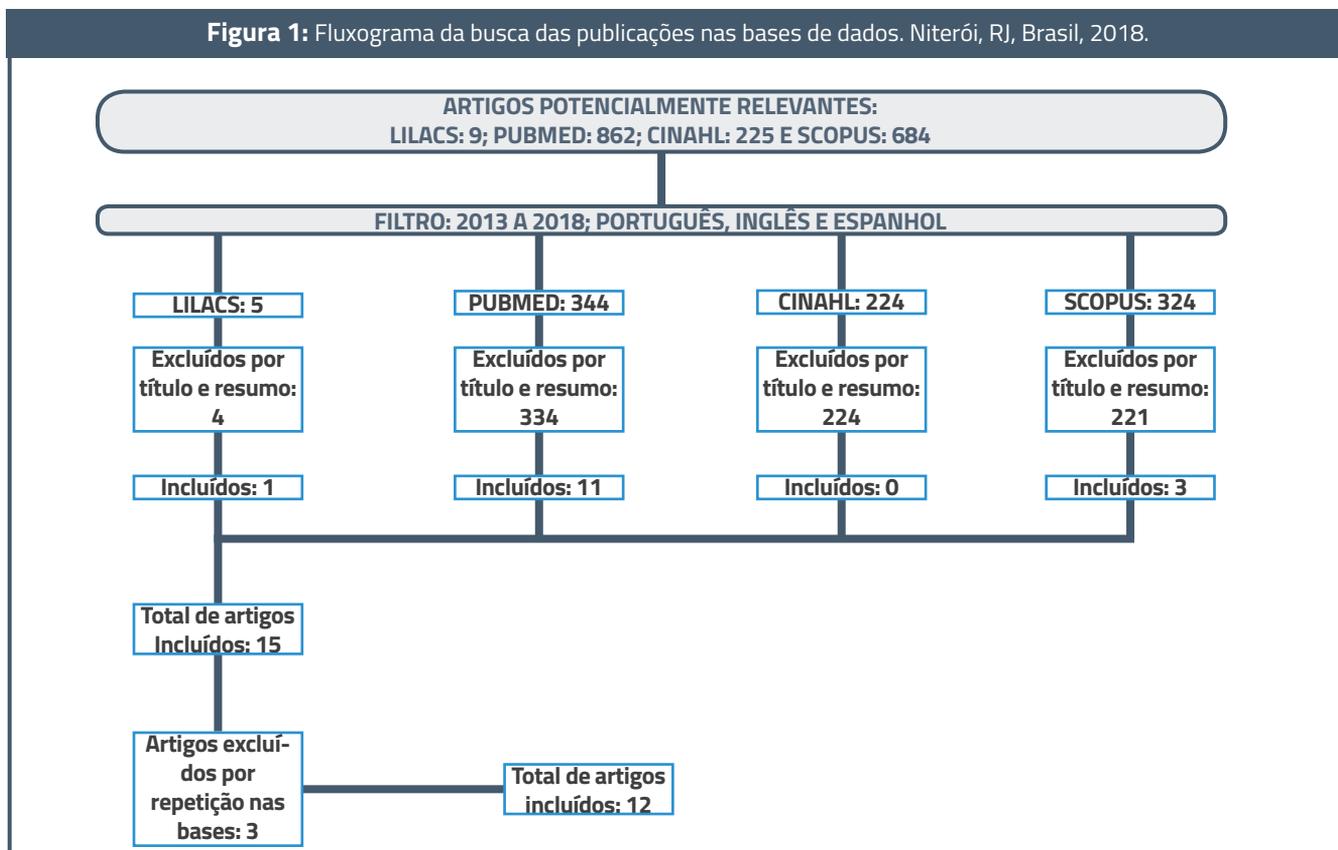
Na terceira etapa, foi realizada uma ava-

liação crítica das produções científicas que atenderam aos critérios estabelecidos. Na quarta etapa, foi realizado o agrupamento dos estudos selecionados, que versavam sobre a questão da queda do idoso no âmbito hospitalar, destacando: título, autor, ano, local, objetivos, método e desfecho do estudo, conforme demonstra-se no Quadro 1 nos resultados. A quinta etapa caracterizou-se pela síntese do conhecimento, realizada nas discussões e conclusão. A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva e, para análise e interpretação dos dados, optou-se por categorização temática.

RESULTADOS

A pesquisa nas bases de dados resultou em um total de 1.780 publicações (9 na LILACS, 862 na PUBMED, 225 na CINAHL e 684 na SCOPUS). Após realizar um filtro (recorte temporal de 2013 a 2018 e idiomas português, inglês e espanhol), totalizou-se em 897 publicações (5 na LILACS, 344 na PUBMED, 224 na CINAHL e 324 na SCOPUS). Após leitura dos títulos e resumos, selecionaram-se 14 publicações (1 na LILACS, 11 na PUBMED, 0 na CINAHL e 3 na SCOPUS). Desta maneira, 12 publicações constituíram a amostra do estudo após a exclusão das publicações repetidas (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma da busca das publicações nas bases de dados. Niterói, RJ, Brasil, 2018.



Quadro 1. Caracterização das publicações selecionadas para análise, segundo título, ano, local, objetivo, método e desfecho. Niterói, RJ, Brasil, 2018.

TÍTULO	ANO/PAÍS	OBJETIVO	MÉTODO	DESFECHO
Delirium markers in older fallers: a case-control study ¹³	2014 EUA	Analisar marcadores de delirium e sua associação com as quedas.	Estudo retrospectivo, caso-controle	Pacientes que caíram tenderam a ter consciência alterada antes de cair.

artigo

Santos, A.C.F.T.; Camacho, A.C.L.F.; Silva, A.P.; Andrade, G.N.; Menezes, H.F.; Nunes, V.S.
Quedas intra-hospitalares entre idosos: uma revisão integrativa

Use of benzodiazepines and association with falls in older people admitted to hospital: a prospective cohort study ¹⁴	2014 Austrália	Investigar o uso de benzodiazepínicos (BZDs) em ambientes de cuidados agudos e explorar sua associação com quedas.	Estudo de coorte prospectivo	Não houve associação significativa entre o uso de BDZs na admissão e quedas em comparação com não usuários. No entanto, pacientes em uso de diazepam foram significativamente mais propensos a cair do que todos os outros usuários de BDZs.
Urinary incontinence in the prediction of falls in hospitalized elderly ¹⁵	2014 Brasil	Analisar o efeito da IU como preditora da incidência de quedas entre idosos hospitalizados.	Estudo de coorte concorrente	A IU foi um forte preditor de quedas nos idosos e esteve associada ao menor tempo de ocorrência do evento
Comparison between elderly inpatient fallers with and without dementia ¹⁶	2014 Singapura	Examinar os vários fatores associados com quedas em pacientes internados com pacientes com e sem demência em um ambiente hospitalar.	Este foi um estudo retrospectivo de um ano usando dados coletados do sistema de relatórios eletrônicos do Hospital Geral de Singapura para quedas em pacientes internados.	A maioria dos pacientes que caíram não apresentou demência. Os que caíram e apresentavam demência tinham maior probabilidade de usar ajudas ambulatoriais, terem deficiência visual e apresentarem IU.
Nationwide time trends and risk factors for in-hospital falls-related major injuries ¹⁷	2015 Dinamarca	Examinar a tendência de lesões graves relacionadas a quedas intra-hospitalares no período de 2000 a 2012 e investigar uma série de condições como fatores de risco para quedas	Caso-controle	As lesões mais comuns foram fratura do fêmur (61,55%). Um aumento significativo para lesões graves relacionadas à queda intra-hospitalar foi evidenciada em indivíduos com demência, osteoporose, acidente vascular cerebral, depressão, doença pulmonar obstrutiva crônica e Doença de Parkinson.
A study of rate and predictors of fall among elderly patients in a university hospital ¹⁸	2015 Egito	Calcular a taxa de quedas entre pacientes idosos nos departamentos de medicina interna em Ain Shams Hospital Universitário; identificar diferentes preditores e características de quedas e avaliar as consequências clínicas e hospitalização resultantes de quedas.	Estudo longitudinal observacional	A taxa de incidência de quedas foi de 16,9 por 1.000 pacientes/dia. Os pacientes que caíram tinham um risco significativamente alto de cair de acordo com a Morse Fall Scale (MFS). As condições médicas mais comuns associadas a quedas foram diabetes (48,7%), hipertensão (58,7%) e deficiência visual (41,3%). Anemia, osteoporose e história de queda foram considerados preditores independentes de quedas. A maioria das quedas não tiveram consequências graves, aproximadamente 18% tiveram contusões, 2% tiveram hematomas subdurais e 4% fraturas e lacerações.

Falls in hospital and new placement in a nursing home among older people hospitalized with acute illness ¹³	2015 Austrália	Principal: avaliar a associação entre quedas no hospital e nova colocação em um lar de idosos entre idosos hospitalizados com doença aguda. Secundário: estudar o efeito da lesão relacionada à queda, ou sua ausência, nesta associação.	Estudo de coorte prospectivo	Comparados com os pacientes que não caíram, os que caíram, com ou sem lesão, foram mais propensos a serem colocados em uma clínica de pacientes e tiveram permanência hospitalar mais longa.
Incidence and predicting factors of falls of older inpatients ²⁰	2015 Brasil	Estimar a incidência e fatores preditores de quedas de idosos hospitalizados	Coorte prospectivo	A incidência de quedas foi 12,6 por 1.000 pacientes/dia. Os fatores preditores para quedas foram baixa escolaridade, polifarmácia, presença de disfunção visual e de marcha e equilíbrio, IU e uso de laxativos e antipsicóticos.
Geriatric falls in the context of a hospital fall prevention program: delirium, low body mass index, and other risk factors ²¹	2016 Polônia	Avaliar fatores associados a quedas em pacientes geriátricos internados após a implementação do programa de prevenção de quedas.	Estudo prospectivo, observacional	Fatores associados a queda: > 76 anos; índice de massa corporal (IMC) < 23,5; Mini-Exame do Estado Mental < 20; Índice de Barthel < 65; hemoglobina < 7.69 mmol/L; proteína sérica < 70 g/L; albumina < 32 g/L e cálcio < 2.27 mmol/L. Fatores de risco independentes: delirium; história de queda; idade e IMC.
Prevalence of hyponatremia in patients over the age of 65 who have had an in-hospital fall ²²	2016 Espanha	Determinar se a hiponatremia é um fator relacionado com as quedas de idosos hospitalizados.	Observacional, Analítico, Caso-controle.	Fatores identificados como fatores de risco para quedas: hiponatremia e déficits sensorial nas extremidades.
Visual impairment as an independent risk factor for falls in hospitalized patients ²³	2017 Japão	Investigar a associação entre a deficiência visual e o risco de quedas em pacientes hospitalizados.	Caso-controle	A deficiência visual poderia ser um fator de risco independente para quedas entre pacientes hospitalizados.
Analysis of falls that caused serious events in hospitalized patients ²⁴	2017 Japão	O objetivo do presente estudo foi investigar eventos sérios devido à queda e considerar medidas para prevenção de quedas.	Incidentes de queda foram obtidos de um banco de dados de 163 558 pacientes internados no Hospital Universitário de Nagoya, Nagoya, Aichi, Japão, de abril de 2012 a março de 2016.	Eventos sérios associados à queda ocorreram em 36 dos 3099 pacientes (1,2%), e a incidência geral de eventos foi de 0,22%. Esses eventos incluíram fratura, lesão intracraniana e morte.

Dentre as 12 publicações encontradas, duas (16,7%) foram realizadas no Brasil e por enfermeiros^{15,20}, duas (16,7%) na Austrália^{14,19}, duas (16,7%) no Japão^{23,24} e as outras seis (50%) com uma

publicação em diversos países^{13,16,17,18,21,22}. Quanto ao ano de publicação, quatro (33,3%) estudos foram publicados em 2014¹³⁻¹⁶, quatro (33,3%) em 2015¹⁷⁻²⁰, dois (16,7%) em 2016^{21,22} e dois (16,7%) em

2017^{23,24}. No que tange à metodologia empregada, a maioria dos estudos teve o caso-controle - 25%^{13,22,23} - e o coorte prospectivo - 25%^{14,19,20} - como delineamento da pesquisa.

Sobre a essência do conteúdo abordado, obteve-se duas (16,7%) produções sobre a ocorrência da queda intra-hospitalar de idosos (18,20), uma (8,3%) sobre a associação de medicações com a queda¹⁴, cinco (41,7%) sobre a associação de comorbidades com a queda (13,15,16,22,23) e as outras quatro (35,7%) discorreram sobre lesões relacionadas a queda (17,24), associação entre quedas hospitalares e colocação em lares de idosos¹⁹ e fatores associados à quedas após a implementação de um programa de prevenção de quedas²¹.

Desta forma, com base no destaque das evidências elucidadas, o conteúdo abordado nas publicações foram: ocorrência da queda intra-hospitalar de idosos; associação de medicações e comorbidades com a queda; lesões decorrentes de queda e associação entre quedas hospitalares e colocação em lares de idosos; e implementação de um programa de prevenção de quedas.

DISCUSSÃO

Ocorrência da queda intra-hospitalar de idosos

Um estudo¹⁸ identificou que o processo de hospitalização pode ser, por si só, um importante fator de risco para quedas entre os idosos, visto que este processo representa uma mudança nos hábitos de vida destes pacientes. Por isso, nesse estudo os autores avaliaram o risco do paciente em relação à queda com a aplicação da MSF aos idosos na admissão e evidenciaram que os pacientes que caíram foram os que apresentaram um escore maior quanto ao risco de sofrer queda.

A MSF é um instrumento utilizado em várias unidades de saúde, tanto no Brasil quanto no mundo. Num estudo²⁵ realizado no Pará, cerca de 52% dos idosos hospitalizados que compuseram a amostra, apresentaram alto risco de queda segundo os parâmetros desta escala. Sendo assim, a avaliação e gestão do risco de quedas em pacientes idosos hospitalizados realizados pela enfermagem podem reduzir significativamente a mortalidade, readmissões, o tempo de permanência, bem como os custos institucionais.

Embora uma estratégia de identificação



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

de risco de quedas tivesse sido utilizada no estudo, o cenário utilizado não oferecia medidas de prevenção de quedas para a maioria dos pacientes. Apenas 25% dos leitos tinham grades laterais, não havia campanha ao alcance do paciente e nem sinalização indicando que o paciente apresentava um alto risco de queda¹⁸. Tal evidência contraria o fato de que a promoção de um ambiente seguro e confortável ao paciente que se encontra hospitalizado, atenuando o desenraizamento do seu meio natural e, consequentemente, despersonalização, é uma das constantes preocupações do enfermeiro²⁶.

Em relação às variáveis preditoras de quedas, um estudo¹⁸ encontrou a osteoporose, a anemia e a história de queda como fatores independentes e, o outro²⁰, considerou o analfabetismo, a quantidade de comorbidades, a IU, o déficit cognitivo, a alteração no equilíbrio e marcha, o comprometimento visual e a polifarmácia. Quanto ao horário e local da queda, 94% destas ocorreram pela manhã, 44% no quarto e 42% no banheiro. E a maioria dos pacientes encontrava-se alerta e orientada quando o incidente ocorreu.

Diante dessa vertente, um estudo²⁷ demonstrou que os fatores de risco com maior frequência para queda em idosos foram: história de quedas, idade acima de 65 anos, dificuldades visuais, uso de medicações, quarto não familiar ou pouco iluminado e ausência

de material antiderrapante.

Em relação aos fatores ambientais, estudos²⁸⁻³⁰ apontaram que a cama representa 38,6% do total de notificações envolvendo mobiliários, e o banheiro representa 28,8% do local com maiores casos de queda. Além disso, foi possível identificar a maior ocorrência das quedas à noite ou pela manhã e sua associação com o uso do banheiro.

Associação de medicações e comorbidades com a queda

Em relação à polifarmácia, os resultados referentes ao uso de BDZ e sua associação com as quedas produziram resultados conflitantes. O estudo realizado por Balloková e seus colaboradores¹⁴ não encontrou diferença estatisticamente significativa entre taxas de incidência de quedas entre usuários de BZDs (sempre usuários) versus não usuários (nunca usuários). As diferenças não significativas nas taxas de incidência de idosos que caíram no hospital, nessa população de estudo, pode ser devido à baixa incidência geral da taxa de quedas no hospital (6,9 por 1.000 pessoas/dia) e devido aos curtos períodos de hospitalização.

Em contrapartida, outro estudo³¹ demonstrou quatro grupos de medicações que apresentaram um risco significativo para quedas em idosos, dentre eles os BZDs. Além destes, o zolpidem, os narcóticos e os

anti-histamínicos foram considerados fatores preditivos de quedas.

No que tange às comorbidades, no estudo de delirium foi evidenciado que a desatenção e a consciência alterada, que são marcadores da doença, estavam associadas à queda¹³. O estudo¹⁵ que abordava a IU como um fator preditivo de quedas em idosos hospitalizados, chegou à conclusão de que a IU, a disfunção de marcha e equilíbrio e o uso de antipsicóticos são variáveis que podem ser associados à queda. Além disso, foi evidenciado que os pacientes com IU tiveram sobrevida significativamente menor, ou seja, foram mais susceptíveis a sofrerem quedas nos primeiros dias de hospitalização.

Os autores que identificaram a associação da hiponatremia com a queda sugerem que devido ao fato desse distúrbio eletrolítico ser um fator de risco, seria necessário incluir a determinação de sódio sérico em escalas de avaliação de risco de queda, bem como de estratégias de prevenção de quedas em idosos²².

A deficiência visual também foi evidenciada como fator de alto risco para quedas, comparando-se aos pacientes que não apresentavam déficit visual. Dentre os pacientes que tinham a visão prejudicada, as quedas ocorreram naqueles com maior escore de risco de queda²³. Segundo Lord³², a visão

contribui de maneira importante para o equilíbrio e uma visão prejudicada se torna um fator de risco independente e significativo para quedas e fraturas em pessoas idosas.

Diante do exposto, as evidências corroboram com estudos anteriores que falam que os fatores preditores de quedas são multifatoriais. São vários estudos com abordagens diferentes, demonstrando fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, e um mesmo desfecho, queda de idosos no âmbito hospitalar.

Lesões relacionadas à queda e associação entre quedas hospitalares e colocação em lares de idosos

Um dos estudos¹⁷ selecionados demonstrou que a incidência de lesões graves relacionadas a quedas no âmbito hospitalar aumentou significativamente no período de 2000-2012. Um outro²⁴ identificou ferimentos graves entre os idosos que sofreram queda durante a hospitalização, tais como: lesão intracraniana, fratura e morte.

Um estudo³³ identificou, através do banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIHSUS), a prevalência de óbitos por quedas de leito hospitalar em Porto Alegre, Rio Grande do Sul e no Brasil, no

período de 2003 a 2013 e, evidenciou que o Brasil apresentou 2.198 óbitos por queda de leito, Rio Grande do Sul registrou 101 óbitos e Porto Alegre, 26 óbitos e a tendência maior do número desses óbitos estava a partir dos 60 anos.

Foi evidenciado que os pacientes que sofreram queda tiveram uma maior probabilidade de serem colocados em um lar de idosos, independentemente da ausência ou presença de lesões. Esses pacientes vão para esses locais onde são cuidados por enfermeiros, pois não há necessidade de se manterem numa unidade hospitalar mas, em contrapartida, a assistência familiar ainda não dá o suporte necessário para redução de riscos de um novo incidente; visto que, o medo de cair pode ser um fator da colocação do paciente em lares de idosos¹⁹.

Em seu estudo, Santos e Sousa³⁴, compararam a qualidade de vida de idosos no momento da admissão e alta hospitalar e os dados apontaram que a qualidade de vida do idoso na alta hospitalar diminuiu, principalmente, ao nível de capacidade funcional e de percepção de bem-estar. Vale ressaltar que, nesse estudo, a amostra de idosos utilizada não apresentava como diagnóstico clínico ou de internação afecções do aparelho locomotor.

CONCLUSÃO

As quedas são um grande problema de Saúde Pública devido ao impacto de suas consequências, como o aumento do período de hospitalização, as lesões e fraturas e até mesmo a morte. Sendo assim, para amenizar a ocorrência desse fato no âmbito hospitalar, todo idoso hospitalizado deveria ser avaliado quanto ao risco de quedas.

As evidências científicas demonstraram que os idosos que mais caíram foram os que tiveram o escore mais elevado para este incidente. Tendo o conhecimento do nível de risco do paciente é possível organizar um plano de cuidados de acordo com a necessidade dele.

Os estudos tenderam a uma investigação mais ampla da queda, analisando a sua ocorrência com várias variáveis, com o intuito de conhecer maiores características acerca do evento, sendo que, a maior parte dos estudos



Credito: Projetado por Can Stock Photo

internacionais isolaram um fator de risco previamente determinado pelas literaturas e fizeram a sua correlação em uma determinada população.

Conhecer os fatores causais de um problema é necessário para que haja uma intervenção efetiva. Sendo assim, diante da presença de fatores de risco modificáveis, como alteração de medicações, adaptação do ambiente, auxílios durante as atividades,

estas devem ser ajustadas para garantir um ambiente de risco reduzido para o paciente.

Mesmo utilizando as medidas protetivas adequadas, o risco de queda não se excluirá. No entanto, a ausência de intervenção pode aumentar a incidência da queda, sua gravidade e complicações. As limitações encontradas no estudo referem-se ao fato de que a abordagem de queda entre os idosos se dá, em sua maioria, no cenário da comunidade e

ainda há poucos estudos sobre este incidente no âmbito hospitalar.

Diante do que foi pesquisado, observa-se que se faz necessário realizar mais estudos acerca da temática de queda de idosos hospitalizados, conhecendo as características ímpares dessa população e associando-as com os fatores ambientais do cenário estudado, para que intervenções de enfermagem possam ser planejadas de forma efetiva. ■

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Folha informativa: Envelhecimento e saúde [Internet]. Fev 2018 [acesso em 25 mai 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661.folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Estudos e Análises. Informação Demográfica e Socioeconômica. 3 v. Org: Leila Regina Ervatti; Gabriel Mendes Borges; Antonio de Ponte Jardim [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. [acesso em 25 mai 2018]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>.
3. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. [acesso em 25 mai 2018]. Disponível em: https://app2.unasus.gov.br/UNASUSPlayer3/recursos/SE_UNASUS_0001_SAUDE_PESSOA_IDOSA/4/lib/docs/UNID01_Moraes.pdf.
4. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneve: WHO; 2018 [acesso em 01 mai 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
5. World Health Organization. Falls [Internet]. Geneve: WHO; 2018 [acesso em 01 mai 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>
6. World Health Organization. Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. Tradução Letícia Maria de Campos [Internet]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2010. [acesso em 25 mai 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Boletim Informativo. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde [Internet]. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, jan-jul de 2011. [acesso em 26 mai 2018]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af-520fac>.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes [Internet]. Brasília: ANVISA, 2017. [acesso em 26 mai 2018]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Como+posso+contribuir+para+aumentar+a+seguran%C3%A7a+do+paciente/52efbd76-b692-4b0e-8b70-6567e532a716>.
9. Remor CP, Cruz CB, Urbanetto JS. Análise dos fatores de risco para queda de adultos nas primeiras 48 horas de hospitalização. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2014 [acesso em 20 mai 2018]; 35(4):28-34. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/50716>.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 15 [Internet]. Brasília, 28 de dezembro de 2017. [acesso em 26 mai 2018]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3074203/Boletim+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+14+Avalia%C3%A7%C3%A3o+dos+indicadores+nacionais+das+Infec%C3%A7%C3%B5es+Relacionadas+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde+%28IRAS%29+e+Resist%C3%A2ncia+microbiana/dbd57c96-937f-45d3-93fd-e76684b7f35c?version=1.2>.
11. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. Cogitare Enferm. 1998 Jul-Dez; 3(2):109-112.
12. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs [Internet]. 2005 [acesso em 15 jun. 2017]; 52(5):546-53. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>.
13. Doherty K, et al. Delirium markers in older fallers: a case-control study. Clinical Interventions in Aging [Internet]. 2014 [acesso em 01 jun 2018]; 9:2013-2018. Disponível em: <http://www.dovepress.com/delirium-markers-in-older-fallers-a-case-controlnbspstudy-peer-reviewed-fulltext-article-CIA>.
14. Balloková A, Archambault E, Kelly B, Rudolph JL. Use of benzodiazepines and association with falls in older people admitted to hospital: a prospective cohort study. Drugs Aging [Internet]. 2014 [acesso em 20 jun 2018]; 31(4): 299-310. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40266-014-0159-3>.
15. Abreu HCA, Reiners AAO, Azevedo RCS, Da Silva AMC, Abreu DROM. Urinary incontinence in the prediction of falls in hospitalized elderly. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [acesso em 01 jun 2018]; 48(5):851-856. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500851.

- 16.Lim SC, Mamun K, Lim JK. Comparison between elderly inpatient fallers with and without dementia. *Singapore Med J* [Internet]. 2014 [acesso em 20 ago 2018]; 55(2):67-71. Disponível em: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/24570314>.
- 17.Jorgensen TSH, Hansen AH, Sahlberg M, Gislason GH, Torp-Pedersen C, Andersson C, Holm E. Nationwide time trends and risk factors for in-hospital falls-related major injuries. *Int J Clin Pract* [Internet]. 2015 [acesso em 01 jun 2018]; 69(6):703-709. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijcp.12624#reference-section>.
- 18.Tehewy MM al, Amin GE, Nassar NW. A study of rate and predictors of fall among elderly patients in a university hospital. *J Patient Saf* [Internet]. 2015 [acesso em 30 mai 2018]; 11(4):210-214. Disponível em: https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/2015/12000/A_Study_of_Rate_and_Predictors_of_Fall_Among.5.aspx.
- 19.Basic D, Hartwell T. Falls in hospital and new placement in a nursing home among older people hospitalized with acute illness. *Clinical Interventions in Aging* [Internet]. 2015 [acesso em 01 junho 2018]; 10:1637-1643. Disponível em: <https://www.dovepress.com/falls-in-hospital-and-new-placement-in-a-nursing-home-among-older-peop-peer-reviewed-article-CIA>.
- 20.Abreu HCA, Reiners AAO, Azevedo RCS, Da Silva AMC, Abreu DROM, De Oliveira AD. Incidence and predicting factors of falls o folder inpatients. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso em 30 mai 2018]; 49:13-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100303.
- 21.Mazur K, Wilczynski K, Szewieczek W. Geriatric falls in the context of a hospital fall prevention program: delirium, low body mass index, and other factors. *Clinical Interventions in Aging* [Internet]. 2016 [acesso em 20 junho 2018]; 11:1253-1261. Disponível em: <https://www.dovepress.com/geriatric-falls-in-the-context-of-a-hospital-fall-prevention-program-d-peer-reviewed-article-CIA>.
- 22.Lobo-Rodríguez C, García-Pozo A, Gadea-Cedenilla C, Moro-Tejedor MN, Marcos AP, Tejedor-Jorge A. Prevalence of hyponatraemia in patients over the age of 65 who have an in-hospital fall. *Nefrología* [Internet]. 2016 [acesso em 20 jun 2018]; 36:292-298. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2013251416300578>.
- 23.Kasuga T et al. Visual impairment as an independent risk factor for falls in hospitalized patients. *Canadian Journal of Ophthalmology* [Internet]. 2017 [acesso em 05 set 2018]; 52(6):559-563. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0008418217300868>.
- 24.Kobayashi K, Aruga F, Ono K, Hiratsuka Y, Murakami A. Analysis of falls that caused serious events in hospitalized patients. *Geriatrics & Gerontology International* [Internet]. 2017 [acesso em 05 set 2018]; 17(12):2403-2406. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.13085>.
- 25.Sarges NA, Santos MIPO, Chaves EC. Evaluation of the safety of hospitalized older adults as for the risk of falls. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 20 set 2018]; 70(4):860-867. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/0034-7167-reben-70-04-0860.pdf>.
- 26.Almeida RAR, Abreu CCF, Mendes AMOC. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2010 [acesso em 20 set 2018]; III(2). Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400017.
- 27.Machado TR, De Oliveira CJ, Costa FBC, De Araujo TL. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2009 [acesso em 30 set 2018]; 11(1):32-38. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a04.pdf>.
- 28.Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: incidentes relacionados à assistência à saúde - 2015. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGES [Internet]. Brasília, nov de 2016. [acesso em 26 mai 2018]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/document-s/33852/3074203/13+-+Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+13%E2%80%93+Incidentes+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A7%C3%A3o+em+Sa%C3%BAde+%E2%80%93+2015/ee34aef8-fed0-42f8-9523-712b136c5c05?version=1.0>.
- 29.Fisher SR, Galloway R, Kuo YF, Graham JE, Ottenbacher KJ, Ostir GV, Goodwin JS. Pilot study examining the association between ambulatory activity and falls among hospitalized older adults. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2011 [acesso em 20 mai 2018]; 92:2090-2092. Disponível em: <http://europepmc.org/articles/PMC3229660>.
- 30.Viana JU, Oliveira MC, Magalhães TV. Quedas intra-hospitalares na Santa Casa de Belo Horizonte são adequadamente relatadas? *Fisioter. Pesq.* [Internet]. 2011 [acesso em 20 mai 2018]; 18(1):72-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tng=pt&pid=S1809-29502011000100013.
- 31.Chang C-M, Chen MJ, Tsai CY, Ho LH, Hsieh HL, Chau YL, Liu CY. Medical conditions and medications as risk factors of falls in the inpatient older people: a case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2011 [acesso em 20 mai 2018]; 26:602-607. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/gps.2569>.
- 32.Lord SR. Visual risk factors for falls in older people. *Age and ageing* [Internet]. 2006 [acesso em 20 set 2018]; 35-S2:ii42-ii45. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.522.4050&rep=rep1&type=pdf>.
- 33.Bausch AB, Waterkemper R, Linch GFC, Paz AA, Pelegrini AHW. Mortalidade por quedas de leitos hospitalares: estudo retrospectivo. *Rev. Baiana Enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 10 out 2018]; 31(2):e17023. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/17023/14515>.
- 34.Santos G, Sousa L. Qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com a alta do internamento. *Revista Kairós Gerontologia.* [Internet]. 2013 [acesso em 02 nov 2018]; 16(2):07-25. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17625/13126>.

Acidentes de trânsito: fatores de risco e gravidade das lesões em motociclistas

RESUMO

Objetiva-se caracterizar, a produção científica nacional, sobre acidentes de trânsito com motociclistas, quanto aos fatores de risco e gravidade das lesões. Revisão integrativa, com vistas a responder à questão - Como se caracteriza a produção científica nacional, acerca dos acidentes de trânsito com motocicletas, quanto aos fatores de risco e a gravidade das lesões das vítimas estudadas? Buscou-se artigos na íntegra, nas Bases de Dados LILACS e SCIELO via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e MDELIN via Pubmed, utilizando os descritores: Acidentes de Trânsito; Motocicleta; e Brasil. Foram 46 artigos em ambas as bases de dados, e selecionados 25 artigos dos quais 21 em português e 04 em inglês, entre os anos de 2010 e 2015. Conclui-se que a gravidade das lesões está diretamente relacionada à velocidade e o tipo de colisão, predominando lesões nas regiões dos membros superiores, membros inferiores e cabeça.

DESCRITORES: Acidentes de Trânsito; Motocicleta; Ferimentos e Lesões.

ABSTRACT

The aim is to characterize, the national scientific production, about traffic accidents with motorcyclists, regarding risk factors and severity of injuries. Integrative review, in order to answer the question-How is the national scientific production, about traffic accidents with motorcycles, about the risk factors and the severity of the lesions studied victims? To articles in their entirety, in LILACS and SCIELO databases via Virtual Health Library (VHL) and MDELIN via Pubmed, using the key words: traffic accidents; Motorcycle; and Brazil. Were 46 articles in both databases, and selected 25 articles of which Portuguese and English 4:00 pm 9:00 pm, between 2010 and 2015. It is concluded that the severity of the lesions is directly related to the speed and the collision type, predominating regions injuries of upper limbs, lower limbs and head.

DESCRIPTORS: Traffic-Accidents; Motorcycle; Injury and Lesions.

RESUMEN

El objetivo es caracterizar, la producción científica nacional, sobre accidentes de tráfico con motoristas, con respecto a los factores de riesgo y gravedad de las lesiones. Examen integrador, con el fin de responder a la pregunta-¿cómo es la producción científica nacional, sobre accidentes de tráfico con motocicletas, sobre los factores de riesgo y la gravedad de las víctimas de las lesiones estudiadas? A los artículos en su totalidad, en LILACS y SCIELO de bases de datos Biblioteca Virtual en salud (BVS) y MDELIN a través de Pubmed, utilizando las palabras clave: tráfico accidentes; Motos; y Brasil. 46 artículos en ambas bases de datos y seleccionaron los 25 artículos de que portugués e inglés 16:00 21:00, entre 2010 y 2015. Se concluye que la severidad de las lesiones está directamente relacionada con la velocidad y el tipo de colisión, predominando las lesiones de las regiones de las extremidades superiores, extremidades inferiores y cabeza.

DESCRIPTORES: Accidentes de Tráfico; Motocicleta; Lesiones.

Rejane Lima da Silva Nobre

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), RN, Brasil.

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Vice-Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Gestão da Qualidade dos Serviços de Saúde (PPGQualiSaúde/UFRN). RN Brasil.

Belarmino Santos de Sousa Júnior

Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGEnf/UFRN). Professor do Curso Técnico em Enfermagem do Centro Integrado de Atualização e Capacitação em Saúde (CIACAPS/RN). RN, Brasil.

Joyce Carolynne Silva

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). RN, Brasil.

Ítalo Arão Pereira Ribeiro

Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGenf/UFPI). Bolsista CAPES. PI, Brasil. Autor correspondente.

Cecília Nogueira Valença

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (FACISA). Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da FACISA. Professora do PPGEnf/UFRN. Coordenadora do grupo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva da FACISA/UFRN. RN, Brasil.

INTRODUÇÃO

Os acidentes e as violências representam o principal fator externo de morbimortalidade no Brasil e configuram-se enquanto importantes questões sociais e de saúde pública devido ao número de internações, sequelas e redução da expectativa de vida. O que onera os cofres públicos devido aos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS), destinados ao tratamento e reabilitação das vítimas¹.

Apesar de passíveis de prevenção, os acidentes e violência afetam pessoas em todo o mundo independente da faixa etária. Entende-se por acidentes eventos não intencionais que produzem danos e/ou ferimentos, como: quedas, envenenamento, queimadura e acidentes de trânsito. Já a violência consiste na agressão física, abuso sexual, homicídio, negligência/abandono¹.

Os acidentes de trânsito representaram cerca de 1,24 milhões de mortes em 182 países no mundo e cerca de 50 milhões de pessoas sobreviveram com sequelas no ano de 2010. Dentre as vítimas mais frequentes, estão os motociclistas por serem uma categoria vulnerável, e pelo crescimento constante da frota 610% em 13 anos, elevando também o número de internações que aumentou em 288,7% entre 1998 e 2012^{2,3}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial estimam que a ausência de políticas públicas voltadas para prevenção de acidente juntamente com sistema de tráfico inseguro presente na sociedade, podem ocasionar um aumento de 65% de ferimentos em pessoas no período de 20 anos⁴.

Quando voltado para acidentes com motocicletas, o índice aumenta tanto no

número de sequelas temporárias (96,2%), em especial nos membros inferiores (56,2%), quanto nas sequelas permanentes (3,7%), gerando perdas econômicas e sociais para a sociedade⁵.

Relacionado à mortalidade no trânsito brasileiro, a região Nordeste do Brasil apresentou em um período de 10 anos (2001-2011) um índice de maior crescimento de óbitos para cada 100 mil habitantes, correspondendo a 83,4%, tendo em seguida à região Norte 78,7%, Sudeste 21,6% e Sul 27,5%(3).

A estatística referente aos acidentes automobilísticos, em nível nacional, pode ocorrer através dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS), os quais têm como propósito obter e selecionar os dados fornecidos pelos sistemas de saúde das esferas, municipais, estaduais e federais, sobre a problemática e transformá-los em informações. Além disso, conta com o banco de dados, DATASUS, responsável por informar sobre a mortalidade e morbidade dos municípios brasileiros^{6,7}.

Frente ao exposto, tem-se como objetivo caracterizar a produção científica nacional sobre acidentes de trânsito com motociclistas quanto aos fatores de risco e gravidade das lesões.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, que teve o seu desenvolvimento operacionalizado por algumas fases: formulação da questão norteadora, definição dos critérios de inclusão e exclusão, seleção das bases de dados e dos artigos na literatura, classificação e avaliação dos estudos, discussão e interpretação dos resultados, apresentação

da revisão integrativa e síntese do conhecimento⁸.

Para nortear o estudo formulou-se o seguinte questionamento: Como se caracteriza a produção científica nacional acerca dos acidentes de trânsito com motocicletas quanto aos fatores de risco e à gravidade das lesões das vítimas estudadas?

Na busca pelas publicações, inicialmente houve a seleção dos descritores no Descritores de Ciência da Saúde (DeCS) e após, foram inseridos nas bases de pesquisa da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via Pubmed, com e sem cruzamento entre eles nas seguintes combinações: “Acidentes de Trânsito” “AND” “Motocicleta” “AND” “Brasil”.

A coleta ocorreu de junho a agosto de 2015, seguido da análise, discussão e categorização das publicações de acordo com o objetivo do estudo a fim de facilitar a compreensão acerca do tema, seus resultados e conclusões. Como critérios de inclusão, foram selecionados: documentos no formato de artigos; produções que abordassem a temática dos acidentes com motociclistas no Brasil; disponíveis em texto completo; publicados entre fevereiro de 2010 e fevereiro de 2015; e nos seguintes idiomas português, inglês e espanhol. Estando excluídos documentos em outro formato, como resumos e editoriais, e artigos que não contribuísem para responder à questão de pesquisa.

Foram encontrados 46 artigos. Posto isto, e aplicados os critérios de inclusão e ex-

clusão, foi selecionada uma amostra de 25 artigos, dos quais 18 estavam disponíveis na base de dados da SciELO, seis na LILACS e um na MEDLINE. Após a definição da amostra, deu-se início a análise dos dados criteriosamente, coletando o máximo de informações possíveis para a construção dessa pesquisa.

Para a coleta de dados, utilizou-se um

instrumento de avaliação e coleta de dados, no qual foram extraídas as seguintes informações: título, periódico, base de dados e autor/ano, local de pesquisa (estado), os quais estão apresentados na Figura 1.

Na análise e interpretação desses dados, utilizou-se como parâmetros as etapas da análise de conteúdo propostas por Bardin, comparação e síntese dos dados científicos

que compreendem a amostra deste.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra constou de 25 produções científicas, publicadas em inglês (84%) e português (16%), dispostas na Figura 1, de acordo com o periódico, autor/ano e a região do Brasil onde o estudo foi desenvolvido.

Figura 1: Descrição dos estudos, segundo título, autor/ano, periódico, local e base de dados. Natal, RN, Brasil, 2015.

TÍTULO	AUTOR/ANO	PERIÓDICO	LOCAL	BASE DE DADOS
Características dos motociclistas envolvidos em acidentes entre motocicleta e automóvel	Oliveira et al. (2015)9	Revista da Associação Médica Brasileira	Bahia	SciELO
Mortalidade por acidentes de motocicleta no Brasil: análise de tendência temporal, 1996-2009	Martins et al.(2013)29	Revista Saúde Pública	Santa Catarina	SciELO
Acidentes com motociclistas: comparação entre os anos 1998 e 2010	Sant'Anna et al.(2013)12	Revista Saúde Pública	Paraná	SciELO
Via, homem e veículo: fatores de risco associados à gravidade dos acidentes de trânsito	Almeida et al.(2013)10	Revista Saúde Pública	Ceará	SciELO
Tendência de mortalidade por acidentes de motocicleta no estado de Pernambuco, no período de 1998 a 2009	Lima et al. (2013)28	Epidemiologia e Serviço de Saúde	Pernambuco	SciELO
Internações hospitalares por acidentes de moto no Vale do Paraíba	Nunes; Nascimento (2010)16	Revista da Associação Médica Brasileira	São Paulo	SciELO
Acidentes entre motocicletas: análise dos casos ocorridos no estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011	Golias; Caetano (2013) 21	Ciência & Saúde Coletiva	Paraná	SciELO
Acidentes de motocicleta no município de Rio Branco: caracterização e tendências	Rocha; Schor (2013)33	Ciência & Saúde Coletiva	Acre	SciELO
Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil na última década: tendência e aglomerados de risco	Morais et al.(2013)25	Ciência & Saúde Coletiva	Goiás	SciELO
Predictors of positive Blood Alcohol Concentration (BAC) in a sample of Brazilian drivers	Pechansky et al.(2012)15	Revista Brasileira de Psiquiatria	Rio Grande do Sul	SciELO
Acidentes de trabalho com mototaxistas	Amorim; Araújo(2012)18	Revista Brasileira de Epidemiologia	Bahia	SciELO
Tendência dos acidentes de trânsito em Campinas, São Paulo, Brasil: importância crescente dos motociclistas	Marín-León et al.(2012)17	Caderno de Saúde Pública	São Paulo	SciELO
Atendimentos por acidentes de transporte em serviços públicos de emergência em 23 capitais e no Distrito Federal - Brasil, 2009	Malta et al.(2012)26	Epidemiologia e Serviço de Saúde	Goiás	SciELO

Motociclistas de entrega: algumas características dos acidentes de trânsito na região sul do Brasil	Soares et al.(2012)19	Epidemiologia e Serviço de Saúde	Paraíba	SciELO
Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados	Bacchier; Barros (2011)30	Revista de Saúde Pública	Rio Grande do Sul	SciELO
Mortalidade de motociclistas em acidentes de transporte no Distrito Federal, 1996 a 2007	Montenegro et al. (2011)31	Revista de Saúde Pública	Brasília	SciELO
Estudo espacial da mortalidade por acidentes de motocicleta em Pernambuco	Silva et al.(2011)27	Revista de Saúde Pública	Pernambuco	SciELO
Levantamento epidemiológico dos acidentes motociclísticos atendidos em um Centro de Referência ao Trauma de Sergipe	Vieira et al.(2011)24	Revista Escola de Enfermagem USP	Sergipe	SciELO
Caracterização das vítimas de traumas por acidente com motocicleta internadas em um hospital público	Soares et al.(2015)5	Revista de Enfermagem da UERJ	Piauí	LILACS
Características das vítimas de acidentes motociclísticos atendidas em um centro de reabilitação de referência estadual do sul do Brasil	Schoeller et al. (2011)20	Acta Fisiátrica	Santa Catarina	LILACS
Características das vítimas de acidente de trânsito por meio da técnica da mineração de dados	Galvão; Marin (2010)11	J. Health Inform.	Mato Grosso	LILACS
Morbidade por acidentes de transporte entre jovens de Goiânia, Goiás	Caixeta et al. (2010)32	Ciência e Saúde Coletiva	Goiás	LILACS
Caracterização das ocorrências traumáticas atendidas pelo corpo de bombeiros do município de Itapiranga – SC	Welter et al.(2013)22	Revista Cuidado é Fundamental	Santa Catarina	LILACS
Lesões do aparelho locomotor nos acidentes com motocicleta	Debieux et al.(2010)14	Acta Ortopédica Brasileira	São Paulo	LILACS
The epidemiology of adult traumatic brachial plexus lesions in a large metropolis	Faglioni et al.(2013)23	Acta Neurocirúrgica	São Paulo	MEDLINE

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto ao periódico, observou-se grande diversificação, o que se justifica em parte pela grande relevância da temática. Entretanto, observou-se maior concentração de estudos publicados na Revista de Saúde Pública (24%), seguido da revista Ciência & Saúde Coletiva (16%) e da revista Epidemiologia e Serviço de Saúde (12%).

Em relação a origem das produções científicas, observou-se que a maior parte dos estudos era oriunda dos Estados da Região Sul do Brasil (32%), seguido de Estados da Região Nordeste (24%), Centro-Oeste



Credito: Projetoado por Can Stock Photo

(20%), Sudeste (16%) e Norte (8%). Relacionado ao ano de publicação no período estudado (2010-2015), observou-se que oito (28%) das publicações eram de 2013.

Quanto a origem dos dados e a forma de obtenção dos mesmos, observou-se que a maior parte dos pesquisadores utilizou informações disponíveis em bancos de dados eletrônicos (52,4%), dentre os quais destaca-se o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que foi utilizado em 9 (21.3%) pesquisas, conforme Figura 2, a seguir.

Figura 1: Descrição dos estudos, segundo título, autor/ano, periódico, local e base de dados. Natal, RN, Brasil, 2015.

FONTES	INSTRUMENTOS	N	%
Banco Eletrônico	Sistema de Informações de Acidentes de Trânsito-SIAT	1	2,4
	Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências-SIATE	1	2,4
	Inquérito Viva	1	2,4
	DATASUS	1	2,4
	Sistema de Informação Hospitalar- SIH	2	4,8
	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE	7	16,7
	Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM	9	21,3
Órgãos Governamentais	Secretaria Estadual de Justiça e Segurança Pública-SEJUSP	1	2,4
	Superintendência Municipal de Transporte e Trânsito-S-MTT	1	2,4
	Secretaria de Saúde e a Secretaria de Transporte- SE-TRANSP	1	2,4
	Departamento Estadual de Trânsito- DETRAN	2	4,8
Hospital de Referência	Entrevista	1	2,4
	Ficha de atendimento pré-hospitalar	2	4,8
	Prontuário	3	7,1
	Questionário	6	14,1
SAMU	Ficha de regulação Médica	1	2,4
	Boletim de Ocorrência	2	4,8
TOTAL		42	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Observou-se ainda que, a segunda maior fonte de dados para as pesquisas sobre acidentes foram os hospitais de referência para atendimento de emergências (28,6%), sendo o questionário o instrumento utilizado com maior frequência (14,1%). Assim, do total de 42 fontes de dados, as mais utilizadas foram o Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM⁹, Instituto Brasileiro

de Geografia e Estatística⁷ e questionários formulados pelos próprios pesquisadores⁶.

Posterior à análise dos artigos selecionados, foram nomeadas três categorias que evidenciam os principais achados desse estudo, quais sejam: Perfil das vítimas e fatores de risco, Gravidade das lesões e Índice de mortalidade.

Perfil das vítimas e fatores de risco

Na análise dos estudos obtidos nessa revisão, houve predomínio de artigos que abordam questões relacionadas ao perfil socioeconômico (idade, sexo, escolaridade, profissão) das vítimas de acidentes causados por motocicleta associada aos fatores de risco.

