

Revista Brasileira de Saúde Funcional

ATENÇÃO, CUIDADO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Volume 1

Número 2

Dezembro 2017

ISSN: 2358-8691

ESPAÇO TEMÁTICO

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS: POSSIBILIDADES PARA CONFIABILIDADE E VALIDADE DOS ESTUDOS EM SAÚDE

Ohana Cunha do Nascimento

ARTIGOS

VÍNCULO MÃE-BEBÊ NO CONTEXTO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Denise Santana Silva dos Santos e Ernanda Cordeiro Teixeira

NÍVEL DO LACTATO PRÉ E PÓS ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NEUROMUSCULAR EM UTI

Andréia Rangel Soares, Ívia Thatiane do Nascimento Cavalcanti¹, Geovane Rossone Reis, Ivanessa Thaiane do Nascimento Cavalcanti, Janne Marques Silveira e Anny Pires de Freitas Rossone

FATORES RELACIONADOS AOS ACIDENTES POR QUEDAS ENTRE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Paula Martins Viana, Anselmo Cordeiro de Souza, Maria Cecilia Leite de Moraes, Elias Ferreira Porto, Gina Andrade Abdala e Marcia Maria Hernandez de Abreu de Oliveira Salgueiro

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON

Sarah Souza Pontes, Valdivia Michele Oliveira, Jorge Valente Andrade e Josinar Evangelho Barbosa

LITERATURA DE CORDEL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ANÁLISE TEXTUAL DO CORDEL HIV/ AIDS

Roziele Lima Silva, Jetsemani de Araújo Ribeiro, Ohana Cunha do Nascimento, Thyana Cordeiro Lopes, Brenda do Socorro Gomes da Cunha e André Henrique do Vale de Almeida

CUIDADOS PALIATIVOS DO ENFERMEIRO AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Meire Carla Pereira Brandão, Karla Ferraz dos Anjos, Kelly Cruz Pimentel Sampaio, Akemy Brandão Mochizuki e Vanessa Cruz Santos



Faculdade Adventista da Bahia

Revista Brasileira de Saúde Funcional

ATENÇÃO, CUIDADO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Volume 1

Número 2

Dezembro 2017

EQUIPE EDITORIAL

EDITORA-CHEFE

Dra. Elenilda Farias de Oliveira

Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

CONSELHO EDITORIAL

Dr. Fabiano Leichsenring Silva

Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Dr^a. Wilma Raquel Barbosa Ribeiro

Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Me. Dayse Rosa Mota Pinto

Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Me. Ohana Cunha Nascimento

Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Editor administrativo Esp. Emerson Kiekow de Britto Rodrigues Alves

Núcleo de Tecnologias Educacionais - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Bibliotecário Uariton Boaventura

Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

CORPO EDITORIAL

Dr. Daniel Antunes Freitas

Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Minas Gerais, Brasil

Me. Izabela Ferraz

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública- EBMSP, Brasil

Me. Karla Ferraz dos Anjos

Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Quessia Paz Rodrigues

Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Samylla Maira Costa Siqueira

Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Vanessa Cruz Santos

Instituto de Saúde Coletiva – ISC / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

REVISORES DE LÍNGUA PORTUGUESA E INGLESA

Me. Maria Rita Sousa Barbosa, Faculdade Adventista da Bahia, Brasil.

Me. Samylla Maira Costa Siqueira, Faculdade Adventista da Bahia, Brasil

Carolina Larrosa Almeida, Faculdade Adventista da Bahia

DIAGRAMAÇÃO

Elomar Xavier

Website

<http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF>

Revista Brasileira de Saúde Funcional

ATENÇÃO, CUIDADO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Volume 1

Número 2

Dezembro 2017

SUMÁRIO

MENSAGEM EDITORIAL

ATENÇÃO, CUIDADO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Elenilda Farias de Oliveira

4

ESPAÇO TEMÁTICO

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS: POSSIBILIDADES PARA CONFIABILIDADE E VALIDADE DOS ESTUDOS EM SAÚDE

Ohana Cunha do Nascimento

5

ARTIGOS

VÍNCULO MÃE-BEBÊ NO CONTEXTO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Denise Santana Silva dos Santos e Ernanda Cordeiro Teixeira

8

NÍVEL DO LACTATO PRÉ E PÓS ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NEUROMUSCULAR EM UTI

*Andréia Rangel Soares, Ívia Thatiane do Nascimento Cavalcanti¹, Geovane Rossone Reis,
Ivanessa Thaianne do Nascimento Cavalcanti, Janne Marques Silveira e Anny Pires de
Freitas Rossone*

20

FATORES RELACIONADOS AOS ACIDENTES POR QUEDAS ENTRE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA

*Ana Paula Martins Viana, Anselmo Cordeiro de Souza, Maria Cecilia Leite de Moraes, Elias
Ferreira Porto, Gina Andrade Abdala e Marcia Maria Hernandes de Abreu de Oliveira
Salgueiro*

32

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON

*Sarah Souza Pontes, Valdivia Michele Oliveira, Jorge Valente Andrade e Josinar
Evangelho Barbosa*

44

LITERATURA DE CORDEL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ANÁLISE TEXTUAL DO CORDEL HIV/ AIDS

*Roziele Lima Silva, Jetsemani de Araújo Ribeiro, Ohana Cunha do Nascimento, Thyana
Cordeiro Lopes, Brenda do Socorro Gomes da Cunha e André Henrique do Vale de
Almeida*

57

CUIDADOS PALIATIVOS DO ENFERMEIRO AO PACIENTE ONCOLÓGICO

*Meire Carla Pereira Brandão, Karla Ferraz dos Anjos, Kelly Cruz Pimentel Sampaio, Akemy
Brandão Mochizuki e Vanessa Cruz Santos*

76

DIRETRIZES PARA AUTORES

90

Revista Brasileira de Saúde Funcional

ATENÇÃO, CUIDADO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

EDITORIAL

Prezado leitor,

É com muito prazer que apresentamos a nova edição da Revista Brasileira de Saúde Funcional, REBRASF, intitulada **Atenção, Cuidado e Educação em Saúde**. A REBRASF é um periódico indexado e publicado pela Faculdade Adventista da Bahia cujo objetivo é publicar manuscritos de relevância científica para a área. Com uma publicação semestral, apresenta um total de seis manuscritos em cada edição, além de mais um artigo estilo “*short communication*”, de redação concisa e envolvente, denominado Espaço temático, que tem a finalidade de introduzir um debate inovador para o seu público.

O espaço temático desta edição, intitulado “Adaptação Transcultural e Validação de Instrumentos: possibilidades para confiabilidade e validade dos estudos em saúde”, discute a importância da adoção de instrumentos de pesquisa que apresentem confiabilidade e validade. O texto acrescenta que a construção de um novo elemento de coleta de dados só deve ser priorizada na ausência de outros que possuam as características necessárias. Essa discussão ganha destaque no cenário das instituições de ensino, uma vez que a pluralidade de possibilidades para a efetivação de uma pesquisa a partir de um instrumento pode dificultar o entendimento sobre o processo, sobretudo para os iniciantes da pesquisa.

Para além dessa temática inicial que é apresentada, a edição atual apresenta ainda artigos inéditos e de revisão cuja temática central está voltada para atenção, cuidado e educação em saúde. Apesar da ampla discussão envolvendo esses conteúdos, esta edição da REBRASF enfoca a atenção e cuidado à saúde em ambientes de Unidade de Terapia Intensiva e instituições de longa permanência para idosos. Ademais, engloba diferentes ciclos de vida, desde o binômio mãe-bebê, adultos e idosos, com distintos agravos de saúde. Apresenta ainda uma nova técnica como ferramenta da educação em saúde.

Nosso corpo editorial sente-se privilegiado por receber você, leitor, em nossas páginas. Em nossos próximos números, desejamos a publicação de um artigo de sua autoria.

Uma boa leitura a todos!
Enf^a Dr^a Elenilda Farias de oliveira
Editora chefe da REBRASF

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS: POSSIBILIDADES PARA CONFIABILIDADE E VALIDADE DOS ESTUDOS EM SAÚDE

O pesquisador que se coloca diante de um novo objeto de estudo se expõe a diversas dúvidas sobre as definições metodológicas e caminhos que deverão ser percorridos para atingir os objetivos da pesquisa. Nesse sentido, quando se estabelece o fenômeno a ser estudado, o pesquisador busca, imediatamente, confeccionar o que ele julga ser o melhor instrumento para investigar e medir o domínio do seu estudo. No entanto, após a globalização da ciência, é possível, a partir de uma revisão teórica, ter acesso a diversos instrumentos, utilizados em outros contextos e culturas, que visam avaliar o mesmo fenômeno que se pretende estudar.