Quanto ao perfil, estudo⁹ realizado

com 100 acidentados em tratamento hospitalar no município de Belo Horizonte, houve predominância da cor mulata, do sexo masculino, acima de 20 anos de idade, com segundo grau completo e habilitação, além disso, apresentava o costume diário de utilizar a motocicleta como forma de transporte, ressaltando que a imprudência, representado pelo excesso de velocidade, foi a principal causa de acidente.

O excesso de velocidade em vias de jurisdição federal contribuiu também para o aumento da estatística de acidentes com motocicleta no município de Fortaleza, CE, que também se caracterizou por condutores não habilitados, no turno da madrugada e nos finais de semana (10). Enquanto que os meses do ano de prevalência corresponderam aos de abril (10,8%), junho (12,9%), setembro (11,5%) e novembro - 12,9%¹¹.

No aspecto do turno, este também pode ser prevalente no turno matutino, como apresentado em Londrina, PR, no entanto, apesar da redução de acidentes no final de semana como retrato, além do uso do capacete e ausência de hálito etílico por parte do condutor, a região sofreu um aumento relativo de acidentes por motocicletas (151,8% em 12 anos). Além disso, o estudo¹² aborda o aumento na proporção de acidentes envolvendo o sexo feminino acima de 35 anos de idade.

Relacionado aos equipamentos de proteção individual (EPI) do motociclista, o capacete foi o equipamento de proteção mais informado nas pesquisas, como apresentado no estudo realizado nos serviços públicos de emergência das 23 capitais brasileiras e no distrito federal, que identificou em 63,1% dos motociclistas que deram entrada nos hospitais fizeram uso do capacete, e em uma menor escala o uso de luvas, botas, roupas especiais ou todos os equipamentos^{13,14}.

Quanto ao consumo de bebida alcoólica, os estudos^{13,15} caracterizam-se por meio de suspeita ou através de declarações da própria vítima que informou se consumiu antes do acidente bebida alcoólica, como evidenciado no atendimento hospitalar onde 17,2% dos acidentes causados por motociclistas tiveram a presença do álcool

etílico. Os condutores que fizeram uso de álcool apresentaram também alcoolemia positiva no sangue nas últimas 6 horas anteriores ao evento, com destaque para o sexo masculino e faixa etária entre 36 anos de idade, quanto ao tipo de veículo, a motocicleta esteve em segundo lugar atrás apenas dos automóveis^{13,15}.

Numa menor perspectiva os estudos presentes na revisão correlacionam as atividades laborais como um fator de risco para os acidentes de trânsito, fato esse mais frequente em condutores que utilizam a motocicleta como instrumento de trabalho em vista os condutores de automóvel¹⁶.

Nesse campo, enquadram-se os mototaxistas, profissão informal que utiliza a moto como instrumento de trabalho e que representa 10,5% dos acidentes de trabalho, decorrentes de fadiga muscular nos membros superiores e inferiores. Por meio disso, ocasiona ao trabalhador o afastamento da profissão por um determinado período, além disso, a ausência de direito aos benefícios de proteção em caso de acidentes de trabalho, o condutor passa a depender financeiramente de um membro da família para manter o custo do tratamento adequado¹⁷⁻¹⁹.

Outro público que utiliza a moto como instrumento de trabalho são os motoboys, conhecidos também como motociclistas de entrega de mercadorias e, que muitas vezes, se configura como uma profissão informal, não conseguindo assim benefícios sociais da empresa ou da previdência social. Esta profissão requer agilidade do condutor, correndo assim muitas vezes contra o tempo e, conseqüentemente, sofrendo acidentes e apresentando reincidência em um período de 12 meses. Entre os fatores da reincidência à colisão (carro x moto, moto x moto, ônibus x moto, entre outros) é superior à quedas, podendo ocasionar no profissional da área o seu afastamento por tempo indeterminado²⁰.

No aspecto dos sistemas de informação para obtenção do perfil da vítima e dos fatores de risco, é enfatizada a necessidade de integrar diferentes bases de dados para se ter um melhor entendimento dos acidentes de trânsito da região devido à carência de um sistema que integre internação, declara-

O capacete foi o equipamento de proteção mais informado nas pesquisas, como apresentado no estudo realizado nos serviços públicos de emergência das 23 capitais brasileiras e no distrito federal, que identificou em 63,1% dos motociclistas que deram entrada nos hospitais fizeram uso do capacete.

ção de óbito e dados do condutor¹⁰.

Gravidade das lesões

Dos 25 estudos abordados na revisão, 11 evidenciaram as conseqüências decorrentes de acidentes com motocicleta, representados assim pela localização das lesões nas regiões do corpo e classificação da gravidade do acidente (leve, moderada e grave) sob o ponto de vista biomédico, ambas associadas ou não. Quanto à classificação das lesões, quatro estudos retrataram o predomínio de lesões leves em vítimas atendidas pelo serviço de saúde, enquanto um teve domínio do risco grave, conforme representado na Figura 3.

Figura 3: Distribuição dos estudos segundo a classificação da gravidade decorrente dos acidentes com motociclistas. Natal, RN, Brasil, 2015.

CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE	ARTIGOS Nº	%
Leve	4,8,15, 20	80
Moderada	-	-
Grave	21	20
TOTAL	5	100

Fonte: dados da pesquisa.

A classificação da gravidade das lesões pode variar conforme o conhecimento do usuário que presta socorro à vítima, como exemplo, o atendimento realizado por profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) que classificam a partir dos sinais gerais e a aparência externa da vítima, enquanto que para a população geral é relacionada à necessidade de socorro imediato, internação e possíveis incapacidades decorrente do acidente com motocicleta^{19,21}.

A gravidade das lesões quando relacionada ao tipo de colisão segue de uma escoriação (colisão moto-moto) até a evolução para fraturas, ferimentos com risco imediato de vida e mortes quando envolve a moto com outros veículos²¹.

Entre 1998 e 2010, o estado do Paraná registrou uma redução no APH de motociclistas traumatizados em acidentes de trânsito com escala de moderado/grave tanto para Escala de Coma de Glasgow - ECG (5,1% para 2,2%) como para Escala de Trauma Revisada - RTS (4,5% para 1,7%), contudo, apresentando aumento de ocorrências para a gravidade considerada leve tanto para ECG e ETR¹².

Característica essa evidenciada também durante o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no estado da Paraíba no ano de 2010, que ao fazer uso da Abbreviated Injury Scale (AIS), apresentou mais notificações para gravidade leve (64,3%) em relação à moderada (22,2%) e à grave - 13,5%¹³.

Vale ressaltar que as vítimas de acidentes motociclistas estão vulneráveis a ter lesões consideradas graves como os usuários atendidos no centro de reabilitação no sul do Brasil, em que 94,6% dos usuários em reabilitação tiveram amputação do membro inferior, seguido de traumatismo crânio encefálico e traumatismo raquimedular²⁰.

Quanto à lesão, observa-se através da análise dos artigos a subdivisão conforme as regiões corporais, representada por cabeça/pescoço, membros superiores/inferiores (MMSS/MMII), face, tórax, abdome ou conteúdos pélvicos e superfície externa. Por meio da Figura 4, logo abaixo, é possível verificar as regiões corpóreas atingidas e o número do artigo que aborda a problemática.

Figura 4: Distribuição dos estudos segundo a descrição das regiões corpóreas afetadas em vítimas de acidentes com motociclistas. Natal, RN, Brasil, 2015.

Regiões Corpóreas	Artigo Nº	%
Cabeça- Pescoço	3,15,19	37,5%
MMSS*/MMII**	7,12,14,21,25	62, 5%
Face	-	-
Tórax	-	-
Abdome ou conteúdo pélvico	-	-
Total	8	100,0%

Nota: (*) Membros superiores; (**) Membros inferiores

Fonte: dados da pesquisa.

Ao realizar a assistência inicial às vítimas de acidentes automobilísticos, a SAMU e o Corpo de Bombeiros de Santa Catarina, durante o atendimento às vítimas de acidente com motocicleta, contabilizaram em 67% a incidência de lesões nas regiões dos MMII, seguida pelos MMSS (33%), decorrentes da ausência de proteção física do

veículo e de EPI(22).

O Departamento de Ortopedia e Traumatologia, entre os anos de 2001 e 2002, atendeu vítimas de acidente com motocicleta cujo segmento corporal atingindo prevaleceu nos MMII com 532 casos (53,9%), seguido dos MMSS 396 (41,1%), frequentemente associado ao índice de ve-

locidade entre 40-60 Km/h(14).

Enquanto que o departamento de neurocirurgia da Universidade de São Paulo (USP), no ano 2004 a 2012, analisou que 79% das lesões decorrentes de acidentes com motocicletas ocorreram em região dos MMSS (plexo braquial) associadas à outras lesões na região da cabeça - 34,2%(23).

Dando assim, o mesmo seguimento ao SAMU de João Pessoa, que no ano de 2010, atendeu 62,5% de vítimas com lesões nos MMSS e MMII, seguidas pela região da cabeça e pescoço (15,9%), ambas decorrentes de acidentes com motocicleta¹³.

A ausência de EPI pode ser evidenciada também no centro de Trauma do Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho, que contabilizou um maior número de lesões na região da cabeça, face e pescoço (n=324) em relação aos membros e pelve, com 230 casos²⁴.

Observa-se que no período de 2001 a 2012, os estudos atenderam vítimas com prevalência de lesões nas regiões corpóreas dos MMSS, MMII e cabeça/pescoço, e os demais segmentos do corpo humano (face, tórax, abdome ou conteúdos pélvicos, e superfície externa) presentes numa menor escala, podendo estar relacionados à ausência de EPI, como também ao excesso de velocidade e o tipo de colisão sofrida pelo motociclista.

Índice de mortalidade

Relacionado ao índice de mortalidade no Brasil causado por acidentes de trânsito, houve redução de óbitos envolvendo pedestres e uma tendência ascendente de mortes de ocupantes de veículos e ocupantes de motocicleta entre 2000 e 2010²⁵.

De cada mil acidentes que envolveram motocicleta em 2008, houve 7,1 óbitos de motociclista para cada óbito de ocupante de automóvel, enquanto que para cada atropelamento fatal de pedestre por veículos, 6,7 dos óbitos eram causados por motociclistas²⁶.

Relacionado à natureza do óbito causada por motocicletas, o Distrito Federal verificou uma maior incidência relacionada à colisão (39,7%) com outro veículo de grande porte, como automóvel, caminhonete e picape, seguida por acidentes sem colisão - 35,7%²⁷.

Em relação ao perfil da vítima, houve predomínio do sexo masculino (94,3%), parda (71,0%), solteira (68,1%), faixa etária entre 20 e 39 anos (73,8%) e escolaridade entre quatro e 11 anos de estudo - 54,8%²⁷. Em relação ao sexo, observa-se uma sobre



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

mortalidade do sexo masculino quando na função de ocupantes de veículos em relação ao sexo feminino, estatisticamente, de cada 10 óbitos do sexo masculino um correspondia ao sexo oposto^{26,28}.

Em um período de 13 anos (1996-2009), a taxa de mortes causada por motocicletas envolvendo condutores e passageiros aumentou em 800%, com destaque para os municípios de pequeno porte populacional do Norte e Nordeste brasileiro em relação ao Sudeste^{29,25,30}.

Apesar da existência de poucas produções presentes nesta revisão direcionada à região amazônica e ao Nordeste brasileiro, o estado de Pernambuco verificou uma maior incidência de óbitos causados por motocicletas nas regiões de desenvolvimento do sertão e subáreas do agreste pernambucano, apresentando um conglomerado em regiões fora do eixo metropolitano²⁴.

bucano, apresentando um conglomerado em regiões fora do eixo metropolitano²⁴.

Outro estudo³¹ retrata que, apesar da Implementação do código de Trânsito Brasileiro no ano de 1998, o índice de mortes de motociclistas para cada 100 mil habitantes até o ano de 2008 aumentou de 3% para 23%.

Necessitando assim que o Código Brasileiro de Trânsito aprimorasse questões referentes ao processo educativo de jovens e fiscalização das habilitações dos condutores, uso de álcool e capacete³².

Como instrumento para verificação do índice de mortalidade, os estudos abordados nesta revisão de literatura utilizaram o SIM como fonte para contabilizar os óbitos referentes ao uso da motocicleta, no entanto, este foi retratado negativamente

por alguns autores por apresentar demora na alimentação dos dados no banco de informação referente a temática e a existência de uma baixa cobertura, optando assim por outros sistemas com notificação atualizada como o DETRAN^{21,25,33}.

CONCLUSÃO

A produção científica brasileira nos últimos 05 anos revelou que o perfil dos brasileiros que sofreram acidentes com motocicletas ainda é representado por homens em idade fértil, apresentando como fator de risco o excesso de velocidade e alcoolemia positiva. Quanto à gravidade da lesão, os estudos retrataram a prevalência de escoriações e fraturas nos membros inferiores, le-

vando em grande parte a uma dependência temporária do indivíduo e necessidade de maior tempo de hospitalização.

Outro ponto comum nas publicações faz referência aos instrumentos utilizados como fonte de pesquisa, cuja preferência se faz pelos bancos de dados eletrônicos frente ao contato direto com a vítima de acidente com moto, apresentando assim, dificuldades para a realização dos estudos completo e atualizado. Por meio disso, se faz necessário a identificação de possíveis lacunas existentes nos sistemas de obtenção dos dados como forma de aperfeiçoar a realização de pesquisas na temática, além do estímulo de pesquisas que tenham o contato direto com a vítima para avaliação das consequências

do acidente com motocicleta a longo prazo.

Além disso, é de relevante importância o desenvolvimento de estudos que evidenciem, não apenas o sexo e a idade daquele que sofreu o acidente com moto, mas também questões referentes à cor, profissão, dados socioeconômicos, além do trajeto realizado pelas vítimas de acidentes com motocicleta, fato esse referenciado em menor escala pelos autores.

Por fim, conclui-se que há necessidade de ações de promoção à saúde voltadas para as causas externas, em especial aos motociclistas, na tentativa de reduzir ocorrências de incapacidade do indivíduo, bem como de óbitos do condutor, de passageiros e pedestres. ■

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2011 e 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [Internet] [cited 2017 set 3]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/14/viva-2011-2012-2jun16-isbn-finalissimo.pdf>
2. d'Avila S, Campos AC, Cavalcante GS, Silva CJP, Nóbrega LM, Ferreira EF. Caracterização de vítimas de agressão e de acidentes de transporte atendidas no Instituto de Medicina e Odontologia Forense - Campina Grande, Paraíba, Brasil - 2010. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 [cited 2015 Ago 09]; 20(3):887-894. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000300887&lng=en.
3. Wailselfisz JJ. Mapa da Violência 2013: Acidentes de Trânsito e Motocicletas. 2.ed. Rio de Janeiro: Cebela [Internet]. 2013 [cited 2015 jun 13]. Available from: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_transito.pdf
4. Organização Mundial da Saúde. Prevenção de lesões causadas pelo trânsito: Manual de treinamento. Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. 2011 [cited 2015 jun 28]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_le-sao_causadas_transito.pdf
5. Soares LSS, Sousa DACM, Machado ALG, Silva GRF. Caracterização das vítimas de traumas por acidente com motocicleta internadas em um hospital público. Rev enferm UERJ [Internet]. 2014 [cited 2015 ago 15]; 23(1):115-121. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-762106>
6. Andrade SM, Soares DA. Bases da Saúde Coletiva. Londrina, PR: Abrasco 2001.
7. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2008 Dec [cited 201 ago 11]; 17(4):758-764. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en
9. Oliveira AL, Petroianu A, Gonçalves DMV, Pereira GA, Alberti LR. Characteristics of motorcyclists involved in accidents between motorcycles and automobiles. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2015 Feb [cited 2015 ago 11]; 61(1):61-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302015000100017&lng=en
10. Almeida RLF, Bezerra FJG, Braga JU, Magalhaes FB, Macedo MCM, Silva KA. Via, homem e veículo: fatores de risco associados a gravidade dos acidentes de trânsito. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2013 Aug [cited 2015 jun 18]; 47(4):718-731. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102013000400718&lng=en.
11. Galvão ND, Marin HF. Características das vítimas de acidente de trânsito por meio da técnica da mineração de dados. J. Health Inform [Internet]. 2010 dez [cited 2015 jun 3]; 2(4):102-107. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=581019&indexSearch=ID>
12. Sant'anna FL, Andrade SM, Sant'anna FHM, Liberatti CLB. Acidentes com motociclistas: comparação entre os anos 1998 e 2010. Londrina, PR, Brasil. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2013 June [cited 2015 jun 11]; 47(3):607-615. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102013000300607&lng=en.
13. Soares RAS, Pereira APJT, Moraes RM, Vianna RPT. Caracterização das vítimas de

- acidentes de trânsito atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Município de João Pessoa, Estado da Paraíba, Brasil, em 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2012 Dez [cited 2015 jun 7]; 21(4):589-600. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742012000400008&lng=pt.
14. Debieux P, Chertman C, Mansur NSB, Dobashi E, Fernandes HJA. Lesões do aparelho locomotor nos acidentes com motocicleta. *Acta ortop. Bras* [Internet]. 2010 [cited 2015 jun 15]; 18(6):353-356. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=570539&indexSearch=ID>
15. Pechansky F, Duarte PCAV, Boni R, Leukefeld CG, Diemen L, Bumaguin DB, et al. Predictors of positive Blood Alcohol Concentration (BAC) in a sample of Brazilian drivers. *Rev. Bras. Psiquiatr* [Internet]. 2012 Oct [cited 2015 jun 12]; 34(3):277-285. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000300007&lng=en.
16. Nunes MN, Nascimento LFC. Internações hospitalares por acidentes de moto no Vale do Paraíba. *Rev. Assoc. Med. Bras* [Internet]. 2010 [cited 2015 jun 12]; 56(6):684-687. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000600018&lng=en.
17. Marín-León L, Belon AP, Barros MBA, Almeida SDM, Restitutti MC. Tendência dos acidentes de trânsito em Campinas, São Paulo, Brasil: importância crescente dos motociclistas. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 Jan [cited 2015 ago 12]; 28(1):39-51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100005&lng=en.
18. Amorim CR, Araújo EM, Araújo TM, Oliveira NS. Acidentes de trabalho com mototaxistas. *Rev. bras. Epidemiol* [Internet]. 2012 Mar [cited 2015 ago 13]; 15(1):25-37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790-2012000100003X&lng=en.
19. Soares DFPP, Mathias TAF, Silva DW, Andrade SM. Motociclistas de entrega: algumas características dos acidentes de trânsito na região sul do Brasil. *Rev. bras. Epidemiol* [Internet]. 2011 Sep [cited 2015 ago 12]; 14(3):435-444. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2011000300008&lng=en.
20. Schoeller SD, Bonetti A, Silva GA, Rocha A, Gelbcke FL, Lima F, et al. Características das vítimas de acidentes motociclísticos atendidas em um centro de reabilitação de referência estadual do sul do Brasil. *Acta Fisiátrica* [Internet]. 2011 set [cited 2015 jun 20]; 18(3):141-145. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=663388&indexSearch=ID>
21. Golias ARC, Caetano R. Acidentes entre motocicletas: análise dos casos ocorridos no estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 May [cited 2015 jun 23]; 18(5):1235-1246. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000500008&lng=en.
22. Welter DS, Frigo J, Busnello G, Kolhs M. Caracterização das ocorrências traumáticas atendidas pelo corpo de bombeiros do município de Itaipiranga – SC. *R. pesq.:cuid. Fundam* [Internet] 2013 jun [cited 2015 ago 20]; 5(2):620-3625. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=672239&indexSearch=ID>
23. Faglioni WJ, Siqueira MG, Martins RS, Heise CO, Foroni L. The epidemiology of adult traumatic brachial plexus lesions in a large metropolis. *Acta Neurocirurgica* [Internet]. 2013 dez [cited 2015 ago 20]; 156(5):1025-1028. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24318512>
24. Vieira RCA, Hora EC, Oliveira DV, Vaez AC. Levantamento epidemiológico dos acidentes motociclísticos atendidos em um Centro de Referência ao Trauma de Sergipe. *Rev. esc. enferm. US* [Internet]. 2011 Dec [cited 2015 jun 12]; 45(6):1359-1363. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000600012&lng=en.
25. Morais Neto OL, Montenegro MMS, Monteiro RA, Siqueira Júnio JB, Silva MMA, Lima CM, et al. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil na última década: tendência e aglomerados de risco. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Sep [cited 2015 jun 12]; 17(9):2223-2236. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000900002&lng=en.
26. Malta DC, Bernal RTI, Mascarenhas MDM, Monteiro RA, Sá NNB, Andrade SSSA, et al. Atendimentos por acidentes de transporte em serviços públicos de emergência em 23 capitais e no Distrito Federal - Brasil, 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2012 Mar [cited 2015 ago 12]; 21(1):31-42. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742012000100004&lng=pt.
27. Silva PHNV, Lima MLC, Moreira RS, Souza WV, Cabral APS. Estudo espacial da mortalidade por acidentes de motocicleta em Pernambuco. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Apr [cited 2017 ago 20]; 45(2):409-415. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000200020&lng=en.
28. Lima MLC, Cesse EAP, Abath MB, Júnior FJMO. Tendência de mortalidade por acidentes de motocicleta no estado de Pernambuco, no período de 1998 a 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2013 Sep [cited 2015 jun 12]; 22(3):395-402. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742013000300004&lng=es.
29. Martins, ET, Boing, AF, PERES MA. Mortalidade por acidentes de motocicleta no Brasil: análise de tendência temporal, 1996-2009. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2013 Oct [cited 2015 jun 20]; 47(5):931-941. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034891020130005000931&lng=en.
30. Bacchieri G, Barros AJD. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Oct [cited 2015 jun 12]; 45(5):949-963. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000500017&lng=en.
31. Montenegro MMS, Duarte EC, Prado RR, Nascimento AF. Mortalidade de motociclistas em acidentes de transporte no Distrito Federal, 1996 a 2007. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2011 June [cited 2015 ago 12]; 45(3):529-538. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000300011&lng=en.
32. Caixeta CR, Minamisava R, Oliveira LMAC, Brasil VV. Morbidade por acidentes de transporte entre jovens de Goiânia, Goiás. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 jul [cited 2015 ago 20]; 15(4):2075-2084. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=554558&indexSearch=ID>
33. Rocha GS, Schor N. Acidentes de motocicleta no município de Rio Branco: caracterização e tendências. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Mar [cited 2015 ago 20]; 18(3):721-731. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000300018&lng=en.

Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca

RESUMO

Objetiva-se descrever a associação entre a capacidade funcional e a qualidade de vida de pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica atendidos em ambulatório especializado. Estudo transversal, realizado em um hospital especializado em Cardiologia. Foram utilizados dados de 51 pacientes cadastrados em banco de dados pertencente ao ambulatório de consultas de enfermagem. Para avaliar as limitações referentes a capacidade funcional foi utilizada a classe funcional de NYHA, assim como para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o instrumento Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). Os resultados do estudo apontaram que a classe funcional de NYHA III foi a mais prevalente (43,5%) e a média dos escores do questionário de qualidade de vida do Minnesota foi de 18,5. Quando associados os escores do MLHFQ com as classes funcionais de NYHA, a classe III apresentou significância estatística (p valor= 0,001). Conclui-se que quanto maior capacidade funcional, mais altos os escores do MLHFQ, indicando piora na qualidade de vida. No entanto, a dimensão referente a parte física do MLHFQ não foi abordada separadamente neste estudo. A partir dessas limitações, sugere-se a realização de novos estudos com amostras maiores e a diversificação de cenários para avaliar as respostas de forma mais ampla.

DESCRIPTORIOS: insuficiência cardíaca; tolerância ao exercício; qualidade de vida.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the association between functional capacity and quality of life of patients with Chronic Heart Failure attended at a specialized outpatient clinic. This is a cross-sectional study, carried out in a hospital specialized in cardiology. We used data from 51 patients enrolled in a database belonging to the nursing consultation outpatient clinic. To assess the functional capacity limitations, NYHA functional class was used as well as to evaluate the quality of life of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). The results of the study indicated that NYHA III functional class was the most prevalent (43.5%) and the mean scores of the Minnesota quality of life questionnaire were 18.5. When the MLHFQ scores were associated with the NYHA functional classes, class III presented statistical significance (p value = 0.001). It was concluded that the higher the functional capacity, the higher the MLHFQ scores, indicating a worsening of the quality of life. However, the dimension regarding the physical part of the MLHFQ was not addressed separately in this study. From these limitations it is suggested to carry out new studies with larger samples and the diversification of scenarios to evaluate responses in a broader way.

DESCRIPTORS: heart failure; exercise tolerance; quality of life.

RESUMEN

Se pretende describir la asociación entre la capacidad funcional y la calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica atendidos en ambulatorio especializado. Estudio transversal, realizado en un hospital especializado en cardiología. Se utilizaron datos de 51 pacientes catastrados en banco de datos perteneciente al ambulatorio de consultas de enfermería. Para evaluar las limitaciones referentes a la capacidad funcional se utilizó la clase funcional de NYHA, así como para evaluar la calidad de vida se utilizó el instrumento Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). Los resultados del estudio apuntaron que la clase funcional de NYHA III fue la más prevalente (43,5%) y la media de las puntuaciones del cuestionario de calidad de vida de Minnesota fue de 18,5. Cuando se asociaron los escores del MLHFQ con las clases funcionales de NYHA, la clase III presentó significancia estadística (p valor = 0,001). Se concluye que cuanto mayor capacidad funcional, más altos los escores del MLHFQ, indicando empeoramiento en la calidad de vida. Sin embargo, la dimensión referente a la parte física del MLHFQ no fue abordada separadamente en este estudio. A partir de esas limitaciones se sugiere la realización de nuevos estudios con muestras mayores y la diversificación de escenarios para evaluar las respuestas de forma más amplia.

DESCRIPTORIOS: insuficiencia cardíaca; tolerancia al ejercicio; calidad de vida.

Bruna Lins Rocha de Padua

Enfermeira. Bolsista CAPES de mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) - Universidade Federal Fluminense (UFF), RJ, Brasil.

Tereza Cristina Felipe Guimarães

Enfermeira. Professora permanente do Curso de Mestrado profissional em Ciências Cardiovasculares do Instituto Nacional de Cardiologia (MS), RJ, Brasil. Coordenadora de pesquisa operacional do Instituto Nacional de Cardiologia (MS), RJ, Brasil.

Viviani Christini da Silva Lima

Enfermeira. Mestre em Ciências Cardiovasculares pelo Instituto Nacional de Cardiologia (MS), RJ, Brasil.

Juliana de Melo Vellozo Pereira

Enfermeira. Mestre em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal Fluminense (UFF), RJ, Brasil. Doutoranda do Programa Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal Fluminense (UFF), RJ, Brasil.

Paula Vanessa Peclat Flores

Enfermeira. Doutora em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal Fluminense (UFF), RJ, Brasil. Professora adjunta II do Departamento de enfermagem Médico Cirúrgico (MEM) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF), RJ, Brasil.

Ana Carla Dantas Cavalcanti

Enfermeira. Professora Associada III do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração (MFE) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Docente Permanente do Programa de Pós-graduação em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS) e do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA) da UFF. Docente colaboradora externa do Programa de Pós-graduação em Ciências Cardiovasculares da UFF. Líder do Grupo de Estudos de Sistematização da Assistência de Enfermagem da UFF (GESAE_UFF). Coordenadora da Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente.

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome crônica e progressiva que ocasiona constantes visitas hospitalares (associadas ou não à internações), redução da qualidade de vida, risco de mortalidade precoce e, é capaz de gerar altos custos para o sistema de saúde¹. Entre outubro de 2017 e outubro de 2018, foram computadas 216.857 internações, 24.154 óbitos e R\$ 332.590.767,67 de valor de serviços hospitalares, tornando esta doença um grave problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo².

De caráter sistêmico, é definida como disfunção cardíaca que resulta em suprimento sanguíneo inadequado para atender necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento². Tem como característica um conjunto de sinais e sintomas de congestão pulmonar e sistêmica, caracterizada como o último estágio de todas as doenças cardiovasculares^{3,4}, ocasionando assim uma série de restrições nos aspectos físicos, mentais e sociais, podendo levar a limitações dos seus portadores quanto a realização das atividades de vida diária, bem como o comprometimento na satisfação do bem-estar e da

qualidade de vida⁵.

A qualidade de vida engloba um conjunto de várias dimensões e consiste na percepção que o indivíduo tem da sua vida, dentro do contexto cultural, seus valores e sentimentos, expectativas e necessidades, indo além das dimensões físicas, mentais, sociais e bem-estar em relação ao ambiente em que se vive⁶.

Em pacientes com a qualidade de vida afetada, podem estar presentes sintomas emocionais, destacando-se o medo, a insegurança e a tristeza. São ainda descritos déficits de memória, de atenção e diminuição do equilíbrio, predispondo a quedas. Entre os sintomas físicos, destacam-se a fadiga e a dispneia⁵.

Para avaliar a capacidade funcional, a classificação da New York Heart Association (NYHA) é subdividida em quatro classes que estratificam a limitação a atividades de vida cotidianas, tais como: Classe I - ausência de sintomas (dispneia) durante atividades cotidianas; Classe II - sintomas desencadeados por atividades cotidianas; Classe III - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços e Classe IV - sintomas em repouso¹.

Por estes motivos, a IC é responsável

por acarretar incapacidade e limitações na realização de atividades físicas, e as mudanças no estilo de vida impostas pela doença, havendo a necessidade de estudos que abordem os aspectos físicos, mentais e sociais. Questiona-se acerca da interferência da capacidade funcional na qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca. Para tal, o objetivo deste estudo foi descrever a associação entre a capacidade funcional e a qualidade de vida de pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica atendidos em ambulatório especializado.

METODOLOGIA

Estudo transversal realizado a partir da avaliação do banco de dados de um ambulatório vinculado ao setor de Miocardiopatia e Transplante Cardíaco de um hospital federal especializado em Cardiologia, localizado no Município do Rio de Janeiro/RJ - Brasil. Este ambulatório funciona com atendimento de uma equipe multidisciplinar que acompanha pacientes após a alta hospitalar com intuito de fornecer tratamento não farmacológico e monitorar sinais de descompensação. Estes são convidados a participar deste ambulatório no momento da alta e a sua inclusão ocorre por demanda espontânea. Os dados foram cole-

tados dos registros das consultas realizadas no período de fevereiro de 2015 a fevereiro de 2016.

Foram incluídos neste estudo os registros de todos os pacientes (N=51) com IC crônica, com idade superior a 18 anos, que passaram por no mínimo uma consulta de enfermagem. Foram excluídos cinco registros da amostra por estarem incompletos.

Foi utilizado o banco de dados digitalizado contendo registros de identificação, dados clínicos e sociodemográficos, dados antropométricos, história de doença progressa, história de doença atual, conhecimento da doença, queixas e sinais vitais.

Foram selecionadas as seguintes variáveis para o estudo: sexo, idade, escolaridade, etiologia da doença, tempo de diagnóstico, tempo de tratamento, comorbidades, principais queixas, sinais vitais, classe funcional (CF) segundo a NYHA e os escores de qualidade de vida do Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). Este questionário é validado para uso no

Brasil e tem sido amplamente utilizado nas pesquisas sobre a temática⁷.

Essas variáveis foram armazenadas e organizadas em nova planilha utilizando os programas Microsoft Excel 2007 para posterior análise estatística dos dados. Utilizou-se para análise o software Statistical Package of Social Sciences (SPSS) versão 16.0, Chicago/IL - USA. A análise descritiva apresentou a distribuição das frequências e cálculos das médias, medianas e desvio padrão. Para a análise da normalidade da distribuição foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov e para certificação desses dados foram utilizados o Qui-quadrado, Teste t Student. Por apresentarem distribuição não normal, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis a fim de correlacionar possíveis variáveis significativas para o estudo. Considerou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Este estudo apresenta aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

(CEP/UFRJ) e da instituição acolhedora, registrado sob o protocolo CAAE 53444616.8.3001.5272, obedecendo assim, À Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na Resolução n.º466/12.

RESULTADOS

As características sociodemográficas e clínicas dos 46 sujeitos estão descritas na Tabela 1. Foi predominante na amostra: o sexo masculino 30(65,2%), média de $49 \pm 11,6$ anos, escolaridade com ensino médio completo 18(39,1%). O fator etiológico mais frequente foi a doença hipertensiva 15(32,6%). A comorbidade mais frequente foi Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 24(52,2%) e as queixas mais frequentes foram cansaço, palpitação, nictúria, edema de membros inferiores e fadiga. A maioria dos pacientes encontravam-se na CF II 14(30,4%) ou III 20(43,5%), segundo a NYHA. A mediana da qualidade de vida, por meio do MLHFQ, foi de 18,5, indicando que o problema cardíaco afeta

Figura 4: Distribuição dos estudos segundo a descrição das regiões corpóreas afetadas em vítimas de acidentes com motociclistas. Natal, RN, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	N=46	P-VALOR*
Idade (anos)	49,0 ± 11,6	0,654
Sexo, masculino	30 (65,2%)	-
Escolaridade		
Fundamental incompleto	15 (32,6%)	-
Médio completo	18 (39,1%)	-
Etiologia da IC		
Hipertensiva	15 (32,6%)	-
Isquêmica	11 (23,9%)	-
Desconhecida	11 (23,9%)	-
Comorbidades		
Hipertensão arterial	24 (52,2%)	-
Diabetes mellitus	12 (26,1%)	-
Obesidade	14 (30,4%)	-
Insuficiência Renal	4 (8,7%)	-
Queixas		
Cansaço	19	-
Palpitação	11	-
Nictúria	11	-
Edema de MMII	5	-
Fadiga	4	-
Classe funcional (NYHA)		
I	12 (26,1%)	-
II	14 (30,4%)	-
III	20 (43,5%)	-

Score da Qualidade de Vida (Minnesota)	18,5 (0 – 40,25)	0,0001
Sinais vitais		
Pressão arterial sistólica	120 (100 – 140)	0,008
Pressão arterial diastólica	77,5 (70 – 90)	0,003
Frequência Cardíaca	69 (65 – 74,7)	0,001
Frequência Respiratória	19 (18 – 21)	0,0001

Nota: *Teste Kolmogorov-Smirnov.

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 2. Relação entre as Classes Funcionais de NYHA e os Escores de Qualidade de Vida do Minnesota. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016.

CLASSE FUNCIONAL	ESCORE DE QUALIDADE DE VIDA	P-VALOR*
I	11,83	-
II	23,96	-
III	38,18	0,001

Nota: *Teste Kolmogorov-Smirnov.

Fonte: dados da pesquisa.

pouco a qualidade de vida destes pacientes.

Para correlacionar a classe funcional de NYHA com os escores de qualidade de vida foi escolhido o teste de Kruskal Wallis devido a não normalidade na distribuição das amostras, cuja os resultados são apresentados na Tabela 2.

Através da análise pelo teste Kruskal Wallis, foi possível associar as Classes Funcionais de NYHA com os Escores de Qualidade de Vida (QV) do Minnesota, demonstrando a forte relação de quanto maior a classe funcional maior escore de QV. Além disso, a classe funcional de NYHA III, quando correlacionada com os Escores de QV, demonstrou relação estatisticamente significativa na amostra, com p-valor de 0,001.

DISCUSSÃO

Os sujeitos do estudo apresentaram média de idade de 49, $\pm 11,6$ anos, considerada baixa quando comparada a outros estudos com médias de 64 anos⁸ e com a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca¹, que refere média de 60 anos de acordo com o quantitativo de hospitalizações. Esse fato pode estar relacionado aos pacientes serem ambulatoriais e, além disso, estarem procurando o serviço de saúde mais precocemente.

Houve predomínio do sexo masculino na amostra de pacientes, estando relacionado ao fato da IC ser mais prevalente nesta popula-

ção. Isto também aproxima os resultados aqui encontrados de outras pesquisas com amostra de pacientes ambulatoriais⁽⁹⁾, embora existam estudos atuais demonstrando amostras de pacientes com incidência alta da IC no sexo feminino⁸.

A variável escolaridade demonstrou que a maioria apresenta ensino médio completo, uma taxa maior que a encontrada em outros estudos^{10,11}. Salienta-se que a baixa escolaridade poderia ocasionar baixa adesão ao tratamento e reinternações.

Com relação à etiologia da IC, a hipertensiva foi a mais prevalente, divergindo de outros estudos que trazem como etiologia de maior prevalência a doença isquêmica^{11,12}.

Dentre as comorbidades apresentadas, a HAS prevaleceu em 24 pacientes, seguida da obesidade e Diabetes Mellitus. São consideradas as mais comuns e fatores de risco para a IC(1) e presente em diversos estudos¹⁰⁻¹².

O sintoma mais frequente nos pacientes da amostra foi o cansaço. Estudos indicam que um dos principais sintomas apresentados pelo paciente com IC é o cansaço aos esforços, que é determinante na limitação para realização das atividades da vida diária¹³. O funcionamento dos músculos envolvidos no processo de respiração pode estar afetado na presença da IC, e se este for o caso, os pacientes podem apresentar fraqueza e dificuldade para respirar em diversas

situações^{3,4}.

A prevalência da Classe Funcional de NYHA III se aproxima com resultados de um outro estudo em que destacou-se que a maioria dos pacientes internados em unidades de internação apresentavam classe funcional III - 52,2%¹³. Esse dado traz preocupação, visto que a amostra de pacientes desse estudo é de nível ambulatorial.

O aumento da prevalência da IC e o mau prognóstico associado a doença têm impulsionado investigação sobre o seu impacto na saúde relacionados com a qualidade de vida. Alguns autores afirmam que a IC é uma das mais importantes doenças crônicas que afetam a qualidade de vida e que vários indicadores clínicos são usados para monitorar a evolução do estado funcional e as mudanças nas percepções dos pacientes, como por exemplo NYHA e o MLHFQ^{13,15}.

Neste estudo não foi avaliado os escores individuais e/ou os equivalentes as dimensões físicas do questionário de Minnesota, impossibilitando estudar mais a fundo seus impactos com as classes funcionais de NYHA. Porém, quando relacionados os escores finais de Qualidade de Vida do Minnesota com as Classes Funcionais de NYHA, foi apresentada significância estatística entre a classe funcional de NYHA III que apresentaram escores maiores do que as outras classes. Esses dados eviden-

As principais queixas dos pacientes com IC são aquelas relacionadas às limitações físicas (Tabela 1), podendo estas atuar com grande impacto na vida laboral e nos aspectos socioeconômicos.

ciam que quanto maior a classe funcional, maior são os valores dos escores do Minnesota, solidificando uma pior qualidade de vida.

Um estudo transversal descritivo, realizado em uma instituição hospitalar com 24

pacientes, analisou as informações clínicas de pacientes com IC e estratificou as respostas do Minnesota demonstrando que as respostas das questões referentes às dimensões físicas foram as mais afetadas, com os maiores escores e que houve maior percepção da doença pela amostra de pacientes. Além disso, demonstrou significância estatística na relação entre as classes funcionais e os escores de dimensão física do questionário de QV¹⁶.

A média dos escores de QV encontrada nesse estudo foi de 18,5, variando entre 0 e 40. Observa-se que o questionário de Minnesota apresenta 21 questões, que quando somados os seus valores de respostas, podem obter escores que variam de 0 a 105. No entanto, não existe uma proposta de estratificação que indique qual escore é relativo a pior, mediana ou melhor qualidade de vida para o paciente.

As principais queixas dos pacientes com IC são aquelas relacionadas às limitações físicas (Tabela 1), podendo estas atuar com grande impacto na vida laboral e nos aspectos socioeconômicos. No entanto, o questionário de Minnesota não contempla a ocorrência dos sintomas, mas o impacto destes na qualidade de vida e, nesse estudo, não foram abordados

separadamente cada dimensão do Minnesota, apenas foi utilizado os escores totais. Desta forma, não foi possível avaliar se os fatores que interferiram em pior qualidade de vida foram aqueles relacionados as dimensões físicas. Saber a dimensão afetada no Minnesota nos direcionaria a cuidados mais específicos.

O consenso atual deve considerar a qualidade de vida sob um enfoque multidimensional, no qual se incluem as condições: de saúde física, o repouso, as funções cognitivas, a satisfação sexual, o comunicar-se, o alimentar-se, a reserva energética, a presença/ausência de dor, o comportamento emocional, o lazer, o trabalho, e a vida familiar e social¹⁶. Fatores psicológicos, como o medo e a ansiedade, relacionados ao estado de saúde alterado, que podem levar a pessoa a momentos de introspecção e depressão. Portanto, o paciente tende a diminuir todas as suas atividades cotidianas, acarretando em piora da qualidade de vida¹².

O resultado da avaliação funcional é uma medida das habilidades para realização de tarefas específicas sem significante limitação física e, mais recentemente, vem emergindo como um componente-chave para a avaliação da saúde dessa população. Por outro lado, a qualidade de vida relacionada à saúde é um conceito que reflete a discrepância entre a percepção do paciente em relação ao seu estado de saúde atual daquele esperado, ou seja, a qualidade de vida relacionada à saúde é melhor avaliada quando há maior concordância entre a percepção do paciente de sua saúde atual e a esperada¹².

Uma vez que, o aumento da Classe Funcional de NYHA pode interferir diretamente na QV¹⁷, sugere-se investigações sobre como os pacientes estão lidando com o processo de doença.

CONCLUSÃO

O estudo descreveu que existe associação da capacidade funcional III, que representa pacientes com sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços, com menor qualidade de vida.

Reconhecer a associação da capacidade funcional com a qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca, proporciona aos profissionais de saúde mais uma forma de avaliar e propor intervenções em busca de me-



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

lhores condições de vida para estes pacientes.

Durante o processo de formação dos profissionais de saúde, faz-se importante que a academia proporcione uma visão ampla do paciente, estimulando um cuidado que vise melhor qualidade de vida aos pacientes, instigando acadêmicos a reconhecer quais fatores podem estar

associados a esta melhora. Esta diáde clínica X academia, promove impactos diretos nos pacientes e, conseqüentemente, na sociedade.

O estudo limita-se pelo tamanho da amostra que, apesar de constituir todos os registros de prontuários do ambulatório de Miocardiopatia e Transplante Cardíaco, não representa

dados que possam ser generalizados. Além do mais, os dados apresentados apresentam risco de viés devido a maior parte da amostra se concentrar na classe funcional NYHA III.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados com amostras maiores para verificar se esta associação é representativa da população. ■

REFERÊNCIAS

- Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque D, Rassi S, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda 2018. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2018 [acesso em 14 dez 2018]; 111(3):436-539. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2018001500436&script=sci_arttext&tlng=pt.
- Ministério da Saúde (BR). Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 14 dez 2018]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>.
- Linhares JC, Aliti GB, Castro RA, Rabelo ER. Prescrição e realização do manejo não farmacológico para pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. *Rev latino Am enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 30 nov 2018]; 18(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600015>.
- Galvão PCC, Gomes ET, Figueiredo TR, Bezerra SMMS. Diagnósticos de enfermagem aplicados a pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 3 dez 2018]; 21(2):01-08. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44646/28161>.
- Sousa MM, Oliveira JS, Soares MJGO, Bezerra SMMS, Oliveira SHS. Efeitos físicos e psicossociais da insuficiência cardíaca na percepção da qualidade de vida. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 3 dez 2018]; 22(2):e49783. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/04/49783-206907-1-PB.pdf>.
- World Health Organization. Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* [Internet]. 1995 [cited 2015 July 01]; 41(10):1403-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>.
- Carvalho VO, Guimarães GV, Carrara D, Bacal F, Bocchi EA. Validação da Versão em Português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Arq Bras Cardiol* 2009;93(1):39-44.
- Albuquerque DC, Neto JDS, Bacal F, Rohde LEP, Bernardes-Pereira S, Berwanger O, Almeida DR, et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – Aspectos Clínicos, Qualidade Assistencial e Desfechos Hospitalares. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2014. [acesso em 27 dez 2017]; ahead print:0-0 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150031.pdf.
- Soares DA, Toledo JAS, Santos LF, Lima RMB, Galdeano LE. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2008 [acesso em 27 dez 2017]; 21(2):243-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/a02v21n2.pdf>.
- Sousa MM, Oliveira JSO, Soares MJGO, Bezerra SMMS, Araújo AA, Oliveira SHS. Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 07 dez 2018]; 38(2):e65885. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-rgenf-1983-144720170265885.pdf>.
- Viana PAS, Neto JDC, Novais CT, Guimarães IF, Lopes YS, Reis BC. Perfil de pacientes internados para tratamento de insuficiência cardíaca descompensada. *SANARE: Rev de Políticas Públicas* [Internet]. 2018 [acesso em 10 dez 2018]; 17(01):15-23. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1218/649>.
- Morais ER, Carvalho CS, Euqeres L, Viana FP, Fantinati AMM, Rassi S. Qualidade de vida e sintomas de depressão e ansiedade em portadores de insuficiência cardíaca crônica. *Revista de Ciências Ambientais e Saúde.* 2018; 45:71-79.
- Pereira JMV, Flores PVP, Figueiredo LS, Arruda CS, Cassiano KM, Vieira GCA, et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca hospitalizados: estudo longitudinal. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [acesso em 10 dez 2018]; 50(6):929-936. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n6/pt_0080-6234-reeusp-50-06-00929.pdf.
- Sousa MM, Oliveira JS, Soares MJGO, Araújo AA, Oliveira SHS, Sousa MM et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 [acesso em 14 dez 2018]; 11(3):1289-98. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view-File/13505/16242>.
- Nogueira IDB, Nogueira PAMS, Vieira RHG, Souza RJS, Coutinho AE, Ferreira GMH. Capacidade funcional, força muscular e Qualidade de vida na insuficiência cardíaca. *Rev Bras Med Esporte* [Internet]. 2017 [acesso em 14 dez 2018]; 23(3):184-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v23n3/1517-8692-rbme-23-03-00184.pdf>.
- Calles ACN, Moreira ET, Lira JLF, Constant MHL, Farias AR et al. Correlação entre a qualidade de vida e a classificação funcional em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva em internamento hospitalar. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits* [Internet]. 2013 [acesso em 14 dez 2018]; 1(2):111-20. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/636/371>.
- Lima PB, Moraes ER. Qualidade de vida e nível de atividade física de pacientes portadores de insuficiência cardíaca crônica. *ASSOBRAFIR Ciência* [Internet]. 2014 [acesso em 14 dez 2018]; 5(1):27-39. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/17578/14456>.