Amagnitudosfenômeno e a multiplicidade de métodos de pesquisa condicionam implicações importantes para a ampliação da abordagem e reconhecimento de determinados campos. No cenário atual, pesquisadores e organizações nacionais e internacionais, diante das novas necessidades impostas pela dinâmica social, vêm criando e/ou validando instrumentos com elevado grau de aplicabilidade com intensa robustez metodológica. Múltiplos são os enfoques dos instrumentos na área da saúde: dor, qualidade de vida, capacidade funcional, estado de saúde, vitalidade e limitações, adesão ao tratamento, fatores emocionais e psicossociais, entre outros ^[1,2].

Recomenda-se que, a partir de então, ao se perceber diante de um objeto de pesquisa, deva-se buscar, na literatura, instrumentos consagrados para mensurar o que se pretende estudar e, caso esse instrumento ainda não tenha sido utilizado em contexto brasileiro, etapas metodológicas devem ser seguidas, a saber: adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas do instrumento. Em última instância, parte-se para a criação de um novo instrumento de pesquisa.

Como parte do processo da avaliação das propriedades psicométricas, vê-se que a confiabilidade e validade

tornam-se dois parâmetros, estreitamente relacionados, para se complementarem diante dos resultados a serem alcançados. A confiabilidade é capaz de verificar a homogeneidade, redundância ou heterogeneidade de um instrumento, por meio da capacidade de reproduzir os resultados a partir de diferentes circunstâncias. Os tipos de confiabilidade se ajustam a algumas situações, a saber: quando o instrumento é testado para um grupo de indivíduos semelhantes ao da população original (consistência interna), se o instrumento se mantém estável ao longo do tempo (teste-reteste), ou se é verificada a estabilidade com diferentes indivíduos aplicadores (intraobservadores). Já a validade associa-se ao grau de certeza que se tem sobre o conceito medido^[3,4].

O processo de adaptação transcultural compõe um tipo de validação, a de conteúdo, e torna-se importante quando o instrumento original impõe as seguintes circunstâncias: não há correspondência entre as localidades dos estudos (mesmo país ou contextos culturais distintos) ou quando se requer a aplicação para uma idade/público distinto. A validade de conteúdo diz respeito à avaliação da qualidade do instrumento, sua clareza, pertinência, relevância e representatividade dos itens, se cada domínio foi adequadamente abordado pelo conjunto de itens e se todas as dimensões do constructo (questões ou seções do instrumento compostas pelos conteúdos de uma área temática em estudo ou comportamento) foram incluídas^[5,6].

O termo adaptação transcultural é usado para envolver o processo que visualiza tanto a linguagem (tradução), quanto as adaptações das questões culturais no processo de preparação do questionário (para uso em outro contexto). É nessa perspectiva que se presume o quanto deve ser sistemático, a partir da proposição de diretrizes metodológicas importantes, a fim de garantir a qualidade da versão do instrumento. A proposta inclui cinco sessões: (1) traduções; (2) retrotraduções por pessoas qualificadas no idioma de origem; (3) comitê de revisão formado por tradutores e retrotradutores; (4) pré-teste para equivalência usando técnicas específicas (avaliadores, grupos focais); (5) reavaliação para garantir o peso de cada escore, se relevante^[7,8].

A partir da finalização da adaptação transcultural, já se pode dizer que o processo da validação de conteúdo foi finalizado. Além disso, é preciso lembrar que existem outros dois tipos de validade de instrumentos: validade de critério e validade de construto. A primeira é utilizada para avaliar se a medida investigada possui relação empírica com critérios externos, comprovadamente validados, que avaliam o mesmo constructo. Vale ressaltar que as evidências de validade de critério resultam da comparação entre o instrumento a ser testado e outro aceito como satisfatório pela literatura, com evidências científicas de sua validade e pertinência para a temática proposta^[9].

Por fim, a validade de construto é considerada a forma mais fundamental de validade dos instrumentos, já que através dela é possível verificar a hipótese da legitimidade da representação comportamental do instrumento em questão, ou seja, se o que o instrumento propõe é capaz de condensar todas as formas através das quais o fenômeno pode se expressar^[10].

De maneira geral, observa-se que existem diversos caminhos possíveis para a efetivação de uma pesquisa a partir de um instrumento. Observa-se ainda que esse novo campo metodológico coloca-se à disposição para a construção de novos saberes e práticas em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Reichenheim ME, Moraes CL. Operationalizing the cross-cultural. Rev. Saúde Pública [online]. 2007; 41(4): 665-673.
2. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construction of measurement instruments in the area of health. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2015; 20(3): 925-936.
3. Bem AB, Lanzer EA, Tambosi Filho E, Sanchez OP, Bernardi Junior P. Validade e confiabilidade de instrumentos de avaliação da docência sob a ótica dos modelos de equação estrutural. Avaliação. Campinas, Sorocaba, SP. 2011.16(2): 375-401.
4. Mokking LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. COSMIN checklist manual [Internet]. Amsterdam: VU University Medical Center; 2012 [acesso em: 30 set 2017]. Disponível em <http://www.cosmin.nl/images/upload/File/COSMIN%20checklist%20manual%20v9.pdf>
5. Fayers PM, Machin D. Quality of life. Assessment, analysis, and interpretation. The assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2007.
6. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. Ciên Saúde Coletiva. 2011;16(7):3061-8.
7. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures. Rosemont: American Academy of Orthopedaedic Surgeons and Institute for Work & Health. 2007.
8. Guillemin F, Bombardier C, Beaton DE. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. Journal of Clinical Epidemiology 46(12), (1993). 1417-1432.
9. Collares C, Grec W, Machado J. Psicometria na garantia da qualidade da educação médica: conceitos e aplicações. Sci Health. 2012; 3(1) :33-49.
10. American Psychological Association (APA). Technical recommendations for psychological tests and diagnostic techniques. Washington; 1954.

Denise Santana Silva dos Santos
denisenegal@hotmail.com

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora do Departamento de Ciências da Vida (DCV) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Ernanda Cordeiro Teixeira
ernandateixeira@gmail.com

Enfermeira. Formada pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

VÍNCULO MÃE-BEBÊ NO CONTEXTO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

MOTHER-BABY LINK IN THE CONTEXT OF THE NEONATAL INTENSIVE THERAPY UNIT: LITERATURE REVIEW

RESUMO

Introdução: A hospitalização do bebê prematuro pode comprometer a vinculação com sua mãe, por interromper os estágios iniciais de desenvolvimento dessa relação.

Objetivo: Analisar, por meio de uma revisão bibliográfica, o vínculo mãe-bebê no contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** Pesquisa bibliográfica de caráter descritivo, utilizando para coleta a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e seus cooperadores Scielo e Lilacs, tendo como resultado da seleção 14 artigos no idioma português, publicados entre os anos de 2009 e 2015. **Resultados e Discussão:** Identificam quais são os fatores que dificultam ou facilitam o vínculo entre mãe e recém-nascido prematuro durante o internamento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e a dificuldade da mãe se estabelecer como cuidadora de seu bebê no ambiente da terapia intensiva. **Conclusão:** A prematuridade representa momento de crise para mãe, que vivencia sentimentos de tristeza, medo e angústia. O internamento na UTIN significa para ela uma situação de incerteza quanto à vida do bebê, tendo como maior barreira para vinculação a rotina da unidade à qual o bebê está submetido.

ABSTRACT

Introduction: Hospitalization of the premature baby can compromise the attachment to his mother by interrupting the initial stages of development of this relationship.

PALAVRAS-CHAVE:

Recém-Nascido Prematuro; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Relações mãe-filho.

Objective: To analyze, through a literature review, the mother-baby bond in the context of the Neonatal Intensive Care Unit. **Method:** Bibliographic research of descriptive character, using to collect the Virtual Health Library (VHL) and its Scielo and Lilacs cooperators, with the result of selecting 14 articles in the Portuguese language between the years of 2009 and 2015. **Results and Discussion:** Factors that disturb or facilitate the bond between mother and preterm infants during hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) were analyzed and the mother's difficulty in establishing themselves as primary caretakers of their baby's in the intensive care environment was identified as a main reason of distress. **Conclusion:** Prematurity represents a moment of crisis for the mother, who experiences feelings of sadness, fear and anguish. The hospitalization in the NICU means for her a situation of uncertainty regarding the life of the baby, having as a major barrier to the routine of the unit to which the baby is submitted.