Perfil sociodemográfico das gestantes com diabetes gestacional: estudo transversal

RESUMO

Objetiva-se descrever o perfil sociodemográfico de gestantes com diabetes gestacional. Pesquisa documental, descritiva e transversal retrospectiva, realizada na Maternidade Escola da UFRJ. Dados coletados em 2016, por meio de 200 prontuários de gestantes acompanhadas no ambulatório de pré-natal no período de 2009 a 2015. Média de idade 30,2 anos; 28,1% possuíam ensino médio completo; 71% casadas ou em união estável; 54,7% se declararam brancas; 55,2% dizem ser católicas; 34,5% residem na Zona Sul do município do Rio de Janeiro; 28,9% possuem (IMC) pré-gestacional normal, enquanto 38% têm sobrepeso e 33,2% têm obesidade. Foram diagnosticadas com diabetes entre 28 e 31 semanas gestacionais (32,14%). Conclui-se que os resultados apresentados podem desencadear propostas assistenciais de atendimento e prevenir desfecho de morbidade na clientela.

DESCRITORES: gestantes; diabetes gestacional; glicemia.

ABSTRACT

The aim is to describe the socio-demographic profile of pregnant women with gestational diabetes. This is a documental, descriptive and transversal retrospective research, carried out at the Maternity School of UFRJ. Data were collected in 2016, by means of 200 medical records of pregnant women monitored at the prenatal outpatient clinic in the period from 2009 to 2015. Mean age 30.2 years; 28.1% had completed high school; 71% married or in a stable union; 54.7% declared themselves white; 55.2% say they are catholic; 34.5% reside in the South Zone of the city of Rio de Janeiro; 28.9% had normal pre-gestational BMI, while 38% were overweight and 33.2% were obese. Were diagnosed with diabetes between 28 and 31 gestational weeks (32.14%). It is concluded that the results presented may trigger assistance proposals for care and prevent the outcome of morbidity in the clientele.

DESCRIPTORS: pregnant; gestational diabetes; blood glucose.

RESUMEN

El objetivo es describir el perfil sociodemográfico de las mujeres embarazadas con diabetes gestacional. Investigación documental, descriptiva y transversal retrospectiva, llevada a cabo en la escuela de maternidad de la UFRJ. Datos recogidos en 2016, por medio de 200 registros médicos de mujeres embarazadas monitoreados en la clínica prenatal para pacientes ambulatorios en el período comprendido entre 2009 y 2015. Edad media 30,2 años; 28,1% había completado la escuela secundaria; 71% casado o en una unión estable; 54,7% se declararon blancos; 55,2% dicen que son católicos; 34,5% residen en la zona sur de la ciudad de Río de Janeiro; 28,9% tenían IMC pre-gestacional normal, mientras que 38% eran sobrepeso y 33,2% eran obesos. Fueron diagnosticados con diabetes entre 28 y 31 semanas gestacionales (32,14%). Se concluye que Los resultados presentados pueden desencadenar propuestas de asistencia para el cuidado y prevenir el resultado de la morbilidad en la clientela.

DESCRIPTORES: mujeres embarazadas; diabetes gestacional; glucosa.

Grasiela Martins Barros

Enfermeira. Mestre em Enfermagem Assistencial (EEAAC/ UFF) Enfermeira da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora da Fundação de Apoio à Escola Técnica do Estado do Rio de Janeiro (FAETEC), RJ, Brasil. Autor correspondente.

Helen Campos Ferreira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada I do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF). Coordenadora do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Enfermagem Obstétrica – Residência da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Coordenadora Líder do grupo de pesquisa "Saúde Integral da Mulher e do Recém-Nascido" – CNPq. Membro do Núcleo de "Pesquisa e Extensão em Educação em Saúde Comunitária"- CNPq, Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.

Ana Carla Dantas Cavalcanti

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Fundamentos e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC); Professora do Programa Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial (MPEA) e do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde – PACCS, Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

Na gravidez ocorrem alterações no metabolismo da mulher responsáveis em fornecer nutrientes necessários ao crescimento e desenvolvimento do feto, sendo a placenta produtora de alguns hormônios, como: o de crescimento, o liberador de corticotropina, o lactogênio placentário, a progesterona e de enzimas, chamadas insulinas. Esses têm ação diabetogênica, ou seja, causam resistência à ação da insulina, além das enzimas que rompem as cadeias de insulina, contribuindo para o aumento dos níveis de glicemia^{1,2,3}. Concomitante a isso, o aumento do consumo de calorias pela gestante e a consequente deposição de gordura, favorecem o desenvolvimento do Diabetes².

O Ministério da Saúde (MS), a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) conceituam Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) como intolerância à glicose identificada na gestação, com possibilidade de continuar ou não após o parto, cuja frequência ocorre entre 1% e 14% das gestantes, estando associado à resistência à insulina ou à diminuição da função das células beta, ocasionando o crescimento da taxa de morbidade e mortalidade perinatais^{1,4,5}.

Alguns autores descrevem o DMG com incidência entre 3% e 13% das gravidezes, havendo no Brasil uma incidência de 7,6% entre as gestantes com mais de 20 anos^{6,7}. Em virtude do risco das implicações perinatais adversas e da mortalidade decorrentes do DMG, o rastreamento com a oferta de exame de glicemia de jejum (GJ) na primeira consulta e a repetição deste exame entre 24 e 28 semanas de gestação, passou a ser indicado para a detecção precoce da doença e início imediato do seu tratamento^{1,4,6}.

Ao refletir sobre tal contexto, existem fatores que presentes em gestantes favorecem o aparecimento do diabetes mellitus

gestacional.

A Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ), cenário desse estudo, referência assistencial para as gestantes com DMG para a região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, desenvolve práticas de saúde que ainda necessitam de sistematização de cuidados de enfermagem, no que se refere as gestantes que apresentam fatores de risco para glicemia instável para que não desenvolvam DMG no final da gestação.

A glicemia instável consiste na alteração dos níveis de glicose no sangue em relação aos parâmetros normais, podendo causar prejuízos à saúde⁸. Nesse sentido, estudar o perfil sociodemográfico das gestantes da ME/UFRJ, faz-se essencial para a sistematização dos cuidados de enfermagem de acompanhamento e controle que visem reduzir a morbimortalidade materna e auxiliem a prática clínica dos profissionais de saúde. Ademais, a associação de fatores de risco durante a gestação pode ocasionar variações nos níveis de glicemia.

Pelo exposto, este estudo apresenta como questão norteadora: Qual o perfil sociodemográfico da gestante que apresenta diabetes mellitus gestacional? Objetiva-se, portanto: Descrever o perfil sociodemográfico das gestantes com diabetes mellitus gestacional na ME/UFRJ, para propor ações de enfermagem sistematizadas que permitam o controle da instabilidade glicêmica.

METODOLOGIA

Pesquisa documental, descritiva, transversal, retrospectiva, de abordagem quantitativa, realizada no ambulatório de pré-natal da ME/UFRJ, localizada no bairro de Laranjeiras, no município do Rio de Janeiro.

Os dados foram coletados no segundo semestre de 2016, por meio dos prontuários de gestantes acompanhadas no ambulatório de pré-natal no período de abril de

2009 a dezembro de 2015. Foram contabilizados 5937 prontuários submetidos à randomização através do programa A Random Permutation⁹. Dessa forma, estabeleceu-se sequências de 20 números, gerando 297 sequências numéricas de prontuários. Foram analisados 200 prontuários de gestantes como diagnóstico de diabetes mellitus gestacional.

Assumiram-se como variáveis de interesse: Nº de gestações, nº de partos, nº de abortos, sobrepeso ou obesidade pré gestacional, classificação quanto ao IMC pré gestacional, idade, idade gestacional quando foi detectado o DG, além de dados sociodemográficos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ME/UFRJ e aprovado pelo Parecer nº 1.705.122, tendo também permissão para se utilizar o nome da instituição.

RESULTADOS

A amostra deste estudo constou de 200 gestantes com diabetes gestacional atendidas em um ambulatório de pré-natal da Maternidade Escola da UFRJ, no período de 2009 a 2015.

As mulheres tinham idades entre 14 e 45 anos que resultaram numa média de 30,2 anos, mostrando moderada variabilidade da idade entre as mulheres desse grupo.

Em se tratando do nível de escolaridade 27,5% referiram ter o ensino médio completo, 26% tinham Fundamental Completo, 22% tinham ensino médio incompleto, 8,5% superior incompleto, 8% superior completo e 6% fundamental incompleto.

Em relação ao estado civil, das 200 gestantes 71% eram casadas ou viviam em união estável, 27,5% eram solteiras, 1% eram viúvas e 0,5% eram separadas ou divorciadas.

Quanto ao local de residência, predominaram as gestantes da zona Sul do Rio de Janeiro (34,5%), enquanto na região norte haviam 23,5% das gestantes, no centro ha-

artigo

Barros, G.M.; Ferreira, H.C.; Cavalcanti, A.C.D.

Perfil sociodemográfico e clínico das gestantes com diabetes gestacional: estudo caso controle

viam 18%, zona oeste 11,5% e 12,5% pertenciam à outros municípios.

Em relação à raça, as gestantes em sua maioria 52% eram da raça branca, enquanto que 32% eram pardas e 11% eram da raça

negra.

A religião católica foi predominante (18,5%), evangélica (11%) e espírita (0,5%).

E das 200 gestantes com diabetes ges-

tacional, as ocupações “Do lar” (23,5%) e “Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados” (23,5%) foram predominantes entre as inúmeras ocupações declaradas.

Tabela 1. Caracterização das gestantes do grupo caso de acordo com as variáveis sociodemográficas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2009- 2015.

VARIÁVEIS	N	MÉDIA	%
Idade **		30,2	
Escolaridade*			
Fundamental Completo	52		26,0
Fundamental Incompleto	12		6,0
Médio Completo	55		27,5
Médio Incompleto	44		22,0
Superior Completo	16		8,0
Superior Incompleto	17		8,5
Não registrado	04		2,0
Estado Civil *			
Casado/União Estável	142		71,0
Solteiro	55		27,5
Viúvo	2		1,0
Separado/Divorciado	1		0,5
Zona_moradia*			
Sul	69		34,5
Norte	47		23,5
Centro	36		18,0
Oeste	23		11,5
Outros Municípios	25		12,5
Cor_Raça*			
Branca	104		52,0
Parda	64		32,0
Preta	22		11,0
Não registrado	10		5,0
Religião*			
Católica	37		18,5
Evangélica	22		11,0
Espírita	1		0,5
Outras	0		15,0
Não registrado	140		70,0
Ocupação*			
Do lar	47		23,5
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	47		23,5
Outras ocupações***	95		47,5
Não registrado	11		5,5

Nota: *n (%); ** Média; ***Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares, Profissionais das ciências e das artes, Técnicos de nível médio, Trabalhadores de serviços administrativos, Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais, Trabalhadores de manutenção e reparação, Estudante/ Universitária/ estagiária, Doméstica/ Diarista/ Arrumadeira/ Faxineira/ Aux. de Serviços Gerais/ encarregada de limpeza/ servente, Babá/ Aux. de creche, Autônoma / Microempresária, Vigia/ segurança/ Vigilante e cobradora.

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação ao número de gestações, as mulheres tinham entre 1 e 11 gestações, sendo 36% na 1ª gestação, 31,5% na 2ª gestação, 32,5% entre a 3ª e a 11ª gestação.

Quanto ao número de partos, as mulheres tinham entre 0 e 10 partos. 46,5% não haviam tido nenhum parto, 35% haviam tido 1 parto e 18,5% haviam tido entre 3 e

10 partos.

Quanto ao número de abortos, as mulheres tiveram entre 0 e 5 abortos, onde 72% das mulheres não tinham histórico de abortos, 20,5% tinham histórico de 1 aborto e 7,5% tinham histórico de 2 a 5 abortos.

A Tabela 4 traz a Distribuição de

Frequências para a Idade Gestacional na Detecção de Diabetes Gestacional. A Idade Gestacional em que foi detectada a DG variou de 8 a 40 semanas, com moderada variabilidade. A detecção da DG ocorre mais frequentemente de 28 a 31 semanas (31,5%) seguida de 24 a 27 semanas (25,5%).

Tabela 2. Distribuição de frequências do número de gestações, partos e abortos das gestantes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2009- 2015.

<i>Nº DE GESTAÇÕES</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
1	72	36,0
2	63	31,5
3	32	16,0
4	19	9,5
5	8	4,0
6	2	1,0
7	1	0,5
8	1	0,5
11	2	1,0
<i>Nº DE PARTOS</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
0	93	46,5
1	70	35,0
2	21	10,5
3	7	3,5
4	6	3,0
7	1	0,5
10	2	1,0
<i>Nº DE ABORTOS</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
0	144	72,0
1	41	20,5
2	13	6,5
3	1	0,5
4	0	0,0
5	1	0,5

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 3. Distribuição de frequências da classificação do IMC Pré-Gestacional das gestantes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2009- 2015.

<i>CLASSIFICAÇÃO</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Peso Normal	54	27,0
Sobrepeso	71	35,5
Obesidade	62	31,0
Não registrado	13	6,5

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 4. Distribuição de Frequências da Idade Gestacional na Detecção de Diabetes Gestacional. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2009- 2015.

IDADE GESTACIONAL	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA	FREQÜÊNCIA RELATIVA
8 a 11 semanas	2	1,0%
12 a 15 semanas	10	5,0%
16 a 19 semanas	24	12,0%
20 a 23 semanas	15	7,5%
24 a 27 semanas	51	25,5%
28 a 31 semanas	63	31,5%
32 a 35 semanas	20	10,0%
36 a 40 semanas	11	5,5%
Não registrado	04	2,0%

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Alguns estudos encontrados corroboram os achados do presente estudo.

Na Bósnia-Herzegovina, entre 2010 e 2011, um estudo observacional transversal com 285 grávidas divididas em dois grupos: grupo DMG e grupo de gestações com tolerância normal à glicose, identificou como fatores de risco para DMG, o tabagismo pré-natal ($p = 0,015$), e o DMG anterior ($p < 0,001$). Idade média, IMC pré-gestacional e ganho de peso gestacional foram maiores no grupo DMG, porém, não estatisticamente significativos. Histórico de síndrome do ovário policístico e macrossomia, foram mais frequentes no grupo DMG, porém, não significativos sob o ponto de vista estatístico, em relação ao grupo de gestações com tolerância normal à glicose¹¹.

Embora o estudo na Bósnia-Herzegovina não tenham sido significativos estatisticamente, obesidade pré gestacional apresentou maior frequência no grupo DMG, em relação ao grupo de gestações com tolerância normal à glicose, corroborando estudo da ME/UFRJ que constatou que 66,5% das gestantes com obesidade pré gestacional desenvolveu DG.

Um estudo realizado em 2016, com 238 gestantes separadas por grupo de gestantes com DMG e grupo de gestantes sem DMG, verificou que o grupo de mulheres com DMG apresentou média de idade de 33,06 anos, IMC acima dos parâmetros de normalidade, sobrepeso (54,55%) e obesidade (24,24%). Identificou, ainda, que gestantes obesas, apresentaram risco

duas vezes maior de desenvolver DMG (OR = 2,08)¹².

No estudo citado, foram apuradas frequências de fatores de risco que podem evoluir para DMG corroborando as evidências encontradas. A média daquele estudo foi de 33,06 anos, enquanto neste, a média encontrada foi de 30,2 anos; em relação ao IMC, no estudo citado, as gestantes apresentaram 54,55% de sobrepeso e 24,24% eram obesas, enquanto em nossos achados foram 35,5% de sobrepeso e 31% com obesidade pré gestacional, totalizando 66,5% com sobrepeso ou obesidade pré gestacional.

No Brasil, estudo realizado em 148 gestantes portadoras de DMG entre 2011 e 2012 no Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói /RJ, com o objetivo de descrever o perfil das gestantes de alto risco atendidas na maternidade, constatou que 35,8% estavam na 1ª gestação, 63,50% estavam na 2ª ou mais gestações. Quanto à paridade, 41,2% eram nulíparas, 55,4% tiveram de 1 à 3 partos, 2,7% tiveram 4 ou mais partos. Quanto ao número de abortos, 79,05% não tinham realizado abortos, 14,18% tiveram um aborto, 5,4% tiveram de 2 à 3 abortos.¹³

Esse estudo realizado em Niterói confirma os resultados do presente trabalho na ME/UFRJ no qual 36% das mulheres estavam na 1ª gestação, 64% estavam entre a 2ª e 11ª gestações. Quanto à paridade, 46,5% eram nulíparas, 49% tiveram entre 1 e 3 partos e 4,5% tiveram 4 ou mais partos. Quanto ao número de abortos, 72% não tinham histórico de abortos, 20,5% tinham

histórico de um aborto e 7,5% tinham histórico de 2 à 5 abortos.

Um estudo analítico retrospectivo, tipo caso controle, realizado em Cuba, entre 2009 e 2010, selecionou uma amostra de 639 gestantes, que foi dividida em dois grupos: grupo caso, com 213 gestantes portadoras de DMG, e grupo controle, com 426 gestantes sem DMG. Entre as variáveis verificadas destacam-se as variáveis sociodemográficas, raça, escolaridade, idade, idade do diagnóstico de DMG (casos) e peso. A idade gestacional média, ao saber o diagnóstico de DMG, foi de 22,29 semanas. O estudo identificou associação significativa entre a vida na zona urbana e o desenvolvimento de DMG (p -valor = 0,0013). Não foi detectada associação significativa, sob o ponto de vista estatístico, entre idade acima de 30 anos, obesidade, raça e nível de escolaridade¹⁴.

O estudo realizado em Cuba e a presente pesquisa apresentam resultados similares quanto a Idade Gestacional em que foi detectada a DG, tendo em vista que em Cuba foi de 22,29 semanas e em nosso estudo a frequência foi de 28 a 31 semanas (31,5%) seguida de 24 a 27 semanas (25,5%). Em relação ao local de residência, o estudo identificou associação significativa entre a vida na zona urbana e o desenvolvimento de DMG (p -valor = 0,0013) e nossa pesquisa evidenciou prevalência de gestantes na zona urbana do Rio de Janeiro (77,5%). Em se tratando do nível de escolaridade e raça não foi detectada associação significativa, sob o ponto de vista estatístico, no estudo em

Cuba. Em nosso estudo apenas 27,5% das gestantes predominaram com o ensino médio completo e em relação à raça, 52% das gestantes eram da raça branca.

Estudos anteriores realizados em diversos cenários corroboram os resultados encontrados nessa pesquisa. No entanto, refuta alguns dos resultados apresentados, o que evidencia a necessidade da realização de mais estudos sobre a temática.

Conhecer o perfil das gestantes com DMG e identificar os fatores de risco presentes na clientela nos permitirá uma reavaliação da intervenção de enfermagem junto à gestante, com o estímulo da prática de autocuidado, orientação para a modificação de hábitos pessoais e estilo de vida proporcionando-lhe melhora no cuidado com a saúde, podendo além de

adiar o aparecimento de doenças e agravos à saúde, moderar os indícios após o seu surgimento¹⁵

CONCLUSÃO

Ao conhecer o perfil sociodemográfico das gestantes com diabetes mellitus gestacional, a proposição de ações de enfermagem sistematizadas e singulares indicam a necessidade de prevenção, controle e avaliação periódica da glicemia das clientes.

A clientela característica de gestantes adultas jovens, em sua maioria com ensino médio completo, casadas ou em união estável, da raça branca e primigestas, implicam fatores de risco para desenvolvimento de diabetes gestacional, indicando a importância do

acompanhamento da glicemia ao longo da gestação.

Este estudo apresentou como limitação o fato de ter sido realizado retrospectivamente, tendo que se limitar aos dados já registrados pelos profissionais de saúde não permitindo a coleta de outros dados que pudessem ser analisados.

Os resultados deste estudo possibilitarão uma abordagem específica durante a gestação, com o monitoramento da glicemia e consequente identificação de novos casos e intervenção precoces promovendo a redução dos altos índices de morbimortalidade no período perinatal.

de qualidade, visando favorecer o controle da glicemia e, consequentemente, diminuir os altos índices de morbimortalidade no período perinatal. ■

REFERÊNCIAS

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Gestação de Alto Risco. São Paulo: FEBRASGO; 2011.
2. Borna RG, Júnior IBC, Júnior JÁ. Protocolos Assistenciais Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro 2. ed. Rio de Janeiro: PoD; 2013.
3. Franzen E, Scain SF, Záchia SA, Schmidt ML, Rabin EG, Rosa NG. Consulta de enfermagem ambulatorial e diagnósticos de enfermagem relacionados a características demográficas e clínicas. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(3):42-51.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico 5. ed Brasília: Ministério da Saúde; 2012
5. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica; 2016.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Cadernos de Atenção Básica, n.º 32. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013
7. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2015. Diabetes Care [Internet]. 2015 Jan [cited 2017 Nov 27]; 38(Suppl.) Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/suppl/2014/12/23/38.Supplement_1.DC1/January_Supplement_Combined_Final.6-99.pdf.
8. Herdman, T.H. and Kamitsuru, S. (eds.) NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2015-2017. Oxford: Wiley-Blackwell; 2014.
9. A Random Permutation from <http://www.randomization.com>, to produce this permutation, use the seed 25358 Random permutation gene rated on 02/09/2016 17:34:25.
10. Fleiss, JL. Statistical methods for rates and proportions. 2. ed. New York: John Wiley & Sons; 2004.
11. Tomic V, Misić M, Simić AD, Bosković A, Kresić T, Perić O, Orlović M, Blagojević IC. Prevalence of gestational diabetes in the southern part of Bosnia and Herzegovina. Mater Sociomed. [Internet] 2016 Oct [cited 2017 Nov 20]; 28(5):329-332. Available from: https://www.researchgate.net/publication/309393412_Prevalence_of_Gestational_Diabetes_in_the_Southern_Part_of_Bosnia_and_Herzegovina.
12. Adoyo MA, Mbakaya C, Nyambati V, Komba Y. Retrospective cohort study on risk factors for development of gestational diabetes among mothers attending antenatal clinics in Nairobi County. Pan Afr Med J [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 16]; 24:155-160. Available from: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/24/155/full/>.
13. Azevedo RO, Ferreira HC, Silvino ZR, Christovam BP. Profile of high-risk pregnant women hospitalized in a maternity hospital: a descriptive study. Online braz j nurs [Internet] 2017 Jun [cited 2017 Oct 16]; 16(2):218-225. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/5541/pdf_2.
14. Ramos EV, Rojas B. Frecuencia y factores de riesgo asociados con la aparición de Diabetes Mellitus Gestacional. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet] 2011 [cited 2017 Oct 16]; 37(4):502-512. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n4/gin07411.pdf>.
15. Lima FET, Araújo TL, Lopes MVO, Silva LF, Monteiro ARM, Oliveira SKP. Fatores de risco da doença coronariana em pacientes que realizaram revascularização miocárdica Rev. RENE [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 16]; 13(4):853-860. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/4047/3173>.

Contribuição do enfermeiro nas repercussões e enfrentamento na ótica do cuidado ao estomizado intestinal

RESUMO

O objetivo deste trabalho é destacar das contribuições prestadas pelo enfermeiro para o autocuidado do estomizado intestinal. Estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa. Utilizou-se a entrevista semiestruturada, na qual os pacientes responderam a nove perguntas abertas, e com os resultados, posterior análise temática do conteúdo. Pode-se constatar que o enfrentamento desses pacientes varia de acordo com as diferentes situações em que eles se encontram. Houve pessoas que melhor se adaptaram às alterações e aceitaram bem a nova condição, enquanto outras manifestaram dificuldades; o mesmo ocorreu em relação às informações prestadas pela equipe, alguns pacientes foram bem informados, enquanto outros receberam pouquíssimas informações. Conclui-se que o enfermeiro é o profissional chave no apoio ao estomizado intestinal, sendo importante que ele forneça informações que irão ajudar o paciente a enfrentar as mudanças, garantindo a continuidade do cuidado, aumentando a qualidade de vida e minimizando possíveis complicações.

DESCRITORES: colostomia; enfermagem; qualidade de vida

ABSTRACT

The aim of this study is to highlight the contributions provided by the nurse to the self-care of the intestinal stomatal. Descriptive, exploratory and qualitative study. The semi-structured interview was used, in which the patients answered nine open questions, and with the results, a subsequent thematic analysis of the content. It can be noted that coping with these patients varies according to the different situations in which they are found. There were people who best accepted the new condition well, while others manifested difficulties the same occurred in relation to the information provided by the team, some patients were well informed, while others received very few information. It concluded that the nurse is the key professional in supporting the intestinal stomized, being important that he provides information that will help the patient to cope with the changes, guaranteeing continuity of care, increasing the quality of life and minimizing possible complications.

DESCRIPTORS: colostomy; nursing; quality of life

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es resaltar las aportaciones proporcionadas por la enfermera al cuidado personal del estomato intestinal. Estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo. Se utilizó la entrevista semiestructurada, en la que los pacientes respondieron a nueve preguntas abiertas, y con los resultados, un análisis temático posterior del contenido. Enfatarse parece que lidiar con estos pacientes varía según las diferentes situaciones en las que se encuentren. Había gente que mejor se adaptaban a los cambios y aceptaron la nueva condición bien, mientras que otros manifestaron dificultades; lo mismo ocurrió en relación con la información proporcionada por el equipo, algunos pacientes estaban bien informados, mientras que otros recibieron muy poca información. Se concluye que la enfermera es el profesional clave en el apoyo del intestino estomizado, ser importante que proporcione información que ayude al paciente a hacer frente a los cambios, garantizando la continuidad de la atención, aumentando la calidad de vida y minimizando las posibles complicaciones.

DESCRIPTORES: colostomía; enfermería; calidad de vida

Wanderson Alves Ribeiro

Enfermeiro. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIG. Docente do Curso de Pós-Graduação de Enfermagem em Emergência e Terapia Intensiva da UNIG. Preceptor Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIABEU. Mestrando do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela EEAAC/UFF. Especialista em Alta Complexidade, Saúde da Família, Informática em Saúde, Nefrologia Multidisciplinar, Gestão de Redes e Atenção à Saúde e Pediatria e Neonatologia (FAVENI). RJ, Brasil. Autor correspondente.

Marilda Andrade

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Vice-Diretora, Professora Associada da EEAAC/UFF. RJ, Brasil.

Bruna Porath Azevedo Fassarella

Enfermeira. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIG. Preceptor Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIABEU. Mestranda em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade Severino Sombra. RJ, Brasil.

Alessandra Da Silva Vieira

Enfermeira. Graduada pela Universidade Iguazu. RJ, Brasil.

Marcia Antunes Germano Sales

Enfermeira. Graduada pela Universidade Iguazu. RJ, Brasil.

Hosana Pereira Cirino

Enfermeira. Preceptora Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIABEU. Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e Estomoterapia e Saúde da Família. Mestranda do Programa Acadêmico em Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em Saúde e Enfermagem pela UERJ. RJ, Brasil.

Diana Mary Araújo de Melo Flach

Enfermeira. Mestre e Doutora pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela EEAAC/UFF. RJ, Brasil.

Juliano Miranda Teixeira

Enfermeiro na Prefeitura Municipal de Belford Roxo. Especialista em Estomoterapia (UERJ). RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

Estomia significa abertura cirúrgica temporária ou definitiva para desvio de efluente colônico através do abdômen e, pode ser realizada por diversas situações(1). As situações que podem levar à construção de um estoma intestinal são: “neoplasias de órgãos do trato digestório e seus anexos; doenças inflamatórias intestinais; causas externas (arma branca ou arma de fogo); traumatismos abdominais, dentre outras”^{2:16}.

As patologias associadas à estomias podem ser benignas ou malignas, no enquadramento das malignas a neoplasia colorretal está entre as mais frequentes. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima para o ano de 2018 mais de 33 mil novos casos de câncer colorretal por 100 mil habitantes, sendo 17.380 acometidos entre os homens e 16.370 acometidos entre as mulheres. Por tudo isso, temos a Portaria 400/2009, que estabelece as diretrizes nacionais para a atenção à saúde da pessoa estomizada^{3,4}.

Além dos problemas emocionais e sociais vividos, a confecção de um estoma pode acarretar inúmeras complicações fisiológicas. Sendo as mais frequentes: as complicações precoces, como a isquemia ou necrose na alça intestinal exteriorizada, hemorragia, retração, edema, infecção; as

complicações tardias, estenoses, obstruções, hérnias, prolapso e fistulas e; a complicação cutânea em que a mais comum é a dermatite(2,6).

Destaca-se que o enfermeiro é o profissional chave no apoio ao estomizado, sendo considerado competentes para cuidar do estoma quando o paciente ou a família não pode(7,8). Segundo Batista e seus colaboradores(9:1), “os cuidados [...] a pessoa estomizada devem iniciar-se no momento do diagnóstico [...], na perspectiva de minimizar sofrimentos, reduzir a ansiedade, prevenir complicações, e promover a reabilitação”.

Dessa forma, é importante que o enfermeiro forneça informações que irão ajudar o paciente a enfrentar as mudanças, garantindo a continuidade do cuidado, aumentando a qualidade de vida e minimizando possíveis complicações, já que o indivíduo estomizado passa a viver uma nova realidade, emergindo sentimentos e emoções negativas que interferem em sua rotina e refletem na saúde(10,11).

A adaptação do paciente estomizado à sua nova condição de vida é difícil, pois os cuidados dispensados e a forma como esse cuidado é feito fazem com que o cliente se sinta fragilizado e menosprezado. Uma pessoa que recebe uma estomia, vê sua vida mudar rapidamente de uma hora pra outra,

por isto, ela deve estar preparada para todas as mudanças que essa condição acarreta, cabendo ao enfermeiro ajudar e orientar para que essa transição se dê da maneira mais natural possível^{7,12}.

Em vista disto, escolheu-se como questão norteadora deste estudo: Qual a importância das informações prestadas pelo enfermeiro e pela equipe de enfermagem na adaptação do paciente estomizado intestinal?

Com base nisto, o presente estudo tem como objetivo compreender a importância das informações prestadas pelo enfermeiro no processo de enfrentamento do estomizado intestinal e identificar as principais dificuldades desse paciente frente à estomização.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como exploratório, descritivo, cabendo mencionar que em razão da subjetividade do tema optamos pela utilização de uma abordagem qualitativa, sendo ainda fruto de uma pesquisa de campo. Teve-se como cenário do estudo o Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI). Com 497 leitos cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) e que realiza atendimentos de urgência e emergência com média e alta complexidades, tanto clínicos como cirúrgicos.

Já os sujeitos deste estudo foram constituídos por pacientes portadores de estomias intestinais que se encaixaram nos critérios de inclusão. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi emitido em duas vias, uma ficando em posse dos pesquisadores e a outra entregue aos participantes. A pesquisa não ofereceu nenhum dano ou prejuízo aos participantes e/ou à instituição colaboradora, assim como também não forneceu nenhum tipo de benefício ou pagamento.

Como critérios de inclusão: os pacientes estomizados intestinais, temporários ou definitivos, independentemente da etiologia e do sexo, com idades entre 18 e 90 anos, alocados nos setores de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Centro de Terapia Intensiva (CTI). Já como critérios de exclusão, definiu-se: o desinteresse em participar do estudo ou a não assinatura do TCLE, assim como também a impossibilidade de resposta por estado de inconsciência ou debilidade mental.

Este projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Iguazu (CEP/UNIG) e, no seu desenvolvimento, foram observadas as orientações e recomendações éticas para a realização de pesquisas no Brasil, cumprindo-se as exigências da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e outras normas e resoluções da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Obtendo autorização para a realização da pesquisa sob o número CAAE: 98725618.0.0000.8044.

A coleta dos dados se deu durante a internação dos sujeitos na unidade concedente, onde eles foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e lhes foi ofertado o TCLE para assinatura. Como estratégia metodológica, escolheu-se a entrevista semiestruturada, as quais foram realizadas individualmente, sendo o entrevistado guiado para a temática da pesquisa que se encerrou quando os participantes não tiveram mais nada a declarar.

Foi elaborado um breve roteiro de entrevista contendo um questionário básico, e nove perguntas abertas, cujas quais foram gravadas com o auxílio de um telefone celu-

lar em sua totalidade. Ao final da entrevista foi entregue aos participantes e a seus familiares um folheto informativo criado pelos autores, contendo algumas informações pertinentes ao paciente. Após a realização das entrevistas realizou-se a escuta atenta e sistemática das gravações e seu conteúdo foi digitalizado para posterior análise.

Para o tratamento das informações recolhidas utilizou-se o método de análise de conteúdo de Bardin. Nesta fase, foram identificados pelos autores os temas mais comuns e que mais aparecem no discurso dos entrevistados, esses temas foram agrupados em categorias e alocados no estudo com nomes fictícios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi composta por doze pacientes, submetidos a estomia intestinal independente da porção seccionada, internados por consequência da estomização ou não no HGNI. A idade desses indivíduos variou entre os 18 anos e os 86 anos, sendo a média de idades de 52,4 anos. Relativamente ao sexo, seis (50%) eram do masculino e seis (50%) do feminino.

Quanto à patologia associada, cinco indivíduos não souberam responder o porquê ou não foram informados do motivo pelo qual levou à cirurgia para colocação da bolsa de colostomia. Em um indivíduo, a estomia intestinal foi realizada após uma Perfuração por Arma de Fogo (PAF), no outro por infecção intestinal e no outro por rompimento de pontos após apendicitectomia, por fim, os outros quatro pacientes relataram que a confecção da colostomia se deu por presença de massa, caroço ou tumor obstruindo o canal intestinal.

Em relação ao tipo de estomia intestinal, cinco indivíduos possuem colostomia ascendente, um indivíduo possui colostomia transversa, quatro indivíduos possuem colostomia descendente e dois indivíduos possuem colostomia sigmoide. O tempo de estomização nos pacientes deste estudo varia de dois dias a dois anos. Em relação a temporariedade da condição, sete pacientes relatam que suas estomias são temporárias, quatro que suas estomias são definitivas e apenas um nos relata não saber o tempo de

permanência de sua estomia.

Da análise de dados emergiram as seguintes categorias empíricas ou códigos: Sentimentos da pessoa estomizada, Dificuldades enfrentadas pelo estomizado e Informações prestadas pelo enfermeiro. Os entrevistados serão aqui descritos, a fim de preservar sua identidade e sua intimidade, como P1, P2, P3, P4... e assim sucessivamente até chegar ao P12.

Sentimentos da pessoa estomizada

O paciente colostomizado passa a viver uma nova realidade que traz à tona vários sentimentos, reações e comportamentos diferentes e individuais⁽¹³⁾. Inicialmente, ao saberem da necessidade de estomização e ao se depararem com ela pela primeira vez, os sentimentos relatados pelos pacientes foram de aceitação, felicidade, tristeza, depressão, alívio, estranheza, angústia, medo e anormalidade.

“Chateada e triste, mas é temporário e isso me acalma” (P11).

“É esquisito né? Foi bem estranho no início [...]” (P3).

Além do fato que para muitos pacientes a estomia tem um caráter secundário a doença de base, gerando um discurso que nos dá a ideia de aceitação. Durante as entrevistas, pôde-se notar que a fala de alguns pacientes não correspondiam necessariamente aos seus sentimentos com relação a condição em que se encontravam, notava-se um olhar mais triste, ou uma respiração mais profunda por exemplo:

“Bem, eu aceitei ne, fazer o que?... vai ser bom para eu me recuperar mais rápido” (P5).

“Eu estava preocupado com minhas filhas, não liguei muito pra colostomia” (P7).

Ao se submeterem à estomia, a maioria dos pacientes vivenciam sentimentos intensos e emocionais¹⁴. Sentimentos e emoções negativas foram predominantemente en-

contrados nos discursos dos estomizados entrevistados, os quais interferem na rotina do paciente e, comumente, refletem em sua saúde, evidenciando-se claramente nos seguintes discursos:

“[...] num dia você tá normal, no outro tem uma bolsa com fezes na sua barriga” (P4).

“Eu não gostei, fiquei bem triste, porque eu tenho sequela de derrame e isso me limitou mais ainda” (P6).

Apesar disso, alguns pacientes viram a cirurgia para a confecção da estomia como algo benéfico, como uma nova chance para a vida, para a manutenção da sua saúde e do seu bem-estar. Salienta-se que a qualidade de vida do estomizado está intimamente ligada ao enfrentamento das modificações vivenciadas e da bagagem de vida da pessoa¹⁵. Percebe-se isso na fala desses pacientes:

“Eu me senti melhor, já estava sem dor [...] fiquei feliz” (P12).

“[...] agora eu me sinto normal e à vontade” (P9).

Dificuldades enfrentadas pelo estomizado

Uma das modificações mais impactantes para o estomizado é a perda do controle de suas eliminações, somando a isso, a insegurança com o equipamento, odores, volume, entre outros, traz à tona a vulnerabilidade do indivíduo(9). As falas a seguir evidenciam essa alteração no viver da pessoa estomizada que acaba por se impor limites e delimitar sua incapacidade.

“Não pode andar, não poder ir ao banheiro” (P12).

“[...] no banheiro agora é pela barriga, fico mais tempo dentro de casa, vai que a bolsa resolve descolar e vazar no meio da rua” (P3).

Comumente o paciente não se sente pre-

parado para o autocuidado, gerando uma série de experiências negativas e dificuldades de adaptação, somando-se ainda à uma alta hospitalar precoce, não restando tempo para adequar-se⁸. Desta forma, destacam-se as falas a seguir, em os pacientes afirmam não estarem ou estarem pouco preparados para conviver com uma estomia.

“Um pouco (preparada para o autocuidado), tô me acostumando ainda [...] quem tá fazendo aqui é a enfermeira, em casa é que são elas, sou sozinha” (P4).

“Minha irmã está sendo explicada (sobre o autocuidado), mas não me explicaram nada ainda não” (P8).

E possível notar também que a capacidade de realizar uma tarefa ou trabalhar após estomizado está relacionada a determinação do próprio paciente, tudo dependerá da maneira como ele enfrentará as alterações ocorridas em sua vida a partir da estomização. Neste estudo encontrou-se tanto pacientes com perspectivas pessimistas quanto pacientes com perspectivas otimistas:

“Vou ter que ficar sossegado e quieto em casa depois dessa operação” (P7).

“Acho que não, acho que não vai mudar muito não (a vida)” (P1).

Informações prestadas pelo enfermeiro

Um estudo¹⁶ determina que a informação é de extrema importância para o estabelecimento de uma relação entre os profissionais de saúde e os pacientes, devendo ser prestada aos pacientes e seus familiares. Entre os entrevistados abordados, pôde-se destacar casos em que os pacientes possuíam pouquíssima ou nenhuma informação acerca de sua estomização.

“Nenhuma (informação), tudo foi com meu irmão” (P2).

“Os médicos e enfermeiras explicaram pra minha irmã” (P8).

É sabido que, a abordagem do paciente no pré-operatório contribui para a diminuição de possibilidades de complicações, colaborando na adaptação e enfrentamento da estomização pelo paciente¹⁷. Mesmo assim, houve casos em que os pacientes somente souberam da necessidade da confecção da estomia após a realização da sua cirurgia, não sendo respeitados os seus direitos de saber e de tomar decisão sobre o seu corpo.

“Não recebi nenhuma informação não, só opere” (P11).

“Olha, eu nem sei te dizer direito, eu passei mal quando eu vi já estava operada” (P2).

Não obstante, identificou-se ainda que alguns pacientes se encontravam perfeitamente orientados e educados quanto ao seu procedimento. Estudo¹⁸ afirma que quando o acompanhamento ao estomizado é realizado de forma adequada e o fornecimento de informações é conduzido com assertividade, permite que o paciente tenha uma recuperação física e psicológica mais rápida e menos penosa.

“Me explicaram sobre como manusear, limpar, fixar [...] tanto a enfermagem quanto ao médico me explicaram sobre tudo” (P10).

“O médico me explicou como funciona...as enfermeiras me ensinaram como esvaziar a bolsa [...] como limpar e como fixar, tudo direitinho” (P7).

Com tudo isso, tendo em vista a necessidade de informação apresentada pela grande maioria dos entrevistados, foi confeccionado um folheto explicativo contendo algumas informações básicas e pertinentes para aquelas pessoas que ainda tivessem alguma dúvida a sanar, neste folheto falou-se desde os tipos de estomia, os cuidados com

artigo

Ribeiro, W.A.; Andrade, M.; Fassarella, B.P.A.; Vieira, A.D.S.; Sales, M.A.G.; Cirino, H.P.; Flach, D.M.A.M.; Flach, D.M.A.M.; Teixeira, J.M.
Contribuição do enfermeiro nas repercussões e enfrentamento na ótica do cuidado ao estomizado intestinal

a bolsa aos direitos assegurados por lei a essas pacientes.

“Eu não sabia desses direitos não, sabia só da bolsa” (P1).

“Não sabia que era considerado deficiente” (P6).

“Não estou sabendo disso, não me orientaram” (P11).

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise dos sentimentos vivenciados pelas pessoas colostomizadas logo no início do seu processo adaptativo, em que pôde-se evidenciar em suas falas

algumas das dificuldades vividas por esse grupo de pessoas, em relação a autoimagem, ao autocuidado e a capacidade de voltar a rotina diária de vida. Além de nos trazer a par das informações que esses pacientes estão recebendo.

Também, no que tange às dificuldades encontradas pelos pacientes, destacou-se que boa parte dos entrevistados se sentem inseguros com relação ao equipamento coletor, quanto a cheiros fortes e aos gases gerados que estufam a bolsa e podem acarretar constrangimentos. Evidenciou-se também que eles não se sentem tão bem preparados para o autocuidado em casa, seja por falta de informações adequadas, seja por falta de alguém da família que os auxilie. Percebeu-se ainda que eles se colocam em posição de

incapacitação física e laboral por conta do procedimento.

Em suma, o enfermeiro está com o paciente em todas as etapas do processo de cuidado, sendo o enfermeiro considerado o profissional capaz de construir e desenvolver atitudes humanas através de um conhecimento teórico científico, assegurando o cuidado que a pessoa necessita. Apesar disto, esta pesquisa evidenciou uma falha na comunicação entre enfermeiro e paciente em boa parte dos casos analisados, seja por uma grande demanda de paciente que o hospital possui, seja por desinteresse do profissional ou até mesmo falta de preparo para atender a esta clientela, dificultando ainda mais o processo adaptativo do paciente. ■

REFERÊNCIAS

1. Silva J, et al. Teaching strategies for self-care of the intestinal stoma patients. *Rev Rene*. 2014; 15(1):166-173.
2. Aguiar JC, et al. Aspectos sociodemográficos e clínicos de estomizados intestinais provisórios. *REME*. 2017; 21:1-7.
3. Miranda LSG. A importância da consulta de enfermagem de estomaterapia na qualidade de vida da pessoa ostomizada na comunidade. 2013. 118f. Dissertação de mestrado – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 2013.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma. INCA, 2018.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria 400, de 16 de novembro de 2009. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2009.
6. Lima SGS. Complicações em estomas Intestinais e Urinário: revisão integrativa. 205f. Dissertação de Mestrado – Botucatu, 2017.
7. Mota MS, Gomes GC, Petuco VM. Repercussões No Processo De Viver Da Pessoa Com Estoma. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 25(1).
8. Umpiérrez AHF. Viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(3):687-694.
9. Batista MRFF, et al. Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. *Rev. bras. Enferm*. 64(6):1043-1047.
10. Azevedo C, et al. Intervenções de enfermagem para alta de paciente com estomia intestinal: revisão integrativa. *Revista Cubana de Enfermería*. 2015; 30(2):13.
11. Souza MMT, et al. Apoio emocional realizado por enfermeiro ao paciente ostomizado. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2016; Spe4:49-56.
12. Conte J. Orientações aos pacientes ostomizados. 2015 [acesso em 09 mar 2018]. Disponível em: <https://www.vencercancer.org.br/noticias-colon-reto/orientacoes-aos-pacientes-ostomizados/>.
13. Sonobe HM, Barichello E, Zago MMF. visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. *Rev Bras Cancerol*. 2002; 48(3):341-348.
14. Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 14(4):483-490.
15. Coelho AR, Santos FS, Poggetto MT. Stomas changing lives: facing the illness to survive. *REME*. 2013; 17(2):258-267.
16. Nieves BC, et al. Ostomy patients' perception of the health care received. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2017; 25:e2961.
17. Silva NM, Santos MA, Rosado SR, Galvão CM, Sonobe HM. Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2017; 25:e2950.
18. Silva CRR, Cardoso TMS, Gomes AMR, Santos CSVB, Brito MAC. Construção do formulário de avaliação da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de eliminação intestinal. *Rev. Enferm. Refe*. 2016 out/dez; 4(11):21-30.

Plano Diretor como instrumento de Promoção da Saúde: análise do processo de elaboração e execução em uma cidade do Brasil

RESUMO

Este artigo objetiva analisar as questões de saúde pública e ambiente abordadas no Plano Diretor, tendo a experiência realizada nas áreas rurais do município Campinas (São Paulo, Brasil). Trata-se de uma análise documental com relato de experiência, de caráter exploratório. A construção do Plano Diretor de Campinas ocorreu sem nenhuma transparência. Em meio a inúmeros questionamentos de técnicos, pesquisadores, movimentos sociais e organizações da sociedade civil, chamou-se atenção para o modo como as áreas rurais foram tratadas no planejamento. Apontou-se inúmeras dificuldades enfrentadas por moradores e produtores rurais. Concluiu-se haver influência dos especuladores imobiliários sobre o planejamento, que ganhou espaço dentro do Poder Executivo Municipal. Evidenciou-se que o Plano Diretor de Campinas não foi apontado como ferramenta de promoção da saúde e justiça socioambiental. A maneira como o processo de configuração e implementação foi conduzido, não permitiu que o documento intermediasse, de fato, os conflitos apresentados pela sociedade.

DESCRITORES: plano diretor; promoção da saúde; saúde ambiental.

ABSTRACT

This article aims to analyze the public health and environmental issues addressed in the Master Plan, with the experience performed in rural areas of the municipality of Campinas (São Paulo, Brazil). This is a documentary analysis with a report of experience with an exploratory character. The construction of the Campinas Master Plan occurred without any transparency. During countless questions of technicians, researchers, social movements and civil society organizations, attention was drawn to the way in which rural areas were treated in planning. Numerous difficulties faced by residents and farmers were pointed out. It concluded that there is influence of the real estate speculators on the planning, which gained space within the Municipal executive branch. It was evidenced that the Campinas Master Plan was not appointed as a tool for health promotion and socio-environmental justice. The way the process of configuration and implementation was conducted, did not allow the document to mediate the conflicts presented by society.