KEYWORDS:

Newborn Premature; Neonatal Intensive Care Unit, mother-child relations.

INTRODUÇÃO

Os processos da gestação e do nascimento constituem eventos sociais, que marcam a vida da mulher, que também envolvem o parceiro e sua família, numa experiência única e permeada de significados. Evento que faz parte da vida reprodutiva e consiste numa experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor ^[1].

Durante a gravidez e o parto, as mulheres enfrentam inúmeras modificações hormonais, fisiológicos e emocionais e expressam, neste contexto, simbologias, valores e crenças, que são estabelecidas e fortalecidas por estrutura social e cultural sobre o que é gestar ^[1].

Quando ocorre o parto pré-termo, que é a interrupção prematura do tempo de gravidez, para os pais é impactante e desencadeia um momento de grande construção e desenvolvimento pessoal, tornando-os também, prematuros. Para o recém-nascido é um importante fator de risco pelas elevadas incapacidades neurodesenvolvimentais que acarreta, incluindo a paralisia cerebral, e pela morbimortalidade em longo prazo^[2].

De acordo com o Ministério da Saúde, a prematuridade constitui um dos grandes problemas para a saúde pública no Brasil, em decorrência dos elevados índices de morbimortalidade infantil. Em virtude desta problemática, a atenção à saúde da criança vem avançando nas últimas décadas com a introdução de medidas terapêuticas mais eficazes que objetivam elevar o nível de saúde da população infantil, especialmente do recém-nascido prematuro ^[3].

Considerando a prematuridade como problema de saúde pública, são necessários cuidados para sobrevivência e desenvolvimento do prematuro, exigindo recursos, cuidados, qualificação

profissional, instalações, equipamentos e tecnologia no acompanhamento diário^[4].

O parto prematuro é um momento traumático e estressante que acarreta para a mãe sentimento de incapacidade quanto aos cuidados com seu bebê, uma vez que a precipitação do parto a impossibilitou emocionalmente de preparar-se para receber e cuidar do recém-nascido pré-termo que é menor e mais frágil. A vinculação pode ser prejudicada pela ausência de oportunidades da mãe interagir com seu bebê, gerando desordens no relacionamento futuro de ambos ^[5].

O vínculo do binômio mãe-bebê aumenta ao longo do tempo e é fortalecido pelo contato. O contato com a pele do tórax da mãe durante a amamentação, imediatamente após o nascimento, propicia, além do aquecimento e do conforto, ambiente ideal para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, proporcionando uma precoce interação mãe-bebê ^[6].

A hospitalização do prematuro pode comprometer a vinculação mãe-bebê, por interromper os estágios iniciais de desenvolvimento dessa relação, diminuindo a responsabilidade da mãe com o bebê, o seu conhecimento e atenção a suas necessidades, bem como a interação entre eles ^[7].

O fato de não poder pegar o bebê no colo, aconchegá-lo e embalá-lo é frustrante para a mãe e, quando já é possível tocá-lo e acariciá-lo dentro da incubadora, muitas se amedrontam diante dessa situação. Esse medo materno se justifica pela autoestima afetada, pelo ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e pelo déficit de autoconfiança na capacidade de criar o recém-nascido prematuro ^[1].

Este estudo demonstra sua importância por considerar que a vinculação entre mãe-bebê pode ser prejudicada pela falta ou restrição do contato entre os dois. Na rotina da UTIN é comum que a mãe não possa estar com seu bebê durante as 24h, impedimento justificado pela execução de procedimentos invasivos, espaço físico limitado, prevenção de infecção hospitalar e recursos humanos insuficientes ^[7]. Diante do exposto, este artigo objetiva analisar, por meio de uma revisão sistemática, o vínculo mãe-filho no contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

A compreensão de que o ambiente da UTI é associado à idéia de finitude da vida demanda estratégias para a reorganização desse ambiente em que mãe e filho estão inseridos, fornecendo apoio social, afetivo e psicológico para o fortalecimento do vínculo, justificando-se assim este estudo.

MÉTODO

Estudo de revisão bibliográfica, vinculado ao Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Vinculação entre mãe e recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, apresentado em junho de 2016.

A pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias abrange a bibliografia já tornada pública e relacionada ao tema estudado. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato amplo com

o que já foi construído. Esse tipo de pesquisa possibilita uma análise do tema sob um novo enfoque, chegando a conclusões inovadoras, não sendo, portanto, uma mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre o assunto^[8]. Do mesmo modo, as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência^[9].

Para obter informações acerca do tema “Vinculação entre mãe e recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, realizou-se a busca eletrônica nas bases de dados: *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A pesquisa ocorreu nos meses de março e abril de 2016.

Para o levantamento dos artigos, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Prematuridade; Recém-nascido prematuro; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Relações mãe-filho (mãe).

Os critérios de inclusão são: artigos obtidos na íntegra, no idioma português, utilizando como base a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso – Método Canguru, implantado no Brasil em 2000, que objetiva estabelecer uma mudança no paradigma da atenção em neonatologia, oferecendo cuidados técnicos humanizados que promovam uma atenção melhor à mãe, ao RN e a sua família. Com o intuito de analisar publicações atuais, o período escolhido foi de 2009 a 2015, com um recorte temporal de sete anos. Os critérios de exclusão foram: artigos que não fossem condizentes com o tema pesquisado.

No cruzamento realizado na BVS com as palavras-chave “prematuridade X unidade de terapia intensiva neonatal”, foram encontradas 3.387 publicações, dessas apenas 1.522 estavam disponíveis com texto completo. Após filtragem segundo o critério de inclusão do período temporal (2009 - 2015), restaram 1.180 publicações, das quais 190 estavam disponíveis em língua portuguesa; filtrando por tema (relação mãe-filho), foram encontradas 17, após leitura do título e resumo restaram apenas 08 publicações para análise do estudo.

No cruzamento realizado na SciELO com as palavras-chave “prematuridade X unidade de terapia intensiva neonatal”, encontrou-se o total de 22 artigos, após filtragem segundo o critério de inclusão do período temporal (2009 - 2015), restaram 18 publicações, todas estavam disponíveis em língua portuguesa e com texto completo, contudo somente 02 foram selecionadas para análise do estudo.

No cruzamento realizado na Lilacs com as palavras-chave “prematuridade X unidade de terapia intensiva neonatal” encontrou-se o total de 267 publicações, das quais 140 estavam disponíveis em língua portuguesa. Após filtragem segundo o critério de inclusão do período temporal (2009 - 2015), restaram 08 publicações com texto completo, todavia somente 02 foram selecionadas para análise do estudo, pois as demais encontradas eram repetidas da base de dados BVS.

Tabela 1 - Estratégia de busca utilizada na BVS, Lilacs e Scielo, utilizando os descritores “prematuridade X unidade de terapia intensiva neonatal”. Salvador, Bahia, 2016.

DESCRITORES “PREMATURIDADE X UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL”					
	Total	Ano 2009-2015	Português	Selecionado por título/ resumo	QUANTIDADE DE ARTIGOS SELECIONADOS
Scielo	22	18	20	02	02
Lilacs	267	08	140	10	02
BVS	3.387	1.180	190	17	08
TOTAL					12

Fonte: Tabela construída pela autora.

No cruzamento realizado na BVS com as palavras-chave “relação mãe-filho X recém-nascido prematuro” encontrou-se o total de 08 publicações, após filtragem segundo o critério de inclusão do período temporal (2009 - 2015), mantiveram-se as 08 publicações, das quais 04 estavam disponíveis em língua portuguesa e com texto completo, considerando que 02 estavam repetidas, foram selecionados para análise apenas 02 artigos.

No cruzamento realizado na Scielo com as palavras-chave “relação mãe-filho X recém-nascido prematuro” encontrou-se apenas 01 publicação referente às palavras propostas, mas a publicação não atendia ao tema proposto.

No cruzamento realizado na Lilacs com as palavras-chave “relação mãe-filho X recém-nascido prematuro”, não foi encontrada publicação referente às palavras propostas.