DESCRIPTORS: master Plan; health promotion; environmental health.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo analizar la salud pública y los temas medioambientales abordados en el Plan Maestro, con la experiencia realizada en las zonas rurales del municipio de Campinas (São Paulo, Brasil). Se trata de un análisis documental con un informe de experiencia, carácter exploratorio. La construcción del Plan Maestro de Campinas se produjo sin ninguna transparencia. En medio de innumerables preguntas de técnicos, investigadores, movimientos sociales y organizaciones de la sociedad civil, se prestó atención a la manera en que las áreas rurales fueron tratadas en la planificación. Se señalaron numerosas dificultades a las que se enfrentan los residentes y los agricultores. Concluye que hay influencia de los especuladores inmobiliarios en la planificación, que ganaron espacio dentro del poder ejecutivo municipal. Se demostró que el Plan Maestro de Campinas no fue designado como herramienta para la promoción de la salud y la justicia socioambiental. La forma en que se llevó a cabo el proceso de configuración e implementación, no permitió que el documento mediase realmente los conflictos presentados por la sociedad.

DESCRIPTORES: plan maestro; promoción de la salud; salud ambiental.

Elizabeth Regina Melo Cabral

Enfermeira. Doutoranda e Mestre em Saúde Coletiva. Instituto IBÁ de Agroecologia & Faculdade São Leopoldo Mandic. SP, Brasil. Autor correspondente.

Herling Gregorio Aguilar Alonzo

Médico. Doutor e Mestre em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP. SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Nessa circunstância, o termo passou a ser associado a um conjunto de valores, como: vida, saúde, desenvolvimento, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, entre outros; além de fazer referência a uma combinação de estratégias que congreguem ações do Estado, da comunidade, do indivíduo, do sistema de saúde, bem como a parceria com diversos setores. Ou seja, significa a responsabilização múltipla, tanto no que diz respeito ao levantamento de problemas e, até mesmo, à formulação de soluções para os pontos levantados^{1,2}.

De acordo com o modelo de Dahlgren e Whitehead, que descrevem os determinantes sociais através de um diagrama, chama-se atenção para dois níveis de atenção (o terceiro e o quarto nível), em que estão destacados a influência das redes sociais, comunitárias e dos fatores relacionados a condições de vida e de trabalho. Diante disso, o potencial do Plano Diretor, enquanto ferramenta de promoção da saúde, pode ser notado³.

O Plano Diretor, é um instrumento de Gestão Municipal no Brasil e deve procurar atender aos interesses do conjunto da sociedade. Consiste em demonstrar que promover a participação da população no processo de formulação gera, simultaneamente, um maior nível de coesão social, ao mesmo tempo em que confere ao documento um caráter socialmente coeso. O Plano Diretor pode ser pensado também como uma ferramenta de capacitação comunitária para o exercício da cidadania e a busca de saúde^{4,6}.

Contemplam-se fatores da competência do documento de gestão que estão diretamente relacionados ao maior ou menor coeficiente de vulnerabilidade e exposição de uma população. Quanto maior a desvantagem social, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas, menor acesso aos serviços e etc., mais exposta e vulnerável aos riscos à saúde. O que se observa a partir da análise do diagrama de Determinantes Sociais de Saúde (DSS),

é que o Plano Diretor pode vir a ser uma ferramenta para promover a saúde populacional^{1,4}.

Em contrapartida, caso não seja garantida sua maneira participativa, pode ser usado como uma ferramenta de legitimação de interesses de uma minoria em detrimento ao bem-estar comum do Município, corroborando para manutenção de situações de conflitos ambientais motivados por reivindicações dos direitos de uso do solo e de acesso à infraestrutura urbana. Estes conflitos, na medida em que expressam uma diferenciação da distribuição espacial dos riscos e do acesso aos recursos do meio, afetam diretamente as condições de saúde de uma população⁵.

O Plano Diretor, como instrumento da política de desenvolvimento e expansão urbana, pode atender à necessidade de políticas públicas que intermediem conflitos ambientais, visto que, verifica-se uma carência de ações e diretrizes legais que, historicamente, intervissem nestas situações^{4,6}.

Desde 2014, vinham sendo elaboradas propostas de revisão do Plano Diretor e da Legislação de Uso e Ocupação do Solo do Município de Campinas, no Estado de São Paulo - Brasil, com o acompanhamento e discussão da sociedade. A partir de então, já foram realizadas diversas atividades, com participação de docentes e pesquisadores, como as oficinas organizadas pela Prefeitura, reuniões dos Conselhos Municipais, além de eventos organizados pelas Universidades, como a mesa-redonda e debates⁷.

O compromisso público entre a Prefeitura do Município e o Ministério Público do Estado pactuou o envio do Projeto de Lei pelo Executivo à Câmara Municipal até julho de 2017. Assim, foi pertinente fomentar a sistematização mais focada em contribuições efetivas para o aprimoramento da legislação. Pretendeu-se congrega propostas sobre temas de planejamento e gestão de Políticas Municipais e a legislação pertinente no momento de revisão do Plano Diretor, sob a égide das legislações federal e estadual pertinentes. A legislação precisa ser de interesse coleti-

vo - público e social - para que venha a ser seguida, implantada^{6,7}.

A ocasião foi propícia para reunir pesquisadores, técnicos e servidores do setor público, movimentos sociais e outros agentes ocupados com o futuro de Campinas. O momento político nacional e mundial apresenta-se como pano de fundo para pensar como queremos viver daqui a dez, vinte anos na Campinas "Cidade", "Município" e "maior", uma região, garantindo um habitat à humanidade presente neste território.

Tendo em vista a compreensão da complexidade que circunda o tema da gestão territorial em saúde ambiental, apresentaram-se como objetivo deste estudo exploratório analisar como as questões de saúde pública e meio ambiente são abordadas no Plano Diretor Municipal, tendo, por campo empírico, a experiência realizada nas áreas rurais do Município Campinas, Estado de São Paulo, Brasil.

METODOLOGIA

Os procedimentos adotados para a realização do artigo foram análise documental e relato de experiência. A pesquisa documental foi elaborada com base no tratamento analítico do Plano Diretor de Campinas⁸, procurando verificar se atendia às diretrizes apontadas no documento de regulamentação - o Estatuto da Cidade. Quanto ao relato de experiência, foi elaborado um relatório das participações nas oficinas e debates realizados no Município, em conjunto com a população.

Os sujeitos participantes estavam ligados, direta e indiretamente, ao processo de formulação e execução do Plano Diretor de Campinas, tanto aqueles ligados ao poder público, como os da sociedade civil. Também participaram do estudo, sujeitos ligados às atividades rurais do município, entendendo que o confronto de funcionalidades entre tais atividades configura um importante conflito socioambiental a ser abordado na análise e planejamento do território. Para o estudo, adotaram-se amostras não-probabilísticas intencionais e heterogêneas, cujo tamanho foi condi-

cionado ao término dos debates públicos, convocados pela prefeitura.

A proposta teve caráter interdisciplinar e intersetorial. Os dados utilizados foram resultados de oficinas, debates e conversas com moradores e produtores rurais, moradores das áreas urbanas, técnicos e pesquisadores das mais diversas áreas do conhecimento. As experiências dos autores com as áreas rurais do Município de Campinas, políticas públicas para o desenvolvimento rural e técnicas de produção agroecológicas foram registradas nos relatórios, elaborados por um grupo de entidades voltadas a temáticas rurais e agroecológicas. Este artigo foi redigido a partir da Carta de Propostas do Fórum Cidadão pelo Desenvolvimento Rural Sustentável de Campinas⁷.

Foi levantado um diagnóstico sobre as condições de vida e de produção agrícola dos moradores rurais e agricultores de Campinas. Em seguida, foram levantadas importantes questões para entender as potencialidades que o Município detém sobre a zona rural e quais eram as reais necessidades de expansão do perímetro urbano.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A (não) participação da população no Plano Diretor de Campinas

A população passou por um importante processo de decisão para a cidade de Campinas, no qual se construiu um Plano Diretor que estabelece diretrizes de ocupação da Cidade para os próximos 10 anos. A Prefeitura Municipal não se preocupou em garantir meios de viabilizar o envolvimento da população no processo de elaboração do Plano Diretor. Desta forma, houve baixa participação popular e, em diversos momentos, o poder de deliberação sobre as propostas apresentadas pelo Poder Executivo não foi explicitado. A construção do Plano ocorreu sem planejamento e transparência em sua condução.

Em meio a inúmeros questionamentos de técnicos, pesquisadores, movimentos sociais e organizações da sociedade civil, chamou-se atenção para o modo como as áreas rurais foram tratadas no novo planejamento. A Prefeitura não apresentou com

clareza seus planos para as áreas rurais e foi nítida sua intenção de ampliar o perímetro urbano o tanto quanto fosse possível.

Em contraposição, foi elaborada uma proposta por um grupo constituído diversas entidades, denominado “Fórum Cidadão pelo Desenvolvimento Rural Sustentável de Campinas”⁷, no qual ressaltava que os princípios agroecológicos eram importantes como diretrizes para o planejamento das áreas rurais, oferecendo instrumentos para prover segurança hídrica e alimentar, bem como o tratamento adequado ao solo, fauna, flora e à qualidade de vida das populações do campo e da cidade⁹. Mas as propostas não foram acatadas pela Prefeitura.

As questões rurais

Foram apontadas inúmeras dificuldades cotidianas enfrentadas por moradores e produtores rurais de Campinas. Parte significativa de suas reivindicações dizia a respeito sobre as condições (ou ausências) de infraestruturas públicas adequadas. As estradas vicinais que davam acesso aos bairros encontravam-se em péssimas condições. As opções de transporte público para os moradores eram escassas, em que era comum caminhar alguns quilômetros e esperar por algumas horas para apanhar um ônibus. A coleta de lixo e o tratamento de esgoto eram quase inexistentes. O descarte de resíduos sólidos geralmente ocorria através da incineração e/ou do aterramento e, os destinos mais comuns do esgotamento sanitário são as fossas negras e os rios. Os serviços de telecomunicações (Internet, telefonia e correios) praticamente não chegavam a essas localidades, e o atendimento aos serviços públicos básicos, como saúde e educação, em algumas regiões do Município, só ocorria se o morador se dispusesse se deslocar por longas distâncias e, por vezes, recorria a outros municípios vizinhos⁷.

As dificuldades de acesso a serviços essenciais para manutenção da vida em áreas rurais de Campinas estimulavam a saída de trabalhadores do campo – especialmente entre os jovens, em que se percebia que o êxodo era um fator complicador, que com-

prometia a permanência da população no meio rural.

Os entraves para a produção de alimentos também foram evidenciados, seja na logística, na comunicação e/ou na assistência técnica, que eram afetadas pela ausência de infraestruturas adequadas. A Administração Municipal não oferecia apoio e fomento à atividade produtiva, à capacitação técnica, ao associativismo e cooperativismo, aos mecanismos de compras públicas assistenciais e da merenda escolar, à realização de feiras orgânicas, à implantação de hortas comunitárias urbanas e periurbanas. A agricultura necessitava de atenção e condições mínimas de diversos setores das esferas governamentais¹⁰.

A zona rural de Campinas é composta por distintos bairros que não se conectam fisicamente – cada qual possuindo suas características, histórias, problemas e demandas específicas.

Frente ao argumento de que as áreas rurais de Campinas teriam perdido sua vocação agrícola, foi questionado o abandono do Poder Público Municipal com a área rural. A vocação para o cultivo de alimentos é inerente a qualquer “pedaço de chão” permeável. Basta que os órgãos públicos responsáveis, pelo apoio e fomento da atividade agrícola, o queiram desta forma.

Ao longo das últimas décadas, Campinas teve uma significativa redução da estrutura do seu Poder Executivo Municipal que lida diretamente com o desenvolvimento rural da cidade. Nos anos de 1990, havia uma Secretaria Municipal de Agricultura, hoje extinta. O Grupo de Desenvolvimento Rural Sustentável e Segurança Alimentar (GDR), criado em 2001, hoje está desativado, o Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural (CMDR) ficou inativo por anos (e não se reunia há mais de dois anos) e o Plano Municipal de Desenvolvimento Rural (PMDR) da Cidade estava bastante defasado.

A única estrutura municipal de apoio ao produtor e morador rural se encontra na Coordenadoria de Agronegócios, alocada na Diretoria de Desenvolvimento Econômico da Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Social e Turismo (que

é ainda responsável pela Diretoria de Relações Internacionais). Ao longo da primeira gestão do Governo (2012 até 2016), a coordenadoria foi ocupada por cinco diferentes servidores, sendo composta por um único funcionário⁷.

A vocação agrícola do Município é indiscutível. Para aqueles que argumentam pelo desenvolvimento econômico através da inovação, ciência e tecnologia, não se pode esquecer que Campinas possuía a maior rede nacional de instituições voltadas à pesquisa, desenvolvimento e extensão agropecuária do país. São alguns exemplos: Coordenadoria de Assistência Técnica Integral (CATI), Instituto Agrônomo de Campinas (IAC), Agência Paulista de Tecnologia dos Agronegócios (APTA), Instituto de Tecnologia de Alimentos (ITAL), Companhia de Desenvolvimento Agrícola de São Paulo (CODASP), Laboratórios Nacionais Agropecuários (Lanagro), Sebrae Agro, Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) nas áreas de Monitoramento por Satélite e Informática, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC), estas duas últimas com seus inúmeros institutos e faculdades que pesquisam temas correlatos. Contamos ainda com a Central de Abastecimento de Campinas S.A. (CEASA), o Sindicato Rural Patronal, o Sindicato dos Empregados Rurais, a Rede de Agroecologia da Unicamp, a Associação de Agricultura Natural de Campinas, a Associação Paulista de Extensão Rural, a Associação dos Produtores de Agricultura Urbana e Periurbana de Campinas e Região, as associações de moradores e produtores de bairros rurais, os coletivos de consumo de alimentos orgânicos, as feiras orgânicas e os inúmeros pontos de comércio que reconheciam o alimento agroecológico local como uma necessária medida de segurança, soberania alimentar e de promoção da saúde da população.

Aumento do perímetro urbano nas áreas verdes

A definição do perímetro urbano foi uma das grandes controvérsias nas dis-

cussões sobre o Plano Diretor. No ano de 2016, a Prefeitura apresentou propostas de expansão pontual do perímetro em três localidades específicas⁸. Questionamentos da sociedade civil e Ministério Público levaram à prorrogação do prazo de entrega do Plano, mas, com a mudança no comando da Secretaria de Planejamento Urbano, a questão do perímetro tomou novos rumos. Às vésperas de encaminhar a versão definitiva do Plano para a Câmara de Vereadores, as propostas da Prefeitura sobre o perímetro urbano foram difusas e nada transparentes – geralmente a informação chega através da imprensa (jornal impresso, rádio e/ou rede de televisão) e não pelos meios oficiais. Com amplo apoio dos setores imobiliário e da construção civil, o atual secretário chegou a propor o fim das áreas rurais.

De antemão, foi preciso reconhecer que qualquer atividade humana causa danos irreparáveis à natureza e que o avanço urbano sobre áreas rurais é um dos fenômenos antropogênicos que mais degrada o meio ambiente. São alguns exemplos deste impacto negativo: a contaminação e impermeabilização dos solos, o aumento das temperaturas locais e regionais, a degradação de nascentes e matas ciliares, a perda de fauna e flora (em quantidade e diversidade), o descarte irregular de resíduos sólidos e as poluições sonora e do ar⁹.

Possivelmente, essa nova proposta para o perímetro facilita a junção com diversos municípios em torno de Campinas, que em médio e longo prazos, essa medida acelerará ainda mais o processo de degradação ambiental e a perda das áreas rurais dos demais municípios. O mercado imobiliário provocará a gentrificação destas localidades, expulsando populações que ocupam aquelas terras há tempos – algumas delas, há mais de um século^{1,5}.

A zona rural foi abandonada e o trabalhador rural não possuía nenhum incentivo do poder municipal para o desenvolvimento econômico e socioambiental destas áreas.

Plano Diretor e Saúde

Ao longo de seu processo, o Plano Dire-

tor de Campinas não conseguiu intermediar os conflitos presentes nas discussões com a população. Assim, a maneira como foi conduzido, considerou-se como limitado o papel deste instrumento de gestão territorial, não conseguindo efetivar seu potencial enquanto ferramenta de promoção da saúde e de justiça socioambiental^{5,7}.

A forma do processo deveria ter sido pautada com um caráter integrador, que contemplasse a complexidade sociocultural do Município, suas vulnerabilidades e potencialidades para o desenvolvimento humano e a sustentabilidades social e ambiental. Entretanto, mesmo tendo havido um esforço de parte da equipe técnica municipal, tal representação não se concretizou.

Por não conseguir alcançar a dinâmica socioambiental em profundidade, fato primordial para a promoção da saúde ambiental, o Plano Diretor de Campinas abordou as questões de saúde pública e ambiente de maneira aparente. Acredita-se que essa deficiência estava também relacionada ao curto período de tempo que houve para sua elaboração, execução e às dificuldades para afazeres de natureza interdisciplinar e intersetorial.

Perante a este acontecimento, o que teve foi a superposição dos interesses de uma minoria dominadora e não foi verificado que o Plano Diretor conseguiu incorporar e enfrentar de forma efetiva as contradições inerentes aos conflitos ambientais presentes no Município. Entender os conflitos e incorporá-los seria importante para a criação de ambientes e municípios saudáveis, visto que as condições de saúde estão intrinsecamente ligadas à existência de desigualdades socioespaciais e às características ambientais^{1,5}.

A preocupação com o tema levou à composição de modelos que procuravam expressar a rede de relações dos diferentes níveis de determinantes sociais com as iniquidades em saúde. No terceiro e quarto níveis do modelo Dahlgren e Whitehead³, expressa-se o potencial do Plano Diretor enquanto ferramenta de promoção da saúde. Como instrumento de gestão mu-

nicipal, o plano deve procurar atender aos interesses do conjunto da sociedade. Dessa forma, favorecer a participação popular em seu processo de formulação levanta um grau maior de conexão social, ao mesmo tempo em que confere ao documento um caráter socialmente harmônico. O Plano Diretor pode ser pensado como uma ferramenta de habilitação comunitária para o exercício da cidadania e promoção da saúde⁴.

No campo da saúde pública, constata-se a necessidade de criar espaços de diálogos e conexão entre o urbano e o rural. Diante deste fato, procurou-se trazer a discussão de como pensar o uso de territorialidades emergentes no campo da saúde pública, em especial na área de saúde ambiental. O Plano Diretor é um instrumento de gestão democrático que apresenta um significativo potencial para reverter processos de iniquidades sociais, se conduzido de maneira participativa, permite que as demandas de saúde ambiental das populações mais vul-

neráveis sejam congregadas^{1,6}.

CONCLUSÃO

Enquanto ferramenta de gestão territorial, a elaboração e implementação do Plano Diretor podem contribuir para a criação de espaços de construção de políticas que atendam às necessidades da população através de agendas articuladas que considerem estratégias de promoção da saúde como tema transversal para o desenvolvimento saudável e sustentável.

Mas não foi o que aconteceu em Campinas, em que a proposta prevenida foi da Prefeitura, dos setores imobiliário e da construção civil, na qual propuseram o aumento da área urbana para cima das áreas rurais. Contudo, o mercado imobiliário se dizia capaz de “cuidar” da saúde do meio ambiente, e reforçavam o discurso do progresso econômico, cujo qual, supostamente, traria mais renda, moradias populares e empregos ao Município.

A população sofrerá consequências

devido a diminuição do cinturão verde, no fornecimento de água, ar e alimentos de qualidade, contaminação nos rios, redução de nascentes e da biodiversidade, e também êxodo de populações que moram e trabalham no campo. Diante desse caso, é necessário olhar para o rural como um local essencial para a segurança alimentar e hídrica da população.

O planejamento territorial deveria ter sido o pilar para a estruturação de mecanismos que possibilitassem a superação do atual panorama de desigualdade sócio espacial, que influencia diretamente na qualidade de vida e na saúde humana. Assim, ressalta-se que a preservação do meio ambiente, principalmente através da manutenção de suas áreas verdes e da permeabilidade do solo, a segurança alimentar, a segurança hídrica, e a preservação de seu patrimônio histórico e cultural, são propostas fundamentais para manutenção, promoção da saúde e qualidade de vida da população. ■

REFERÊNCIAS

1. Pereira RR. Plano diretor como instrumento para promoção da saúde: um estudo de caso em Nova Friburgo (RJ). *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2010 [acesso em 05 jan 2018]; 34(3):612-22. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n3/a1877.pdf>.
2. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizador. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
3. Ministério da Saúde (BR). *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS* [Internet]; 2008 [acesso em 02 jan 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.
4. Sperandio AMG (Org). *O Plano Diretor: uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável: o processo de entendimento, construção e ampliação do Plano Diretor*. Campinas: Universidade de Campinas. Departamento de Medicina Preventiva. Org Panamericana de Saúde; 2006. v. 1 e 2.
5. Acselrad, H. “Conflitos Ambientais – a atualidade do objeto. Apresentação” & “As práticas espaciais e o campo dos conflitos ambientais”. In: ACSELRAD, H. (Org). *Conflitos Ambientais no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2004.
6. Brasil. Lei n. 10.257, de 10 de julho de 2001. Regulamenta os Arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências [Internet]. 2001 [acesso em 07 jan 2018]. Brasília: Diário Oficial da União (2001, 11 de julho). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10257.htm.
7. Fórum Cidadão pelo Desenvolvimento Rural de Campinas. *A importância das áreas rurais e o Plano Diretor de Campinas* [Internet]; 2017 [acesso em 08 mar 2017]. Disponível em: <https://planorural.wordpress.com/carta-aberta/>
8. Prefeitura Municipal de Campinas. *Plano Diretor Estratégico. Caderno de subsídios*. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas [Internet]; 2017 [acesso em 20 abr 2017]. Disponível em: https://planodiretor.campinas.sp.gov.br/sites/planodiretor.campinas.sp.gov.br/files/20170412_caderno_annot_site.Plano_Diretorf.
9. Santoro P. O planejamento do município e o território rural. In: Pinheiro E (Org.) *O município e as áreas rurais*. São Paulo: Instituto Pólis; 2004.
10. Carneiro MJ & Maluf RS. (Orgs.). *Para além da produção: multifuncionalidade e agricultura familiar*. Rio de Janeiro: MAUAD; 2003.

Ocorrência de quedas em idosos: fatores de risco e fatores relacionados

RESUMO

Objetivou-se verificar o desempenho de idosos em testes estático e dinâmico do equilíbrio postural, em associação ou não com a presença de problemas cognitivos; e detectar precocemente as fragilidades que possam levar os idosos a episódios de quedas e surgimento de incapacidade, para estabelecer estratégias voltadas à promoção da saúde e diminuição dos riscos de quedas. Estudo descritivo, realizado no Centro de Atenção à Saúde do Idoso e Seus Cuidadores, da Universidade Federal Fluminense, com idosos que participam das atividades terapêuticas. Idosos mais velhos apresentaram pontuação menor no desempenho. O número de medicamentos utilizados diariamente tem associação com a maior propensão a quedas, evidenciando também a importância da educação farmacêutica. Conclui-se que os riscos causados por fatores intrínsecos, como presença de doenças crônicas e uso de medicamentos, devem ser devidamente avaliados por profissionais de saúde, para evitar a perda da capacidade funcional desses idosos por decorrência das quedas.

DESCRITORES: idoso; acidentes por quedas; avaliação geriátrica.

ABSTRACT

The aim of this study was to verify the performance of the elderly in static and dynamic tests of postural balance, in association or not with the presence of cognitive problems; and to detect early the fragility that may lead the elderly to episodes of falls and emergence of disability, to establish strategies aimed at promoting health and reducing the risk of falls. A descriptive study carried out at the Center for Attention to Health of the Elderly and its Caregivers, Fluminense Federal University, with elderly people participating in therapeutic activities. Older adults scored lower on performance. The number of drugs used daily is associated with a greater propensity for falls, also highlighting the importance of pharmaceutical education. It is concluded that the risks caused by intrinsic factors, such as the presence of chronic diseases and the use of medications, should be duly evaluated by health professionals to avoid the loss of functional capacity of these elderly people due to falls.

DESCRIPTORS: aged; accidental falls; geriatric assessment.

RESUMEN

Se objetivó verificar el desempeño de ancianos en pruebas estáticas y dinámicas del equilibrio postural, en asociación o no con la presencia de problemas cognitivos; y detectar precozmente las fragilidades que puedan llevar a los ancianos a episodios de caídas y surgimiento de incapacidad, para establecer estrategias dirigidas a la promoción de la salud y disminución de los riesgos de caídas. Estudio descriptivo, realizado en el Centro de Atención a la Salud del Anciano y Sus Cuidadores, de la Universidad Federal Fluminense, con ancianos que participan en las actividades terapéuticas. Los ancianos mayores presentaron una puntuación menor en el rendimiento. El número de medicamentos utilizados diariamente tiene asociación con la mayor propensión a caídas, evidenciando también la importancia de la educación farmacéutica. Se concluye que los riesgos causados por factores intrínsecos, como presencia de enfermedades crónicas y uso de medicamentos, deben ser debidamente evaluados por profesionales de salud, para evitar la pérdida de la capacidad funcional de estos ancianos debido a las caídas.

DESCRIPTORES: anciano; accidentes por caída; evaluación geriátrica.

Bruna de Souza Penna

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF). Bolsista FAPERJ de Iniciação Científica. RJ, Brasil.

Gabriel Luis Cavalcanti Valente

Acadêmico de Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Bolsista CNPq de Iniciação Científica. RJ, Brasil.

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente

Professora Associada do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF). RJ, Brasil. Autor correspondente.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento vem normalmente acompanhado de alterações e desgastes em vários sistemas, ocorrendo de forma progressiva e irreversível, em momentos diferentes para um indivíduo e outro. Tal processo se acompanha de um declínio das funções gerais, bem como das funções motora e cognitiva. A integração e a sincronia dos sistemas osteomuscular, neuroendócrino, nervoso, cardiovascular e sensorial são necessárias para que o ato motor se realize de maneira desejável, incluindo as funções de equilíbrio e marcha¹. Verifica-se ainda que o processo de envelhecimento pode acarretar perda do equilíbrio e alterações na massa muscular e óssea, aumentando a possibilidade de episódios de quedas².

Os transtornos cognitivos e funcionais são idade dependentes³ e estão entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes entre os idosos⁴. Entre 5 a 11% das pessoas acima de 65 anos e quase 50% daquelas com cerca de 80 anos, com uma prevalência maior em mulheres, podem ser acometidas pelos principais tipos de demência: a doença de Alzheimer e a demência por multiinfarto (demência vascular). A primeira contribui com mais de 60% de todas as demências e a segunda com cerca de 5 a 20%. Sendo assim, é necessário o conhecimento destas alterações para a construção de plano de ações, envolvendo identificação de sinais e sintomas, diagnósticos adequados, tratamento eficaz e educação em saúde permanente. Tais ações necessitam ser realizadas por meio da avaliação funcional ou avaliação geriátrica ampliada ou ainda avaliação multidimensional do idoso.

A independência funcional representa a capacidade do indivíduo para realizar suas atividades físicas, mentais e sociais necessárias para a manutenção de suas atividades básicas e instrumentais⁵. Estudando fatores associados a quedas em pessoas idosas⁶, verificou-se que o prejuízo da capacidade funcional parece ter um papel preponderante na interação

multicausal de quedas. Além disso, os idosos com baixa autoconfiança em realizar atividades do dia a dia, pelo medo de cair, tendem a ter um comprometimento progressivo em sua capacidade funcional ao longo do tempo. Esse medo está também associado ao risco de quedas no futuro, mesmo em pessoas que não sofreram queda.

A Organização Mundial de Saúde - OMS⁷ realça a importância da capacidade funcional e independência da pessoa idosa como fatores preponderantes para manutenção de sua saúde física, mental e social. A prevenção das quedas é um desafio ao envelhecimento populacional. De acordo com o Relatório Global da OMS para Prevenção de Quedas na Velhice, o número de quedas aumenta em magnitude, à medida que o número de adultos mais velhos aumenta, em muitas nações do mundo. As quedas aumentam exponencialmente com as mudanças biológicas associadas à idade, portanto, um significativo número de pessoas com mais de 80 anos deverá desencadear um aumento substancial de quedas e dos ferimentos a elas relacionados, em níveis alarmantes. De fato, a incidência de algumas lesões relacionadas às quedas, tais como fraturas e lesões à medula, aumentaram marcadamente até a ordem de 131% durante as últimas três décadas⁸.

Tendo em vista o exposto, o objeto deste estudo é o estado cognitivo do idoso e a propensão a quedas. A partir da questão norteadora da pesquisa: Quais são as fragilidades dos idosos que os predisõem a ocorrência de quedas? Procurou-se alcançar os seguintes objetivos: Verificar o desempenho de idosos em testes estático e dinâmico do equilíbrio postural, em associação ou não com a presença de problemas cognitivos, visando orientações preventivas aos próprios idosos e aos cuidadores e; detectar precocemente as fragilidades que possam levar os idosos a episódios de quedas e surgimento de incapacidade, estabelecendo ações de enfermagem e educação farmacêutica voltadas à promoção da saúde.

METODOLOGIA

Estudo descritivo realizado no Centro de Atenção à Saúde do Idoso e Seus Cuidadores, da Universidade Federal Fluminense (CASIC/UFF). A população foi composta por idosos que participam das oficinas terapêuticas. Foram aplicados testes e escalas relacionados à avaliação cognitiva durante a consulta de Enfermagem, com a elaboração de diagnósticos de enfermagem, segundo o North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP/FM/UFF), sendo aprovado sob o parecer n.º 168.596/12, de acordo com a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como foi solicitada autorização formal para a coleta de dados na instituição pesquisada. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram identificados com a letra P e um número, ficando assim sem identificação nominal direta, mantendo a privacidade de cada um.

Como critérios de inclusão para a amostra, foram selecionados: idosos capazes de deambular e manter-se em pé independentemente; não portadores de DCNT descompensadas ou sem tratamento; que não possuem doença neurológica que possa comprometer o equilíbrio postural (sequela de AVE, doença de Parkinson, neuropatia periférica) ou outro comprometimento neuromotor limitante; que não tenham história de labirintopatias; que não apresentavam deficiência visual e auditiva que possam dificultar ou impossibilitar a compreensão do comando verbal ou a realização das tarefas cognitivas; capazes de seguir as instruções verbais. Critérios de exclusão: idosos que necessitavam de auxílio de dispositivos para a deambulação (como andador, bengala e etc.), déficit cognitivo aumentado e que possuíam alguma alteração referida nos critérios de inclusão.

Dentre os 30 idosos que participavam das oficinas terapêuticas, cinco idosos atenderam aos critérios de inclusão para esta pesquisa. De posse da assinatura dos idosos, ou de seu responsável direto, aplicou-se o

Formulário de Identificação, no qual foram coletadas informações referentes às características sociodemográficas. Realizou-se uma triagem prévia, buscando excluir alterações cognitivas como demências, além de desempenho compatível no Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

A anamnese realizada constituída por entrevista semiestruturada possibilitou conhecer dados sociodemográficos, como: nível de escolaridade, estado civil, número de medicações utilizadas por esses idosos, existência de comorbidade e histórico de quedas no ano anterior à pesquisa. Cada participante foi submetido aos testes para avaliação de equilíbrio e marcha, com Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) e o Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA Ia); e avaliação do estado cognitivo com o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Os testes funcionais de equilíbrio reproduzem os padrões de mudanças de posição do corpo sobre o sistema vestibular durante a realização das Atividades da Vida Diária (AVDs), enquanto a avaliação funcional da marcha reflete a segurança e a eficiência do seu deslocamento no ambiente. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva simples.

RESULTADOS

O número de idosos do sexo feminino prevaleceu em 80% (quatro idosos), e 20% do sexo masculino (um idoso). Em relação ao estado civil, todos eram casados. Quanto ao nível de escolaridade, 60% possuía o ensino fundamental incompleto e 40% completou o ensino médio. Quando questionados sobre as medicações de uso contínuo, a quantidade variou de um a sete medicações.

A Escala de Equilíbrio de Berg foi utilizada para avaliar os idosos quanto à qualidade do desempenho, necessidade de assistência e tempo de completar a tarefa, obtendo-se o escore de cada paciente. Observou-se que nenhum idoso atingiu uma pontuação abaixo da indicada como preditiva de quedas (45 pontos). Os resultados variaram de 48 e 56 pontos. O idoso P5 apresentou pontuação menor, sendo considerado com maior risco para quedas.

Em relação à avaliação de equilíbrio e



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

marcha orientada pelo desempenho, utilizando o POMA Ia, que tem como escore máximo de 57 pontos, avaliou-se o desempenho dos idosos em atividades que requerem equilíbrio para desenvolver movimentos de rotina e para a marcha no início, pontuando altura, comprimento, largura e simetria e, durante a marcha na sua trajetória, estabilidade do tronco e o retorno para o mesmo lugar, num espaço de seis metros enquanto caminha. 60% dos idosos que atingiram o escore máximo, apresentando bom desempenho das atividades que requerem equilíbrio e mantêm a estabilidade durante a marcha. Os idosos que alcançaram escores mais baixos (P3 e P5), apresentaram risco de quedas.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) avalia a presença ou não de alterações cognitivas mediante seis itens: orientação temporal e espacial, registro, memória imediata, cálculo, memória recente e linguagem (sendo avaliadas agnosia, afasia, apraxia e habilidade construcional). O declínio gradual das funções cognitivas na senescência pode estar relacionado a fatores educacionais, de saúde e de personalidade, bem como do nível intelectual global e capacidades mentais específicas do indivíduo⁹.

O desempenho fraco no MEEM está associado com a incapacidade dos indivíduos na realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), independente

destes indivíduos apresentarem doenças crônicas¹⁰. O domínio cognitivo parece estar mais associado com a performance das AIVDs. Na avaliação do estado cognitivo a partir do MEEM, observou-se que 60% da amostra apresentou escore abaixo do corte estabelecido (26 pontos). Portanto, caracterizou-se que esses idosos apresentam declínio da atividade cognitiva.

O diagnóstico de enfermagem é um poderoso veículo que requer pensamento crítico, analítico e acurado para comunicar adequadamente os fenômenos em que se envolve a Enfermagem, conceituado como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais¹¹. O enfermeiro, a partir da sua prática com idosos, pode identificar os fatores que influenciam na mobilidade dos mesmos, quer sejam eles físicos, psicológicos, socioculturais ou ambientais, a fim de que possam realizar suas atividades diárias sem riscos de sofrerem lesões por quedas¹².

O diagnóstico de NANDA apresenta treze domínios de classificação, sendo eles referentes à promoção da saúde; nutrição; eliminação e troca; atividade/repouso; percepção/cognição; autopercepção; papéis e relacionamentos; sexualidade; enfrentamento/tolerância ao estresse; princípios da vida; segurança/proteção; conforto; e crescimento/desenvolvimento.

Quadro 1. Diagnósticos de enfermagem segundo NANDA¹¹. Niterói, RJ, Brasil, 2018.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ENCONTRADOS NOS IDOSOS	FREQUÊNCIA (D.E.)*	%
Autocontrole ineficaz da saúde	5	6,58%
Manutenção ineficaz da saúde	1	1,31%
Risco de glicemia instável	1	1,31%
Risco de volume de líquidos deficiente	1	1,31%
Eliminação urinária prejudicada	1	1,31%
Constipação	3	3,95%
Risco de constipação	1	1,31%
Insônia	1	1,31%
Padrão de sono prejudicado	3	3,95%
Deambulação prejudicada	1	1,31%
Mobilidade física prejudicada	2	2,63%
Planejamento de atividade ineficaz	3	3,95%
Disposição para o conhecimento aumentado	2	2,63%
Disposição para comunicação aumentada	3	3,95%
Disposição para autoconhecimento melhorado	4	5,26%
Risco de baixa estima situacional	1	1,31%
Interação social prejudicada	2	2,63%
Ansiedade	3	3,95%
Comportamento de saúde propenso a risco	3	3,95%
Disposição para enfrentamento familiar aumentado	4	5,26%
Sobrecarga de estresse	3	3,95%
Disposição para religiosidade aumentada	5	6,58%
Risco de infecção	1	1,31%
Dentição prejudicada	5	6,58%
Mucosa oral prejudicada	5	6,58%
Risco de quedas	3	2,63%
Risco de trauma	2	2,63%
Disposição para aumento do conforto	3	3,95%
Conforto prejudicado	2	2,63%
Dor crônica	2	2,63%

Fonte: dados da pesquisa.

Os diagnósticos que apareceram com mais frequência entre os idosos desse estudo foram: Autocontrole ineficaz da saúde (6,58%), Disposição

para religiosidade aumentada (6,58%), Dentição prejudicada (6,58%), Mucosa oral prejudicada (6,58%), Disposição para autoconhecimento

melhorado (5,26%), e Disposição para enfrentamento familiar aumentado (5,26%).

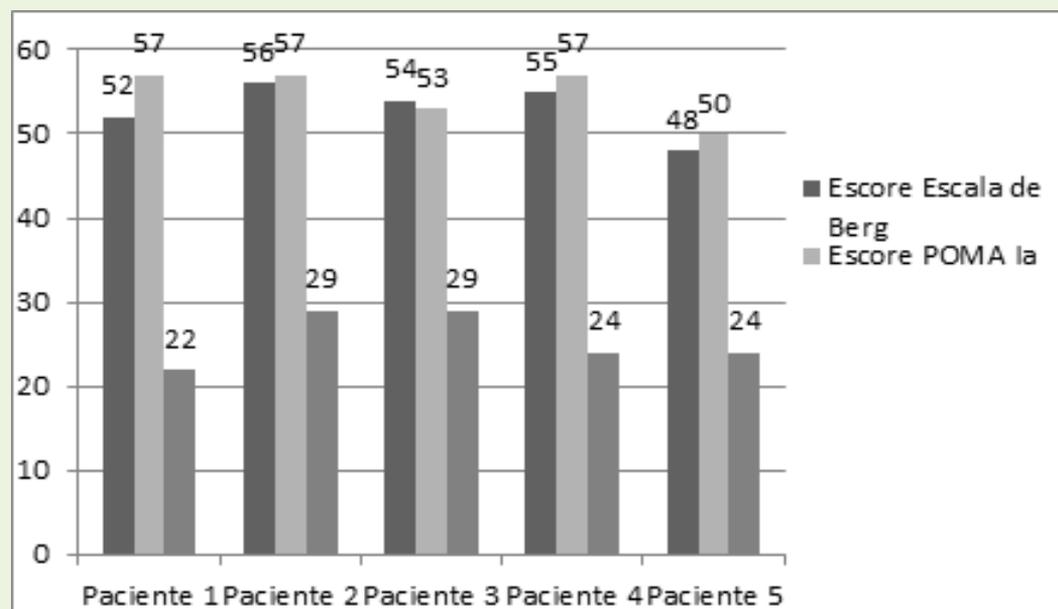
A correlação do desempenho

no teste de equilíbrio da Escala de Berg com o número de medicações ingeridas diariamente pelos idosos desta pesquisa corrobora com a literatura. Os

idosos que utilizam maior número de medicamentos (idoso identificado como P5), apresentou pontuações menores nos testes de equilíbrio e marcha, comparado

com os resultados dos outros idosos. Pode-se comparar os resultados nos testes de cada idoso no gráfico abaixo (Gráfico 1).

Gráfico 1. Comparação dos escores dos testes realizados nos idosos. Niterói, RJ, Brasil, 2018.



Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Em relação à idade e o risco de quedas¹³, evidenciou-se que idosos mais velhos caíram mais vezes e têm maior propensão à ocorrência destas. A idade dos idosos participantes do estudo variou de 60 a 82 anos de idade, idade média de 66,4 anos. Com relação ao número de doenças previamente diagnosticadas, a hipertensão arterial e o déficit visual foram as mais prevalentes (80 e 60%, respectivamente). Outras doenças também foram citadas, dentre elas artrose, hérnia de disco, reumatismo, escoliose, diabetes mellitus, depressão e câncer de mama.

O número de quedas ocorridas no ano anterior à aplicação dos testes variou de zero a duas quedas, sendo que dois idosos sofreram duas quedas, um sofreu uma queda e dois não sofreram nenhuma queda. A avaliação funcional do equilíbrio permite prever os riscos que o idoso apresenta para

que ocorra a queda¹⁴. A Escala de Equilíbrio de Berg é um instrumento bastante utilizado em ambientes clínicos e de pesquisa, e tem por escore máximo 56 pontos, sendo adotado o ponto de corte de 45 pontos. O escore total, apresentado pelo idoso, abaixo de 45 indica que este apresenta um alto risco de sofrer queda, podendo necessitar do auxílio de dispositivos de marcha.

Muitos estudos demonstram que com o avançar da idade, os idosos apresentam perda da capacidade funcional, como na realização das AIVDs, o que leva a um risco maior na ocorrência de quedas nesses idosos. O número de quedas em idosos vem aumentando consideravelmente. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a taxa de mortalidade por quedas de brasileiros com 80 anos ou mais foi de 14,24%, e na faixa de 70 a 79 anos foi de 5,26%. Cerca de 30 % da população idosa no Brasil já sofreu

ao menos uma queda em um ano. E muitos ainda podem ter recidiva em menos de seis meses¹⁵.

Uma das complicações decorrentes de quedas pode ser a morte. Os acidentes são a quinta causa de morte em pacientes idosos e as quedas constituem dois terços dessas mortes acidentais. A maior parte das mortes decorrente das quedas ocorre naqueles com mais de 65 anos de idade e as complicações de queda são a causa principal de morte por trauma em indivíduos com mais de 65 anos. Muitos estudos apontam o uso de várias medicações, a polifarmácia, com os episódios de quedas. Entre as principais drogas que levam às quedas estão os antidepressivos, antiinflamatórios não hormonais, sedativos e hipnóticos, vasodilatadores e diuréticos¹⁶.

Verificou-se, na literatura, pior desempenho do equilíbrio funcional em idosos

acometidos por cinco ou mais doenças e também que quanto maior o número de doenças, menor foi a capacidade do desempenho do equilíbrio funcional nos idosos que apresentam alteração do sistema vestibular¹⁷. As patologias que mais se encontram com frequência nos idosos¹⁸ são: hipertensão arterial, doenças osteoarticulares, hipercolesterolemia e diabetes mellitus. Encontrou-se nesse estudo a prevalência de doenças como a hipertensão arterial (80%), déficit visual (60%), artrose (40%) e hérnia de disco (40%). Em estudo realizado¹⁹, 62,2% dos idosos de uma amostra de 180 idosos, tinham dificuldade de enxergar. O déficit visual também pode ser um preditor de quedas nos idosos.

O sexo feminino foi relatado como importante fator de risco para quedas²⁰. No presente estudo, os pacientes que relataram quedas foram todos do sexo feminino (60% apresentaram pelo menos uma queda no ano anterior). A utilização do instrumento POMA Ia permite identificar pacientes com risco de quedas. Observou-se que, no desempenho dos idosos que já relataram quedas, dois episódios de quedas neste estudo, obtiveram pontuação mais baixa no POMA Ia (P3 e P5), entretanto, o idoso que relatou um episódio de queda obteve pontuação máxima (P1).

Foi possível identificar, através da Escala de Equilíbrio de Berg e dos Testes de Equilíbrio e Marcha pelo Desempenho, os idosos com maior propensão a quedas a partir da avaliação do equilíbrio funcional. Os idosos com histórico de quedas apresentaram pontuações mais baixas. Já no que diz respeito ao déficit cognitivo, mesmo os idosos que relataram quedas obtiveram bom resultado no Mini Exame do Estado Mental, ressaltando que ainda não há estudos que comprovem a alta correlação entre déficit cognitivo e perda funcional e quedas.

Em relação à pontuação na Escala de Berg, idosos com histórico de quedas apresentam escores mais baixos (P1, P3 e P5). Em estudos realizados¹⁷ foi encontrada associação significativa entre a pontuação da Escala de Berg e quedas recorrentes, em que idosos que tiveram dois ou mais episódios de quedas apresentam maior comprometimento

Foi possível identificar, através da Escala de Equilíbrio de Berg e dos Testes de Equilíbrio e Marcha pelo Desempenho, os idosos com maior propensão a quedas a partir da avaliação do equilíbrio funcional. Os idosos com histórico de quedas apresentaram pontuações mais baixas. Já no que diz respeito ao déficit cognitivo, mesmo os idosos que relataram quedas obtiveram bom resultado no Mini Exame do Estado Mental

do equilíbrio funcional. Observou-se neste estudo idoso com a pontuação do MEEM elevada e que possui histórico de quedas (como no caso do paciente P3).

O processo de organização e planejamento do cuidado de enfermagem deve ser pensado pelo profissional de enfermagem

como importante tarefa no gerenciamento do cuidado de cada paciente, visando sempre a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Portanto, deve haver planejamento e organização do cuidado, com o objetivo de prevenir quedas no idoso.

As drogas psicotrópicas, particularmente os benzodiazepínicos (meia-vida curta ou longa) e neuropiléticos (típicos e atípicos), têm sido mais constantemente implicados nos riscos de quedas¹⁶. Essas medicações contribuem para as quedas e fraturas por mecanismos presumivelmente relacionados a distúrbios do equilíbrio, respostas corretoras posturais lentificadas e hipotensão postural.

Os fatores de risco podem ser categorizados em quatro dimensões, segundo o Ministério da Saúde: biológica, comportamental, ambiental e fatores socioeconômicos. Dentre os fatores biológicos estão: idade, gênero e raça, por exemplo, são fatores de risco biológicos não modificáveis. Estão também associados às mudanças devidas ao envelhecimento, tais como: o declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas, e à comorbidade associada às doenças crônicas. A interação entre os fatores biológicos e os riscos comportamentais e ambientais aumenta os riscos de quedas. A perda de força muscular, por exemplo, leva a uma perda de função e um maior nível de fragilidade, o que intensifica o risco de quedas devido a alguns riscos ambientais²¹.

Os fatores de risco comportamentais dizem respeito às ações humanas, emoções ou escolhas diárias e são potencialmente modificáveis. Os fatores de risco incluem a interação das condições físicas dos indivíduos e o ambiente que os cerca, incluindo alguns problemas e aspectos problemáticos dos ambientes públicos. Esses fatores não são, em si, causas de quedas – antes, a interação entre outros fatores e sua exposição aos ambientais. Os fatores de risco socioeconômicos são relacionados à influência das condições sociais e do status econômico dos indivíduos, bem como à capacidade da comunidade de enfrentá-los. Esses fatores incluem: baixa renda, pouca educação, habitações inadequadas, falta de interação social, acesso limitado ao cuidado de saúde

artigo

Penna, B.S.; Valente, G.L.C.; Valente, G.S.C.

Ocorrência de quedas em idosos: fatores de risco e fatores relacionados

e assistência social em áreas remotas e falta de recursos da comunidade²¹.