Tabela 2 - Estratégia de busca utilizada na BVS, Lilacs e Scielo utilizando os descritores “relação mãe-filho X recém-nascido prematuro”. Salvador, Bahia, 2016.

DESCRITORES “RELAÇÃO MÃE-FILHO X RECÉM-NASCIDO PREMATURO”					
	Total	Ano 2009-2015	Português	Selecionado por título/ resumo	QUANTIDADE DE ARTIGOS SELECIONADOS
Scielo	01	01	01	00	00*
Lilacs	00	00	00	00	00
BVS	08	08	04	02	02
TOTAL					02

Fonte: Tabela construída pela autora.

*Os artigos não foram selecionados, pois já haviam sido selecionados na filtragem anterior.

Após realizar os cruzamentos nas bases de dados, fazer a exclusão das publicações repetidas e as que não se enquadram nesta pesquisa, obtiveram-se 14 publicações que irão compor os resultados deste trabalho.

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, não foi necessário encaminhamento para aprovação do Comitê de Ética, porém os direitos autorais serão respeitados, conforme a Lei nº 12.853/2013¹⁰.

RESULTADOS

A partir dos resultados encontrados e a análise dos artigos selecionados, esta seção começará com a apresentação e a caracterização dos artigos utilizados considerando o ano de publicação, revista que fez a publicação, área do conhecimento do autor e região da em que o artigo foi publicado. Após a caracterização, foram categorizados tópicos referentes ao tema.

Quanto ao quantitativo de artigos encontrados, relacionados à temática, percebeu-se que existe dificuldade em encontrar publicações com os cruzamentos dos descritores já citados. Dos artigos encontrados e selecionados, por aderirem ao tema, foi possível utilizar 14 publicações.

Quanto à incidência de publicações, notou-se que o ano com maior número de artigos publicados foi 2015, com 04 artigos; seguido de 2014, 2013, 2011 e 2009, cada qual com 2 artigos publicados, e os anos de 2012 e 2010 com um artigo em cada ano. Podendo-se então inferir que o estudo sobre o vínculo mãe-bebê e as publicações sobre essa temática ainda são recentes, tendo sido mais estimulado após a implementação da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru, instituída na Portaria GM/MS nº 1.683 de 12 de julho de 2007 no Brasil.

Quanto à região de publicação dos artigos selecionados, notou-se que a maioria foi proveniente da região Sudeste com um total de 07 artigos: 02 de São Paulo, 01 de Minas Gerais, 04 do Rio de Janeiro e 01 do Espírito Santo. A região Centro-Oeste publicou 01 artigo na cidade de Brasília; No Nordeste foram publicados 03 (02 no Maranhão e 01 na Bahia) e na região Sul, foram publicados 02 artigos no Rio Grande do Sul. Nota-se, portanto, a prevalência de publicações na Região Sudeste, que concentra as maiores universidades do país. Em contrapartida, percebe-se a pequena quantidade de artigos publicados na região Nordeste, em especial na Bahia, que teve apenas uma publicação da cidade de Feira de Santana, ratificando assim a importância deste estudo para contribuição da produção científica no estado.

A análise das revistas das publicações selecionadas evidencia que foram 12 periódicos diferentes, sendo que dentre os 14 artigos selecionados, 02 foram publicados na Revista Brasileira de Enfermagem e 02 na Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental online, seguidas pela Revista Mineira de Enfermagem (Reme), Revista Texto e Contexto de Enfermagem, Revista Brasileira de Medicina, Escola Ana Nery, Revista Distúrbios da Comunicação, Revista de Ciência e Saúde Coletiva, Revista de Enfermagem da UFRJ, Revista de Enfermagem da UFSM, Revista Cefac e

Arquivos brasileiros de ciências da saúde (ABCS Health Sciencs), todas com 01 artigo publicado.

Ao analisar a área de conhecimento de cada publicação selecionada, podemos perceber que a Enfermagem lidera com o maior número de publicações (09), seguida de Fonoaudiologia com 02 publicações, e Medicina, psicologia e fisioterapia com 01 publicação cada. Dado justificado pela característica de cuidado que os profissionais de enfermagem desempenham, prestando atenção direta durante as 24 horas na unidade intensiva.

DISCUSSÃO

Vinculação no contexto da hospitalização

O nascimento precoce e conseqüentemente a internação do recém-nascido na UTIN acarretam uma desorganização familiar por ser um evento inesperado na vida da mãe, gerando sentimentos de insegurança, medo, tristeza e culpa ^[11].

Inúmeras são as causas que podem levar o recém-nascido a ser internado em uma UTIN, sendo a prematuridade a mais prevalente. Sabe-se que as mães de crianças nascidas prematuramente não realizam o período de consolidação, momento em que os pais investem no bebê imaginário, incluindo-o no discurso familiar, preparando-se para a sua chegada ^[12,13].

O conceito de nascimento prematuro abrange toda criança nascida antes de 37 semanas, ou seja, todo recém-nascido (RN) vivo com menos de 37 semanas completas de gestação (<259 dias), contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual ^[14,15,16,17]. O bebê prematuro pode ter complicações, posto que a prematuridade dificulta a adaptação à vida extrauterina, principalmente devido à imaturidade anatômica e fisiológica ^[15].

O nascimento prematuro é um notável problema de saúde perinatal em todo o mundo e a maior causa de mortalidade infantil no Brasil. Na maioria das vezes, a prematuridade está associada às condições perinatais. Ela constitui importante fator de mortalidade perinatal, neonatal e infantil. Além disso, é bom lembrar que o risco aumenta à proporção que é menor a idade gestacional ^[12,18].

A experiência da hospitalização do bebê prematuro é tão árdua para a mãe que ela pode ser definida como um tormento, um momento traumático de extremo estresse e apreensão, algo a ser esquecido. O impacto dessa experiência é tão grande que pode até acabar repercutindo em sua saúde física e mental, podendo determinar inclusive, o desmame precoce ^[19].

A hospitalização do recém-nascido prematuro modifica o cotidiano da mãe, que passa a ser determinado pelo medo do que poderá vir a acontecer com o bebê, dada a sua fragilidade. Essa percepção representa um período limitado de desequilíbrio familiar, um momento em que os pais podem ficar tão abalados a ponto de terem dificuldade de entender o quadro clínico do recém-nascido, o que compromete o entendimento das orientações da equipe de saúde ^[19,20].

Essas mães vivem em uma dicotomia do que simboliza a UTIN. Por um lado, o veem como um ambiente frio, hostil e assustador; por outro, compreendem que é a melhor opção que o bebê tem para se recuperar. Essa situação gera nas mães sentimentos de medo, tristeza, culpa e estresse diante da situação de fragilidade em que se encontra com seu recém-nascido. Em contrapartida, ao mesmo tempo, são despertadas nelas a fé e a esperança de que toda a situação vivida seja uma fase e que seu bebê irá se recuperar^[12,14].

Os autores são unânimes em eleger a tristeza como um dos principais sentimentos manifestados em virtude da internação do bebê na UTIN. Isso acontece porque, com essa internação, há um rompimento, uma separação do binômio mãe-bebê, que até então eram um só. Além da separação, a mãe ainda vê o recém-nascido com sua sobrevivência assegurada por equipamentos estranhos e procedimentos complexos, necessitando de cuidados profissionais ininterruptos, o que intensifica a sua tristeza ^[12,14,16,17].

A primeira visita da mãe à UTIN configura-se como um dos eventos mais difíceis no contexto da prematuridade. Nessa ocasião, elas são surpreendidas por um ambiente com recursos tecnológicos e a visão de bebês frágeis, submetidos aos diversos tratamentos invasivos, dentro de incubadoras que funcionam como barreiras ao contato direto entre mãe e filho, fator que dificulta a formação do vínculo ^[12,14].

Diante dessa situação, é de fundamental importância a participação de toda a equipe multiprofissional de saúde e o olhar cuidadoso da equipe de enfermagem que atua nessa unidade, para que a mãe seja integrada e se adapte à rotina e aos cuidados com o recém-nascido prematuro, minimizando os sentimentos negativos que possam surgir consequentes à hospitalização.

Fatores que interferem na vinculação mãe- bebê prematuro

A UTIN fornece cuidado especializado, com amplo aparato tecnológico, em busca da sobrevivência do recém-nascido. A impossibilidade de levar o bebê para casa, logo após o nascimento, pode gerar nas mães, uma série de sentimentos negativos dificultando a formação de vínculo, apego e troca de carinho ^[16].

Evidencia-se que a qualidade da interação inicial mãe-bebê é um importante fator de mediação entre os eventos perinatais e o desenvolvimento sociocognitivo da criança, sendo os primeiros meses de vida fundamentais para o crescimento do natural apego entre ambos. A situação de conviver em uma UTIN dificulta que o binômio mantenha o vínculo ^[11].

Fatores que dificultam o vínculo entre mãe e bebê prematuro

Com o nascimento prematuro, aprender a amar o bebê e criar vínculo materno requer tempo

e aprendizado. Diante da fragilidade do ser que acaba de nascer, a mãe convive com inúmeras situações de insegurança e medo, sentimentos que irão colocar em dúvida sua competência para cuidar do seu recém-nascido prematuro [11,21].

As mães enfrentam dificuldade devido às características e riscos do recém-nascido prematuro, bem como da tecnologia empregada na UTI, além de estar temporariamente em uma incubadora, o que pode representar um distanciamento [11,22].

A separação do bebê da sua mãe logo após o nascimento representa uma situação de crise, que traz bastante prejuízo para o vínculo mãe e filho, uma vez que a interação deste binômio sofre uma ruptura brusca em decorrência do parto prematuro. Nesta situação ambos são lesados devido ao distanciamento imposto pela condição de saúde do bebê. Dessa forma, o ambiente da UTIN e a equipe de saúde devem incentivar e promover o mais precocemente possível o contato entre mãe e bebê [16].

Diversos fatores dificultam o vínculo do binômio, entre eles, o local de residência das mães, pois muitas são provenientes de outros municípios e estados. Nesses casos, a maior dificuldade é encontrar um local para permanecerem hospedadas até a alta hospitalar dos filhos, o que gera alto custo financeiro para se manter na cidade em que o bebê está internado. Enfrentam dificuldades emocionais por permanecerem sozinhas na cidade, sem o apoio do núcleo familiar, além da responsabilidade e preocupação com a casa e outros filhos pequenos [12].

Uma alternativa para a mãe é aumentar a confiança na assistência prestada pela equipe de enfermagem ao prematuro, por meio de sua presença durante os cuidados e procedimentos realizados com o RN. Dessa forma, é possível minimizar o medo e o sentimento de insegurança que as rodeiam [16].

Fatores que fortalecem o vínculo entre mãe- bebê prematuro

A pele revela estímulos sensoriais de várias magnitudes, por isso o contato pele a pele pode proporcionar mudanças no organismo, tanto do bebê quanto da mãe. Para eles conquistarem passo a passo um lugar em suas famílias, é necessária a troca de olhares, o tocar e ser tocado, sentir e ouvir, gestos fundamentais nesse processo de interação. Ao serem estimulados, respondem ao manuseio e mostram-se tranquilos quando alguém conversa com eles [11].

O toque proporciona alterações no organismo do recém-nascido e, quando realizado de maneira agradável e amável, traz como consequência o bem-estar do bebê em relação ao sono, à alimentação, ao vínculo afetivo com a mãe e à diminuição das dores. O contato efetivo do bebê com a família promove a alta hospitalar precoce do neonato [16].

Quando a mãe pode ver, tocar e se relacionar com o bebê, através de cuidados básicos como pegar no colo, trocar fraldas e amamentar, ela começa a se preparar para os cuidados necessários com esta criança no momento da alta hospitalar [13]. Daí a importância de inseri-la em cuidados diários com o bebê, como banho, alimentação via sonda ou amamentação, verificação de

temperatura, uso do método canguru (contato pele a pele entre a mãe/pai e o filho), aliado à estimulação de um ambiente familiar. As mães podem ser incentivadas a personalizar o leito da criança trazendo objetos de casa: fotos da família, colchas, mantas e roupas do enxoval do bebê, além de brinquedos [16,23].

O ingresso precoce da figura materna na UTIN aumenta as chances de interação. Além disso, o estímulo à participação nos cuidados com o bebê é recomendado pelo Ministério da Saúde, pois, segundo o mesmo, a mãe só consegue interagir com seu filho, de modo mais concreto, no estágio mais avançado de sua organização psicoafetiva, período em que ocorre uma reorganização de sua identidade, deixando o papel de filha para assumir o papel de mãe, de esposa para ser progenitora, de trabalhadora para mãe de família [19].

O tipo de assistência prestada pela equipe pode ser determinante para essas mães expressarem seus sentimentos e suas angústias, medos e ansiedades; aliviarem o sofrimento da família em relação ao seu bebê e fortalecerem o vínculo mãe-bebê [23,24].

Para promover assistência humanizada e focada no binômio mãe-bebê, a equipe de enfermagem, por prestar o cuidado intenso e estar mais próxima da mãe, deverá estar atenta para valorização do potencial da mulher que vivencia a maternidade e refletir sobre o estado de ansiedade e incerteza diante de um bebê prematuro sob tratamento intensivo, de forma que a assistência contemple as reais necessidades do ser mãe [24].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prematuridade suscita nas mães um sentimento de perda, considerando que sua gestação foi interrompida e ela não teve o tempo necessário para se preparar para essa nova realidade. Somando-se a esta situação, a internação do bebê na UTIN gera na mãe sentimentos como culpa, medo, angústia e, principalmente, tristeza diante da incerteza da vida do recém-nascido.

Esta pesquisa permitiu compreender como a vinculação entre mãe e recém-nascido pode ser comprometida durante o período de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, sendo possível destacar assim, que a rotina da UTIN é o principal fator de interferência no vínculo mãe-filho.

Outros fatores emergiram como limitadores do contato entre o binômio; entre eles, a localização da residência da mãe, considerando que muitas delas são de outras cidades ou estados, o alto custo financeiro para garantir as despesas durante a internação, a responsabilidade com outros filhos e com a casa e a impossibilidade de ficar na unidade com o bebê.

Face ao exposto, é possível que os resultados do presente estudo possam subsidiar também ações profissionais na UTIN, buscando promover o contato entre mãe e bebê prematuro, e a maior permanência desta na unidade, buscando um cuidado mais humanizado e acolhedor.

Um fator limitante para esta pesquisa foi o número reduzido de estudos publicados em língua

nacional que atendesse aos critérios de inclusão. Diante da escassez de pesquisas encontradas relacionadas ao assunto, evidencia-se a importância de realizar mais estudos sobre essa temática, pois são evidentes as repercussões desse período de internação na relação mãe-bebê.

Esta pesquisa espera contribuir para que se tenha um olhar voltado não apenas para os recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, mas também para as mães, que convivem com o cotidiano do bebê hospitalizado em meio a diversas dificuldades sociais, econômicas e emocionais. Espera-se também que haja um despertar para a necessidade de mais estudos voltados ao eixo temático que envolve a vinculação do binômio.

REFERÊNCIAS

1. PIRES, D. et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife*, 10 (2): 191-197 abr. / jun., 2010.
2. CARMANEIRO, A.P.F. Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação. Doutorado em psicologia. Universidade de Lisboa. 2011.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: cuidados com o recém-nascido pré-termo. Brasília: Ministério da Saúde, v.4, 2011.
4. CARDOSO, A.C. et al. Método mãe canguru: Aspectos Atuais. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v.28, n 2, p.128-134. 2006.
5. THOMAZ, A. C. P. et al. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: Variáveis sociais e perinatais. *Estudos Psicologia (Natal)*, 10 (1), 139-146. 2005.
6. MIKIEL-KOSTYRA, K, et al. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Pediatr, Oslo*, v. 89, n. 12, p. 1301-1306, Dec. 2002.
7. MARTINS, L.A. et al. Inserção da família na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Uma revisão sistemática. *Revista de Enfermagem UFPE*. 2007.
8. LAKATOS, E.M; MARCONI, MA. Fundamentos de metodologia científica. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
9. GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
10. BRASIL. Lei nº 12.853. Lei sobre a gestão coletiva de direitos autorais. Agosto de 2013.
11. MELO, R.C.J.; SOUZA, I.E.O.; PAULA, C.C. O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro na Unidade Intensiva: contribuições para a enfermagem neonatal. *Escola Ana Nery*, v. 16, nº2, p 219-226, abr-jun. 2012.