A marcha e o equilíbrio devem ser avaliadas por meio de testes funcionais que focam o desempenho das atividades do dia a dia. É importante avaliar a história da queda verificando os medicamentos utilizados por esses idosos, doenças progressas e o ambiente domiciliar, não devendo levar em consideração a queda em si, mas também as consequências trazidas por elas⁹. No presente estudo, o paciente P5 apresentou menor pontuação no desempenho do POMA Ia e na Escala de Equilíbrio de Berg, sendo este também com idade superior a 75 anos (P5, 82 anos de idade). Salienta-se que os idosos mais novos, com idade entre 60 e 69 anos, apresentaram escores maiores nos testes de equilíbrio e marcha.

Existe relação entre o nível de escolaridade e a presença do déficit de equilíbrio. Autores¹³ relatam que a educação pode refletir em outros aspectos importantes da vida do sujeito como habitação, cultura, renda e saúde, sendo provável que pessoas com maior nível de instrução tenham

maior preocupação com sua saúde, maior capacidade de envolver-se na sua recuperação e melhores hábitos higiênicos. A maior escolaridade também pode estar relacionada com maior engajamento. O nível de escolaridade dos participantes deste estudo pode ser considerado baixo, visto que 60% possuem ensino fundamental incompleto. Os que possuíam ensino médio completo constituem 40% dos participantes.

No que tange ao uso de medicamentos e sua relação com a ocorrência de quedas em idosos, verificou-se correlação estatística significativa entre menor pontuação total da Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) e maior utilização de medicamentos. Houve associação estatística significativa entre a pontuação total da EEB e os grupos de idosos que ingeriram “3 ou 4 medicamentos” e “5 ou mais medicamentos” em comparação aos que não o fizeram. De acordo com resultados de estudos¹⁷ a polifarmacoterapia pode aumentar o risco de interações medicamentosas e de eventos adversos e costuma piorar os sintomas labirínticos e também mostraram que a utilização de cin-

co ou mais medicamentos concomitantes está associada ao maior risco para tontura em idosos.

O uso de medicação psicotrópica tem sido fator de risco para quedas em indivíduos idosos. Encontrou-se em um estudo²² associação entre o uso de medicações psicoativas e risco de queda em mulheres idosas, sendo que estas medicações poderiam causar hipotensão postural, sedação, arritmias, tremores e fraqueza, bem como existe entre o uso de hipnóticos, ansiolíticos e antidepressivos. Assim, há que se repensar tratamento de problemas psiquiátricos em indivíduos idosos, de modo a comparar o risco-benefício do uso de medicação, especialmente naquelas populações mais vulneráveis à ocorrência de queda, como os mais idosos, as mulheres, os mais frágeis e aqueles que apresentam dificuldade na realização de suas AVDs, incluindo a locomoção.

CONCLUSÃO

O processo de envelhecimento traz várias alterações no organismo humano, podendo levar o indivíduo a sofrer mudan-



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

ças no seu cotidiano, como o aumento da possibilidade de sofrer quedas, que levam os idosos a tornarem-se mais dependentes para a realização de AVDs. Percebe-se que o idoso, ao longo do processo de envelhecimento, traz alterações que influenciam no seu equilíbrio e postura podendo gerar quedas. O enfermeiro, enquanto profissional que dispõe de vários instrumentos para realizar uma avaliação geriátrica ampla, deve utilizá-los para a identificação das alterações e, assim, estabelecer um plano de

ação que auxilie na prevenção de quedas, incluindo a educação farmacêutica, tendo em vista que o uso a polifarmácia e/ou o uso de medicamentos pode contribuir para a ocorrência de quedas em idosos.

Conclui-se que a partir da avaliação dos idosos e da identificação dos riscos, o enfermeiro é capaz de conhecer os diagnósticos de enfermagem, elaborar um plano de cuidados e estabelecer ações preventivas para que não ocorra a queda. O trabalho do Enfermeiro e do Farmacêutico

deve ser realizado juntamente com o idoso, seu familiar e ou cuidador, para modificação de hábitos, eliminando riscos ambientais, que são considerados extrínsecos, bem como para a educação em saúde, no sentido de utilizarem corretamente os medicamentos, prevenindo riscos à sua saúde, inclusive quedas e desenvolver estratégias de intervenção apropriadas para a manutenção da autonomia e da independência, melhorando a qualidade de vida dessa população. ■

REFERÊNCIAS

1. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(2):409-415.
2. Gonçalves D, Altermann C, Vieira A, Machado AP, Fernandes R, Oliveira A, Mello-Carpes PB. Avaliação das funções cognitivas, qualidade de sono, tempo de reação e risco de quedas em idosos institucionalizados. *Estud. Interdiscip. Envelhec*. 2014; 19(1):95-108.
3. Gurian MBF, Oliveira RC, Laprega MR, Rodrigues Jr AL. Rastreamento da função cognitiva de idosos não institucionalizados. *Rev Bras de Geriatr Gerontol*. 2012; 15(2):275-83.
4. Rossato LC, Contreira AR, Corazza ST. Análise do tempo de reação e do estado cognitivo em idosos praticantes de atividades físicas. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2011; 18(1):54-59.
5. Camargos MCS, Machado CJ, Rodrigues RN. Life expectancy among elderly Brazilians in 2003 according to different levels of functional disability. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(4):845-852.
6. Leite MT, Castioni D, Kirchner RM, Hildebrandt LM. Capacidade funcional e nível cognitivo de idosos residentes em uma comunidade do sul do Brasil. *Enferm. Glob*. 2015; 14(37):1-11.
7. OMS. Growing Older. Staying well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life. Genebra: Organização Mundial de Saúde. 1998.
8. Valcarenghi RV, et al. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2011; 24(6):828-833.
9. Gonçalves D, Altermann C, Vieira A, Machado AP, Fernandes R, Oliveira A, Carpes PBM. Avaliação das funções cognitivas, qualidade de sono, tempo de reação e risco de quedas em idosos institucionalizados. Porto Alegre, RS: *Rev. Estud. Interdiscipl. Envelhec*. 2014; 9(1):95-108.
10. Oliveira DLC, Goretti LC, Pereira LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Rev. bras. fisioter*. 2006; 10(1):91-96.
11. North American Nursing Diagnosis Association. *Nursing Diagnoses: definitions & classification, 2009-2011*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2008.
12. Reis LA, Rocha TS, Duarte SFP. Quedas: Risco e fatores associados em idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2014; 28(3):225-234
13. Aveiro MC, Driusso P, Barham EJ, Pavarini SCI, Oishi J. Mobilidade e risco de quedas de população idosa da comunidade de São Carlos. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(9):2481-8.
14. Berg KO, et al. Measuring Balance in the elderly: validation of an instrument. *Can J Public Health*. 1992; 83:S7-S11.
15. Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(1):138-46.
16. Esquenazi D, Silva SB, Guimarães MA. (2014). Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto*. 2014; 13(2):11-20.
17. Cruz DT, Cruz FM, Ribeiro AL, Veiga CL, Leite ICG. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. *Cad. Saúde Colet*. 2015; 23(4):386-393.
18. Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues RAP. Características sociodemográficas capacidade funcional e morbidade entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(1):29-35.
19. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(5):796- 805.
20. Chianca TC, Andrade CR, Albuquerque J, Wenceslau LC, Tadeu LF, Macieira TG, et al. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte-MG. *Rev Bras Enferm*. 2013 ;66(2):234-40.
21. Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de n.º 1.395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília*, n. 237-E, p. 20-4, seção 1, 13 dez 1999.
22. Piovesan AC, Pivetta HMF, Peixoto JMB. Fatores que predis põem a quedas em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, RS. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011; 14(1):75-8.

Modos de cuidar de agentes comunitários de saúde

RESUMO

Objetiva-se compreender os modos de cuidar de Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família. Pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa, realizada com 07 Agentes Comunitários de Saúde de uma Estratégia de Saúde da Família do Município de Itaboraí, Estado do Rio de Janeiro. Foram aplicados questionários aos sujeitos e realizado um grupo focal; os dados apreendidos foram submetidos à análise de conteúdo temática. Emergiram três categorias: A percepção do cuidado em saúde como prática de coprodução singular, Descontinuidade e fragilidade no processo de formação para o cuidado e Potencialidades e tensões no processo de cuidar. Conclui-se que os Agentes Comunitários de Saúde se reconhecem como fazedores de cuidado resolutivo, aqueles que contribuem para produzir autonomia dos usuários e famílias. Esse cuidado encontra-se, ainda, centrado em ações curativas, perpetuando o modelo biomédico.

Descritores: agentes comunitários de saúde; cuidado; estratégia saúde da família.

ABSTRACT

The aim is to understand the ways of caring for community health agents in the Family Health Strategy. Descriptive, exploratory and qualitative research, conducted with 07 community health agents of a family health strategy in the municipality of Itaboraí, State of Rio de Janeiro. Questionnaires were applied to the subjects and a focal group was performed; The data seized were subjected to thematic content analysis. Three categories emerged: the perception of health care as a practice of singular co-production, discontinuity and fragility in the process of training for care and potentialities and tensions in the care process. It is concluded that the community health agents recognize themselves as resolutive care makers, those who contribute to produce autonomy of users and families. This care is also centered on curative actions, perpetuating the biomedical model.

Descriptors: community health workers; patient care; family health strategy.

RESUMEN

El objetivo es comprender las formas de cuidar a los agentes de salud comunitarios en la estrategia de salud de la familia. Investigación descriptiva, exploratoria y cualitativa, realizada con 07 agentes sanitarios comunitarios de una estrategia de salud familiar en el municipio de Itaboraí, estado de Río de Janeiro. Se aplicaron cuestionarios a los sujetos y se realizó un grupo focal; Los datos incautados fueron sometidos a análisis de contenido temático. Surgieron tres categorías: la percepción del cuidado de la salud como una práctica de coproducción singular, discontinuidad y fragilidad en el proceso de formación para la atención y potencialidades y tensiones en el proceso de atención. Se concluye que los agentes sanitarios comunitarios se reconocen a sí mismos como encargados de la atención resolucional, aquellos que contribuyen a producir autonomía de los usuarios y las familias. Este cuidado también se centra en las acciones curativas, perpetuando el modelo biomédico.

Descritores: agentes comunitarios de salud; atención al paciente; estrategia de salud familiar.

Andressa Ambrosino Pinto

Enfermeira. Mestre em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Professora Assistente da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). RJ, Brasil. Autor correspondente.

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/ Fiocruz). Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde. RJ, Brasil.

Donizete Vago Daher

Enfermeira. Doutora pela Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP). Professora Titular da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC/UFF). RJ, Brasil.

Fabiana Ferreira Koopmans

Enfermeira. Doutoranda em Ciência do Cuidado em Saúde pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC/UFF). Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da UERJ e Centro Universitário Augusto Motta. RJ, Brasil.

Eleinne Felix Amim

Enfermeira. Mestranda em Ciência do Cuidado em Saúde, pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC/UFF). RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil instituiu o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), tomando como base uma série de experiências práticas em saúde que se desenvolviam em diversas regiões do país, porém, de forma isolada e pontual, atendendo populações em situação de maior vulnerabilidade social. Em 1992, este Programa foi reestruturado como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), nomenclatura que permanece até o presente e que se difundiu nacionalmente¹. Como desafio de reorientar o modelo de atenção vigente no Brasil até a década de 1990, o MS lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que, em 1998, passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) e a ser considerado estratégia estruturante de assistência dos sistemas municipais de saúde. Este prisma vem fortalecer a ideia da prática de saúde integrada e

humanizada².

Esta proposta apoia-se na perspectiva de trabalho em equipe e, que tem no Agente Comunitário de Saúde (ACS) o papel de “vinculador”, sujeito este que cria as reais possibilidades para o cuidado se concretizar, em parceria com os demais profissionais de saúde. Nesse sentido, “[...] é preciso reconhecer que, de todos os profissionais o ACS é o que se encontra mais próximo das pessoas, da comunidade e dos diferentes modos de viver, representando o elo entre a comunidade e os serviços de saúde, com função mediadora”³.

Assim, foram socializadas, em 2002, por intermédio de Manuais, as atividades específicas dos ACSs e a constituição formal de seus processos de trabalho. E, em 2004, os Ministérios da Saúde e da Educação implementaram o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Já a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em 2006 e atuali-

zada em 2012, constitui outro espaço que deixam evidenciadas as funções específicas dos ACSs: “[...] realização de cadastros de famílias e usuários, orientações em saúde, atividades educativas, visitas domiciliares, acompanhamento de famílias”⁴.

Destaca-se que, em 2017, a PNAB⁶ passou por alterações e, especificamente, em relação aos ACSs, os despotencializam na equipe de saúde e no processo de produção do cuidado em saúde.

Outro ponto a observar é a coexistência, nos espaços de atuação do ACS, de duas dimensões no seu agir: a técnica e a política. Estas se imbricam. A dimensão técnica diz respeito ao atendimento às pessoas e famílias, prevenção de agravos e ao monitoramento de grupos ou problemas específicos. E a dimensão política está diretamente relacionada à proposta de organização da comunidade para a transformação das condições de saúde⁶.

Com base no exposto, este estudo tra-



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

çou como objetivo compreender os modos de cuidar de Agentes Comunitários de Saúde na ESF.

METODOLOGIA

A pesquisa é de natureza descritiva, exploratória e qualitativa. A abordagem qualitativa se baseia na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da experiência humana tal como ela é vivida e definida pelos seus próprios sujeitos⁷.

A seleção do cenário, o Município de Itaboraí, no Estado do Rio de Janeiro, deu-se pela experiência acadêmica prévia das pesquisadoras neste local. Este possui, atualmente, cobertura de 70% de ESF, fato que indica ser o processo de trabalho do ACS institucionalizado. Participaram do estudo 07 ACSs que compõem 02 equipes de ESF, atuantes há mais de 02 anos nas equipes e que aceitaram participar livremente da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados efetivou-se por meio da técnica de grupo focal, que tem como essência a interação dos participantes com o pesquisador sobre um determinado assunto, o qual é direcionado com um propósito específico⁸. Houve contato prévio com os ACSs e todos compareceram. Além do moderador (pesquisadora), contamos com um observador que realizou todas as anotações, como preconizado pela técnica. Os depoimentos foram gravados e transcritos posteriormente. Além disso, foram coletados dados para a caracterização do perfil sociodemográfico e laboral dos participantes.

Todos os participantes foram identificados como ACSs Maria(s) e ACS João, seguido do numeral arábico, em uma contagem crescente de acordo com a chegada para a participação no grupo focal.

Para análise dos dados foi utilizada a análise temática proposta por Bardin, que se constitui em pré-análise, constituição do corpus, formulação de hipóteses e objetivos⁹. Com base nesta trajetória, surgiram três categorias: A percepção do cuidado em saúde como prática de coprodução singular, Descontinuidade e fragilidade no processo de formação para o cuidado e Potencialida-

des e tensões no processo de cuidar.

Este estudo atendeu às diretrizes preconizadas pela Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS(10) e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (CEP/EPJSV) com o parecer favorável sob o n.º 1.133.340.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sete ACSs possuem idade entre 20 e 40 anos, sendo um único homem. Logo, prevaleceram 06 mulheres. Em relação à formação, 03 possuem ensino médio completo, 03 nível superior incompleto e 01 completo. Quanto ao tempo de atuação, 04 ACSs atuam há 13 anos e os demais, 02 anos.

A percepção do cuidado em saúde como prática de coprodução singular

As práticas de cuidado produzidas no âmbito da ESF buscam a resolutividade de cada problema de saúde e deveriam gerar, também, autonomia dos sujeitos atendidos. Os ACSs, precisam realizá-las em coprodução com os demais profissionais da equipe, podendo, assim, ser consideradas singulares, na medida em que são pensadas e operacionalizadas atendendo às necessidades de cada indivíduo. Podendo neste sentido, serem abalizadas como práticas de cuidado resolutivas e emancipadoras¹¹.

“Cuidar é você poder junto com os usuários identificar cada um dos problemas e buscar saídas. Poder ajudá-los a se cuidarem e terem mais saúde [...]. O nosso trabalho dentro da ESF é um dos trabalhos mais importantes, porque somos aqueles que chegam primeiro na população [...], entende?” (ACS Maria III).

“Com certeza eu cuido vendo cada um e ensino a cada um a se conhecer e a se cuidar melhor. Porque é a gente que está lá né, dentro da casa do morador, daquela família e quem vê os primeiros sinais da doença, quais as necessidades de

cada um [...]” (ACS João I).

Evidencia-se, com os depoimentos acima, que os mesmos investem na ação de cuidar e este cuidado pode ser configurado como singular, pois tanto identifica necessidades de saúde como cria espaços de escuta, ao mesmo tempo em que dá voz aos usuários buscando gerar autonomia dos mesmos. Assim, é um cuidado na perspectiva de coprodução de saúde. Os ACSs possibilitam e potencializam a aproximação e interlocução entre profissionais de saúde e usuários, reconfigurando as relações médico-centradas em relações que preservam e até resgatam as histórias de vida e os saberes dos indivíduos em tratamento¹².

Também se considera que os ACSs, ao mencionarem o contínuo contato com os usuários e suas famílias, sempre preocupados com a coprodução de saúde, buscam responder às necessidades e demandas. Desse modo, contribuem para a formulação do projeto de felicidade (de saúde) de cada usuário, deixando marcado os seus modos de cuidado¹³.

A estreita proximidade de trabalho entre os ACSs, os usuários e as famílias na produção do cuidado, alarga, substancialmente, as possibilidades de produção de saúde e constrói uma cultura diferenciada de cuidados.

“[...] a gente trabalha até sábado e domingo. Os usuários não sabem diferenciar isso, e eu também não sei dizer não [...]. É porque a gente gosta do que faz, então a gente não se importa de parar e dar atenção, de orientar, de dividir com eles as preocupações, a gente cuida então o tempo todo, como equipe” (ACS Maria II).

Neste sentido, os ACSs se reconhecem como produtores de cuidado, aquele que pode vir a gerar significativa mudança na vida de cada sujeito no âmbito da ESF^{14,15}.

Descontinuidade e fragilidade no processo de formação para o cuidado

A maioria dos ACSs discorreu que o

cuidar do outro de forma ética, respeitosa e humana está interiorizado em suas práticas, não sendo um aprendizado formal. Entretanto, apontam para a importância de capacitações em serviço e de cursos para atualizarem seus modos de cuidar. Sobre o Curso Introdutório, ofertado ao ingressarem na ESF, salientam que este não o ensina para a ação de cuidar, mas apenas instrumentaliza para o manuseio de ações burocráticas. E que foi o cotidiano do trabalho o espaço de aprendizado dos modos de cuidar:

“O dia a dia é muito importante. Nele é que a gente vai aprendendo que cuidado o outro necessita [...]. A gente quer tanto cuidar deste outro que a gente traz até o problema social da pessoa para o serviço. A gente tem os cursos, mas é no dia a dia que aprendemos a cuidar” (ACS Maria III).

“Acho que cuidar está na gente, vem de dentro [...]. Já vem de casa, a gente cuida da família, cuida dos amigos, das crianças e idosos, mas a gente tem que aprender a replicar no nosso trabalho. Lá nos cursos de capacitação a gente vê que a forma técnica, também ajuda. Mas, a forma principal, é no dia a dia” (ACS João I).

Uma problemática recorrente refere-se ao posicionamento de gestores que ainda subvalorizam a necessidade de capacitação dos ACSs, alegando escassos recursos e reduzido número de profissionais para efetivar o Curso Introdutório instituído pelo MS. Há entendimento equivocado sobre a relevância do investimento inicial para produção de profissionais reflexivos e capacitados para atender às necessidades de saúde dos usuários. Logo, o cuidado resolutivo e integral preconizado pelas ESF, muitas vezes, não se concretiza. Os ACSs, mesmo diante de dificuldades, tentam se articular em um movimento mais orgânico, lutando contra uma tendência das políticas de encapsulá-los no local de moradia e no cotidiano do trabalho¹⁶.

Diante dos discursos dos ACSs sobre os saberes adquiridos em cursos e capacitações, evidenciou-se a prevalência de aquisição de conhecimentos no cotidiano do trabalho. São práticas e saberes apreendidos por meio das relações interprofissionais e, também, parentais. Deste modo os saberes experienciais prevalecem, mas os saberes e conhecimentos técnicos e científicos são igualmente essenciais.

Potencialidades e tensões no processo de cuidar

Dentre os relatos, prevaleceram como indicativos de boas práticas a autonomia e o compromisso com o usuário, os quais se percebem com importante envolvimento frente às necessidades de saúde dos usuários. Mas vivenciam, também, muitas tensões como: a pouca resolutividade para solucionar problemas demandados pelos usuários e famílias, falta de infraestrutura, precárias condições de trabalho e a violência no território.

“O suporte da equipe, o trabalho compartilhado para mim é o único ponto positivo” (ACS João I).

“Uma coisa boa é o reconhecimento daquele que recebeu o cuidado. Usuários nos presenteiam de várias formas, como com frutas e legumes, além de muitos agradecimentos” (ACS Maria III).

Sobre as tensões, prevaleceram a violência e o frequente desvio de função.

“Minha área é violenta. Esses dias mataram uma senhora de sessenta anos aqui na frente do posto, foram de seis a oito tiros. Eu fico com medo, e a gente não tem suporte [...]” (ACS Maria VI).

A violência urbana é uma realidade social em variados territórios, comprometendo muito os processos de trabalho dos profissionais de saúde, bem como o modo de viver e a saúde dos usuários e dos profissionais, necessitando ser, deste modo, obje-

to de reflexão coletiva na sociedade¹⁷.

Já o desvio de função foi apontado quando os ACSs são alocados para desenvolverem o papel de recepcionistas, medida gerada pela escassez de pessoal. Há, entre eles, certa aceitação deste deslocamento, todavia, com contestação.

“[...] não é atribuição nossa atuar na recepção. Perde-se tempo nesta função, deixando todas as ações no território em segundo lugar” (ACS João I).

É bastante recorrente a prática de desvio de função destes trabalhadores, sobretudo, para o desempenho de tarefas burocráticas como o preenchimento de fichas, atendimento de telefone, dentre outras. Fenômeno este que traz à reflexão a desvalorização do trabalho do ACS. Ainda nesse sentido, o desvio de função evidencia a compreensão do trabalho do ACS como inespecífico, de baixa complexidade e que supostamente exige pouca capacitação, podendo ser redirecionado segundo as necessidades dos serviços^{18,1}.

Constata-se que as reais atribuições dos ACSs, preconizadas pelo Ministério da Saúde, vão sendo “substituídas” por um conjunto de tarefas inespecíficas, descaracterizando, assim, o seu fazer e a sua identidade profissional.

CONCLUSÃO

A análise evidenciou que, para os ACSs, eles buscam realizar projetos de cuidado junto com usuários e equipe e que, estes se constituem em cuidados resolutivos. A proposta não foi a de esgotar a temática sobre os modos de cuidado dos ACSs, mas se aproximar da questão e abrir espaço para que outras reflexões possam surgir.

Muitas dificuldades para a implementação da ESF ainda são vivenciadas, tais como: a centralidade do modelo biomédico, a escassez de recursos humanos e materiais, a permanência de uma rede de saúde tênue e fragilidades na formação e na educação permanente dos ACSs e demais profissionais de saúde.

Por fim, pode-se afirmar que o objetivo

do estudo foi atendido na medida em que os ACSs se reconhecem como produtores de cuidados com fortalezas produzidas e cultivadas no dia a dia de trabalho. Destaca-se a mediação na efetivação do vínculo que

contribuiu para solidificar a coparticipação do usuário em seu cuidado em saúde.

Outros estudos que se desdobrem deste, com análises sobre os modos de cuidar dos ACSs e dos demais profissionais da saúde

da família, devem ser realizados para que as ações na ESF rumem ao encontro das reais necessidades dos usuários e famílias, gerando mudanças e aprimoramentos no modelo de atenção à saúde vigente. ■

REFERÊNCIAS

- Morosini MVGC, Corbo AD'A, Guimarães C. O Agente Comunitário de Saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: Fonseca AF, Stauffer A de B, organizadores. O processo histórico do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p.189-211.
- Moysés SJ. A saúde da família no Brasil e seus agentes, In: Mialhe FL. O Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas. Campinas: Editora da Unicamp; 2011. p. 13-40.
- Stotz EM, David HMSL, Bornstein VJ. O Agente Comunitário de Saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. Rev. APS [Internet]. 2009 [citado 2017 jan 15]; 12(4):487-497. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/357203>.
- Ministério da Saúde (BR) Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. [citado 2018 mai 21]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [citado 2018 jun 15]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete/-do/-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.
- Silva JA, Dalmaso ASW. O Agente Comunitário de Saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface comun. saúde educ. [Internet]. 2002 [citado 2017 jun 20]; 6(10):75-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/07.pdf>.
- Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- Dyniewicz AM. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. 3. ed. rev. e ampl. São Caetano do Sul: Difusora Editora; 2014.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2012 [citado 2017 dez 01]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- Comunidade de Práticas. As Práticas Integrativas e Complementares como cuidado emancipador. Curso Gestão de Práticas Integrativas - Etapa 1 [Internet]. 2015 [citado 2018 fev 15]. Disponível em: https://cursos.atencaoobasica.org.br/sites/default/files/pics_como_cuidado_emancipador.pptx.
- Hallais JA da S, Barros NF de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad. saúde pública [Internet]. 2015 [citado 2018 mai 01]; 31(7):1497-1504. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000701497&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Ayres JR de CM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2001 [citado 2017 dez 02]; 6(1):63-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100005&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Silva JA, Dalmaso ASW. Agente Comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.240.
- Morosini MV, Nunes M. ACS: um trabalhador inventado pelo SUS. Revista Poli - Saúde, Educação e Trabalho [Internet]. 2008 [citado 2017 dez 13]; Ano I (1); p.24. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/EdicoesRevistaPoli/R1.pdf>.
- Lopes MR, Durão AV, Carvalho V. A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos Agentes Comunitários de Saúde. In: Vieira M, Durão AV, Lopes MR, organizadores. Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2011. p.161-208.
- Machado CB, Daher, DV. Violência urbana: repercussões e consequências na assistência à saúde em uma unidade de saúde da família. Ciência Cuidado e Saúde [Internet]. 2015 [citado 2018 nov 01]; 14(4):1445-1452. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24480/pdf>.
- Bornstein VJ. O Agente Comunitário de Saúde na mediação de saberes [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

Análise do perfil e custos de internações por infarto agudo do miocárdio

RESUMO

Este estudo objetivou analisar o perfil e os custos com a internação por Infarto Agudo do Miocárdio no Pará no período de 2008 a 2017. Trata-se de um estudo ecológico, de abordagem quantitativa. Foram coletados dados de internação por infarto agudo do miocárdio no sistema de informação hospitalar, pelo aplicativo Tabnet. Foram realizadas análises descritivas, regressão linear e correlação de Spearman, com nível de significância de 5%. No Pará, os homens são os mais acometidos por esta patologia, assim como pessoas com idade superior a 70 anos e a etnia/raça parda. A taxa de internação aumentou ao longo da série histórica, como também os custos associados a internação. A região de saúde Metropolitana I registrou o maior número de casos. O estudo permitiu conhecer o perfil dos casos de infarto agudo do miocárdio e os gastos associados, fornecendo evidências para avaliação da linha de cuidado no Pará e subsídios para tomada de decisão.

DESCRITORES: infarto do miocárdio; perfil de saúde; custos e análise de custos.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the profile and costs of hospitalization for acute myocardial infarction in Pará from 2008 to 2017. This is an ecological, quantitative approach. Data were collected from hospitalization for acute myocardial infarction in the hospital information system, by the Tabnet application. Descriptive analyzes, linear regression and Spearman correlation were performed, with a significance level of 5%. In Pará, men are the most affected by this pathology, as well as people over 70 years old and ethnicity brown. The hospitalization rate increased during the historical series, as well as the costs associated with hospitalization. The metropolitan health region I recorded the highest number of cases. The study allowed to know the profile of acute myocardial infarction and associated costs, providing evidence for the evaluation of the care in Pará and subsidies for decision making.

DESCRIPTORS: myocardial infarction; health profile; costs and cost analysis.

RESUMEN

Este estudio objetivó analizar el perfil y los costos con la internación por infarto agudo de miocardio en Pará en el período de 2008 a 2017. Se trata de un ecológico, de abordaje cuantitativo. Los datos de internación por infarto agudo de miocardio fueron recolectados del sistema de información hospitalaria, por la aplicación Tabnet. Se realizaron epidemiología descriptiva de los datos, regresión lineal y correlación de Spearman, con un nivel de significancia del 5%. En Pará, los hombres son los más acometidos por infarto agudo de miocardio, así como personas mayores de 70 años y la etnia / raza parda. La tasa de internación aumentó a lo largo de la serie histórica, así como los costos asociados a la internación. La región de salud metropolitana I registró el mayor número de casos. El estudio permitió conocer el perfil de los casos de infarto agudo de miocardio y los gastos asociados, proporcionando evidencias para la evaluación de la línea de cuidado en Pará.

DESCRIPTORES: infarto de miocardio; perfil de salud; costos y análisis de costos.

Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira

Enfermeira. Doutora em Biologia dos Agentes Infecciosos e Parasitários. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA). PA, Brasil. Autor correspondente.

Bruno Cavalcante Costa

Acadêmico de Enfermagem na Universidade da Amazônia (UNAMA). PA, Brasil.

Jairo Luis Lemos Brescia

Acadêmico de Enfermagem na Universidade da Amazônia (UNAMA). PA, Brasil.

artigo

Ferreira, G.R.O.N.; Costa, B.C.; Brescia, G.L.L.; Tavares, M.; Tyll, M.A.G.; Cunha, C.L.F.
Análise do perfil e custos de internações por infarto agudo do miocárdio

Max Tavares

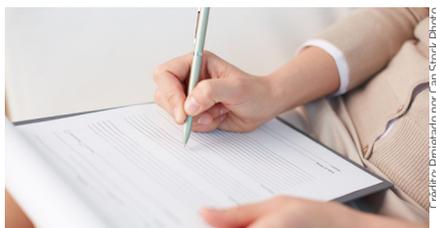
Acadêmico de Enfermagem na Universidade da Amazônia (UNAMA). PA, Brasil.

Milene de Andrade Gouvêa Tyll

Enfermeira. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem. na Universidade da Amazônia (UNAMA). PA, Brasil.

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Enfermeiro. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem na Universidade Federal do Pará (UFPA). PA, Brasil.



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

INTRODUÇÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é um grave problema de saúde pública mundial, devido a elevada incidência, aos custos associados a assistência à saúde na hospitalização e a mortalidade. No Brasil, é uma das doenças cardiovasculares mais associadas a internação no Sistema Único de Saúde (SUS), com um aumento progressivo da mortalidade com o avançar da idade¹⁻⁵. O IAM acomete ambos os sexos, porém é mais frequente em homens, pessoas com idade acima de 50 anos, de baixa escolaridade e renda familiar, procedente de áreas urbanas^{2,3}.

Ademais, a mortalidade está associada tanto as características da pessoa quanto a assistência prestada, sendo essencial o atendimento oportuno entre o início dos sintomas, o tempo até a unidade de saúde e os cuidados prestados, para redução dos casos de mortalidade após hospitalização por IAM⁶⁻⁹. Nessa doença, os custos associados a internação são elevados, pois pode exigir procedimentos complexos, de alto custo, que têm oferta de acesso limitado na rede, assim torna-se essencial investir nos cuidados primários de saúde para redução da incidência e, conseqüente diminuição dos dias e gastos com internação^{7,8,10,11}.

No Brasil, o aumento da expectativa de vida e as alterações no perfil epidemiológico ao longo das últimas décadas desafiaram o SUS a criar novas estratégias para atender às demandas por cuidados continuados,

sendo a regionalização e a implantação das redes de atenção à saúde fundamentais para redução dos vazios assistenciais e garantia da integralidade do cuidado^{12,13}. Na rede de atenção à saúde, a implantação da linha de cuidado do IAM permite maior acesso da população ao tratamento adequado e, conseqüentemente, redução na mortalidade hospitalar por IAM, além de ações de promoção à saúde e prevenção da ocorrência desta patologia¹⁰.

Nesse contexto, considerando as características geográficas que conduzem a dificuldades de acesso e acessibilidade as ações e serviços de saúde no estado do Pará (14), o impacto financeiro para o SUS e a identificação do perfil das pessoas acometidas por IAM, emergiu a seguinte questão norteadora: Qual o perfil das pessoas com IAM e os gastos associados a internação no Pará, no período de 2008 a 2017? Desta forma, este estudo teve como objetivo analisar o perfil e os gastos com a internação por infarto agudo do miocárdio no Pará, no período de 2008 a 2017.

METODOLOGIA

Trata-se um estudo ecológico, transversal, de abordagem quantitativa. A área de abrangência do estudo foi o estado do Pará que possui 144 municípios, constituído por 13 Regiões de Saúde e uma população estimada de 7.588.078 habitantes¹⁴. Foram selecionados todos os casos de internação por IAM registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). As fontes de informações foram as bases de dados de domínio público referentes as internações ao período entre janeiro de 2008 a dezembro de 2017. Os dados foram coletados entre julho de 2018 e setembro de 2018.

No DATASUS foram obtidos os dados de internações no SIH/SUS, por local de

residência. As variáveis extraídas do SIH/SUS foram: sexo, faixa etária, etnia/raça, região de saúde, valor aprovado, procedimento aprovado e óbito. Os dados utilizados para as estimativas populacionais dos municípios paraenses foram obtidos da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram utilizados os indicadores de saúde do SUS, taxa de internação hospitalar por causa selecionada e valor médio pago por internação hospitalar no SUS.

Foram realizados cálculos de regressão linear simples da taxa de internação, sendo considerada como variável dependente (Y) e os anos do calendário de estudo como variável independente (X) ($Y = \beta_0 + \beta_1 X$). Foram calculadas as médias móveis de três pontos. Para testar a associação do número de internações por IAM e o número de óbitos foi realizado a correlação de Spearman. Considerou-se significativo $p < 0,05$, sendo as análises sendo realizadas no programa biostat 5.0.

Os cálculos das taxas e da análise descritiva foram elaborados em planilhas do microsoft Excel. A distribuição espacial dos casos de internação por IAM foi realizada no programa Tabwin/Datasus. Foram apenas utilizados fontes de banco de dados secundários de domínio público, sendo dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme recomenda o parágrafo único do artigo 1º da Resolução Nº 510, De 07 de Abril de 2016. Os pesquisadores respeitaram todas as diretrizes éticas de pesquisa com seres humanos, conforme recomenda a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

No Pará, no período de 2008 a 2017, fo-

ram registrados 13.766 casos, sendo o sexo masculino o principal acometido (9470; 68,8%), esse mesmo perfil encontrado na capital Belém. A faixa etária mais frequente foi a igual ou acima de 70 anos (4171;

30,3%), com a menor frequência entre os menores de 20 a 29 anos (212; 1,5%). Na capital Belém, verificou-se o maior número de casos na faixa etária de 60 a 69 anos (1115; 31,1%). A etnia/raça parda teve

maior prevalência (10540; 92,6%), sendo registrado menor número de casos nos indígenas/amarelos (43; 0,3%), nesse grupo foi registrado somente um caso (0,03%) residente na capital (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas das pessoas acometidas por infarto agudo do miocárdio. Pará, 2008-2017

CARACTERÍSTICAS	N(%)	INTERIOR	
		CAPITAL	
		N(%)	N(%)
Sexo			
Masculino	9470 (68,8)	6948 (68,2)	2522 (70,3)
Feminino	4296 (31,2)	3233 (31,8)	1063 (29,7)
Faixa Etária			
<20 a 29	212 (1,5)	192 (1,9)	20 (0,6)
30 a 39	429 (3,2)	355 (3,5)	74 (2,1)
40 a 49	1511 (11)	1149 (11,3)	362 (10,1)
50 a 59	3379 (24,5)	2347 (23,1)	1032 (28,8)
60 a 69	4064 (29,5)	2949 (29)	1115 (31,1)
Acima de 70	4171 (30,3)	3189 (31,3)	982 (27,4)
Etnia/raça			
Branca	582 (5,1)	374 (4,6)	208 (6,3)
Preta	212 (1,)	150 (1,9)	62 (1,87)
Parda	10540 (92,6)	7509 (93)	3031 (91,8)
Amarelo/indígena	43 (0,3)	42 (0,5)	1 (0,03)
Sem informação *	2389	2106	283

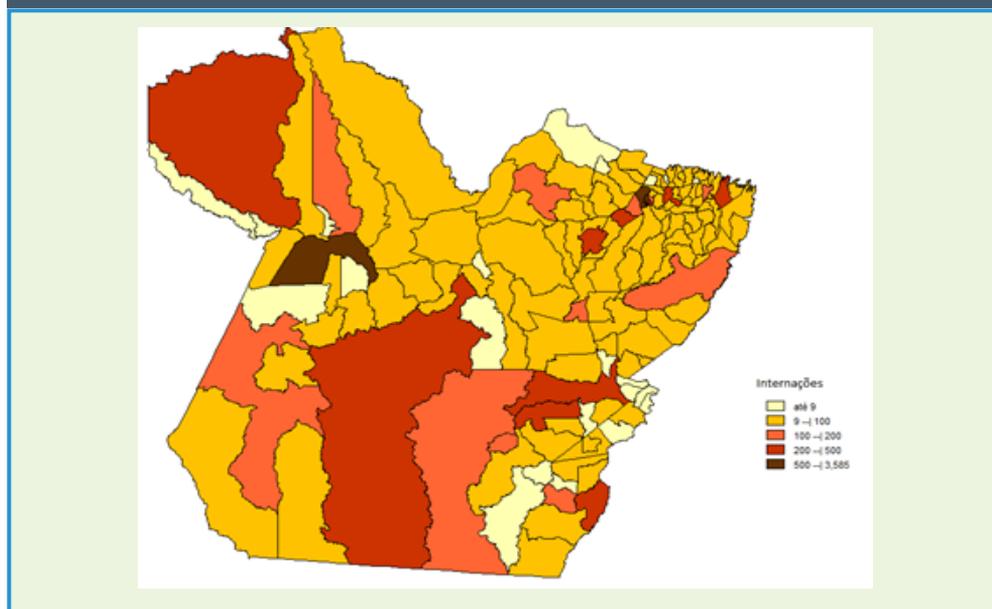
Nota:* Não considerado para o cálculo do percentual.

Fonte: dados da pesquisa

A Figura 1 apresenta a distribuição espacial das internações por IAM de acordo com o município de residência. Evidencia-se que somente três municípios tiveram acima de 500 internações, Belém (3.585), Ananindeua (1.114) e Santarém (774). Em dez municípios foram registradas entre 201 a 500 internações. Evidenciou-se que noventa e nove (99) municípios registraram entre 10 e 100 internações e somente vinte e um (21) municípios tiveram entre zero e nove internações por IAM.

Nas Regiões de Saúde do Pará, verificou-se um número acentuado de internações por casos de IAM em pessoas residentes na região Metropolitana

Figura 1. Distribuição das internações por infarto agudo do miocárdio por município. Belém, PA, Brasil, 2008-2017.



Fonte: elaborado pelos autores.

artigo

Ferreira, G.R.O.N.; Costa, B.C.; Brescia, G.L.L.; Tavares, M.; Tyll, M.A.G.; Cunha, C.L.F.
Análise do perfil e custos de internações por infarto agudo do miocárdio

I com 37,2% (5121) que representa 56,4% menor número foi na região de saúde do Marajó I com 1,6% (222) dos casos. O valor médio das internações no período foi de R\$ 3085 (Tabela 2).

Tabela 2 – Internações e gastos com internações por IAM nas Regiões de Saúde. Pará, 2008-2017

REGIÃO DE SAÚDE	INTERNAÇÕES		GASTOS COM INTERNAÇÃO		VALOR MÉDIO POR INTERNAÇÃO DE IAM	
	N	%	N	%	N	%
Araguaia	946	6,9	R\$909.865,3	2,1	961	31,1
Baixo Amazonas	1439	10,5	R\$1.570.039,71	3,7	1091	35,4
Carajás	860	6,2	R\$1.322.644,70	3,1	1538	49,9
Lago de Tucuruí	410	3,0	R\$839.086,86	2,0	2046	66,3
Metropolitana I	5121	37,2	R\$23.947.377,38	56,4	4676	151,6
Metropolitana II	282	2,0	R\$1.199.840,97	2,8	4254	137,9
Metropolitana III	1074	7,8	R\$4.494.442,68	10,6	4184	135,6
Rio Caetés	1198	8,7	R\$3.273.267,30	7,7	2732	88,6
Tapajós	359	2,6	R\$271.164,76	0,6	755	24,5
Tocantins	942	6,8	R\$3.061.834,90	7,2	3250	105,3
Xingu	584	4,2	R\$743.999,28	1,8	1274	41,3
Marajó I	222	1,6	R\$463.968,93	1,1	2090	67,7
Marajó II	329	2,4	R\$370.100,39	0,9	1125	36,5
Total	13766	100,0	R\$42.467.633,16	100,0	3085	100,0

Tabela 3. Distribuição das internações e óbitos por IAM. Belém, PA, Brasil, 2008-2017

ANO	POPULAÇÃO	INTERNAÇÕES	TAXA DE INTERNAÇÃO POR 10.000*	ÓBITOS**
2008	7,321,493	1016	1.39	141
2009	7,431,020	940	1.26	151
2010	7,603,239	975	1.28	131
2011	7,688,593	1089	1.42	181
2012	7,792,561	1263	1.62	180
2013	7,969,654	1482	1.86	187
2014	8,073,924	1583	1.96	202
2015	8,175,113	1795	2.2	257
2016	8,272,724	1884	2.28	229
2017	8,366,628	1739	2.08	188
p (valor)			0,0001	0,0008
R2			0,9728	0,7714

Nota: *Regressão linear simples

**Correlação de Pearson

Na capital Belém, verificou-se uma maior prevalência de IAM em pessoas com idade um pouco mais baixa que as do restante do estado, evidenciando que o Estado do Pará acompanhou a transição demográfica que vem ocorrendo no Brasil nas últimas décadas



A tabela 3 demonstra menor número de internações registrado em 2009 (940; 1,26 Internações/10.000) e o maior número no ano de 2016 (1884; 2,28 Internações/10.000). Quanto aos óbitos, a menor número de casos foi registrado em 2010 (131), sendo em 2015 registrados 257 casos. Verifica-se tendência crescente no número de internações ($p=0,0001$) e correlação positiva entre o número de internações e o óbito por IAM ($p=0,0008$).

DISCUSSÃO

No presente estudo foi possível conhecer o perfil e os gastos da internação por IAM no Pará, no período de 2008 a 2017. Ao longo dos anos, houve um aumento no número de internação por IAM, havendo um predomínio de pessoas do sexo masculino, etnia/raça parda, assim como em pessoas com idade acima de 70 anos. Na capital

Belém, verificou-se uma maior prevalência de IAM em pessoas com idade um pouco mais baixa que as do restante do estado, evidenciando que o Estado do Pará acompanhou a transição demográfica que vem ocorrendo no Brasil nas últimas décadas¹¹.

O IAM é uma doença que acomete pessoas em diversos continentes, com elevado número de casos. No entanto, ao contrário do presente estudo, verifica-se tendência à redução em alguns países como Polônia, Suécia e Estados Unidos¹⁻³. Assim como nesses países, estudos realizados no Brasil^{15,16}, também demonstram maior prevalência em homens e pessoas com idade elevada. A maior ocorrência em homens pode ser causada entre outros fatores, pela maior exposição a fatores de risco e presença de doenças crônicas quando comparado ao sexo feminino^{1-3,9}. Essas diferenças na incidência e mortalidade entre países e até mesmo dentro de um mesmo país estão associadas as características sociodemográficas, epidemiológicas e de acesso a serviços de saúde entre outros fatores^{5,15,16}. Esses resultados evidenciam uma maior necessidade de cuidados direcionados aos homens, com ampliação da acessibilidade na rede de atenção primária, com horários mais flexíveis de atendimento, que proporcionem uma

maior adesão por parte desse público às ações de prevenção e controle de doenças crônicas e exposição a fatores de riscos.

O estudo encontrou maior número de internações nos municípios de maior densidade populacional¹⁴. A capital Belém teve maior número de casos da sua região de saúde e as internações por IAM na região Metropolitana I correspondem a 37,2% do total do estado, com gastos de 56,4% do total das internações por IAM do Pará, consequentemente, registrando o maior valor médio de internação. Além da maior densidade populacional, a região Metropolitana I possui o menor vazão assistencial do estado. Estes anteriores corroboram a maior procedência de área metropolitana^{8,15,16}. Em contrapartida, a região do Marajó apesar do baixo número de internações da população residente é a que possui menor rede de serviços de saúde, incluindo baixa cobertura de atenção primária a saúde¹⁸.

O estudo encontrou tendência crescente no número de internações por IAM. Contudo, esse aumento pode refletir melhoria do acesso ao tratamento, principalmente com internação em UTI¹². No Pará, ao longo das últimas décadas houve ampliação da rede hospitalar própria do SUS. Mais recente, houve reorganização das ações de urgência e emergência com a implantação

da rede de atenção^{17,18}. A correlação positiva entre as internações e o óbito deve ser avaliada quanto ao acesso a cuidados avançados e à acessibilidade do local de atendimento, uma vez que a distância até a unidade de atendimento, o tipo de tecnologia utilizada e o tempo entre o início dos sintomas e o atendimento são fatores que influenciam no óbito por IAM, incluindo a utilização do serviço móvel de urgência, já que as causas cardiovasculares estão entre as mais frequentes^{8,19}.

CONCLUSÃO

O estudo identificou que entre pessoas acometidas por IAM no Pará, prevalece o perfil de homens, etnia/raça parda e de idade acima de 70 anos, procedentes de Belém, com aumento das internações totais, nos gastos e no número de óbito. O estudo também demonstrou que apesar do maior número de casos ser procedente da região mais populosa, verificam-se casos em todas as regiões de saúde do estado.

A identificação do perfil possibilita que ações de prevenção sejam adotadas para esses grupos na atenção primária à saúde, assim como avaliar os fatores que estão

contribuindo para o IAM nessas pessoas. A elevação no número de óbitos encontrada, aos longos do ano, deve ser investigada para verificar se está relacionada à dificuldade de acesso a assistência à saúde, à qualidade assistencial prestada no momento da internação ou a fatores individuais, considerando que os mais acometidos são pessoas idosas. E desta forma, avaliar a rede de urgência, com ênfase na linha de cuidado ao IAM que permitam a elaboração de programas de prevenção na atenção primária à saúde, da distância percorrida até o local de atendimento, entre outros ■

REFERÊNCIAS

1. Desta L, Jernberg T, Löfman I, Hofman-Bang C, Hagerman I, Spaak J, Persson H. Incidence, Temporal Trends, and Prognostic Impact of Heart Failure Complicating Acute Myocardial Infarction. *Heart Failure*. 2015; 3(3):234-242.
2. Gierlotka M, Zdrojewski T, Wojtyński B, Poloński L, Stokwiszewski J, Gąsior M, et al. Incidence, treatment, in-hospital mortality and one-year outcomes of acute myocardial infarction in Poland in 2009–2012. *Kardiologia Pol.* Polónia. 2015; 73(3):142-158.
3. Reynolds K, Go AS, Leong TK, Boudreau DM, Cassidy-Bushrow AE, Fortmann SP, et al. Trends in Incidence of Hospitalized Acute Myocardial Infarction in the Cardiovascular Research Network. *Am J Med*. 2017; 130(3):317-327.
4. Queiroz DC, Cantarutti DC, Turi BC, Fernandes RA, Codogno JS. Associação entre doenças cardiocirculatórias e internações hospitalares entre pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*. Online. 2016, 49(1):52-59.
5. Santos J, Meira KC, Camacho AR, Salvador PTCO, Guimarães RM, Pierin ÂMG, et al. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016, 23(5):1621-1634.
6. Mertins SM, Kolankiewicz ACB, Rosanelli CLSP, Loro MM, Poli G, Winkelmann ER. Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Av Enferm*. 2016, 34(1):30-38.
7. Barbosa JL, Thiers CA, Cunha CFS, Moutella J, Tura BR, Orsi GP, et al. Impacto dos fatores de risco para doença arterial coronariana nos gastos hospitalares dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no SUS. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2018, 31(2):90-96.
8. Silva PRF, Cardoso CS, Ferreira HYS, Silva JC, Torres MTB, Silva RS, et al. Avaliação do retardo pré-hospitalar no cuidado ao infarto agudo do miocárdio no Centro Oeste de Minas Gerais, Brasil. *Rev Med Minas Gerais*. 2015, 25(3):353-362.
9. Adhikari G, Baral D. Clinical profile of patients presenting with acute myocardial infarction. *Int J Adv Med*. 2018, 5(2):228-233.
10. Marcolino MS, Branti LCC, Araújo JG, Nascimento BR, Castro LRA, Martins P. Implantação da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio no Município de Belo Horizonte. *Arq Bras Cardiol*. 2013; 100:307-14.
11. Lentsck MH, Mathias TAF. Internações por doenças cardiovasculares e a cobertura da estratégia saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2015; 23(4):611-9.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, 2014. 162p.
13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo e Estimativas de População 2017. [Internet] 2018 [acesso em 12 ago 2018]. Disponível em: <https://www2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>.
15. Soriano KS, Pires DBP, Melo LS, Chaves SDDR, Salviano MEM, Tannure MC. Perfil de pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio internados em uma unidade coronariana de Belo Horizonte. *Enfermagem Revista*. 2015; 19(1):21-29.
16. Huguenin FM, Pinheiro RS, Almeida RMVR, Infantsi AFC. Caracterização dos padrões de variação dos cuidados de saúde a partir dos gastos com internações por infarto agudo do miocárdio no Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016; 19(2):229-242.
17. Secretaria de Estado de Saúde, Governo do Estado do Pará. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Pará, 2016.
18. Secretaria de Estado de Saúde, Governo do Estado do Pará. Plano Estadual de Atenção Integral às Urgências 2012-2015. Pará, 2013.
19. Rodriguez GCB, Dantas RAN, Dantas DV, Lima KRB, Lima MSM, et al. Caracterização das vítimas de emergências clínicas atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência. *Revista Nursing* 2018; 21(240):2173-7.

O papel do enfermeiro de unidade de terapia intensiva frente à morte encefálica

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi identificar o papel do enfermeiro frente à morte encefálica dentro da Unidade de Terapia Intensiva. O método utilizado consistiu em uma revisão integrativa da literatura. A função do enfermeiro, além de ser em relação ao paciente, é de empatia e compreensão com a família com intuito de promover o transplante de tecido e órgãos daquele que é um potencial doador. A morte encefálica é um assunto ainda desconhecido pela sociedade brasileira. Ademais, há muitos profissionais de saúde que não conduzem a questão da morte encefálica de forma como determina os manuais e protocolos. Conclui-se que há uma necessidade de capacitação desses profissionais para haver um correto processo para o transplante de órgãos e tecidos do paciente em morte encefálica. Ademais, precisa haver uma supervisão desses enfermeiros quanto ao correto uso do protocolo de morte encefálica dentro da Unidade de Terapia Intensiva. UTI.

DESCRITORES: enfermagem; morte encefálica; unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT

The aim of the present study was to identify the role of the nurse in the face of brain death within the Intensive Care Unit. The method used consisted of a review Integrative literature. The function of the nurse, besides being in relation to the patient, is of empathy and understanding with the family in order to promote the transplantation of tissue and organs of that which is a potential donor. Brain death is an issue still unknown by Brazilian society. Moreover, there are many health professionals who do not lead the question of brain death in a way that determines the manuals and protocols. It's concluded that there is a need for training these professionals to have a correct process for transplantation of organs and tissues of the patient in brain death. Furthermore, there must be supervision of these nurses regarding the correct use of the brain death protocol within the Intensive Care Unit.

DESCRIPTORS: nursing; brain death; intensive care unit.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar el papel de la enfermera frente a la muerte cerebral dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos. El método utilizado consistió en una Revisión Literatura Integrativa. La función de la enfermera, además de estar en relación con el paciente, es de empatía y comprensión con la familia con el fin de promover el trasplante de tejido y órganos de lo que es un donante potencial. La muerte cerebral es un problema aún desconocido por la sociedad brasileña. Además, hay muchos profesionales de la salud que no conducen la cuestión de la muerte cerebral de una manera que determina los manuales y protocolos. Se concluye que es necesario capacitar a estos profesionales para tener un proceso correcto para el trasplante de órganos y tejidos del paciente en la muerte cerebral. Además, debe haber supervisión de estas enfermeras con respecto al uso correcto del protocolo de muerte cerebral dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos.

DESCRIPTORES: enfermería; muerte cerebral; unidad de cuidados intensivos.

Jordana Alves Barbosa dos Santos

Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. GO, Brasil. Autor correspondente.

Marislei Espíndula Brasileiro

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde e da Religião. Mestre em Enfermagem. Professora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. GO, Brasil.

INTRODUÇÃO

A morte encefálica é definida, de acordo com o Conselho Federal de Medicina – CFM¹, como a presença de coma arreativo, ausência de atividade motora supraespinal e presença de apneia consequente de lesão irreversível e de causa conhecida. Estudo² afirma que a morte encefálica é diagnosticada por meio de exames complementares que devam demonstrar ausência de atividade elétrica

cerebral ou metabólica cerebral ou, ainda, de perfusão sanguínea cerebral, excluindo hipotermia, distúrbios metabólicos e o uso de depressores do sistema nervoso central (SNC).

As causas mais frequentes de morte encefálica são: traumatismo cranioencefálico (TCE), hemorragia subaracnóidea (HSA) ligada a uma ruptura de aneurisma, lesão após uma parada cardiorrespiratória (PCR), hemorragia cerebral e grandes le-

sões isquêmicas - AVE³.

No Hospital Universitário Saint-Luc em Bruxelas, no período de 1993 a 1997, a taxa de morte encefálica confirmada foi de 9% de todos os 37 pacientes. Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada em Ankara, capital da Turquia, em que 8,3% dos falecimentos sucedidos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) também tiveram a morte encefálica comprovada⁴.

No ano de 2006, foram notificados 5.627 casos de potenciais doadores no Brasil, sendo que apenas 1.109 se tornaram doadores efetivos. Mundialmente, o número de transplantes continua crescendo. Desde 1964, quando foi realizado o primeiro transplante de rim no Brasil, já ocorreram mais de 75.600 transplantes de órgãos sólidos⁵.

O Brasil é considerado o segundo país em número de transplantes realizados a cada ano, sendo mais de 90% efetuados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os doadores vivos podem doar medula óssea, um dos rins, parte do fígado e parte do pulmão. Já de não vivos em morte encefálica, possibilita-se a doação de coração, pulmões, rins, córneas, fígado, pâncreas, ossos, tendões, veias e intestino⁶.

O número de doadores efetivos no estado de Minas Gerais aumentou em 19% em 2014, passando de 98 para 117 doadores. Em relação ao ano anterior, o número de transplantes realizados teve poucas variações. O transplante de fígado aumentou de 41 para 43, coração de 21 para 22 e rim de 290 para 289. Este comportamento contrastou com a tendência nacional de redução destes parâmetros, que ocorreu pela primeira vez, desde 2007⁷.

Em 1968, uma comissão com o objetivo de estabelecer o coma irreversível como um novo critério de morte foi criada. O denominado Harvard Medical School Committee to Examine the Definition of Brain Death definiu e publicou critérios para estabelecer o conceito de morte encefálica. Os chamados critérios de Harvard incluíam coma aperceptivo e arresponsivo, ausência de reflexos e de quaisquer movimentos após uma hora de atenta observação, ausência de

respiração após três minutos de desconexão do respirador, eletrocardiograma (EEG) isométrico, exclusão de hipotermia (abaixo de 32,2° C) e uso de depressores do SNC, sendo necessária a repetição dos testes clínicos em 24 horas⁸.

No Reino Unido, em 1976, houve a Conference of Medical Royal College, cujo qual introduziu a opção de utilização de outros exames complementares, como o teste de apneia, além do eletroencefalograma (EEG) para a confirmação da morte encefálica. Entretanto, as atuais diretrizes sobre a morte encefálica foram delineadas em 1981 tornando os critérios de diagnósticos mais seguros através da identificação adequada do paciente e da causa do coma, além de instituir o motivo da irreversibilidade da morte encefálica e a exclusão de intoxicação exógena⁹.

A morte encefálica deve ser constatada e registrada pela equipe médica mediante os critérios definidos pelo CFM. Porém, para uma assistência integral e de qualidade, é imprescindível que toda a equipe conheça os procedimentos normatizados para realização das etapas que confirmam este diagnóstico, pois a equipe multiprofissional que atua nas UTIs irá colaborar na realização destes exames^{1,10}.

Neste contexto, a enfermagem vem se caracterizando como uma profissão que evolui constantemente na conquista de novos espaços e perspectivas, evidenciando o enfermeiro como profissional fundamental em todas as etapas do cuidar, sobretudo, envolvendo o cuidar durante o processo de diagnóstico de morte encefálica, doação de órgãos e tecidos e transplantes¹¹.

Deve haver dignidade e respeito no papel desempenhado pelo enfermeiro diante do paciente em morte encefálica na UTI, independentemente do procedimento a ser realizado. O conhecimento científico sobre fisiopatologia é de suma importância para esse profissional, pois o mesmo lida com controle dos dados hemodinâmicos, hídricos e com a monitorização do paciente. Esses procedimentos auxiliam para que a doação de órgãos seja realizada de modo satisfatório¹².

De acordo com a Lei n.º 9.434, a reti-

rada de órgãos, partes do corpo ou tecidos de indivíduos falecidos para transplantes ou outra finalidade terapêutica dependerá da autorização dos familiares. Este familiar pode ser o cônjuge ou parente maior de 18 anos, obedecendo a linha sucessória de parentesco até o segundo grau, firmada em documento subscrito por testemunhas presentes durante a verificação da morte¹³.

A esse propósito, estudo¹⁴ afirma que a família é o elemento principal no processo de doação de órgãos e transplante e que a transparência do processo ocorre somente quando a família é devidamente informada e esclarecida sobre a condição do paciente. Essa informação deve ser transmitida pelo enfermeiro da UTI de forma ética e de modo que gere o mínimo de sofrimento e angústia para o familiar. Nessas situações, a família deve ser entrevistada quanto à possibilidade da doação de órgãos e tecidos para transplante¹⁵.

O estudo guiou-se a partir da seguinte pergunta: Qual o entendimento por parte dos enfermeiros sobre o protocolo de morte encefálica? Desta forma, objetivou-se identificar o papel do enfermeiro frente à morte encefálica dentro da Unidade de Terapia Intensiva.

METODOLOGIA

O método para o presente estudo consiste em uma Revisão Integrativa de Literatura cuja coleta de dados se deu de forma online com publicações sobre o papel do enfermeiro na morte encefálica dentro da UTI.

Realizou-se a busca por meio de leitura, análise e interpretação de livros, periódicos,



Credito: Projetado por Can Stock Photo

documentos mimeografados ou xerocopiados ou manuscrito. Esses documentos foram buscados no sítio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Caderno de Atenção Domiciliar (BRASIL), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), biblioteca digital Scientific Electronic Library Online (SciELO) e biblioteca convencional. Todo material recolhido foi submetido a uma triagem, a partir da qual foi possível estabelecer um plano de leitura

Foram incluídos artigos que preenchem os objetivos do estudo, sendo analisados em seu contexto, bem como artigos completos; publicados no período entre 2012 a 2016; disponíveis no idioma português; indexados nas bases de dados mencionadas. Foram excluídos os artigos que não respondiam aos objetivos. No intuito de potencializar a obtenção de artigos que refletissem o tema em questão, além da utilização individual dos descritores para a busca nas bases de dados, foi realizada busca cruzada com o descritor “enfermagem”. As palavras-chave utilizadas para a busca foram: “transplantes”, “doação de órgãos”, “morte encefálica”,

“manutenção do potencial doador”, “cuidados de enfermagem” e “assistência de enfermagem”.

Foi realizado o compilamento dos textos para serem inseridos em um quadro sinóptico que consistira na desconstrução dos estudos. O mesmo consistira na caracterização dos textos segundo título, ano de publicação, abordagem metodológica, formação dos autores e veículo de publicação. Além desses itens, nos estudos foram observadas as informações sobre as metodologias utilizadas, os resultados alcançados e as conclusões a que os autores chegaram.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos últimos cinco anos, ao se pesquisar em bases de dados virtuais em saúde, como SciELO, MEDLINE, LILACS e Pubmed, encontrou-se um total de 1000 publicações sobre o tema “A enfermagem na assistência ao paciente em morte encefálica”. Deste total, foi possível ter acesso a 472 textos completos publicados. Através do recurso de busca de palavras-chave nas bases citadas, foram encontradas 40 publicações que se adequavam ao tema proposto.

Dos 40 artigos analisados, 15 foram

publicados entre 2012 e 2014 e 25 foram publicados entre 2015 e 2016. Dentre esses artigos, foram selecionados 17 por relacionarem de forma direta e exata com o tema abordado e por atenderem aos critérios de inclusão. Em relação à exclusão, 10 não se relacionavam ao tema proposto, cinco repetidos e oito não abordando a temática de acordo com a perspectiva da assistência de enfermagem. O periódico com maior número de publicações sobre o papel da enfermagem frente ao protocolo de morte encefálica foi a Revista Brasileira de Terapia Intensiva com seis publicações.

Desse ponto em diante, por meio das palavras-chave mencionadas, foram analisados artigos das seguintes revistas: Cadernos de Saúde Pública, Revista Brasileira de Terapia Intensiva, O Mundo da Saúde, Scientia Médica, Enfermería Global, Arquivos de Ciências da Saúde, Revista Pesquisa: Cuidados é Fundamental e Revista Brasileira de Enfermagem.

Verifica-se a compilação na Tabela 1, apresentando a categorização dos textos segundo o tipo de estudo, título, autor, ano, periódico, profissão, método, objetivo, resultados e conclusão.

Tabela 1. Categorização dos estudos selecionados. Goiânia, GO, Brasil, 2018.

TÍTULO / ANO / PERÍODICO / PROFISSÃO	MÉTODOS / OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSÃO
Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica Nancy Ramos Guetti e Isaac Rosa Marques/ 2007 Revista Brasileira de enfermagem Acadêmica de enfermagem	Revisão Bibliográfica não-estruturada. Descrever a importância da atuação do enfermeiro na assistência para a manutenção fisiológica de um potencial doador de morte encefálica	E de responsabilidade da equipe de enfermagem monitorar os dados hemodinâmicos do potencial doador	A manutenção do potencial doador inclui, desde o seu reconhecimento e posterior confirmação, o pleno conhecimento de todas as formalidades legais envolvidas no processo, a prevenção, detecção precoce e manuseio imediato das principais complicações advindas da ME para que os órgãos possam ser retirados e transplantados nas melhores condições funcionais possíveis. O enfermeiro deve estar capacitado a identificar tais alterações fisiopatológicas para que, junto com a equipe de saúde, possa instituir medidas terapêuticas adequadas.

artigo

Santos, J.A.B.; Brasileiro, M.E.

O papel do enfermeiro de unidade de terapia intensiva frente à morte encefálica

<p>Morte encefálica: Assistência de Enfermagem</p> <p>Diogo Fraxino de Almeida e Felix de Oliveira/ 2010</p> <p>Jornal Brasileiro de Transplantes</p> <p>Diretor de enfermagem no Hospital Universitário de Maringá e enfermeiro da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos do hospital universitário de Maringá</p>	<p>Pesquisa bibliográfica</p> <p>Descrever a determinação de morte encefálica e a assistência de enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos.</p>	<p>O enfermeiro, como profissional envolvido diretamente no atendimento aos pacientes, deve auxiliar nos cuidados de potenciais doadores, evitando perda de órgãos por parada cardíaca durante o processo de determinação de ME.</p>	<p>Durante todo período de determinação, os cuidados médicos e de enfermagem devem ser continuados e direcionados para as principais complicações decorrentes do quadro de ME, visando a adequada manutenção dos órgãos e a viabilidade dos mesmos para transplante.</p>
<p>Morte encefálica: cinquenta anos além do coma profundo</p> <p>Ilmar Correa/ 2010</p> <p>Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil</p> <p>Professor da Universidade de Medicina do Porto</p>	<p>Revisão Bibliográfica</p> <p>Descrever a evolução da assistência de enfermagem ao paciente em morte encefálica.</p>	<p>A retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.</p>	<p>A assistência de enfermagem frente a morte encefálica necessita de uma maior supervisão. Ademais, é necessário uma capacitação do profissional de saúde.</p>
<p>Comunicação de más notícias: temas éticos frente a situação de morte encefálica.</p> <p>Marcelo Jose dos Santos, Edvaldo Leal de Moraes e Maria Cristina Braga Massarollo/ 2012</p> <p>Revista mundo da Saúde</p> <p>Doutorando da Universidade de São Paulo, Professor associado da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo e Doutoranda pela escola de enfermagem da USP.</p>	<p>Estudo de coorte</p> <p>Descrever aspectos éticos de intervenção para com a família do paciente em morte encefálica.</p>	<p>No processo de doação e transplante, a família é elemento principal, e a transparência desse processo só ocorre quando a família é devidamente informada e esclarecida sobre a gravidade da condição do paciente, pois a falta de esclarecimento é percebida como uma situação que gera angústia, dor e desespero.</p>	<p>O papel dos profissionais que prestam assistência aos doadores e seus familiares é atuar dentro dos princípios éticos e legais que norteiam as práticas no processo de doação. Sendo assim, muitas questões podem interferir na viabilização de órgãos e tecidos para transplantes de doadores falecidos.</p>
<p>Projeto educativo sobre doação de órgãos em sala de aula</p> <p>Marcia Floro da Silva, Camila Rodrigues Junqueira e Tiusa Macari/ 2012</p> <p>Jornal Brasileiro de Transplantes</p> <p>Docentes na universidade federal de pelotas e doutoranda na universidade federal de pelotas.</p>	<p>Pesquisa de campo</p> <p>Este trabalho teve como objetivo geral apreender o resultado do desenvolvimento de projetos educativos sobre doação de órgãos com crianças sob a perspectiva dos profissionais da educação.</p>	<p>Verificou-se que a maioria dos alunos demonstrou interesse pelo tema; os professor e que trabalharam no tema com crianças até seis anos tiveram maior dificuldade do que os que trabalharam com crianças de 10 a 11, do sexto ano do Ensino Médio, e com familiares das crianças de até seis anos, demonstraram menos envolvimento nas atividades que os familiares das crianças</p>	<p>Projetos como este devem ser desenvolvidos no âmbito da comunidade, independentemente da idade, por contribuir para a formação de opinião, além de, facilitar a multiplicação e disseminação do assunto para familiares e outras pessoas de sua convivência social. Respondendo à indagação central do objeto deste estudo, a doação de órgãos trabalhada com alunos em sala de aula é entendida pelos autores como uma das vias formadoras de opinião a respeito da doação de órgãos.</p>

<p>Manutenção hemodinâmica na morte encefálica</p> <p>Meirielle Sousa Passos, Max Oliveira Meneses, Daniele Martins de Lima Oliveira/ 2014</p> <p>Caderno de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde</p> <p>Enfermeira graduada pela Universidade Tiradentes Enfermeira, graduada pela Universidade Tiradentes. Enfermeiro, Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela UNIG Pós-graduando em Enfermagem.</p>	<p>Revisão Integrativa</p> <p>Analisar a conduta do enfermeiro com o paciente em morte encefálica.</p>	<p>O enfermeiro deve estar atento às condutas a serem prestadas ao indivíduo em ME, pois a falha na manutenção deste possível e/ou provável doador pode resultar na inviabilidade de um transplante.</p>	<p>A maioria das alterações que ocorrem na morte encefálica possuía descrições bem definidas. As alterações renais foram pouco descritas na literatura, porém não inviabilizou a coleta de dados acerca das condutas a serem tomadas</p>
<p>Experiência e expectativa de enfermeiros no cuidado ao doador de órgãos e a sua família</p> <p>Edvaldo Leal de Moraes, Fabricio Ferreira Neves, Marcelo Jose dos Santos/ 2015 Revista Escola de Enfermagem da USP Coordenador de Enfermagem, Organização de Procura de Órgãos, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina. Enfermeiro, Organização de Procura</p>	<p>Pesquisa qualitativa, com abordagem da Fenomenologia Social.</p> <p>Compreender as experiências e expectativas dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva no cuidado ao doador de órgãos.</p>	<p>As experiências dos enfermeiros com as famílias dos doadores foram representadas pelas categorias: obstáculos vivenciados e intervenções realizadas no cuidado às famílias dos doadores. As expectativas desses profissionais na assistência às famílias e aos doadores de órgãos foram descritas pela categoria: cuidar para salvar vidas.</p>	<p>O estudo mostrou que o cotidiano dos enfermeiros de terapia intensiva no cuidado às famílias e aos doadores de órgãos é permeado por obstáculos que interferem no processo de doação. Diante desse cenário têm como expectativas oferecer uma assistência intensiva ao doador falecido e um cuidado humanizado às famílias, intencionando possibilitar a aceitação da doação de órgãos pelos familiares e viabilizar órgãos para transplantes.</p>

Fonte: dados da pesquisa.

O cuidado de enfermagem prestado ao paciente em morte encefálica é de suma importância tendo-se em vista a manutenção do potencial doador de órgãos. Dos 17 artigos, cinco estão em consenso quanto a necessidade de profissionais enfermeiros capacitados para atuar na manutenção de órgãos que poderão futuramente ser doados.

Em acordo com essa ideia, percebe-se que a formação do enfermeiro para a atuação frente ao paciente com morte encefálica é diferente conforme o local em que o mesmo se graduou. No Brasil são poucas as instituições de ensino que capacitam e especializam profissionais para realizar os devidos cuidados aos pacientes em processo de morte encefálica e transplantes. Deste modo, salienta-se que o enfermeiro busque



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

mais conhecimentos acerca do processo de doação¹⁶.

Entretanto, o conhecimento advindo da academia não é a única competência que o enfermeiro deve ter para haver um eficiente cuidado ao paciente e um correto processo para doação e transplante de órgãos. Segundo estudo¹⁷, as subjetividades entre os sujeitos envolvidos no processo de doação de órgãos como a família, o paciente e o enfermeiro devem ser consideradas. Para que isso ocorra, enfatiza-se ser preciso haver dedicação, preocupação e envolvimento por parte do enfermeiro para com os familiares.

Nesse contexto, três dos 17 artigos analisados enfatizam a importância da entrevista de enfermagem para uma efetiva doação de órgãos. Essa entrevista deve ser realizada com os familiares do potencial doador de forma que os explique a importância da doação e do transplante de modo ético e sem juízo de valor⁹.

Ademais, quatro artigos analisados enfatizam a importância do enfermeiro saber o protocolo de morte encefálica para um correto procedimento quando isso ocorrer. A segunda Edição do Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos estabelece cinco fases do protocolo³.

A primeira fase consiste no critério para abertura do protocolo. Quanto aos critérios hemodinâmicos, choque descompensado tratado com doses altíssimas de drogas vasoativas, acompanhado por acidose metabólica grave e altos níveis de lactato sérico não indicam a abertura do protocolo. A temperatura deve estar acima de 32°C, idealmente acima de 35°C. O protocolo deve ser adiado até a correção da hipotermia moderada¹⁸.

Para que o protocolo seja aberto, é essencial que o paciente esteja em Glasgow 3, sem incursões ventilatórias voluntárias e sem condições que possam ser confundidas com o coma, como uso de sedação e bloqueadores neuromusculares, hipotermia ou distúrbios metabólicos graves. Além disso, todo paciente com suspeita de morte encefálica deve ter comprovada por exame de imagem (tomografia ou ressonância de

crânio) uma lesão estrutural encefálica suficientemente grave para justificar o exame neurológico encontrado¹⁹.

A segunda fase consiste em exames clínicos como o teste de apneia e o exame comprobatório. Os reflexos testados são reflexo vestibulo-calórico, reflexo córneo-palpebral, reflexo fotomotor, reflexo óculo-cefálico e reflexo da tosse. A avaliação clínica deve confirmar que o paciente está em coma aperceptivo (ausência de resposta motora após compressão do leito ungueal – ausência de resposta supra-espinal), ausência dos reflexos de tronco e de incursões respiratórias aparentes²⁰. Os autores lembram que a impossibilidade de realizar um dos reflexos, como nos casos de perfuração timpânica ou lesão grave do globo ocular, inviabiliza o prosseguimento do protocolo.

Segundo o Manual, o teste de apneia consiste em verificar o estímulo do centro respiratório à hipercapnia com objetivo de avaliar a integridade da região ponto bulbar do paciente. Para que esse teste ocorra são necessárias algumas etapas. Oxigenar o paciente com O₂ a 100% por 10 minutos é a primeira etapa, que garante a saturação completa da hemoglobina circulante e diminui o risco de hipóxia. Coletar uma gasometria arterial inicial objetivando demonstrar hiperóxia e pCO₂ entre 35 e 45 mmHg. A terceira etapa é desconectar o ventilador e inserir um cateter de oxigênio com fluxo de 6-8 L/min na traqueia ao nível da carina e, logo após o enfermeiro deve observar atentamente a presença de movimentos respiratórios por 10 minutos. Por fim, deve-se coletar a gasometria arterial final e o resultado deve demonstrar pCO₂ igual ou acima de 55 mmHg.

O teste será considerado positivo para morte caso não houver quaisquer movimentos respiratórios e a gasometria final demonstre pCO₂ igual ou acima de 55 mmHg. O teste deve ser interrompido imediatamente caso existam movimentos respiratórios - teste negativo para morte encefálica¹⁸.

A Resolução n.º 1.480 de 1997 do CFM(1) afirma que a terceira etapa é o exame complementar, que pode ser realizado após a abertura do protocolo ou após a se-

gunda avaliação clínica. Sua indicação é de demonstrar de forma inequívoca a ausência de atividade elétrica ou metabólica cerebral ou ausência de perfusão sanguínea cerebral.

Após a realização de todas as etapas do protocolo (dois exames clínicos, teste de apneia e exame complementar) é feito o diagnóstico de morte encefálica. Nesse momento, o paciente é declarado morto e o termo de declaração de morte encefálica deve ser preenchido e enviado para a central de transplantes²¹.

Dado o exposto, percebe-se a importância do enfermeiro na condução do protocolo de morte encefálica bem como em todo o processo para que haja o transplante de tecidos e órgãos. Isso ocorre, pois o enfermeiro, além de promover a conscientização quanto a importância da doação de órgãos, também tem o papel de acolher os familiares desse paciente de forma justa e compreensiva.

Portanto, pode-se concluir que o enfermeiro é o principal profissional dentro do processo de morte encefálica na UTI que, juntamente com a equipe multiprofissional, deve conduzir o processo de morte encefálica de modo a promover o correto transplante de tecidos e órgãos.

Paradoxalmente, na atualidade, os enfermeiros ainda têm dificuldade em realizar o protocolo de morte encefálica de forma correta, tendo em vista o desconhecimento de todas as etapas ou por falta de atenção devido às inúmeras tarefas que exercem dentro de uma UTI. Entende-se, portanto, que há a necessidade de capacitar esses profissionais e de haver uma supervisão visando identificar falhas nesse processo de transplante e doação a fim de supri-las.

CONCLUSÃO

O objetivo desse estudo foi alcançado, pois identificamos o papel do enfermeiro frente a morte encefálica na UTI, o qual consiste em verificar e manter as funções hemodinâmicas do paciente até o diagnóstico final, atua na manutenção de órgãos e tecidos que poderão ser doados futuramente, realiza o protocolo de morte encefálica, comunica ao familiar do paciente com o intuito de promover o transplante e de

acolher os familiares e atua no processo burocrático de liberação do corpo e interage com a central de transplantes.

Após a análise dos estudos foi possível concluir que há uma necessidade de capacitação desses profissionais para haver um correto processo para o transplante de órgãos e tecidos do paciente em morte encefálica. Ademais, precisa haver uma supervisão desses enfermeiros quanto ao correto uso do protocolo de morte encefálica dentro da

UTI.

Esse estudo possibilitou uma visão mais ampla sobre o processo de doação e transplante de órgãos, um assunto ainda novo e que precisa ser explorado em estudos e pesquisas científicas para que a população fique ciente de que é um procedimento seguro e que proporcionara vida para outras pessoas. Observou-se que, para proporcionar essa segurança para a população, o profissional enfermeiro deve ter o conhecimento

do processo para transplante e doação de órgãos que começa com a manutenção do possível doador, a conversa e comunicação com a família sobre o que é morte encefálica e sobre a possível doação.

Percebe-se então a necessidade de novos estudos sobre a função do enfermeiro frente a morte encefálica e pesquisas sobre a qualidade desse cuidado prestado a esse tipo de paciente, se esse cuidado está se dando de forma correta ou não. ■

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução n.º 1.480, de 21 de agosto de 1997. Determina os procedimentos para a determinação de morte encefálica. Diário oficial da União, 21 de agosto de 1997; (1):18227.
2. Rodrigues CFA, Stychnicki AS, Boccalon B, Silva GC. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de "morte cerebral" como critério de morte. Ver Bioethikos. 2013; 3(7):271-81.
3. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos. Curitiba: SESA/SGS/CET, 2016.
4. Lima C. Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos. Rev Soc Port Med Interna. 2013 mai/jun; 12(1):122-3.
5. Silva MF, Junqueira CRA, Macário TTS. Projeto educativo sobre doação de órgãos em sala de aula. Jornal Brasileiro de Transplantes 2012 ou/dez; 15(4):1698-02.
6. Passos IMS, Figueiredo JBV, Menezes MO, Silva DP, Oliveira DML. Manutenção hemodinâmica na morte encefálica: revisão literária. Cadernos de Graduação Ciências biológicas e da saúde. 2014; 2(1):73-86.
7. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Epidemiologia e estatística de notificação, captação e transplantes de órgãos e tecidos em Minas Gerais. Sistema Único de Saúde, 2015.
8. Vieira MS, Vieira MS, Nogueira LT. Avaliação em saúde e transplantes de órgãos e tecidos: revisão integrativa. Rev Enferm UFPE on line. 2016 fev; 10(2):631-9.
9. Massarolo MCKB, Moraes EL, Santos MJ. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente a situação de morte encefálica. O mundo da saúde. 2012.
10. Longuiniere ACF, Lobo MP, Leite PL, Barros RCS, Souza AN, Vieira SNS. Knowledge of critical care nurses about the process of brain death diagnosis. Rev Rene. 2016; 5(17):691-8.
11. Freire ILS, Oliveira MAE, Freitas MB, Melo GSM, Costa IKF, Torres GV. Compreensão da equipe de enfermagem sobre morte encefálica e a doação de órgãos. Revista Enfermagem Global. 2014; 4(13):179-92.
12. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dados gerais. Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo: ABTO, 2015.
13. Ministério da Saúde (BR). Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília, 1997.
14. Roza BA, Pestana JOM, Barbosa SFF, Schirmer J. Organdonation procedures: na epidemiological study. Prog Transplant. 2010; 1(20):88-95.
15. Silva JFR, Silva MHM, Ramos VP. Familiaridade dos profissionais de saúde sobre os critérios de diagnósticos de morte encefálica. Enfermagem em foco. 2010; 1(3):102-7.
16. Aguiar MIF, et al. Perfil de doadores efetivos de órgãos e tecidos no estado do Ceará. Revista Mineira de Enfermagem. 2010; 14(3):353-60.
17. Mendes KDS, Roza BA, Barbosa SFF, Schirmer J, Galvão CM. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. Texto & Contexto enferm. 2012; 21(4):945-53.
18. Macário, TTS, Junqueira, CRA, Silva, MS. Projeto educativo sobre doação de órgãos em sala de aula. Jornal Brasileiro de Transplante, 2012.
19. Oliveira, DMDL, Figueiredo, JBV. Cadernos de Graduação - Ciências biológicas e da saúde. 2014 mar; 2(1):73-86.
20. Garcia VD, et al. Sistema Nacional de Transplantes. In: Garcia CD, Pereira JD, Garcia VD. Doação e transplantes de órgãos e tecidos. São Paulo: Segmento Farma; 2015.
21. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos do potencial doador adulto falecido. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2011.

A influência das variáveis socioeconômicas sobre a qualidade do sono dos idosos

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo fazer a relação entre as condições sociodemográficas e a qualidade do sono em pessoas com 60 anos ou mais. Trata-se de um estudo clínico experimental com abordagem quantitativa, onde foram selecionados 35 idosos de ambos os sexos, com idade superior a 60 anos, provenientes do Centro de Estudos do Envelhecimento da Universidade Federal de São Paulo. Foi utilizada a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) para a obtenção das informações sobre os aspectos socio-econômicos e de saúde. Os idosos foram submetidos ao exame físico, a testes laboratoriais e à polissonografia para o conhecimento da qualidade do sono. A análise foi feita utilizando o SPSS Software, versão 18.0. A renda média da população estudada se mostrou elevada comparada com a média geral da população. A idade se mostrou relevante sobre a eficiência do sono, assim como a renda apresentou efeito negativo sobre o tempo de latência para sono REM e o tempo de sono REM. Conclui-se que os resultados mostraram que os idosos da amostra apresentam melhores condições de vida com renda mensal de aproximadamente 7 salários mínimos as quais refletem na qualidade do sono.

DESCRITORES: envelhecimento; sono; aspectos socioeconômicos.

ABSTRACT

The present study aimed to correlate sociodemographic conditions with sleep quality in people aged 60 years or over. This is an experimental clinical study with a quantitative approach, where 35 elderly people of both sexes, aged over 60 years, were selected from the Center for the Study of Aging at the Federal University of São Paulo. The Comprehensive Geriatric Assessment (AGA) was used to obtain information on socio-economic and health aspects. The elderly were submitted to physical examination, laboratory tests and polysomnography to know the quality of sleep. The analysis was done using SPSS Software, version 18.0. The average income of the studied population was high compared to the general average of the population. Age was relevant for sleep efficiency, as income had a negative effect on latency time for REM sleep and REM sleep time. Concludes the results showed that the elderly of the sample present better living conditions with monthly income of approximately 7 minimum wages which reflect in sleep quality.

DESCRIPTORS: aging; sleep; socioeconomic aspects.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo hacer la relación entre las condiciones sociodemográficas y la calidad del sueño en personas de 60 años o más. Se trata de un estudio clínico experimental con abordaje cuantitativo, donde fueron seleccionados 35 ancianos de ambos sexos, con edad superior a 60 años, provenientes del Centro de Estudios del Envejecimiento de la Universidad Federal de São Paulo. Se utilizó la Evaluación Geriátrica Amplia (AGA) para la obtención de las informaciones sobre los aspectos socioeconómicos y de salud. Los ancianos fueron sometidos al examen físico, a pruebas de laboratorio y a la polisomnografía para el conocimiento de la calidad del sueño. El análisis se realizó utilizando SPSS Software, versión 18.0. La renta media de la población estudiada se mostró elevada comparada con el promedio general de la población. La edad se mostró relevante sobre la eficiencia del sueño, así como la renta presentó efecto negativo sobre el tiempo de latencia para el sueño REM y el tiempo de sueño REM. Concluye los resultados mostraron que los ancianos de la muestra presentan mejores condiciones de vida con ingresos mensuales de aproximadamente 7 salarios mínimos que reflejan en la calidad del sueño.

DESCRIPTORES: envejecimiento; sueño; aspectos socioeconómicos.

Mayra dos Santos Silva

Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). SP, Brasil. Autor correspondente.

Luiz Roberto Ramos

Depto de Medicina Preventiva, Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). SP, Brasil.

Sergio Tufik

Disciplina de Medicina e Biologia do Sono, Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). SP, Brasil.

Lúgia M. Lucchesi

Disciplina de Medicina e Biologia do Sono, Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). SP, Brasil.

Guiomar Silva Lopes

Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial cujo processo é influenciado pela situação socioeconômica que se reflete também nas condições gerais de saúde, incluindo redução no tempo total de sono e aumento da fragmentação^{1,2}.

Uma série de estudos^{3,4} sobre as características do sono em idosos saudáveis sugerem a importância da qualidade e quantidade do sono como um marcador de saúde geral, bem-estar e adaptabilidade na vida adulta. Consequentemente, o sono ineficiente, com interrupções frequentes (fragmentação) ou associado a distúrbios respiratórios, previu declínios físicos e mentais em idosos, diminuição das atividades sociais, aumento em sintomas depressivos e associação com doenças crônicas. Estudos epidemiológicos apontam que 40% dos idosos acima de 65 anos estão insatisfeitos com o seu sono ou relatam algum problema com o sono⁵. No Brasil, estudos^{6,7} apontam uma prevalência de 50% de transtornos do sono em pessoas idosas.

Embora as mudanças na arquitetura do sono devessem ser esperadas com o envelhecimento, em si a idade não resulta em distúrbios do sono, pelo contrário, a capacidade de dormir que diminui com o envelhecimento é resultado de outros fatores - medicamentos, condições sociais, mudanças ambientais e solidão. Acredita-se que a deterioração do núcleo supraquiasmático ocorre na população idosa, resultando em menor sincronização do ritmo circadiano, devido à capacidade de resposta diminuída para sinais externos. Além disso, essa menor dessincronização pode levar ao aumento dos despertares noturnos e sonolência diurna excessiva⁸⁻¹⁰.

Além do papel do sistema nervoso central



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

(SNC), o sono medeia uma grande variedade de atividades metabólicas através de interações neuroendócrinas. Considerando esta afirmação, estudos têm mostrado a relação entre os três: o envelhecimento, sono e hiperglicemia em jejum. Os mecanismos envolvidos na alteração do metabolismo da glicose e do sono podem estar relacionados com um decréscimo na eficácia do eixo hipotalâmico-pituitário-supra-renal, favorecendo mudanças no ciclo sono-vigília. Outra hipótese para explicar a correlação de distúrbios do sono em envelhecimento com resistência à insulina sugere que a privação do sono reduz as defesas antioxidantes, sabido que o sono habitual remove as espécies reativas de oxigênio produzidas durante a vigília, mantendo assim a proteção ao estresse oxidativo¹¹⁻¹³.

Estudo de revisão sistemática mostrou que a duração do sono dos adolescentes

foi relacionada com a renda dos pais e a etnia¹⁴⁻¹⁷.

Há uma grande carência de estudos sobre os fatores socioeconômicos e a qualidade do sono em idosos. No entanto, entende-se que a compreensão das associações e dos nexos causais entre sono e nível socioeconômico seja fundamental para o entendimento do sono do idoso e, para mediar proposta de educação em saúde. Diante do exposto, considerando-se a importância dos estudos que investigam a relação entre o sono e o nível socioeconômico para o planejamento de ações em saúde pública e a escassez de trabalhos que sintetizem a literatura sobre essa temática, o presente estudo teve como objetivo fazer a relação entre as condições sociodemográficas e sono em idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo clínico experimental com abordagem quantitativa, cujo qual protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP/UNIFESP) em 1 de Abril de 2011 sob o n.º 0330/11, e todos os indivíduos envolvidos forneceram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) escrito. Uma amostra aleatória simples com base nos idosos que responderam a avaliação ampla geriátrica do Centro de Estudos do Envelhecimento UNIFESP (EPIDOSO), se tornaram aptos a participar da pesquisa, resultando em 35 idosos de ambos os sexos, com idade superior a 60 anos ($73,69 \pm 6,25$). Foram excluídos idosos com grande comprometimento neurológico que atrapalhasse o entendimento da pesquisa.

A avaliação ampla geriátrica refere-se a um questionário aplicado no EPIDOSO que contém dados sociodemográficos, hábitos e estilo de vida e testes específicos para cognição e funcionalidade, além de exame físico (peso, altura e índice de massa corporal) e exames laboratoriais (glicose e insulina).

Os idosos selecionados foram submetidos a exame de polissonografia para a avaliação do sono no Instituto do Sono com registro de noite inteira, utilizando-se o polígrafo EMBLA®S7000, (Embla Systems, Inc., Broomfield, CO, USA). O exame incluiu registros do eletroencefalograma, do eletrooculograma, do eletromiograma submentoniano e tibial, eletrocardiograma, do fluxo oronasal, do movimento tóraco-abdominal, de ronco, de posição corpórea e da oximetria. Na ocasião da realização

da polissonografia, os idosos responderam ao questionário de sonolência de Epworth (para avaliar a sonolência diurna) e, subjetivamente, informaram a quantidade de horas dormidas. Com base nestes dados é possível calcular o índice de percepção do sono (IPS).

Os dados foram analisados usando SPSS Software, versão 18.0. As variáveis contínuas foram descritas pela média e desvio padrão. O teste de modelo linear geral (MLG) foi aplicado para a comparação dos dados das medidas entre os grupos. O teste de regressão linear foi aplicado para avaliar o efeito de variáveis na arquitetura do sono. O nível de significância foi estabelecido em $\alpha \leq 0,05$.

RESULTADOS

A idade média encontrada na amostra foi de $73,68 \pm 6,25$ anos com predominância do sexo feminino (55%). Os resultados mostraram que 45,7% apresentava escolaridade de cinco a oito anos, estando os homens em 32,8% com escolaridade superior a oito anos. Em relação à renda, foi observado média de $R\$3.804,97 \pm 3926,23$, com renda mínima de $R\$415,00$ e máxima de $R\$15.320,00$. O estado civil mais representativo foi o casado (60%), sendo que, entre as mulheres, a viuvez se mostrou prevalente (20%).

Na avaliação laboratorial, os exames clínicos mostraram uma pequena elevação na média da glicemia de jejum $106,63 \pm 7,14$, assim como nos valores de insulina $9,74 \pm 8,09$.

Na abordagem da composição corporal, foi constatado um aumento no IMC, cuja média foi de $27,91 \pm 2,02$ na somatória en-

tre homens e mulheres, sendo considerado sobrepeso.

74,28% dos idosos apresentou uma superestimativa de horas dormidas pelo índice subjetivo, ou seja, acima de 1 ($1,41 \pm 0,63$), aumento do tempo de latência de REM ($120,34 \pm 70,76$), aumento do índice de apnea/hipopnéia ($15,86 \pm 15,56$) e aumento do número de despertares ($89,49 \pm 50,52$). No entanto, o sono de ondas lentas permaneceu preservado, bem como o sono REM, mantendo-se uma boa eficiência e o tempo total de sono. Os testes mostram normalidade para a função cognitiva (MEEM) e funcionalidade (escala de Atividades da Vida Diária - AVDs), dados não apresentados.

Quando investigado o sono da população estudada, os problemas mais relatados foram: fragmentação do sono (51,42%), dificuldade para iniciar o sono (34,28%), ronco (31,42%) e sonolência diurna (17,14%). Quando relacionado à renda e escolaridade com os problemas relatados, nota-se que idosos com renda até dois salários mínimos apresentaram em média 2,25 número de queixas, prevalecendo a dificuldade em iniciar o sono (58,52), seguido por fragmentação (39,71). Idosos com renda superior a três salários mínimos apresentaram em média 1,87 número de queixas, com prevalência para o ronco (41,95) e sonolência diurna (23,22). Analisou-se, a influência das seguintes variáveis: sexo, renda e idade sobre a eficiência do sono e houve a influência negativa da idade, ou seja, conforme o aumento da idade, menor a eficiência do sono ($p:0,031$), conforme tabela 1.

Tabela 1. Regressão linear- Influência do sexo, idade e renda sobre a eficiência do sono. São Paulo, SP, Brasil, 2012.

MODELO 2	COEFICIENTES PADRONIZADOS BETA	T	SIG.	ESTATÍSTICAS DE COLINEARIDADE	
				TOLERÂNCIA	VIF
(Constante)		4,288	0,000		
SEXO	-0,263	-1,636	0,112	0,933	1,072
IDADE	-0,368	-2,267	0,031	0,918	1,089
RENDA	0,194	1,158	0,256	0,860	1,163

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 2. A influência da renda sobre o tempo de latencia para sono REM. São Paulo, SP, Brasil, 2012.

MODELO 2	COEFICIENTES PADRONIZADOS	T	SIG.	ESTATÍSTICAS DE COLINEARIDADE	
	BETA			TOLERÂNCIA	VIF
1 (Constante)		2,862	,008		
Sexo	-,127	-,698	,490	,835	1,198
Renda	-,340	-1,828	,077	,794	1,259
IMC	-,269	-1,522	,138	,883	1,133
2 (Constante)		3,055	,005		
Sexo	-,136	-,762	,452	,844	1,184
Renda	-,307	-1,811	,080	,935	1,070
IMC	-,278	-1,601	,119	,893	1,120
3 (Constante)		3,273	,003		
Renda	-,337	-2,061	,048	,989	1,011
IMC	-,236	-1,445	,158	,989	1,011
4 (Constante)		8,765	,000		
Renda	-,312	-1,889	,068	1,000	1,000

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 3. A influência da renda sobre o sono REM. São Paulo, SP, Brasil, 2012.