12. SOUSA, A.M. et al. Sentimentos expressos por mães de neonatos prematuros internados na UTI Neonatal. Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental online. 2011.
13. SANTOS, L.M. et al. Percepção materna sobre o contato pele a pele com o prematuro através da posição canguru. Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online, v.5, nº1, pg. 3504-14, jan/mar. 2013.
14. SOUZA, N.L. et al. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. Revista Brasileira de Enfermagem, v.62, nº 5, p 729-33, set/out. 2009.
15. OLIVEIRA, C.S. et al. Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. ABCS Health Sciences, V.40, nº1, p 28-32, 2015.
16. ROSO, C.C. et al. Vivência de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. Revista de Enfermagem UFSM, v.4, nº1, pg. 47-54, jan/mar. 2014.
17. CRUZ, M.R.; SEBASTIÃO, L.T. Amamentação em prematuros: conhecimentos, sentimentos e vivências das mães. Distúrbios comuns, v.27, nº1, pg. 76-84, março. 2015.
18. SILVA, P.K.; ALMEIDA, S.T. Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma UTI Neonatal. Revista CEFAC, v.17, nº 3, p. 927-935, mai/jun. 2015.
19. PEREIRA, L.B et al. Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. Texto Contexto Enfermagem, v.24, nº1, p.55-63, jan/mar. 2015.
20. SOUZA, N.L. et al. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. REME, v. 14, nº2, p 159-165, abr/jun. 2010.
21. FERNANDES, R.T. et al. Tecendo as teias do abandono: Além das percepções das mães de bebês prematuros. Ciência e Saúde Coletiva, v.16, nº 10, p 4033-4042. 2011.
22. IUNGANO, M.E. A relação entre mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal. Revista Brasileira de Medicina. 2009.
23. MELO, R.C.J.; SOUZA, I.E.O.; PAULA, C.C. Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Enfermagem, v.6, n 5, p 656-62, set/out. 2013.
24. CARTAXO, L.S. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v.22, nº 4, p 551-7. 2014.

Andréia Rangel Soares
andreiafisio@gmail.com

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário UnirG.
Gurupi-TO, Brasil.

Ívia Thatiane do N. S. de Andrade
iviacavalcanti@gmail.com

Fisioterapeuta pelo Centro Universitário UnirG.
Gurupi-TO, Brasil.

Geovane Rossone Reis
georossone@hotmail.com

Fisioterapeuta. Especialista em Ventilação
Mecânica pela PUC-GO. Professor Assistente I
do Centro Universitário UnirG. Gurupi-TO, Brasil.

Ivanessa Thaiane do N. Cavalcanti
ivanessatnc@gmail.com

Economista. Especialista em Gestão de
Agronegócios e Finanças pela UEG. Mestre em
Economia pela Faculdade de Economia da UFBA.
Doutora do Curso de Economia pela Faculdade
de Economia da UFBA.

Janne Marques Silveira
jannefisio@yahoo.com.br

Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia
Cardiovascular e Respiratória. Mestre em
Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória pelo
Centro Universitário do Triângulo.

Anny Pires de Freitas Rossone
anny.pires@hotmail.com

Fisioterapeuta. Especialista em saúde pública
pelo IEP-TO. Professor Assistente I do Centro
Universitário UnirG

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

NÍVEL DO LACTATO PRÉ E PÓS ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NEUROMUSCULAR EM UTI

*LACTATE LEVEL BEFORE AND AFTER NEUROMUSCULAR
ELECTRICAL STIMULATION IN ICU*

RESUMO

Introdução: A inatividade prolongada no leito ocasiona um declínio na força, resistência e na massa muscular que pode ser revertido ou atenuado com a utilização da eletroestimulação neuromuscular (EENM). Esse recurso fisioterapêutico permite que a musculatura possa aumentar a sua capacidade oxidativa. **Objetivo:** Analisar o nível de lactato sérico pré e pós a utilização de EENM em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Material e Método:** Participaram do estudo 20 pacientes internados na UTI do Hospital Regional de Gurupi, com média de idade de $44,89 \pm 17,32$ anos, Escala de Coma de Glasgow (ECGI) < 8 ou *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) < -2 e que tivessem indicação para o uso da EENM. O nível de lactato sérico foi mensurado antes e após a utilização de 30 minutos de EENM na frequência de 50 Hz, largura de pulso de 350 microssegundos e intensidade, até ser obtida a contração visível. **Resultados:** Verificou-se a variação de lactato em +1,3 em nove pacientes e, em onze pacientes, a variação do lactato foi de -0,49. **Conclusão:** Verificou-se que a EENM alterou os valores de lactato sérico em pacientes internados em UTI.

ABSTRACT

Introduction: Prolonged inactivity in bed leads to a decline in strength, endurance, and muscle mass that can be reversed or attenuated using neuromuscular electrostimulation (NMES). This physiotherapeutic resource allows the musculature to increase its oxidative capacity. **Objective:** To analyze the serum lactate level before and after the use of NMES in patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU). **Methods:** Participants were 20 patients admitted to the ICU of Gurupi Regional Hospital, with mean age of 44.89 ± 17.32 years, Glasgow

PALAVRAS-CHAVE:

Fisioterapia; Lactato; Estimulação Elétrica; Atrofia Muscular; Metabolismo Energético.

Coma Scale (ECGL) <8 or Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) <-2 and with an indication for use of NMES. The serum lactate level was measured before and after the use of 30 minutes of NMES at the 50 Hz frequency, pulse width of 350 microseconds and intensity until the visible contraction was obtained. **Results:** The lactate variation was verified in +1.3 in nine patients and in eleven patients the lactate variation was -0.49. **Conclusion:** It was verified that NMES altered the values of serum lactate in patients hospitalized in ICU.

Keywords: Physical Therapy Specialty; Electric stimulation; Muscular Atrophy; Energy Metabolism.

INTRODUÇÃO

A estimulação elétrica neuromuscular (EENM) é amplamente usada como recurso fisioterapêutico para tratar pacientes com paralisias ou que estejam imobilizados e também para aqueles em que haja contra-indicação de realizarem exercícios voluntários.¹⁻⁴ As contrações musculares passivas por meio da estimulação dos nervos motores periféricos potencializam a capacidade oxidativa do músculo, consistindo, portanto, de uma alternativa terapêutica para protocolos de treinamentos físicos.⁴

A musculatura esquelética é projetada para o movimento. O imobilismo, a inatividade, o desuso, a perda de inervação em algumas patologias ocasionam um declínio na massa muscular, na força e na resistência. Segundo alguns autores,⁴⁻¹¹ menos de duas semanas já são suficientes para que ocorra um declínio considerável na massa muscular e, à medida que o paciente permanece no leito, o declínio será diário, ainda mais se estiver associada à sepse e às patologias inflamatórias. Essa debilidade acomete tanto a musculatura periférica quanto a respiratória.⁷

Em situações em que o exercício é realizado de forma intensa, a produção de piruvato suplanta a capacidade do sistema de transporte das mitocôndrias e, com isso, aumenta a sua concentração no citoplasma, ocasionando o acúmulo de lactato, independentemente da oferta de oxigênio.¹²

Diversas situações podem desencadear o acúmulo de lactato no organismo, como exercício físico, hipoperfusão tecidual, índice de produção elevada de insulina, choque séptico, hiperlactatemia, trauma, doença pulmonar obstrutiva crônica, anemia, insuficiência cardíaca congestiva, consumo agudo de glicose, entre outros. E quando o lactato apresenta-se alterado, constitui uma variável que pode ser considerada no diagnóstico etiológico e no prognóstico de pacientes graves.¹²⁻¹⁷

Na ausência de treinamento, a glicólise permanece sem alteração ou aumenta moderadamente, enquanto que a capacidade metabólica mitocondrial perde-se mais rapidamente.¹⁸ Na necessidade de ventilação mecânica, os efeitos do imobilismo são potencializados, ou seja, quanto maior o período de repouso, mais severa será a disfunção contrátil.^{4,11}

A técnica de EENM produz contrações musculares diferentes da contração fisiológica. Aplicados sobre o tecido muscular, os estímulos elétricos agem através do sistema nervoso periférico íntegro para recuperar as funções sensorio-motoras, restaurando o *feedback* proprioceptivo que está inibindo os movimentos musculares.¹⁹⁻²¹ Também está associada, de forma consistente, ao

aumento de massa, força e resistência muscular em lesões desportivas e inúmeras situações clínicas em que haja fraqueza muscular, tanto por desuso quanto por inervação muscular anormal; portanto, o seu benefício da estimulação elétrica neuromuscular em pacientes incapazes de realizar contrações ativas é conhecido.^{4,19,22} Mais do que a melhora do quadro de hipotrofia²³ do paciente, é um recurso fisioterapêutico importante para a reabilitação precoce, quando se trata de paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e por isso se torna válido analisar se ocorrem alterações metabólicas pós estimulação elétrica. Dessa forma, este estudo teve por objetivo analisar o nível de lactato no pré e pós a EENM em pacientes internados em UTI.

MATERIAL E MÉTODO

Consiste em um estudo de intervenção clínica. Participaram da pesquisa 20 pacientes com média de idade de $44,89 \pm 17,32$ anos, internados na UTI do Hospital Regional de Gurupi (HRG) no período de 19 de março a 25 de maio de 2016. Apresentaram a Escala de Coma de Glasgow (ECGL) < que 8 e *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) < -2, com indicação para o uso da EENM e que estivessem liberados para atendimento pelo coordenador de Fisioterapia. Dos 57 pacientes internados, inicialmente, 34 (59,65%) foram excluídos: 23 (67,65%) por faixa etária superior (>75 anos) ou inferior (<18 anos) à estabelecida; 3 (8,82%) por presença de morte encefálica; 3 (8,82%) por estar fora dos critérios de inclusão da Escala de Avaliação do nível de consciência (ECGL e RASS); 2 (5,88%) por erisipela; 2 (5,88%) por fratura de fêmur e 1 (2,95%) por pré-eclâmpsia. Foram avaliados e, após realizada a coleta sanguínea em 23 pacientes, nessa etapa 3 (13,04%) pacientes foram excluídos da pesquisa por não apresentarem alterações no lactato sérico.

A pesquisa foi desenvolvida na UTI do HRG, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos (CEP) do Centro Universitário Unirg, (CAAE: 51167215.0.0000.5518 e parecer: 1.448.003). O preenchimento da ficha de avaliação do paciente só ocorreu após o seu responsável assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Grupos avaliados

Os indivíduos foram agrupados de acordo com a variação sérica de lactato. Após coleta pré e pós-estimulação elétrica, os pacientes que apresentaram variação positiva foram alocados no grupo 1 (G1) e os que apresentaram variação negativa foram para o grupo 2 (G2).

Protocolo de coleta de lactato

Para a avaliação do nível de lactato sanguíneo, em milimols/litro (mmol/L), seguiu-se o procedimento do hospital, utilizando-se de lanceta descartável para a punção da falange distal do membro superior. Na área puncionada foi realizada, previamente, a assepsia com álcool 70%. Para a análise do lactato, utilizou-se o lactímetro ACCUTREND® LACTATE da Roche®. O valor de referência de normalidade em indivíduos em repouso ou durante exercícios leves é de 1,0 a 1,8 mmol/L.²⁴

Protocolo para estimulação elétrica neuromuscular

Os eletrodos foram posicionados bilateralmente no músculo quadríceps. Em cada eletrodo foi passado gel à base de água. O paciente foi submetido a uma sessão de fisioterapia com a duração de 50 minutos, sendo que os primeiros 20 minutos foram utilizados para o preenchimento da ficha de avaliação, coleta sanguínea antes da eletroestimulação, posicionamento correto do paciente e colocação dos eletrodos. Nos 30 minutos finais utilizou-se a EENM com o aparelho da marca Orion Tens II®, ajustado na frequência de 50 Hertz (Hz), largura de pulso de 350 microssegundos (μ s) e intensidade até obter contração visível por 30 minutos (min)¹⁹, conforme figura 1.



Figura 1: Posicionamento dos eletrodos no músculo quadríceps para a EENM

Análise Estatística

A variação do lactato foi conseguida utilizando-se os valores obtidos no pós EENM – os valores obtidos do pré-EENM, conforme a fórmula: variação de lactato = (valores pós – valores pré).

Para análise dos dados foram utilizados dois programas estatísticos, o SPSS®, versão 22 e o STATA®, versão 12 para avaliar a amostra. Na regressão foi feita a análise do lactato sanguíneo

pré e pós-estimulação elétrica neuromuscular, utilizando-se o Teste T de Student, para verificar a normalidade da amostra, sempre considerando o nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

As características dos pacientes ($n=20$) que participaram do estudo estão descritas na tabela 1.

Tabela 1- Gênero, diagnóstico, drogas sedativas e vasoativas, nível de consciência, glicemia, idade e dias de admissão no momento da avaliação na UTI do HRG ($n = 20$).

Variável	
Gênero	
Masculino	16(80,00)
Feminino	4(20,00)
Diagnóstico Principal**	
Cardiovasculares (Cardiopatía Chagásica, Infarto Agudo Miocárdio (IAM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC))	5
Pulmonares (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Pneumonia (PNM), Edema Agudo de Pulmão (EAP))	5
Metabólicas (Diabetes Mellitus(DM))	3
Renais (Insuficiências renais agudas e crônicas (IRA/IRC))	3
Infecciosas (Meningite, Peritonite bacteriana)	2
Neurológicas (Acidente Vascular Cerebral (AVC))	3
Traumas (Traumatismo Crânioencefálico (TCE))	7
Pós-Cirúrgicos (P.O de Decorticação Pulmonar, P.O de Laparotomia)	3
Causas Ambientais (Enforcamento, Etilismo, Lesão por arma branca)	3
Drogas Sedativas**	
Fentanil	17
Dormonid	15
Drogas Vasoativas**	
Noradrenalina	11
Dobutamina	2
Escala de Avaliação do Nível de Consciência	
ECGI	5(25,00)
RASS	15(75,00)
Glicemia (mg/dL)	
70-99	2(10,00)
100-125	5(25,00)
126- 200	10(50,00)
Acima de 200	3(15,00)
Idade (anos)	
18- 30	5(25,00)
31- 40	3(15,00)
41-50	4(20,00)
51-60	2(10,00)
61-75	6(30,00)
Dias de admissão no momento da avaliação	
1-3	15(75,00)
4-5	3(15,00)
26-35	2(10,00)

* % refere-se ao proporcional das variáveis.

** Para essas variáveis não é possível calcular a porcentagem, pois os pacientes podem apresentar um ou mais diagnóstico principal, utilizar drogas sedativa e/ou vasoativa.

Considerando a variação dos níveis de lactato sérico, os pacientes foram divididos em dois grupos, sendo que no G1 (n=9) houve aumento no nível de lactato e no G2 (n=11) apresentaram diminuição nos níveis de lactato, conforme tabela 2.

Tabela 2 - Médias e Desvio Padrão da idade, glicemia, dias de admissão e variação do lactato nos G1 (n=9) e G2 (n=11).

Variáveis	G1	G2
Idade	45,44±18,68	47,55±17,67
Glicemia	140,11±25,60	168,55±77,77
Dias de admissão no momento da avaliação	1,89±0,60	7,73±11,51
Variação do lactato	+1,3±0,96	-0,49±0,39

A tabela 3 apresenta os pacientes do G1 (n=9) e G2 (n=11) com suas respectivas variações na porcentagem de variação do lactato entre pré e pós-estimulação elétrica neuromuscular (EENM).

Tabela 3- Valores de lactato em mmol/L, no pré e pós-estimulação EENM nos grupos G1 (n=9) e no G2 (n=11).

	G1			G2		
	Pré	Pós	%	Pré	Pós	%
1	2,0	3,0	50,00	4,1	3,4	-17,07
2	3,2	4,8	50,00	3,8	3,6	-5,26
3	2,1	2,4	14,29	5,5	4,2	-23,64
4	2,1	4,5	114,29	2,0	1,8	-10,00
5	4,2	5,3	26,19	3,9	3,7	-5,13
6	2,4	3,8	58,33	3,9	3,0	-23,08
7	2,2	2,4	9,09	3,8	3,7	-2,63
8	0,8	3,9	387,50	5,5	4,7	-14,55
9	3,1	3,7	19,35	1,5	1,1	-26,67
10	-	-	-	3,1	3,0	-3,23
11	-	-	-	3,7	3,2	-13,51
Total	22,1	33,8	729,04	40,8	35,4	-144,77
Média	2,46	3,76	81,00	3,71	3,22	-13,16

Na figura 2, estão representadas as porcentagens da variação do lactato no G1 (n=9) e no G2(n=11).