MODELO 2	COEFICIENTES PADRONIZADOS	T	SIG.	ESTATÍSTICAS DE COLINEARIDADE	
	BETA			TOLERÂNCIA	VIF
1 (Constante)		2,930	,006		
Sexo	-,145	-,798	,4310	,835	1,198
Renda	,440	2,365	,025	,794	1,259
IMC	-,166	-,994	,353	,883	1,133
IPAQ – (min/ sem)	-,164	-,907	,372	,839	1,192
2 (Constante)		3,097	,004		
Renda	,402	2,249	,032	,850	1,177
IMC	-,121	-,731	,470	,983	1,017
IPAQ	-,149	-,831	,412	,848	1,179
3 (Constante)		10,592	,000		
Renda	-,411	2,320	,027	,854	1,171
IPAQ	-,138	-,782	,440	,854	1,171
4 (Constante)		11,382	,000		
Renda	-,358	2,201	,035	1,000	1,000

Fonte: dados da pesquisa.

O mesmo foi feito para saber a influência do sexo, renda, idade e IMC sobre todas as variáveis da arquitetura do sono (latência para início do sono, número de despertares, tempo total de sono, horas dormidas referidas e índice de apnea/hipopneia) e não foram encontradas variáveis significantes. A renda

apresentou efeito negativo sobre o tempo de latência do sono REM (quanto menor o rendimento maior a latência para sono REM), (p: 0,048) de acordo com Tabela 2.

E a renda novamente apresentou efeito, agora sobre o sono REM (quanto maior a renda mensal maior a percentagem de sono

REM) – (p: 0,027), conforme apresenta a Tabela 3.

Como a média de nível de glicose no sangue dos pacientes foi ligeiramente acima do normal ($106,63 \pm 7,14$), decidiu-se analisar a arquitetura do sono com o cenário de hiperglicemia para verificar sono x

artigo

Silva, M.S.; Ramos, L.R.; Tufik, S.; Lucchesi, L.M.; Lopes, G.S.

A influência das variáveis socioeconômicas sobre a qualidade do sono dos idosos

glicemia. No entanto, não houve diferença estatística entre as variáveis.

DISCUSSÃO

O baixo nível socioeconômico emergiu como um contribuinte putativo para a baixa qualidade do sono em diversas populações, como estudantes, gestantes e idosos¹⁸⁻²⁰. O

estrato social de pessoas e comunidades envolve uma complexa construção de componentes econômicos, sociais, ambientais e comportamentais que definem e delimitam oportunidades e barreiras para o desenvolvimento e definem a situação de saúde.

A população estudada apresentou um pequeno aumento no IMC e da glicemia

de jejum, embora estejamos conscientes de que, o envelhecimento é, possivelmente, resultado do aumento da produção de espécies reativas de oxigênio (ROS) cujas moléculas promovem danos e comprometimento na função da célula β pancreática, podendo levar à hiperglicemia de jejum e, posteriormente, à diabetes²¹. Estudos^{22,23} mostram a relação da hiperglicemia de jejum e alteração do sono, especialmente a apneia do sono, sugerindo-se que a relação da apneia do sono com as alterações do metabolismo da glicose está estabelecida pela associação de um estado pró-inflamatório, do aumento da geração de espécies reativas de oxigênio, aumento do tônus simpático, e alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Por outro lado, é importante ressaltar que as células β pancreáticas são altamente sensíveis à hipóxia da apneia do sono, o que também favorece a indução da resistência à insulina^{24,25}.

Os resultados do presente mostraram uma elevação no índice de apneia/hipopneia, corroborando com os dados do estudo(6) populacional na cidade de São Paulo pelo Instituto do Sono (Projeto Episono), que mostrou que 61,8% da população idosa apresentava índice de apneia/hipopneia (IAH) maior que 5, 21,3% da população apresentava IAH entre 5 a 14,9 e 16,9% da população apresentava IAH maior que 15 eventos/h.

Apesar da população estudada apresentar, de forma geral, um alto nível socioeconômico, àqueles idosos com renda inferior a dois salários mínimos apresentaram influência na qualidade do sono, principalmente sobre a dificuldade em iniciar o sono e a fragmentação. Estudos^{26,28} transversais têm mostrado que as restrições financeiras afetam a qualidade do sono. Autores acreditam que a associação entre o sono e a situação financeira envolve vias psicossociais, em outras palavras, os constrangimentos econômicos são muito propensos a causar estresse, que por sua vez afetam o sono²⁹.

CONCLUSÃO

A quantidade e a qualidade do sono para os idosos aqui descritos foram influenciadas pelo nível socioeconômico e, consequente-



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

mente, pelo processo do próprio envelhecimento. Considerando que o sono pode influenciar no estado comportamental e emocional, além dos níveis de atenção e

consolidação da memória, se faz necessário programas de atenção voltados à qualidade de sono da população idosa.

Agradecemos a Coordenação de Aper-

feiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP) por seu apoio a esta pesquisa. ■

REFERÊNCIAS

1. Popoola VO, Tamma P, Reich NG, Perl TM, Milstone AM. Risk factors for persistent methicillin-resistant staphylococcus aureus colonization in children with multiple Intensive Care Unit admissions. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2013; 34:748-50.
2. Yaogo A, Fombonne E, Kouanda S, Lert F, Melchior M. Life course socioeconomic position and alcohol use in young adulthood: results from the French TEMPO cohort study. *Alcohol Alcohol*. 2014; 49:109-16.
3. Dew MA, Reynolds CF, Monk TH, et al. Psychosocial correlates and sequel of electroencephalographic sleep in healthy elders. *J Gerontol*. 1994; 49:8-18.
4. Araújo MFM, Freitas RWJF, Lima ACS, Pereira DCR, Zanetti ML, Damasceno MMC. Indicadores de saúde associados com a má qualidade do sono de universitários. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(6):1085-92.
5. Pandi-Perumal SR, Zizapel N, Srinivasan V, Cardinali DP. Melatonin and sleep in aging population. *Experimental Gerontology*. 2005; 40:911-25.
6. Tufik S, Santos-Silva R, Taddei JA, Bittencourt LR. Obstructive sleep apnea syndrome in the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. *Sleep Med*. 2010 May; 11(5):441-6.
7. Reddy EV, Kadiravan T, Mishra HK, et al. Prevalence and risk factors of obstructive sleep apnea among middle-aged urban Indians: A community-based study. *Sleep Med*. 2009.
8. Ancoli-Israel S. Sleep and its disorders in aging populations. *Sleep Med*. 2009; 10(1):S7-11.
9. Weinert D. Age-dependent changes of the circadian system. *Chronobiology International* 2000; 17(3):261-283.
10. Koller DE, Turek FW. Circadian rhythms and sleep in aging rodents. In: Hof PR, Mobbs CV. *Functional neurobiology of aging*. San Diego: Academic Press; 2001. p.855-868
11. Rial RV, Nicolau MC, Gamundí A, et al. The trivial function of sleep. *Sleep Med Rev*. 2007; 11(4):311-25.
12. Kotani K, Shimohiro H, Sakane N. Mood change tendency and fasting plasma glucose levels in a Japanese female population. *Tohoku J Exp Med*. 2007; 213:369-372
13. Fukui H, Moraes CT. The mitochondrial impairment, oxidative stress and neurodegeneration connection: reality or just an attractive hypothesis? *Trends in Neurosciences*. 2008; 31:251-256.
14. Roberts R et al. Symptoms of insomnia among adolescents in the lower Rio Grande Valley of Texas. *Sleep*. 2004; 27(4):751-60.
15. Roberts R, Roberts CR, Chan W. Ethnic differences in symptoms of insomnia among adolescents. *Sleep*. 2006; 29(3):359-65.
16. Smaldone A, Honig JC, Byrne M. Sleepless in America: inadequate sleep and relationships to health and well-being of our nation's children. *Pediatrics*. 2007; 119(1):S29-S37.
17. Jarrin DC, Mcgrath JJ, Quon EC. Objective and subjective socioeconomic gradients exist for sleep in children and adolescents. *Health psychology*. 2014; 33(3):301.
18. Grandner MA, Petrov ME, Rattanaumpawan P, Jackson N, Platt A, Patel NP. Sleep symptoms, race/ethnicity, and socioeconomic position. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2013; 9(9):897-905.
19. Knutson KL. Sociodemographic and cultural determinants of sleep deficiency: Implications for cardiometabolic disease risk. *Social Science and Medicine*. 2012
20. Patel NP, Grandner MA, Xie D, Branas CC, Gooneratne N. "Sleep disparity" in the population: poor sleep quality is strongly associated with poverty and ethnicity. *BMC Public Health*. 2010; 10:475.
21. Morgan D, Rebelato E, Abdulkader F, Graciano MF, Oliveira-Emilio HR, Hirata AE, Rocha MS, Bordin S, Curi R, Carpinelli AR. Association of NAD(P)H oxidase with glucose induced insulin secretion by pancreatic beta-cell. *Endocrinology*. 2009; 150(5):2197-201.
22. Silva MD, Ramos LR, Tufik S, Togeiro SM, Lopes GS (2015) Influence of Inspiratory Muscle Training on Changes in Sleep Architecture in Older Adult - Epidoso Projects. *Aging Sci* 3: 137.
23. Peltier AC, Bagai K, Artibe K, Diedrich A, Garland E, et al. Effect of mild hyperglycemia on autonomic function in obstructive sleep apnea. *Clin Auton Res*. 2012; 22: 1-8.
24. Kelly KR, Williamson DL, Fealy CE, Kriz DA, Krishnan RK, et al. Acute altitude-induced hypoxia suppresses plasma glucose and leptin in healthy humans. *Metabolism*. 2010; 59:200-5.
25. Pallayova M, Steele KE, Magnuson TH, Schweitzer MA, Hill NR, Bevans-Fonti S, Schwartz AR. Sleep apnea predicts distinct alterations in glucose homeostasis and biomarkers in obese adults with normal and impaired glucose metabolism. *Cardiovasc Diabetol*. 2010; 1(9):83.
26. Paine SJ, Gander PH, Harris R, et al. Who reports insomnia? Relationships with age, sex, ethnicity, and socioeconomic deprivation. *Sleep*. 2004; 27:1163-9.
27. Hall M, Buysse DJ, Nofzinger EA, et al. Financial strain is a significant correlate of sleep continuity disturbances in late-life. *Biol Psychol*. 2008; 77:217-22.
28. Lallukka T, Arber S, Rahkonen O, et al. Complaints of insomnia among midlife employed people – the contribution of childhood and present socioeconomic circumstances. *Sleep Med*. 2010; 11:828-36.
29. Åkerstedt T. Psychosocial stress and impaired sleep. *Scand J Work Environ Health*. 2006; 32:493-501.

Perfil epidemiológico de indivíduos saudáveis, assintomáticos e sintomáticos para insuficiência cardíaca na atenção primária

RESUMO

Objetivou-se caracterizar as variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de saúde dos indivíduos saudáveis, assintomáticos e sintomáticos referentes à insuficiência cardíaca, visando o apoio para intervenções de enfermagem. Estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa realizado no Programa Médico de Família do Município de Niterói- RJ. A coleta de dados deu-se com 84 participantes por meio de um questionário único para caracterização sociodemográfica, clínica e de hábitos de saúde no período de 28 de outubro de 2017 a 01 de setembro de 2018. Dos 84 participantes, há 79,7% (67) em risco para o desenvolvimento da IC (estágios A e B), apenas 15,5% (13) são saudáveis e 4,8(4) tem IC. A predominância foi do sexo feminino (63,1%), com idade entre 45 e 64 anos, de cor branca (48,8%), renda superior a 800 reais (70,2%) e casada (48%). Conclui-se que o conhecimento das principais características dos indivíduos com IC na atenção primária permite ao enfermeiro planejar suas intervenções de forma consciente e otimizada, alcançando um maior número de pessoas com a doença ou sob risco de seu desenvolvimento.

DESCRITORES: insuficiência cardíaca; enfermagem; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the sociodemographic, clinical and health habits of healthy, asymptomatic and symptomatic individuals referring to Heart Failure, aiming to the support for nursing interventions. This is a cross-sectional, descriptive and quantitative approach carried out in the Family medical program of the city of Niterói-RJ. Data collection was made with 84 participants through a single questionnaire for sociodemographic, clinical and health habits characterization in the period from October 28th, 2017 to September 01, 2018. Of the 84 participants, there are 79.7% (67) at risk for the development of HF (stages A and B), only 15.5% (13) are healthy and 4.8 (4) have HF. The predominance was female (63.1%), aged between 45 and 64 years, white (48.8%), income higher than 800 reals (70.2%) and married (48%). It's concluded that the knowledge of the main characteristics of individuals with HF in primary care allows nurses to plan their interventions consciously and optimally, reaching a greater number of people with the disease or at risk of their development.

DESCRIPTORS: heart failure; nursing; primary health care.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue caracterizar los hábitos sociodemográficos, clínicos y de salud de individuos sanos, asintomáticos y sintomáticos que se refieren à Insuficiencia Cardíaca, con el objetivo apoyar las intervenciones de enfermería. Se trata de un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo realizado en el programa médico familiar de la ciudad de Niterói-RJ. La recolección de datos se realizó con 84 participantes a través de un único cuestionario para la caracterización sociodemográfica, clínica y de hábitos de salud en el período comprendido entre el 28 de octubre de 2017 y el 01 de septiembre de 2018. De 84 participantes, hay 79,7% (67) en riesgo para el desarrollo de IC (etapas A y B), sólo 15,5% (13) son saludables y 4,8 (4) tienen IC. La predominancia fue femenina (63,1%), envejecida entre 45 y 64 años, blanco (48,8%), ingresos superiores a 800 reales (70,2%) y casados (48%). Se concluye que el conocimiento de las principales características de los individuos con IC en atención primaria permite a las enfermeras planificar sus intervenciones de manera consciente y óptima, alcanzando un mayor número de personas con la enfermedad o en riesgo de su desarrollo.

DESCRIPTORES: insuficiencia cardíaca; enfermería; atención primaria a la salud.

Thereza Cristina Terra de Oliveira de Abreu e Souza

Enfermeira. Mestranda do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil. Autor correspondente.

Dayse Mary da Silva Correia

Enfermeira. Doutora em Ciências Cardiovasculares. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.

Beatriz Trajano Coelho

Enfermeira. Especializando em Doenças Infecciosas e Parasitárias no Hospital Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz, RJ, Brasil

Ana Beatriz Monteiro Fonseca

Estatística. Professor Associado do Instituto de Matemática e Estatística da Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.

Maria Luiza Garcia Rosa

Médica. Professor Associado do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de morte no mundo, e no Brasil, representam cerca de 30% dos óbitos ocorridos por ano. Além disso, as DCV matam 2,0 vezes mais que todos os tipos de câncer, 2,5 vezes mais que todos os acidentes e mortes por violência, e 6,0 vezes mais que, mortes por Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), e as doenças infecciosas¹.

Dentre as doenças cardiovasculares, a insuficiência cardíaca (IC) se destaca por sua elevada morbimortalidade e importantes limitações físicas à realização das atividades cotidianas. E apesar dos avanços na prevenção de doenças cardíacas nas últimas décadas, ainda há uma alta incidência de indivíduos com o diagnóstico de IC convivendo com as implicações e repercussões de sua sintomatologia².

É uma síndrome que afeta mais de 23 milhões de pessoas no mundo, sendo considerada uma patologia grave³. No Brasil, a IC é a principal causa de internação hospitalar em pacientes acima de 60 anos de idade⁴. E na atenção primária, evidenciou-se uma alta prevalência de indivíduos com risco para aumento da sua incidência⁵⁻⁷.

Como tal, possui fatores de risco associados ao seu desenvolvimento como: a hipertensão arterial sistêmica (HAS), história familiar, diabetes mellitus (DM), etilismo, tabagismo e dislipidemia. Logo, apresentando-se como via final de outras condições crônicas, tornando-se sensível às ações na atenção primária⁸.

Neste nível de atenção à saúde, uma

estratificação de pacientes com IC permite ao profissional de saúde avaliar o risco ou o curso da doença. E esta forma de categorização, proposta pela American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA), permite uma compreensão evolutiva da doença, e ainda, serve de base para a identificação de pacientes saudáveis (estágio 0), aqueles com indicação de intervenções predominantemente preventivas ou não farmacológicas nos estágios A e B (formas assintomáticas), terapêuticas no estágio C - forma sintomática⁹.

Contudo, os dados desta estratificação são escassos no Brasil, mas um importante estudo⁶ epidemiológico foi realizado no Programa Médico de Família do Município de Niterói, Estado do Rio de Janeiro (RJ), denominado Estudo Digitalis, no qual foi observado, em sua primeira fase (2009-2012), uma prevalência de 9,3% de diagnóstico clínico de IC entre 633 participantes, e um risco de 79% para o desenvolvimento da doença⁶.

Como o manejo da doença inclui, não somente uma ampla variedade de medicamentos, mas também mudanças importantes no estilo de vida, com destaque para a prática de exercícios físicos e alimentação saudável, o tratamento não farmacológico da IC torna-se ação essencial dos enfermeiros na atenção primária, com ênfase nas ações de autocuidado. A complexidade da síndrome associada à falta de conhecimento dos pacientes acerca da IC pode comprometer a compreensão do tratamento e, por consequência, diminuir a adesão ao mesmo^{10,11}.

Esta avaliação, o acompanhamento e a prevenção dos fatores que conduzem a episódios de descompensação da doença são aspectos indispensáveis para um melhor controle da IC e sua prevalência. Sendo assim, os enfermeiros têm papel fundamental na promoção à saúde dos clientes com IC, de modo a promover estratégias que os capacitem para manutenção da condição de saúde, aumento da qualidade de vida e autonomia no autocuidado⁷.

Tal evidência aponta a importância do diagnóstico clínico e o risco de desenvolvimento da IC no âmbito da atenção primária.

Sendo assim, com o propósito de estimar a taxa de mortalidade e internação dos participantes da primeira fase do Estudo Digitalis, uma segunda fase do estudo teve início em 2015, com a previsão de término para 2020, em que até o momento, 219 aceitaram e compareceram aos módulos de saúde para coleta de dados. Logo, a questão norteadora inicial dá-se a partir de: Qual o perfil epidemiológico dos participantes da segunda fase do Estudo Digitalis?

Portanto, este recorte do estudo possui o objetivo de caracterizar as variáveis socio-demográficas, clínicas e hábitos de saúde dos indivíduos saudáveis, assintomáticos e sintomáticos referentes à insuficiência cardíaca.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa com 84 indivíduos da primeira fase do Estudo Digitalis, sendo a amostra intencional, do tipo não probabilística.

O convite para participação do estudo foi realizado por contato telefônico, em que foi mantido informações da primeira fase, ou seja, a coleta de dados dar-se-ia com data marcada aos sábados pela manhã no módulo de saúde do Programa Médico de Família do Município de Niterói/RJ, próximo às respectivas residências. Portanto, quanto aos critérios de inclusão, integraram o presente estudo os indivíduos nos estágios 0, A, B e C para IC.

Houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do projeto de pesquisa “Segunda Fase do Estudo Digitalis no Município de Niterói/RJ”, a qual foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (CEP-FM/HUAP/UFF) sob o parecer n.º 1.388.594.

Para a coleta de dados, a equipe foi composta por pesquisadores, enfermeiras, acadêmicos e bolsistas de enfermagem, devidamente treinados. E esta etapa do estudo deu-se em 18 módulos de saúde no período

de outubro de 2017 a 01 de setembro de 2018, totalizando 24 visitas devido alguns módulos possuem um número maior de participantes.

Para todos os participantes foi utilizado um questionário único, com identificação de dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de saúde, além de avaliações durante a consulta médica, consulta de enfermagem e da consulta de nutrição.

Nesta análise, foram selecionadas as seguintes variáveis: sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda per capita e cor da pele); clínicas autorreferidas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade); e de hábitos de saúde (tabagismo e consumo de álcool).

Os dados foram organizados no software Microsoft Excel 2010 e analisados pelo programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22.0. Posteriormente, as informações foram apresentadas em tabela única, utilizando a estatística descritiva, a qual utilizou ferramentas de análise exploratória, incluindo frequências absolu-

tas e percentuais.

Na análise inferencial das variáveis qualitativas, a significância foi investigada pelo teste Exato de Fisher. E para a comparação de mais de 2 grupos, acerca de variáveis qualitativas, foi usado o teste de Freeman-Halton (extensão do Teste Exato de Fisher). E o nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se na Tabela 1, na qual houve a estratificação por estágios da IC, que dos 84 participantes, somente 13 (treze) foram classificados em estágio 0, ou seja, saudáveis; dentre os assintomáticos, 28 (vinte e oito) como estágio A, os quais possuem algum fator de risco para seu desenvolvimento; e ainda 39 (trinta e nove) em estágio B, os quais além de apresentarem fator(es) de risco para IC, apresentam alteração de estrutura cardíaca. Deste modo, 79,7% encontra-se em alto risco de desenvolver a IC. Quando analisada a forma sintomática da IC, estágio C, 4 (quatro) pacientes foram identificados.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas, clínicas e hábitos de saúde segundo os estágios de insuficiência cardíaca na atenção primária. Niterói, RJ, Brasil, 2018.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	ESTÁGIOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC)				VALOR-P
	SAUDÁVEIS 0 N(%) 13 (15,5)	ASSINTOMÁTICOS A N(%) 28 (33,3)	B N(%) 39 (46,4)	SINTOMÁTICOS C N(%) 4 (4,8)	
Sexo					0,042
Feminino	5 (38,5)	18 (64,3)	29 (74,4)	1 (25,0)	
Masculino	8 (61,5)	10 (35,7)	10 (25,6)	3 (75,0)	
Cor da pele					0,445
Branco	9 (69,2)	16 (57,1)	15 (38,4)	1 (25,0)	
Pardo	4 (30,8)	9 (32,1)	17 (43,6)	3 (75,0)	
Preto	0 (0,0)	3 (10,7)	6 (15,4)	0 (0,0)	
Amarelo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	
Faixa Etária (em anos)					0,330
De 45 a 64	10 (76,9)	17 (60,7)	19 (48,7)	2 (50,0)	
65 ou mais	3 (23,1)	11 (39,3)	20 (51,3)	2 (50,0)	
Grau de Escolaridade					0,043
Até o 5º ano ou 4ª série	1 (8,3)	12 (42,9)	20 (51,3)	1 (25,0)	
Além do 5º ano ou 4ª série	11 (91,7)	16 (57,1)	19 (48,7)	3 (75,0)	
Estado Civil					0,571
Sem companheiro(a)	4 (30,8)	8 (28,6)	14 (35,9)	2 (50,0)	
Com companheiro(a)	9 (69,2)	20 (71,4)	25 (64,1)	2 (50,0)	

Renda per capita					0,805
Até R\$800,00	3 (23,1)	8 (28,6)	12 (30,8)	2 (50,0)	
Maior que R\$800,00	10 (76,9)	20 (71,4)	27 (69,2)	2 (50,0)	
<i>VARIÁVEIS DE HÁBITOS DE SAÚDE</i>					
Fumo					0,476
Nunca fumou	9 (69,2)	11(39,3)	18 (47,4)	1(33,3)	
Fumo Atual	0 (0,0)	5 (17,9)	7 (18,4)	0 (0,0)	
Ex-fumante	4 (30,8)	12 (42,8)	13 (34,2)	2 (66,7)	
Consumo de álcool					0,353
Diariamente ou quase todos os dias	5 (41,7)	4 (14,8)	7 (18,4)	0 (0,0)	
Ocasionalmente	1 (8,3)	3 (11,1)	7 (18,4)	0 (0,0)	
Raramente	3 (25,0)	7 (25,9)	5 (13,2)	1 (50,0)	
Parou de beber	0 (0,0)	8 (29,6)	10 (26,3)	1 (50,0)	
Estado Civil					0,571
Sem companheiro(a)	4 (30,8)	8 (28,6)	14 (35,9)	2 (50,0)	
Com companheiro(a)	9 (69,2)	20 (71,4)	25 (64,1)	2 (50,0)	
<i>VARIÁVEIS DE HÁBITOS DE SAÚDE</i>					
Hipertensão					0,005
Sim	3 (23,1)	21 (77,8)	23 (60,5)	1 (33,3)	
Não	10 (76,9)	6 (22,2)	15 (39,5)	2 (66,7)	
Diabetes					0,084
Sim	0 (0,0)	7 (25,9)	12 (31,6)	0 (0,0)	
Não	13 (100,0)	20 (74,1)	26 (68,4)	3 (100,0)	
Dislipidemia					0,647
Sim	7 (53,8)	13 (50,0)	15 (39,5)	2 (66,7)	
Não	6 (46,2)	13 (50,0)	23 (60,5)	1 (33,3)	

Fonte: Estudo Digitalis, 2018.

Quanto às características sociodemográficas dos participantes, foi verificado que existe um maior número de pacientes do sexo feminino, principalmente em estágios A e B (56%), ou seja, assintomáticas para a IC. Entretanto, no estágio C, houve predomínio dos pacientes do sexo masculino (75%).

Sabe-se que em relação à evolução e prognóstico da IC, já existem diferenças descritas por sexo. Nos Estados Unidos, por exemplo, 52,6% dos casos prevalentes e 52,2% dos casos incidentes correspondem às mulheres, e 51% das hospitalizações e 57,8% das mortes pela síndrome estão associadas às pacientes do sexo feminino¹².

Quando observada a cor da pele autorreferida, indivíduos da raça branca foram predominantes (48,8%), principalmente, entre os pacientes sob risco de desenvolver a IC, ou seja, em estágios A e B (36,9%). Esse achado pode estar relacionado ao maior número de indivíduos brancos e pardos no

Quanto às características sociodemográficas dos participantes, foi verificado que existe um maior número de pacientes do sexo feminino, principalmente em estágios A e B

Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE¹³.

No entanto, a literatura alerta para a maior mortalidade na população negra (comparada à branca), cuja maior prevalência e o pior prognóstico de doença cardiovascular, particularmente a hipertensão arterial e complicações relacionadas ao acidente vascular encefálico (AVE) e a IC já foram identificados¹⁴.

Estudo recente¹⁵ corrobora com o dado encontrado nesta pesquisa, o qual com o objetivo de identificar e comparar o perfil clínico-epidemiológico e o tratamento instituído entre os pacientes sobreviventes ou não a internação por IC aos dados da literatura internacional, mostrou um predomínio da raça branca entre os sujeitos da pesquisa. Dentre os 816 pacientes incluídos, 88,3% foram considerados brancos.

A idade, outra importante variável relacionada à IC, no presente estudo, evidenciou-se uma amostra predominante

mente jovem, composta por indivíduos, em sua maioria, com idade inferior a 65 anos (57,1%) e prevalentes nos estágios A e B (42,8%). Logo, sendo este dado oposto àquele encontrado na literatura, que mostra uma prevalência da IC aumentada a partir dos 65 anos e uma incidência que duplica a cada dez anos de vida do indivíduo¹⁶.

É uma evidência importante para os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, os quais têm papel essencial no processo de educação em saúde contribuindo com a multiplicação de informações que conduzam a população ao desenvolvimento do autocuidado¹⁷. Portanto, este achado é essencial no sentido de direcionar as ações do enfermeiro para a população mais jovem, adulta, prevenindo o surgimento de doenças crônicas e promovendo um envelhecimento saudável.

Na análise do grau de escolaridade, os indivíduos que possuem além do 5º ano foram maioria nessa pesquisa (59%), com destaque para os pacientes no estágio B da doença (23,8%). O grau de escolaridade de um indivíduo afeta o seu conhecimento geral, bem como é a base para obtenção de um conhecimento em saúde satisfatório¹⁸. Portanto, as orientações de enfermagem

aos pacientes com IC devem ser realizadas de forma simples e clara, para que as informações venham a alcançar todos os níveis de educação apresentados pelos pacientes. Desta forma, o entendimento será satisfatório para todos¹⁹.

Os enfermeiros precisam perceber possíveis barreiras para a compreensão das informações fornecidas no acompanhamento desses pacientes, como por exemplo o baixo grau de escolaridade, e nortear suas ações de acordo com a realidade e necessidade de cada paciente, e dessa forma, atingir uma educação em saúde de qualidade, otimizando o tratamento não farmacológico.

Na identificação de indivíduos com companheiro fixo ou casado (66,7%), percebe-se que foram prevalentes no estudo, estando a maioria entre os pacientes com risco para IC, isto é, estágios A e B (53,6%). Considerando a presença do cônjuge como suporte social, a literatura aponta que a ausência do mesmo afeta de maneira negativa o estado psicológico das pessoas em geral²⁰. Logo, esse apoio social, deve ser considerado um dado fundamental no comportamento relacionado à adesão terapêutica, além de contribuir para a promoção da saúde e recuperação de doenças²¹. Por outro

lado, morar sozinho pode estar relacionado ao aumento de taxas de readmissão hospitalar desses pacientes²².

Esta amostra apresenta, preponderantemente, indivíduos com renda superior a 800 reais (70,2%) nos estágios A e B (55,9%). Ainda que com limitações, indicadores socioeconômicos relativos à renda são importantes marcadores da situação socioeconômica, uma vez que melhor renda proporciona acesso a bens e serviços²³, fato que no contexto da IC, pode ser entendido como aquisição de medicação e assiduidade nas consultas, por exemplo.

Por outro lado, a desigualdade de renda aborda o problema da distribuição de riqueza e está diretamente associada com a mortalidade, já que sua carência pode gerar frustração e deterioração da saúde. Portanto, a utilização dos serviços de saúde com objetivos preventivos é maior para a população com maior poder aquisitivo²³, levando indivíduos de baixa renda a procurar instituições de saúde apenas na presença de sinais e sintomas, acarretando a descoberta tardia de doenças, principalmente crônicas, como a IC.

O esquema terapêutico medicamentoso da IC é complexo, o que explica o alto custo financeiro para a sua aquisição. Este fato tem sido uma das causas mais frequentes de não adesão ao tratamento, visto que o Sistema Único de Saúde (SUS) não disponibiliza todos os medicamentos necessários à clientela, no qual a maioria tem baixo poder aquisitivo²⁴.

Tal fato, direciona os enfermeiros para que fiquem atentos a fatores que implicam em adesão inadequada ao tratamento, como a renda do paciente. Faz-se necessário reforçar junto aos pacientes com IC a importância do tratamento farmacológico otimizado, com utilização regular e correta das medicações, em associação às ações não farmacológicas para que um controle adequado da doença seja alcançado.

Ainda na busca do perfil destes indivíduos, nos hábitos de vida selecionados, observou-se que a maior parte dos indivíduos nunca fumou (46,4%), seguido de ex-fumantes (36,9%) enquanto apenas 14,3% são fumantes atuais. E quanto aos



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

indivíduos que nunca fumaram, a maioria se encontra no estágio B da doença (21,4%). E como sabido dentre os fatores comportamentais de risco que acarretam o surgimento de doenças crônicas, como a IC, o tabagismo é um dos principais, sendo a mais importante causa de morte evitável no mundo²⁵.

O efeito nocivo do tabaco foi evidenciado em um estudo²⁶ realizado nos Estados Unidos, com 4.580 participantes não portadores de doença arterial coronariana ou insuficiência cardíaca, mostrou que os pacientes classificados como fumantes atuais apresentaram no ecocardiograma maior índice de massa e maior hipertrofia do ventrículo esquerdo (VE) quando comparados aos não fumantes ou ex-fumantes²⁶.

Ainda sobre os hábitos de vida encontrados na amostra, a maioria afirmou fazer ingestão de álcool (54,4%), ainda que raramente, em comparação àqueles que nunca consumiram (21,5%) ou referiram cessação do etilismo (24%). Enquanto, os indivíduos em estágios A e B para a IC consomem mais álcool do que dos outros grupos, com destaque para os que raramente o fazem (14,3%).

A literatura aponta que a ingestão de álcool pode afetar a capacidade diastólica do ventrículo esquerdo (VE). Os alcoolistas crônicos estão sob risco de desenvolver cardiomiopatia dilatada não isquêmica e o consumo pesado de etanol está associado à deficiência na função sistólica do VE²⁷.

No campo da enfermagem, a educação em saúde é uma estratégia fundamental para uma assistência de boa qualidade, pois o enfermeiro, além de ser um cuidador, é um educador, tanto para o paciente quanto para a família, realizando orientações para o enfrentamento dos sintomas decorrentes de doenças crônicas, como a IC²⁸.

Portanto, ciente do seu importante papel na orientação dos pacientes, sobretudo na atenção primária, o enfermeiro deve estar engajado na redução dos fatores de risco, como tabagismo e etilismo, fornecendo informações acerca das ameaças trazidas por esses hábitos no desenvolvimento de doenças limitantes, incluindo a IC.

Mediante o andamento do estudo, as

A HAS constitui o principal fator de risco para o desenvolvimento da IC, e sua associação com o diabetes, além de precipitar o desenvolvimento da doença, contribui para a maior morbimortalidade entre os seus portadores²⁹. Cabe salientar que, nesta amostra, a maioria encontra-se na forma assintomática da doença e com HAS, constituindo-se em desafios do cuidado de saúde na atenção primária.

variáveis clínicas neste recorte do estudo foram relatadas pelos participantes a partir de perguntas no questionário, mantendo uma grande aproximação dos resultados observados na primeira fase do Estudo Digitalis.

Portanto, dentre as comorbidades, a HAS apresentou significativa prevalência, principalmente entre os pacientes em estágio A e B (52,4%), seguida da dislipidemia (46,2%) e diabetes (23,5%).

A HAS constitui o principal fator de risco para o desenvolvimento da IC, e sua associação com o diabetes, além de precipitar o desenvolvimento da doença, contribui para a maior morbimortalidade entre os seus portadores²⁹. Cabe salientar que, nesta amostra, a maioria encontra-se na forma assintomática da doença e com HAS, constituindo-se em desafios do cuidado de saúde na atenção primária.

Em última análise, a prevalência e a incidência da IC vêm aumentando de maneira expressiva, apesar dos avanços no manejo clínico. Logo, entender o conhecimento de enfermeiros sobre a síndrome é de suma importância, pois permite identificar possíveis lacunas no gerenciamento do cuidar dos pacientes a fim de reduzir os desfechos desfavoráveis da doença. É imperativo que o enfermeiro detenha conhecimento adequado sobre seu papel na educação em saúde e no cuidado voltado à pessoa com IC³⁰.

CONCLUSÃO

Há destaque nesta amostra para a baixa prevalência de indivíduos saudáveis, com predomínio de indivíduos nos estágios A e B da IC, principalmente do sexo feminino (56%), com menos de 65 anos (42,8%), brancos (33,3%), casados (53,6%), com maior grau de escolaridade (38,1%) e maior renda per capita (55,9%). E ainda com presença de etilistas (39,3%), não fumantes (64,3%), bem como, de forma preocupante, os hipertensos (52,4%). Enquanto no estágio C, a prevalência em 75% da amostra foi para o sexo masculino, de cor parda e com escolaridade acima do 5º ano.

O conhecimento das principais características dos indivíduos com IC na atenção primária permite ao enfermeiro planejar suas intervenções de forma consciente e otimizada, alcançando um maior número de pessoas sob risco ou já convivendo com a doença, possibilitando a promoção da saúde e a realização de ações preventivas e de controle da síndrome. ■

REFERÊNCIAS

1. Rocha RM, Martins WA. Manual de Prevenção Cardiovascular. 1. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Planmark/ Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro; 2017.
2. Barbosa et al. Análise da qualidade de vida em homens e mulheres portadores de Insuficiência Cardíaca. *Rev Bras Cardiol.* 2014; 27(2):97-103.
3. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, et al. Heart disease and stroke statistics - 2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2016; 133(4):e38-360.
4. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues DA, et al. Updating of the Brazilian guideline for chronic heart failure - 2012. *Arq Bras Cardiol.* 2012; 98(suppl.1):1-33.
5. Albuquerque DC, Neto JD, Bacal F, Rohde LE, Bernardes-Pereira S, Berwanger O, et al. Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical aspects, care quality and hospitalization outcomes. *Arq Bras Cardiol.* 2015; 104(6):433-42.
6. Jorge AL, Rosa ML, Martins WA, Correia DM, Fernandes LC, Costa JA et al. The Prevalence of Stages of Heart Failure in Primary Care: A Population - Based. *Journal of Cardiac Failure.* 2016; 22(2):153-7.
7. Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2018; 111(3):436-539.
8. Graciano MMC, Lago VC, Samartine Junior H, Marcos VC. Perfil epidemiológico e assistencial de pacientes com insuficiência cardíaca em município de referência regional. *Rev Med Minas Gerais.* 2015; 25(2):199-207.
9. Bocchi EA et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 93(supl.1).
10. Fernandes AMS et al. Atividade educativa na sala de espera com pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Bras Cardiol.* 2013; 26(2):106-11.
11. Pereira FAC. A utilização de escalas para avaliar o autocuidado na insuficiência cardíaca: revisão sistemática de literatura. *Revista Estação Científica.* 2014; 11:1-14.
12. Benjamin EJ et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* 2017; 135(10):e146-e603.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua. 2017.
14. Latado AL, Lopes MB, Passos LCS, Lopes AA. Existe evidência para tratar insuficiência cardíaca baseada na raça ou etnia? *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55(2):110.
15. Poffo MR et al. Perfil dos pacientes internados por insuficiência cardíaca em hospital terciário. *Int J Cardiovasc Sci.* 2017; 30(3):189-198.
16. Lima e Silva FA, Ferreira GE, Parente EA, Rios Neto EC. Avaliação do impacto do tratamento da insuficiência cardíaca em hospital do Sistema Único de Saúde. *Internacional Journal of Cardiovascular Sciences.* 2015; 28(2):130-38.
17. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênsaúde colet.* 2011; 16(suppl.1):1547-54.
18. Peterson PN et al. Health literacy and outcomes among patients with heart failure. *J Amer Med Assoc.* 2011; 305:1695-1701.
19. Souza PMBB, Queluci GC. A arte de cuidar em pacientes com insuficiência cardíaca na alta hospitalar: considerações para a prática assistencial na enfermagem. *Rev Pesq Cuid Fund.* 2014; 6(1):153-67.
20. Pedrosa SC et al. Suporte social de pessoas que vivem com a síndrome da imunodeficiência adquirida. *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(4):e2030015.
21. Almeida P, Pereira MG. Escala comportamental de suporte social familiar para adolescentes com diabetes (DFBS). *Psicol Saúde Doenças.* 2011; 12(1):55-75
22. Dantas RAS, Pelegrino VM, Garbin LM. Avaliação do apoio social e sua relação com variáveis sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. *Cienc Cuid Saude.* 2007; 6(4):456-62.
23. Lourdes MC, Porto CC. Qualidade de vida em cardiopatia isquêmica. In: Fleck MPA, editor. *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.* Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 217-231.
24. Santos ZMSA, Costa CMV, Saraiva KRO. Cliente portador de insuficiência cardíaca: demandas de autocuidado. *Esc Anna Nery R Enferm.* 2004; 8(2):243-50.
25. Berto SJP, Carvalhaes MABL, Moura EC. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26 (8):1573-82.
26. Nadruz W et al. Smoking and cardiac structure and function in the elderly: the ARIC Study (Atherosclerosis Risk in Communities). *Circ Cardiovasc Imaging.* 2016; 9(9):e004950.
27. Catena C et al. Moderate Alcohol Consumption Is Associated with Left Ventricular Diastolic Dysfunction in Nonalcoholic Hypertensive Patients. *Hypertension.* 2016; 68:1208-16.
28. Reveles GA, Takashi TR. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. *Rev esc enferm USP.* 2007; 41:245-50.
29. Bocchi EA. Prevenção e tratamento da insuficiência cardíaca no paciente com diabetes. In: Barreto ACP, Bocchi EA. *Insuficiência cardíaca.* São Paulo (SP): Segmento; 2003. p. 21-8.
30. Azevedo PR et al. Conhecimento de enfermeiros sobre insuficiência cardíaca: estudo comparativo. *Enfermería Global.* 2018; 50.

*Artigo extraído da dissertação intitulada "Avaliação do autocuidado em indivíduos em diferentes estágios de insuficiência cardíaca na atenção primária: apoio para intervenções não farmacológicas" sob orientação da Prof^a Dra Dayse Mary da Silva Correia.

Auditoria de enfermagem e qualidade da assistência à saúde: revisão integrativa

RESUMO

O presente artigo teve por objetivo conhecer do que trata a literatura científica nacional acerca da auditoria de enfermagem e qual sua relação com a qualidade da assistência à saúde. Para tanto, foi realizada uma revisão integrativa de literatura utilizando duas bases de dados, revelando que, entre os anos estabelecidos, poucos estudos foram publicados acerca da importância do enfermeiro como auditor, resultando no total de 12 artigos de acordo com os critérios de inclusão, desvelando que o tema é ainda pouco explorado. Despontam-se para falhas nos registros de enfermagem no contexto da auditoria de prontuários, por apresentarem dados inconcisos e incompletos, além disso, retratam que a efetivação da auditoria de enfermagem e a qualificação e atualização facilitaria a avaliação da qualidade da assistência prestada ao cliente. Conclui-se que há a necessidade de maior exploração sobre a temática de enfermagem em auditoria com enfoque para qualidade do serviço prestado por estes profissionais, enfatizando a melhoria da assistência.

DESCRITORES: auditoria de enfermagem; qualidade da assistência à saúde; avaliação em saúde.

ABSTRACT

This article aimed to know what the national scientific literature about nursing auditing is about and what its relationship with the quality of health care is. To this end, an integrative literature review was conducted using two databases, revealing that, among the years established, few studies were published about the importance of the nurse as an auditor, resulting in a total of 12 articles of According to the inclusion criteria, which revealed that the subject is still poorly explored. It emerges for failures in nursing records in the context of the audit of medical records, because they present unconcise and incomplete data, in addition, they reflect that the realization of the nursing audit and the qualification and update would facilitate the evaluation of quality of the assistance provided to the client. It is concluded that there is a need for greater exploration on the nursing theme in auditing with a focus on quality of service provided by these professionals, emphasizing the improvement of care.

DESCRIPTORS: nursing audit; quality of health care; health evaluation.

RESUMEN

Este artículo apuntó a saber cuál es la literatura científica nacional sobre la auditoría de enfermería y cuál es su relación con la calidad de la atención sanitaria. Con este fin, se llevó a cabo una revisión de la literatura Integrativa utilizando dos bases de datos, revelando que, entre los años establecidos, se publicaron pocos estudios sobre la importancia de la enfermera como auditor, lo que resultó en un total de 12 artículos de acuerdo con los criterios de inclusión, que reveló que el tema todavía está mal explorado. Surge por fallas en los registros de enfermería en el contexto de la auditoría de expedientes médicos, porque presentan datos inconcisos e incompletos, además, reflejan que la realización de la auditoría de enfermería y la cualificación y actualización facilitarían la evaluación de la calidad de la asistencia prestada a la cliente. Se concluye que hay la necesidad de una mayor exploración del tema de enfermería en la auditoría con un enfoque en la calidad del servicio prestado por estos profesionales, enfatizando la mejora de la atención.

DESCRIPTORES: auditoría de enfermería; calidad del cuidado de la salud; evaluación de la salud.

Valquíria Rodrigues Gomes

Enfermeira. Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA). PA, Brasil. Autor correspondente.

Andrey Ferreira da Silva

Enfermeiro. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). BA, Brasil.

Wagner Martins

Administrador. Mestrando em Qualidade Total pela Universidade de Campinas (Unicamp). SP, Brasil.

Adriana Karlla Neves da Silva Loureiro

Enfermeira. Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA). PA, Brasil.

Lidiane Xavier de Sena

Enfermeira. Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA). Docente da Faculdade Integrada Brasil Amazônia. PA, Brasil

Sarah Yasmin Pinto Leal

Enfermeira Obstetra. Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA). Professora Substituta da Universidade do Estado do Pará (UEPA). PA, Brasil.

INTRODUÇÃO

Avançar do capitalismo, do meio tecnológico e, consequentemente, das novas exigências do mercado de trabalho estão requerendo das(os) enfermeiras(os) melhor capacitação profissional e definição do papel no campo da auditoria hospitalar, o que reverbera diretamente na qualidade da prestação deste serviço. Notadamente, existe a necessidade de garantir resultados positivos e clientes satisfeitos, requerendo que a(o) enfermeira(o) e as organizações aprendam a associar baixos custos à excelência de qualidade para os seus clientes¹⁻³.

Nessa perspectiva, as(os) profissionais e as organizações atuantes na área de auditoria estão demandando maior adaptação para se manterem nesse mercado que se torna cada vez mais competitivo, denotando a necessidade de novos modelos de atenção que busquem atender com qualidade, efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade^{4,5}.

Os serviços médicos não tinham essa preocupação com a qualidade dos serviços prestados, sendo a assistência classificada como de baixa qualidade, o que provocava insatisfação nos usuários⁶. Posto isto, houve a necessidade de garantir a qualidade da assistência prestada, o que colaborou, na década de 90, com a legitimação dos serviços de auditoria no âmbito da saúde, oportunizando, aos profissionais da saúde, um novo campo de atuação.

O serviço de auditoria é essencial para assegurar a qualidade assistencial, o qual tem como função primordial a identificação constante dos fatores passíveis de melhorias, requerendo a implantação de ações que possam avaliar os níveis de qualidade dos cuidados prestados. Nessa direção, a

equipe de enfermagem encontra-se privilegiada, por ser a profissão que melhor se aproxima do cuidado aos usuários dos serviços de saúde, sendo diariamente desafiada à prestação de assistência segura e de qualidade⁽⁷⁾, o que torna esse profissional atrativo para as instituições de saúde que atuam na área de auditoria hospitalar.

Conforme a Resolução n.º 266/2001 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN⁽⁸⁾, o enfermeiro auditor, no exercício de suas atividades, deve organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de enfermagem; deve ainda ter uma visão holística, abrangendo qualidade de gestão, qualidade de assistência envolvendo a questão econômico-financeira, visando sempre o bem-estar do ser humano.

Mesmo a enfermagem tendo sua função no campo da auditoria bem definida, a produção intelectual acerca desse campo é escassa, desembocando na necessidade de melhor investigação dos papéis atribuídos pelo (a) enfermeiro (a) nos serviços de auditoria hospitalar, isto posto, levantamos a seguinte questão: Do que trata a literatura científica nacional acerca da auditoria de enfermagem? Tem-se por objetivo conhecer do que trata a literatura científica nacional acerca da auditoria de enfermagem e qual sua relação com a qualidade da assistência à saúde.

METODOLOGIA

Este estudo compreende a uma Revisão Integrativa da Literatura, que permite investigar os fenômenos por meio de pesquisa em materiais já elaborados². É adequada para buscar consenso sobre alguma temática específica e sintetizar o conhecimento de uma dada área⁹. Os dados incluem a per-

Mesmo a enfermagem tendo sua função no campo da auditoria bem definida, a produção intelectual acerca desse campo é escassa

gunta de pesquisa, a definição dos critérios de inclusão e estratégias de busca, a busca e avaliação crítica dos estudos obtidos, a análise e a síntese dos dados específicos coletados em bases de dados eletrônicas.

A busca foi realizada em artigos indexados nas bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO), por meio dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Auditoria de Enfermagem”, “Qualidade da Assistência à Saúde”, “Avaliação em Enfermagem” e “Papel do Profissional de Enfermagem”, no idioma português, com auxílio do operador booleano “AND” que realiza uma intercessão dos descritores, o que delimita ainda mais a busca.

Para seleção dos artigos realizou-se, primeiramente, a leitura dos resumos das publicações selecionadas com o objetivo de refinar a amostra por meio de critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos no estudo: artigos originais, disponibilizados na íntegra e gratuitamente, publicados no

período de janeiro de 2006 a dezembro de 2016 e na língua portuguesa. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações, livros, capítulos de livros, artigos duplicados, seminários, artigos não condizentes com o questionamento do estudo, notícias, editoriais e reportagens.

Foram encontrados 96 artigos, sendo 88 na base de dados LILACS e oito na SciELO. Em seguida, foi realizada a leitura dos títulos e resumos do material encontrado, excluindo um total de 83 estudos, sendo oito duplicados, 56 na língua inglesa, dois alemães, um espanhol e 17 por não atenderem aos objetivos da pesquisa. Desta forma, selecionou-se 12 artigos científicos fidedignos aos critérios de inclusão para compor a amostra do presente estudo. Para análise dos artigos, utilizaram-se as variáveis ano de

publicação, título do artigo, autor, periódicos e objetivos.

A análise dos dados obtidos foi subsidiada à luz dos pensamentos de Avendis Donabendiam¹⁰, que desenvolveu, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, um quadro fundamental para melhor compreensão da qualidade da assistência à saúde. O componente “estrutura” diz respeito aos processos assistenciais, recursos materiais, humanos e financeiros, além de sistemas de informações e normativas técnicas. Em relação ao componente processo, o autor faz referência aos métodos adotados segundo padrões técnico-científicos com enfoque no diagnóstico e cuidados prestados. Já o componente resultado, corresponde às consequências das atividades prestadas durante a assistência, assim como

a satisfação dos profissionais e usuários¹¹.

Conforme a Lei de Direitos Autorais, Lei n.º 12.853, de 14 de agosto de 2013, que entrou em vigor alterando a Lei n.º 9.610/1998, o estudo atendeu aos aspectos éticos, uma vez que foram respeitados os direitos autorais das pesquisas coletadas¹². Ainda pelo seu perfil científico, a revisão integrativa dispensa a submissão do estudo a um Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a aplicação de todos os critérios de exclusão, restaram para a análise 12 artigos científicos que abordavam a temática. O Quadro 1 a seguir apresenta a relação de artigos selecionados para amostra de acordo com o periódico, autores, ano de publicação e título.

Quadro 1. Distribuição dos artigos selecionados e analisados sobre a temática auditoria de Enfermagem, no período de 2006 a 2016. Belém, PA, Brasil, 2017.

PERIÓDICOS	AUTORES	ANO	TÍTULO
Revista Gaúcha Enfermagem	VERSA et al.	2012	Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em hospitais de ensino público.
Revista Gaúcha Enfermagem	SILVA et al.	2013	Qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital escola.
Acta Paulista Enfermagem	SETZ; D'INNOZENZO	2009	Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria.
Acta Paulista Enfermagem	MOLINA; MOURA	2016	A satisfação dos pacientes segundo a forma de internação em hospital universitário.
Revista Brasileira Enfermagem	SCARPARO; FERRAZ	2008	Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos.
Revista Brasileira Enfermagem	PADILHA; MATSUDA	2011	Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional.
Revista do Instituto de Ciências da Saúde	GODOI et al.	2008	Auditoria de custo: análise comparativa das evidências de glosas em prontuário hospitalar.
Revista Eletrônica de Enfermagem	CAMELO et al.	2009	Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura.
Texto Contexto Enfermagem	SCARPARO et al.	2010	Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde.

Escola Anna Nery	SILVA et al.	2012	Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva.
Revista de Atenção a Saúde	GUEDES; TREVISAN; STANCATO	2013	Auditoria de prescrições de enfermagem de um hospital de ensino paulista: avaliação da qualidade da assistência.
Cogitare Enfermagem	PADILHA; HADDAD; MATSUDA	2014	Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva.

Fonte: Estudo Digitalis, 2018.

Com relação ao periódico de publicação, destacou-se a Revista Gaúcha Enfermagem, Acta Paulista Enfermagem e a Revista Brasileira de Enfermagem, respectivamente com a publicação de dois artigos cada. Salienta-se que outros artigos da amostra constituída são oriundos de revistas das áreas de enfermagem e multidisciplinares, que abrangem publicações das diversas áreas da saúde.

No que tange às questões de autoria, destacaram-se artigos publicados por três ou mais autores, entre os quais 31 eram enfermeiros e oito graduandos de enfermagem, em que a titulação acadêmica se distribuía entre Doutores, Mestres, Estudantes de Mestrado e Especialistas. O enfermeiro auditor atua em diversos setores dos serviços de saúde, e o caráter abrangente das funções exercidas por ele garante sua atuação em sugerir ajustes contratuais nas formas de adendos e/ou protocolos no sentido de coibir divergências, rotinas organizacionais e subsidiar a educação continuada com o cerne na prestação de serviços de qualidade¹³. Neste sentido, é essencial que os profissionais de enfermagem se interessem na investigação de pesquisas relacionadas com auditoria e a qualidade dos serviços.

Oito artigos analisados foram publicados entre os anos de 2008 e 2016. A regulamentação das atividades do enfermeiro auditor foi estabelecida por meio da Resolução do COFEN n.º 266 de 05 de outubro de 2001, o que pôde favorecer o aumento da publicação de artigos nessa área¹⁴. No entanto, deve-se considerar que com as transformações ocorridas no mercado de trabalho nas áreas de saúde e de enfermagem, ainda há um déficit nos estudos científicos com o assunto em questão nota-

do quando não houveram publicações nos anos de 2006, 2007 e 2015.

Entre os artigos selecionados, os principais objetivos apresentados foram avaliar, por meio da auditoria a qualidade da assistência e dos registros de enfermagem e identificar as tendências atuais da função do enfermeiro auditor no mercado de trabalho. Quanto aos aspectos metodológicos, observou-se a utilização da abordagem quantitativa. Em relação ao tipo de estudo, eles são majoritariamente descritivo e retrospectivo (3), exploratório (2), transversal (2), Técnica Delphi (2), descritivo e observacional (1), revisão de literatura (1), transversal e multicêntrico (1) e retrospectivo e documental (1).

Em relação aos tipos de estudos, cabe explicitar que os descritivos realizam a análise, o registro e a interpretação dos fatos, em que a finalidade é observar, registrar e analisar os fenômenos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos. Não há compromisso de explicar os fenômenos que descobre, embora sirva de base para algumas explicações¹⁵.

Os principais cenários investigados foram os hospitais, destacando-se as instituições públicas¹⁶. A maior produção de estudos em organizações de saúde de caráter público pode estar relacionada com as metas estabelecidas, tendo como principal objetivo evitar desperdício, reduzindo custos e cobranças dos equipamentos e procedimentos utilizados.

Os resultados dos artigos analisados descrevem as principais falhas presentes nos registros de enfermagem e, consequentemente, na qualidade da assistência prestada. Dias e seus colaboradores⁹ ressaltam que a auditoria hospitalar permite uma avaliação

dos aspectos qualitativos e quantitativos relacionados à assistência. Também envolve a observação de aspectos organizacionais, operacionais e financeiros, mas sempre com o mesmo foco, a qualidade dos cuidados prestados.

Ao elencar a auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência junto às atribuições do enfermeiro auditor, a maioria dos estudos resulta na necessidade de garantir resultados positivos e clientes satisfeitos, num mercado competitivo, se requer qualidade na forma de atuar. Ainda há falhas nos registros de enfermagem, o que condiz com estudo⁶ em que uma avaliação por meio da auditoria retrospectiva, na qual utilizou registros de enfermagem de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário no Paraná em 2009, obtém-se em seus resultados, no quesito anotações de enfermagem, um percentual de preenchimento de 45% incompleto o que caracteriza valor acima do preconizado para este estudo (até 15%). O que avaliou os registros realizados pela equipe de enfermagem se destacou com o maior percentual de preenchimento para não preenchido (20%), com valor superior ao considerado de qualidade (menor que 05%).

O prontuário do paciente contém informações diárias de âmbito multiprofissional que refletirão nos atendimentos prestados desde a internação à alta hospitalar por parte da equipe de saúde. Estudos^{15,17} afirmam que o exercício da auditoria é importante para a construção de instrumentos que contemplem os objetivos de acordo com a estrutura, processo e resultado da assistência, definindo o caminho a percorrer para o alcance da qualidade. Neste sentido,

autores^{18,19} analisam que uma alternativa bem eficiente é a educação permanente em serviço como uma das estratégias que pode contribuir para a resolução dos problemas identificados resultando em melhoria na qualidade das anotações, assim como nos cuidados prestados, sendo essa, uma estratégia a ser utilizada para a melhoria da qualidade de assistência¹⁰.

Tal afirmação demonstra-se relevante visto que, os registros de enfermagem são avaliados pelos cuidados prestados, o que conseqüentemente, refletem na qualidade da assistência, sendo tais atividades de registro apontadas por Donabedian¹⁰ como essenciais à melhoria do cuidado. A equipe de enfermagem necessita de orientações e instruções bem definidas para o planejamento assistencial. Entretanto, as atribuições do enfermeiro auditor se direcionam para reduzir custos, desperdícios e a garantia dos procedimentos a serem cobrados nas contas hospitalares.

Devido às anotações de enfermagem em sua maioria serem inconsistentes, ilegíveis e subjetivas, a prática de glosar itens do faturamento das contas hospitalares tem sido significativa para o orçamento das instituições². Estudo³ enfatiza que a glosa implica em não pagar procedimentos incoerentes realizados no âmbito hospitalar, evitando prejuízos às instituições de saúde. Outro estudo²⁰ aponta que é notória a presença de: inadequações nas prescrições de enfermagem, apontando falhas nos padrões de qualidade; dados básicos e técnicos encontrados incompletos, tais como grafia ilegível, data; aprazamento que deixam as prescrições inadequadas; prontuários com ausência do carimbo, nome ou rubrica do enfermeiro, que proporciona a perda da qualidade da avaliação da assistência além de questões éticas envolvendo os profissionais.

O que se busca atualmente é a auditoria da qualidade da assistência com redução de custos, agregando valores financeiros aos valores qualitativos. Melhorar a assistência de enfermagem deve ser o foco de atenção da equipe de enfermagem, para que os profissionais possam estar em consonância com as expectativas do cliente²¹.

O estudo²² mostra que 84,4% dos enfermeiros participantes não possuem nenhuma formação específica na área de auditoria, ou seja, os profissionais não passaram por nenhum Curso de Especialização ou Pós-Graduação em auditoria de enfermagem, um fator interessante para a necessidade da qualificação do enfermeiro na área.

A finalidade da auditoria de enfermagem, ainda está bastante restrita à comprovação de pagamentos de contas hospitalares, revendo glosas por meio de relatório técnico, sendo combatida aos poucos com a necessidade de agir no diagnóstico das inadequações da assistência de enfermagem¹⁴. A anotação de enfermagem objetiva e criteriosa é garantia de menores perdas econômicas, além de ser um requisito válido para defesa legal do ponto de vista jurídico, devendo mostrar o que a equipe de enfermagem faz no atendimento ao cliente, podendo funcionar como um instrumento que confere visibilidade à enfermagem².

Sendo assim, o enfermeiro tem o papel importante na elaboração de intervenções para diminuir os altos índices de glosas relacionadas às anotações da equipe de enfermagem. As atribuições do enfermeiro auditor estão intimamente ligadas às necessidades das instituições de saúde em garantir a uniformidade dos registros pela equipe multiprofissional, respeitando as diretrizes definidas pela instituição para o preenchi-

mento de documentos^{3,23}.

O trabalho do enfermeiro auditor apresenta-se como uma tendência de mercado, sendo um ramo em ascensão com vertentes e enfoques diversos, como auditor de contas, qualidade da assistência na pesquisa e processos. A valorização do enfermeiro auditor é uma realidade nas instituições hospitalares que visam neste profissional a consolidação do atendimento prestado por suas equipes².

Desse modo, Scarparo e colaboradores²⁴ enfatizam que iniciativas, no sentido de garantir a assistência de qualidade, estão cada vez mais emergentes no cenário atual, seja por movimento governamental ou por entidades independentes, seja por pressão social ou pelos clientes corporativos que financiam o seguro saúde, que almejam retornos concretos em face ao investimento no serviço. No futuro há uma perspectiva de mudança de paradigma, com preocupações acerca da qualidade do serviço prestado.

A auditoria é fundamental para detectar os problemas apresentados nos prontuários, pois possibilita, por meio dos relatórios de avaliação, a orientação para a equipe e a instituição, quanto ao registro apropriado das ações profissionais e o respaldo ético e legal, frente aos conselhos, as associações de classe e a justiça²².

Assim, as instituições de saúde devem



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

fornecer mecanismos para a execução das atividades e do processo de auditoria com o objetivo de assegurar a qualidade dos serviços de saúde prestados aos clientes, destacando o importante papel do enfermeiro, profissional fundamental para desenvolver e controlar o processo de auditoria³.

CONCLUSÃO

A análise dos dados possibilitou revelar que a temática auditoria de enfermagem é pouco abordada na literatura científica nacional e, quando explorada, tem como

o enfoque o preenchimento dos registros pela equipe no prontuário, despontando para uma tendência à utilização de métodos descritivos e metodologias qualitativas, tendo como cenário principal o ambiente hospitalar.

Esse cenário científico revela a necessidade de um aprofundamento das pesquisas no tocante às práticas do enfermeiro auditor, devendo tais condutas serem abordadas não só no âmbito hospitalar, como também na atenção básica, focando-se no papel deste profissional para a melhoria das ins-

tuições de saúde e prestação do cuidado assistência de qualidade.

Além dessa percepção no campo científico, pode-se perceber a importância da auditoria em enfermagem para melhor garantir a qualidade da assistência em saúde, uma vez que a mesma, permite uma melhor visualização do cuidado, tomando como base os registros. Como entrave nesse processo, nota-se a ausência de registros essenciais e bem delimitados, sendo esse um fator relevante para a prestação da assistência de qualidade. ■

REFERÊNCIAS

1. Versa GLGS, et al. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em hospitais de ensino público. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2012 jun; 33(2):28-35.
2. Camelo SHH, et al. Auditoria de Enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. *Revista Eletrônica Enfermagem*. 2009; 11(4):1018-25.
3. Lima MCL. Auditoria em enfermagem uma ferramenta na qualidade da assistência de saúde: uma revisão integrativa. *REAS*. 2014; 6(2):624-8.
4. Berti HW, Almeida ES. Percepção dos gestores municipais de saúde sobre a qualidade da assistência e controle social. *Revista Nursing*. 2005; 88(8):425-31.
5. Paim CRP, Ciconello RM. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *Revista de Administração em Saúde*. 2007; 9(36):85-91.
6. Padilha EF, Haddad MCFL, Matsuda LM. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. *Cogitare Enfermagem*. 2014 abr-jun; 19(2):239-45.
7. Yuri NE, Tronchin DMR. Qualidade assistencial na divisão de enfermagem materno-infantil de um hospital universitário na ótica de enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2010; 44(2):331-8.
8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 266, de 05 de outubro de 2001. Aprova as atividades do Enfermeiro Auditor. Brasília: COFEN, 2001.
9. Dias TCL, et al. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011 set-out; 64(5):931-7.
10. Donabedian A. *Concepts of Health Care Quality: A Perspective*. DC: The National Academies Press. Washington, 1974.
11. Portela MC. *A avaliação da qualidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
12. Governo Federal (BR). Lei n.º 12.853, de 14 de agosto de 2013. Dispõe sobre a gestão coletiva de direitos autorais e dá outras providências. Brasília, 2013.
13. Scarparo AF. Auditoria em enfermagem: revisão de literatura. *Revista Nursing*. 2005; 80(8):46-50.
14. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 266/2001. Dispõe sobre as atividades do enfermeiro auditor. Brasília: COFEN, 2009.
15. Sampaio DL. Uma revisão integrativa acerca da importância do enfermeiro auditor. In: Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde. 2012.
16. Cunha AP, et al. Serviço de enfermagem: um passo decisivo para a qualidade. *Revista Nursing*. 2003; 60(6):25-30.
17. Venturi DA, Marcon SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2008 set-out; 61(5):570-5.
18. Ferreira TS, et al. Auditoria de Enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. *Aquichán*. 2009 jan-jun; 9(1).
19. Kobayashi RM, Leite MMJ. Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010 mar-abr; 63(2):243-9.
20. Godoi AP, et al. Auditoria de custo: análise comparativa das evidências de glosas em prontuário hospitalar. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*. 2008; 26(4):403-8.
21. Molina KL, Moura GMSS. A satisfação dos pacientes segundo a forma de internação em hospital universitário. *Acta Paulista Enfermagem*. 2016; 29(1):17-25.
22. Scarparo AF, Ferraz CA. Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2008; 61(3):302-5.
23. Duarte VMN. *Pesquisas: Exploratória, Descritiva e Explicativa*. Monografias Brasil Escola. 2015.
24. Scarparo AF, et al. Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde. *Texto Contexto Enfermagem*. 2010 jan-mar; 19(1):85-92.

Análise temporal da gravidez na adolescência no município do Rio de Janeiro: 2010-2014

RESUMO

O presente estudo objetivou analisar a frequência de nascimentos entre gestantes na adolescência no município do Rio de Janeiro no período de 2010 a 2014 e descrever o perfil sociodemográfico da gestante adolescente no município do Rio de Janeiro neste mesmo período por meio de um estudo epidemiológico descritivo com base nas informações disponibilizadas pelo DATASUS. Entre as gestantes na adolescência, observou-se o predomínio da baixa escolaridade, solteiras, pardas, com acompanhamento pré-natal adequado, maior frequência de partos vaginais, a termo e com peso entre 2500 a 3999g. Observou-se, portanto, que a gravidez na adolescência é um fenômeno multifatorial e que as ações voltadas para este fim devem ser intersetoriais com o intuito de promover a formulação de políticas públicas que viabilizem a continuidade dos estudos mesmo após o nascimento dos seus filhos e a reinserção no mercado formal de trabalho, além da consequente redução da vulnerabilidade às quais estão expostas através da melhoria das condições de vida dessas gestantes adolescentes.

DESCRITORES: adolescente; condições sociais; gravidez na adolescência.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the frequency of births among pregnant women in adolescence in the city of Rio de Janeiro in the period from 2010 to 2014 and describe the sociodemographic profile of the adolescent pregnant woman in the city of Rio de Janeiro in the same period by means of a descriptive epidemiological study based on information provided by DATASUS. Among the pregnant women in adolescence, there was a predominance of low schooling, single, mixed, with adequate prenatal follow-up, higher frequency of vaginal deliveries, at term and weighing between 2500 and 3999g. It was observed, therefore, that pregnancy in adolescence is a multifactorial phenomenon and that actions aimed at this end should be intersectoral in order to promote the formulation of public policies that enable the continuity of studies even after the birth of their children and the reintegration into the formal labor market, in addition to the consequent reduction of the vulnerability to which they are exposed by improving the living conditions of these adolescent pregnant women.

DESCRIPTORS: teenager; social conditions; teenage pregnancy.

RESUMEN

El presente estudio pretendía analizar la frecuencia de nacimientos entre mujeres embarazadas en la adolescencia en la ciudad de Rio de Janeiro en el período comprendido entre 2010 y 2014 y describir el perfil sociodemográfico de la mujer embarazada adolescente en la ciudad de Rio de Janeiro en el mismo período por medio de un estudio epidemiológico descriptivo basado en la información proporcionada por DATASUS. Entre las mujeres embarazadas en la adolescencia, había un predominio de la escolaridad baja, sola, mezclada, con la carta recordativa prenatal adecuada, una frecuencia más alta de partos vaginales, en el término y pesando entre 2500 y 3999g. Se observó, por lo tanto, que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno multifactorial y que las acciones dirigidas a este fin deben ser intersectoriales con el fin de promover la formulación de políticas públicas que permitan la continuidad de los estudios incluso después de el nacimiento de sus hijos y la reintegración en el mercado laboral formal, además de la consecuente reducción de la vulnerabilidad a la que se exponen mejorando las condiciones de vida de estas mujeres embarazadas adolescentes.

DESCRIPTORES: adolescente; condiciones sociales; embarazo adolescente.

Monique Nunes Fiuza Dias

Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Saúde Coletiva. Gerente da ESF Carlos Nery da Costa Filho. RJ, Brasil.

Cristina Portela Mota

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem em Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (MEP/EEAAC/UFF). RJ, Brasil.

Jorge Luiz Lima da Silva

Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem em Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (MEP/EEAAC/UFF). RJ, Brasil.

Cláudia Maria Messias

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem em Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (MEP/EEAAC/UFF). RJ, Brasil. Autor correspondente.

Ricardo José de Oliveira Mouta

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (DEMI/FE/UERJ). RJ, Brasil.

Susana Reis e Silva

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Docente da Faculdade São Camilo e Universidade Estácio de Sá (UNESA). RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo complexo na vida de um casal. Ter um filho requer desejo tanto do homem quanto da mulher. Atualmente, com problemas como a instabilidade econômica e a crescente violência, é necessário, além de consciência e responsabilidade, um amplo planejamento da família. Quando isso não acontece, há o risco iminente de desdobramentos negativos, principalmente quando a gestação ocorre ainda na adolescência.

Assim, observa-se que a gravidez na adolescência vem apresentando proporções significativas e, por ser considerada de alto risco, tendo em vista a complexidade dos fatores envolvidos, tanto ambientais quanto biológicos, ainda é considerada um problema de saúde pública. Estima-se que um a cada quatro nascimentos que acontecem no Brasil, ocorre na faixa etária de 15 a 19 anos, o que exemplifica a sua elevada prevalência¹⁻³.

A adolescência é uma etapa da vida situada entre a infância e a idade adulta, caracterizada por seu caráter conflitante e pelas várias modificações físicas, emocionais e pelo processo de experimentação, muitas vezes influenciado pelos fatores sociais e culturais do grupo em que os adolescentes estão inseridos. A palavra adolescência deriva do latim *adolescere*, que significa “crescer”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescência como a fase entre 10 e 19 anos e o Estatuto da Criança e

Adolescência (ECA) entre a faixa etária de 12 e 18 anos^{4,5}.

De acordo com dados extraídos do DATASUS em 2012, no último censo realizado, a população de adolescentes residentes do Município do Rio de Janeiro correspondia a 471.722 na faixa etária de 10 a 14 anos e 469.279 com 15 a 19 anos, o que resulta em um total de 941.001 adolescentes. Tendo em vista este panorama, o número de adolescentes grávidas no Brasil em 2014 era de 562.608, onde 41.796 ocorreram no Estado do Rio de Janeiro, o que corresponde a 7,4% e 14.331 ocorreram no Município do Rio de Janeiro equivalendo a 2,5% do total de nascidos vivos^{6,7}.

Desta forma, o presente estudo objetivou analisar dados epidemiológicos sobre a gravidez na adolescência no município do Rio de Janeiro no período de 2010 a 2014 por meio das informações disponíveis em bases de dados no Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC).

METODOLOGIA

Esta pesquisa é uma análise epidemiológica quantitativa sobre a gravidez na adolescência no Município do Rio de Janeiro, no período compreendido entre 2010 a 2014, realizada a partir de dados coletados do SINASC e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Trata-se de um estudo observacional descritivo, do tipo transversal.

Utilizou-se dados primários de bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde

(MS). Os dados de nascimentos foram extraídos do SINASC, por meio do DATASUS. As bases populacionais foram obtidas junto ao IBGE, também extraídos do DATASUS. A população alvo foi composta pelo estrato de 70.460 nascidos vivos de mães adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, residentes no Município do Rio de Janeiro, notificadas no SINASC, no período 2010 a 2014.

Com base no estado da arte sobre o tema e disponibilidade dos dados, foram selecionadas as seguintes variáveis: idade materna (10 a 19 anos), instrução materna (sem estudo, até 7 anos de estudo, 8 a 11 anos de estudo, 12 ou mais anos de estudo), estado civil materno (solteira, casada, viúva, separada e união consensual), duração da gestação (menos de 22 semanas, 22 a 36 semanas, 37 a 41 semanas e 42 ou mais semanas), tipo de parto (cesáreo ou vaginal), quantitativo de consultas de pré-natal (nenhuma consulta, 1 a 3 consultas, 4 a 6 consultas e 7 ou mais consultas), raça ou cor materna (branca, preta, parda, amarela e indígena) e o peso ao nascer do recém-nascido (inferior a 500g, 500 a 2499, 2500 a 3999 e maior ou igual a 4000g).

Utilizou-se da estatística descritiva para o cálculo da ocorrência da frequência absoluta e relativa (%) dos nascidos vivos nos anos 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014. Foram calculados os coeficientes dos nascidos vivos por faixa etária materna (10 a 19 anos), município de residência (Rio de Janeiro) e população total de adolescen-

tes (100.000 habitantes). No numerador, foi considerado a soma dos nascimentos ocorridos na faixa etária correspondente à adolescência para cada variável, e no denominador, o total de nascidos vivos na mesma faixa etária. Os dados foram tabulados e analisados com o auxílio do programa Microsoft Excel 2007 por meio de formulação de planilhas (Apêndices: 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7)

Tendo em vista que a pesquisa se baseou em dados disponibilizados em meio eletrônico pelo MS, sendo estes de domínio público e, pelo fato de haver sigilo acerca das informações de identificação inerentes aos seres humanos envolvidos, este estudo dispensa a apreciação e a aprovação pelo Co-

mitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Ao longo do período observado, foi identificado o total de 433.556 nascidos vivos de mães residentes no Município do Rio de Janeiro, dos quais 16% são filhos de adolescentes, o que corresponde a um número absoluto de 70.460 nascimentos. Com relação à variável idade, observa-se que quase a totalidade dos casos de gravidez na adolescência ocorreu na faixa etária entre 15 a 19 anos, o que corresponde a 95% das gestações na adolescência, enquanto que apenas 5% dos partos ocorreram na faixa etária entre 10 a 14 anos. No entanto,

ao comparar com os demais grupos etários, observa-se que ainda há o predomínio dos nascimentos entre mulheres adultas (84%), especialmente em mulheres entre 25 a 29 anos (24%).

Portanto, ao analisar a ocorrência da gravidez na adolescência no período estudado, há uma tendência à estabilização dos casos de gravidez nesta fase do ciclo vital, tendo em vista a baixa variação de um ano para o outro do quantitativo de nascidos vivos na faixa etária materna correspondente à adolescência, mantendo a média de 14.092 partos, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos filhos de mães adolescentes ao longo dos anos em estudo.

Quadro 1: Frequência de nascimentos entre adolescentes no município do Rio de Janeiro por ano

ANO	FI	FI%
2010	13.398	19%
2011	14.057	20%
2012	14.314	20,3%
2013	14.360	20,4%
2014	14.331	20,3%
Total	70.460	100%

Observando-se que quanto ao grau de instrução, há o predomínio de mães adolescentes com oito a onze anos de estudo (55%) no período estudado, seguido de mães com até sete anos de estudo (41%) e apenas 2% apresentam 12 anos ou mais anos de estudo, seguido de 0,1% sem nenhum grau de instrução. Entre as mães adultas, há também o predomínio de mulheres com oito a onze anos de estudo (55%), no entanto, 29% das mulheres têm de 12 ou mais anos de estudo, 19% até sete anos de estudo e nenhum grau de instrução, apenas 0,3%. Vale ressaltar que o quantitativo de mães adolescentes com 12 anos ou mais de estudo apresenta tendência decrescente ao longo do período observado, em que o maior quantitativo foi visto em 2010 (4,6%) e o menor em 2014 (1%).

Grande parte dos nascidos vivos são filhos de mães adolescentes solteiras, repre-

sentando 93% dos casos. 3% das adolescentes são casadas, 3% têm união consensual, apenas 0,03% viúvas e 0,03% separadas judicialmente. Entre as mães adultas, há também o predomínio de mães solteiras (58%), seguido de 34% casadas, 2% separadas e 5% união consensual. Há uma redução gradual de mães adolescentes solteiras com o passar dos anos, uma vez que o maior quantitativo de mães adolescentes solteiras ocorreu em 2010 (96%) e o menor em 2012 (91%).

No que diz respeito ao acompanhamento pré-natal, observa-se que grande parte das gestantes na adolescência teve sete ou mais consultas, representando 51% dos casos, 33% de quatro a seis consultas, 10% de uma a três consultas e 3% nenhuma consulta. Entre gestantes adultas, observa-se o mesmo padrão, em que 71% apresentaram sete ou mais consultas, 19% de quatro a seis consultas, 5% de uma a três consultas e 2%

nenhuma consulta.

Há uma redução gradual de gestantes na adolescência sem acompanhamento pré-natal ao longo do período observado, no qual o maior quantitativo foi registrado em 2010 e 2011 (4%) e os menores em 2013 e 2014 (2%). Em contrapartida, o quantitativo de gestantes na adolescência com frequência adequada às consultas de pré-natal vem aumentando, uma vez que, em 2010, foi registrado o menor número (46%) e o maior em 2014 (57%). Com relação ao desfecho da gestação, 68% dos partos foram vaginais e 32% cesáreos no período observado entre mães adolescentes. Já entre mulheres adultas, 62% dos partos foram cesarianas e 38% vaginais.

Ao realizar uma breve análise, observa-se que os partos vaginais continuam apresentando tendência ascendente e gradual entre mães adolescentes, uma vez que os menores

valores foram registrados no ano de 2010 (67%) e os maiores em 2014 (68%). Ocorre, portanto, uma redução proporcional dos partos cesáreos ao longo do período observado neste grupo populacional, no qual os maiores valores foram registrados em 2010 (32%) e os menores em 2014 (31%).

Quanto à duração da gestação, 84% das mães adolescentes apresentaram parto a termo (37 a 41 semanas), 12% de partos prematuros (22 a 36 semanas), 3% de partos pós-termo (superior a 42 semanas) e apenas 0,1% sofreram aborto (inferior a 22 semanas). Entre mães adultas, 86% dos partos foram a termo, 11% prematuros, 2% pós termo e 0,05% sofreram aborto.

Observa-se uma tendência ascendente de partos prematuros entre gestantes na adolescência, uma vez que em 2010 girava em torno de 9%, os quais em 2014 subiram para 13%, o mesmo ocorre com os pós termo, em 2010 giravam em torno de 0,5% e em 2014 subiram para 4%. A ocorrência de abortos manteve a constância, uma vez que, ao longo de todo o período observado, foi inferior a 1%. Os partos considerados a termo apresentam tendência decrescente, em 2010 girava em torno de 90% e em 2014 foram reduzidos a 82%, mas ainda assim são caracterizados como predominantes entre

adolescentes.

Quanto à cor/raça, 58% das gestantes na adolescência são pardas, 28% brancas, 11% pretas, 0,25% amarelas e 0,05% indígenas. Entre gestantes adultas, 45% são brancas, 43% pardas, 9% pretas, 0,3% amarelas e 0,05% indígenas. Observa-se um aumento de gestantes na adolescência pardas, já que em 2010 o quantitativo foi de 52% e em 2014 65%. Entre gestantes na adolescência brancas, há uma redução, uma vez que, em 2010, 35% eram brancas e em 2014 22%. Entre as gestantes na adolescência pretas, observou-se uma redução, com maior quantitativo em 2012 (14%) e o menor em 2014 (11%). Entre as gestantes amarelas, manteve a constância assim como entre mães indígenas (menos de 1%).

Quanto ao peso, 86% das mães adolescentes deram à luz a recém-nascidos com peso adequado para a idade gestacional (2500g a 3999g), 10% a recém-nascidos com baixo peso (500g a 2499g), 3% recém-nascido macrossômicos (> 4000g) e 0,12% a recém-nascidos com peso incompatível com a vida (< 500g). Entre mulheres adultas, 86% deram à luz a recém-nascidos com peso adequado, 8,9% com baixo peso, 5% macrossômicos e 0,10% com peso incompatível com a vida.

Ao longo do tempo, poucas foram as variações nas variáveis analisadas, uma vez que os recém-nascidos filhos de mães adolescentes com peso adequado mantiveram o quantitativo em torno de 86%. Os recém-nascidos com baixo peso variaram de 10% a 11% e aqueles que apresentaram peso incompatível com a vida, mantiveram valores inferiores a 1% e os recém-nascidos macrossômicos, mantiveram em torno de 3% ao longo de todo o período.

DISCUSSÃO

Com base nos resultados encontrados, observa-se que a gravidez na adolescência no Município do Rio de Janeiro apresentou menor porcentagem dos casos quando comparadas às mulheres adultas, configurando uma nova realidade, contrariando a tendência ascendente anterior e demonstrando certa propensão à estabilização da fecundidade entre adolescentes.

Autores⁸ classificam essa tendência como uma fase da transição demográfica, na qual há o deslocamento da reprodução para faixas etárias mais velhas, especialmente em áreas de maior desenvolvimento, como o Brasil e, mais especificamente, o Rio de Janeiro. No entanto, ainda há um elevado registro de nascimentos entre mães na ado-



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

lescência no Município do Rio de Janeiro (16%), destas, 95% dos casos ocorrem predominantemente na faixa etária entre 15 a 19 anos, fenômeno caracterizado como epidemia da maternidade da adolescência, na qual ratificam que houve no Brasil o crescimento da proporção da participação da gravidez na adolescência, principalmente entre 15 e 19 anos⁹.

Nesta pesquisa, foi encontrada associação entre a gravidez ainda na adolescência e a baixa escolaridade, em que 55% das gestantes adolescentes apresentam oito a onze anos de estudo, configurando apenas a con-

clusão do ensino médio, 41% têm até sete anos de estudo, caracterizando a incompletude do ensino fundamental, apenas 2% têm 12 anos ou mais de estudo, o que equivale ao ensino superior e 0,1% sem nenhum grau de instrução. A menor escolaridade encontrada é uma característica frequente entre mães adolescentes e muitas cursavam o ensino médio quando engravidou¹⁰. Alguns autores¹¹ associam o absenteísmo escolar e a conseqüente interrupção dos estudos ao fato de que a adolescente passa a ter a necessidade de se dedicar ao papel de mãe.

Em relação ao estado civil de mães adolescentes, observa-se o predomínio de mães solteiras (93%), o que vai de encontro com o que foi identificado por estudo^{8,12}, ao demonstrarem que mais de 90% das mães adolescentes entrevistadas eram solteiras, percentual este 1% maior para as adolescentes com gravidez recorrente.

Quanto ao pré-natal, há uma tendência ascendente e gradual ao acompanhamento pré-natal adequada relacionada ao quantitativo de consultas realizadas por gestantes na adolescência no Município do Rio de Janeiro, em que 51% das adolescentes gestantes passaram por sete consultas ou mais. O acompanhamento pré-natal é reconhecido como determinante à evolução normal da gestação uma vez que o seu principal objetivo é o de reduzir a morbimortalidade materna e fetal, principalmente quando iniciado de forma precoce, ainda no primeiro trimestre¹³.

Alguns autores^{8,11} se posicionam de forma contrária ao exposto, fazendo alusão aos 33% de adolescentes com 4 a 6 consultas e aos 10% com a 1 a 3 consultas encontradas no período observado, em que a maior parte apresenta um pré-natal inadequado e um total de 10,6% não chegou a receber nenhuma consulta de pré-natal, valor este muito superior do que foi encontrado de 3% no período observado.

Uma possível justificativa para a redução gradual de partos cesáreos entre adolescentes e o conseqüente predomínio da sua ocorrência entre gestantes adultas identificado neste estudo são vários: “doenças, indicações obstétricas e complicações fetais. A deterioração da função miometrial

com a idade é outro fator responsável por alguns transtornos do trabalho de parto” (14:134). No entanto, estudo¹¹ aponta que a frequência de partos cesáreos é elevada entre mães adolescentes, tanto em primíparas quanto em múltiparas, apresentando menor percentual entre aquelas que apresentam gravidez recorrente. Portanto, estudos mostram divergências no que diz respeito ao tipo de parto predominante entre mães adolescentes.

Ao contrário do que foi identificado, alguns estudiosos¹¹ ratificam o predomínio de partos prematuros entre adolescentes gestantes quando mostram que as adolescentes, principalmente multigestas, apresentam maior probabilidade de ter um recém-nascido prematuro e, ressaltam a necessidade de atentar para a tendência ascendente de partos prematuros identificada neste estudo entre adolescentes no período, representando um dos desafios para a saúde pública.

Quanto à variável cor/raça, há o predomínio de mães adolescentes pardas (58%), em consonância com alguns estudos^{8,11} que demonstram que a maioria das mães adolescente eram da cor preta/parda e 88,7% declaram-se como não brancas, o que reafirma o predomínio de mães adolescentes principalmente pardas.

Em relação ao peso, observa-se o predomínio de recém-nascidos com peso adequado entre mães adolescentes (86%). Achados similares são encontrados em um estudo¹¹ ao constatar, por meio dos seus resultados, que os desfechos negativos são mais recorrentes entre adolescentes gestantes, principalmente de gestações recorrentes, exceto para o baixo peso. No entanto, em sentido contrário, outro estudo⁸ aponta que as porcentagens elevadas de recém-nascidos com baixo peso são observadas em crianças filhas de mães adolescentes e que a incidência do baixo peso entre adolescentes é maior que o dobro quando comparadas às mulheres adultas. Associam os resultados desfavoráveis da gravidez na adolescência, como o baixo peso, às vulnerabilidades sociais.

CONCLUSÃO

Ao analisar a gravidez na adolescência



Crédito: Projetado por Can Stock Photo

no Município do Rio de Janeiro no período de 2010 a 2014, observa-se tendência à estabilização no que diz respeito a sua ocorrência, já que não foi observado o aumento significativo do quantitativo de novos nascimentos entre gestantes adolescentes no período. Quanto ao perfil sociodemográfico dessas gestantes, observa-se o predomínio de mães inseridas na faixa etária de 15 a 19 anos, com ensino médio completo, solteiras, pardas, com acompanhamento pré-natal adequado e grande parte das gestações têm como desfecho o parto vaginal, a termo e peso adequado (2.500 a 3.999g).

A precocidade do início das atividades sexuais, em torno dos 13 anos, associada ao desuso dos métodos de barreira por opção do parceiro, características muito peculiares e consequentes à prática sexual entre adolescentes, são fatores que influenciam na ocorrência da gravidez na adolescência e, conseqüentemente, devem ser conside-

rados ao planejar ações em saúde voltadas para esse público, visando contribuir, para além da estabilização dos casos, mas para a sua redução e auxiliar no planejamento das suas atividades reprodutivas, para que ocorram em momentos de menor vulnerabilidade reprodutiva e sociodemográfica, visando reduzir possíveis desfechos negativos da gravidez.

Por ser ainda considerado um problema de saúde pública e social, a gravidez na adolescência é multifatorial e, portanto, as ações devem ser intersetoriais, visando envolver setores como a escola, por ser um espaço privilegiado para a troca de informações e por ser um dos aspectos mais prejudicados entre as mães adolescentes, já que desistem da educação formal após o nascimento dos filhos. É importante estimular políticas de inclusão que viabilizem a sua reinserção, a educação formal dessas mães e a preparação para a inserção no mercado

formal de trabalho, principalmente, através do estabelecimento da rede de apoio dessas mães, através da inclusão dos familiares, parceiro e profissionais de saúde que são corresponsáveis por seu cuidado.

Observou-se, portanto, que a gestação na adolescência e, principalmente, os seus impactos negativos na saúde da gestante e feto são fenômenos resultantes de condições sociais desfavoráveis as quais estão expostas, o que amplia os riscos à ocorrência de gestações com desfechos negativos. Tendo em vista o conceito ampliado de saúde, é importante que os profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência pré-natal tenham um olhar diferencial para gestantes na adolescência e ao mesmo tempo sensível para tais determinantes, investindo em ações preventivas e no acompanhamento pré-natal de qualidade, objetivando reduzir a mortalidade materna, principalmente entre gestantes na adolescência. ■

REFERÊNCIAS

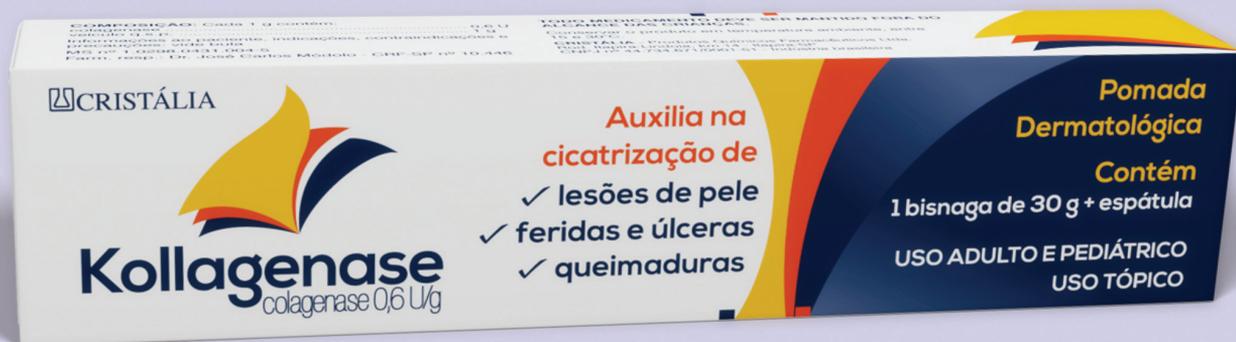
1. Rios KSA, Williams LCA, Aiello ALR. Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. *Revista Adolescência e Saúde*. 2007; 4(1):6-11.
2. Verona APA, Júnior CSD. Religião e fecundidade entre adolescentes no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012; 31(1):25-1.
3. Silva ACA, Andrade MS, Silva RS, Evangelista TJ, Bittencourt IS, Paixão GPN. Fatores de risco que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência: revisão integrativa da literatura. *Revista Cuidarte*. 2013; 4(1):531-9
4. Meincke SMK, Trigueiro DRSG, Carraro TE, Brito SS, Collet N. Perfil sociodemográfico e econômico de pais adolescentes. *Revista de enfermagem da UERJ*. 2011; 19(3):452-6.
5. Governo Federal (BR). Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
6. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de Saúde. Demográficas e econômicas. População Residente 2012.
7. Ministério da Saúde (BR). Declaração de Nascido Vivo é emitida após o parto. 2014..
8. Guimaraes AMDN, Bettiol H, Souza L, Gurgel RQ, Almeida MLD, Ribeiro ERRO. Goldani MZ, Barbieri MA. Is adolescent pregnancy a risk factor for low birth weight? *Revista de Saúde Pública*. 2013; 47(1):11-9.
9. Chalem E, Mitsushiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2007; 23(1):177-6.
10. Stefano DD, Moccellini AS, Fabbroc MR, Hirakawad HS, Accierini LH, Honorato J, Costa LR, Driuso P. Caracterização das condições sociais e de saúde de mães adolescentes no primeiro ano pós-parto em um município do Estado de São Paulo. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011; 35(4):795-12.
11. Viellas EF, Gama SGN, Filha MMT, Leal MC. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2012; 15(3):443-4.
12. Silva KS, Rozenberg R, Bonan C, Chuva VCC, Costa SF, Gomes MASM. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(5):2485-3.
13. Miranda FRD, Taquette SR, Monteiro DLM, Blanco MN, Rodrigues AO. Pré-natal na adolescência: uma revisão crítica. *Revista Adolescência e Saúde*. 2013; 10(supl.1):43-0.
14. Gravena AAF, Paula MG, Marcon SS, Carvalho MDB, Pelloso SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta Paulista Enfermagem*. 2013; 26(2):130-5.

Única enzima

Kollagenase contém a única enzima que promove a degradação seletiva do colágeno.^{1,2}

Não agride o tecido saudável

Mesmo o tecido de granulação recentemente formado.^{1,3,4,5,6}



Referências Bibliográficas: **1.** Torra i Bou JE, Paggi B. La colagenasa y el tejido desvitalizado en el contexto de la preparación del lecho de la herida. Revista ROL Enf 2013;36(2):109-14. **2.** Falanga V. Wound bed preparation and the role of enzymes: a case for multiple actions of therapeutic agents. Wounds 2002;14(2):47-57. **3.** Alipour H, Raz A, Zakeri S, Djadid ND. Therapeutic applications of collagenase (metalloproteases): A review. Asian Pac J Trop Biomed 2016;6(11):975-81. **4.** Varma AO, Bugatch E, German FM. Debridement of dermal ulcers with collagenase. Surg Gynecol Obstet. 1973;136(2):281-2. **5.** McCallon SK, Weir D, Lantis JC 2nd. Optimizing wound bed preparation with collagenase enzymatic debridement. J Am Coll Clin Wound Spec. 2015;6(1-2):14-23. **6.** Waycaster CR, Gilligan AM, Milne CT. Pressure ulcer treatment in a long-term care setting: wound bed healing with clostridial collagenase ointment versus hydrogel dressing. Chronic W Care Manag Res.2014;1:49-56.

CONTRAINDICAÇÃO: HIPERSENSIBILIDADE AOS COMPONENTES DA FORMULAÇÃO. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** KOLLAGENASE NÃO DEVE SER UTILIZADA COM ANTISSÉPTICOS. **Kollagenase** colagenase - pomada dermatológica 0,6 U/g, USO TÓPICO. USO ADULTO E PEDIÁTRICO. **INDICAÇÕES:** Como desbridante enzimático para o tratamento de lesões da pele em que é indicado o desbridamento em feridas, úlceras e lesões necróticas em geral; gangrenas de extremidade; lesões por congelamento; condições associadas à difícil cicatrização; queimaduras; previamente ao transplante de pele. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade à colagenase ou a qualquer outro componente da formulação. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** Se não houver melhora após 14 dias, consultar seu médico. **CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.** - Farm. Resp.: Dr. José Carlos Módolo - CRF-SP nº 10.446 - Rodovia Itapira-Lindóia, km14, Itapira-SP - CNPJ N° 44.734.671/0001-51 - Indústria Brasileira - SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente): 0800 7011918 - nº do Lote, Data de Fabricação e Prazo de Validade: Vide Bisnaga/Caixa. **CLASSIFICAÇÃO: VENDA LIVRE** - Reg. MS nº 1.0298.0431. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

KOLLAGENASE É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.