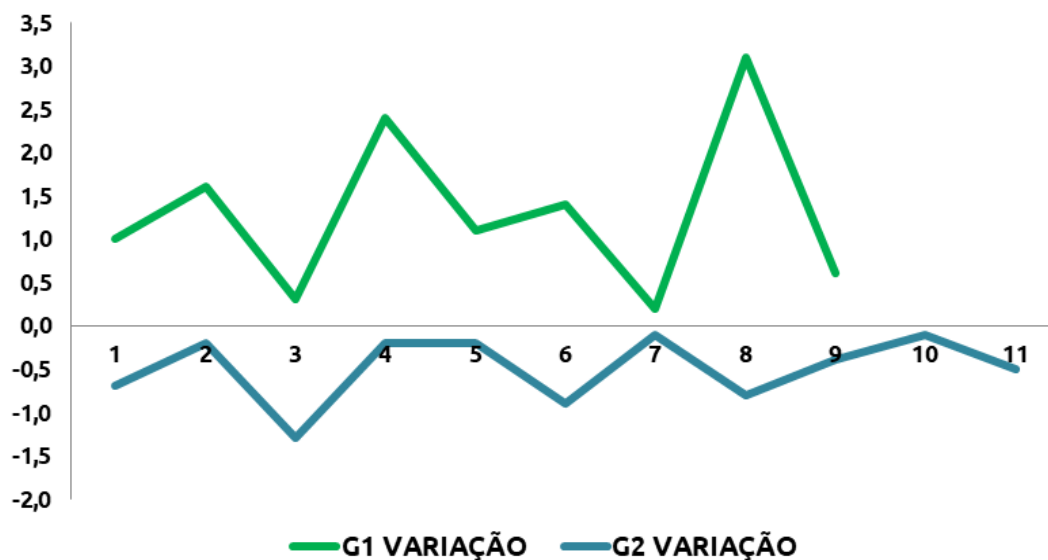


Figura 2- Porcentagem da variação do lactato em mmol/L, nos G1 (n=9) e no G2 (n=11).

A tabela 4 mostra as estimações das regressões para as variáveis apresentadas na amostra.

Tabela 4 - Regressão Linear, coeficiente para cada variável, o erro padrão, o teste T de Student, o P valor e o intervalo de confiança de 5%.

Variação do lactato	Coeficiente	Erro Padrão	T	P > T	Intervalo de confiança	
Geral						
Idade	0,0008	0,0228	0,04	0,972	-0,0478	0,0494
Glicemia	-0,0024	0,0048	-0,50	0,622	-0,0126	0,0078
Dias de admissão no momento da avaliação	-0,0464	0,0374	-1,24	0,234	-0,1263	0,0333
Drogas	-0,0546	0,3821	-0,14	0,888	-0,8690	0,7597
Constante	0,9969	0,9822	1,01	0,326	-1,0967	3,0905

DISCUSSÃO

A proposta do presente estudo foi investigar o efeito da eletroestimulação na alteração dos níveis de lactato em pacientes na UTI. De acordo com os resultados, pode-se afirmar que os valores séricos de lactato podem apresentar variações positivas ou negativas em pacientes submetidos a uma sessão de eletroterapia de duração de 30 minutos com contração muscular visível. A intensidade do exercício exerce influência sobre a produção e acúmulo do lactato. Quanto mais vigoroso o exercício, maior necessidade tem o músculo de produzi-lo.²⁵

O músculo absorve, produz e remove lactato. O organismo utiliza o lactato como substrato

para a realização do exercício. É importante no estado de oxirredução da célula muscular, na renovação do FADH₂ e NADH possibilitando o funcionamento da cadeia respiratória. É utilizado pelo sistema cardíaco e nervoso.²⁶ E, possivelmente, contribui para o retardo no ponto de fadiga muscular.²⁷

Na estimulação elétrica neuromuscular, as fibras de contração rápida são as primeiras a serem recrutadas, devido a sua excitabilidade.^{7-8-9,19} O recrutamento das fibras fásicas e o incremento na potencialização do exercício estimulam a produção de lactato.²⁵ Dado que corrobora os achados da nossa pesquisa, visto que o G1 apresentou variação positiva de 1,3 quando submetido à EENM. Segundo alguns autores²⁴⁻²⁵⁻²⁸, esse aumento deve-se ao fato de que quando a concentração de lactato sanguíneo não está equilibrada à oxidação, pode ocorrer o acúmulo nos níveis séricos de lactato.

Por outro lado, devido a vários processos que os pacientes vivem dentro da UTI, entre eles, tempo de internação prolongada e infusão de drogas vasoativas, o nível de lactato pós-estimulação elétrica pode sofrer influência. Mesmo com a inatividade da musculatura esquelética, há a produção do lactato, porém o músculo passa progressivamente a absorvê-lo com o tempo.²⁹ Na UTI é comum a infusão de drogas vasoativas, noradrenalina e a dobutamina, que têm como principal função melhorar a oxigenação tecidual. É sabido que noradrenalina auxilia na vasoconstrição periférica e a dobutamina na contratilidade do miocárdio.³⁰⁻³¹

A noradrenalina, quando administrada no tratamento do choque séptico objetivando a melhora da perfusão tecidual, pode influenciar na diminuição do lactato, após 6 horas do início da sua infusão, sendo seu efeito potencializado em associação à dobutamina.³⁰⁻³¹ Essas informações confirmam os achados do G2, nos quais houve pacientes com maior tempo de admissão (7,73%) na UTI no momento da avaliação e que apresentaram variação negativa do lactato.

Entretanto, em nosso estudo não é possível identificar o tempo em que o paciente iniciou o uso desses medicamentos, portanto, não se pode afirmar que a diminuição sérica do lactato no G2 ocorreu pelo uso de drogas vasoativas.

A EENM consiste numa forma de exercício leve^{4,22} e objetiva promover o aumento da capacidade ao exercício e, conseqüentemente, aumento da força da musculatura periférica. Durante a sua aplicação nos pacientes do presente estudo, o nível de exercício manteve-se com a mesma intensidade de contração muscular. Ferrari GH, et al,³² em seu estudo sobre os métodos de recuperação para remoção de lactato, concluíram que a recuperação ativa é mais eficaz para a remoção do lactato do que recuperação passiva e crioterapia, visto que a manutenção do fluxo sanguíneo pós-atividade facilita a absorção do lactato sanguíneo. O resultado do seu estudo coincide com diversos autores³³⁻³⁴⁻³⁵⁻³⁶⁻³⁷⁻³⁸⁻³⁹ que também verificaram que a recuperação ativa mostrou-se mais eficaz que a recuperação passiva. Pensando na eletroestimulação como uma recuperação ativa e o repouso (imobilismo) como uma recuperação passiva, a variação negativa do lactato no G2 poderia ser justificada por esse fator. Outra justificativa poderia ser dada pelos valores apresentados. O G2 apresentou níveis de lactato pré maiores e, portanto, diminuiram com EENM.

Ao se comparar as médias da variação do lactato nos grupos, verifica-se que o G2 apresenta um

valor médio do pré-EENM maior que o G1. Contudo, quando se analisa a variação pós-lactato é identificado que o G2 apresenta uma alteração proporcionalmente menor ao se comparar com o G1, ou seja, um decréscimo na média da variação do lactato. Com isso verifica-se que a sessão de EENM promoveu a redução sérica de lactato sanguíneo. Diante desse resultado, percebe-se que a EENM, em nosso estudo, ocasionou uma recuperação ativa e, portanto, uma indicação para a remoção do lactato em pacientes críticos. Evidentemente, são necessários novos estudos que verifiquem as alterações desse biomarcador em pacientes críticos submetidos à EENM.

Na regressão, as variáveis analisadas não foram estatisticamente significantes para descrever as modificações na variável dependente. O presente estudo apresenta as suas limitações. Seria necessária uma amostra com maior número de elementos, um protocolo de eletroestimulação com número maior de sessões e a coleta de outros dados, como fração inspirada de oxigênio (FiO_2); verificar a presença de edema, o tempo de ventilação mecânica, o modo ventilatório, o tempo de infusão de drogas; se o paciente praticava algum tipo de atividade física antes da internação ou se já era acamado. Dados que contribuiriam para analisar os resultados de forma mais abrangente.

CONCLUSÃO

Com a verificação do nível de lactato pós-estimulação elétrica neuromuscular em pacientes de uma UTI, verificou-se que pode ocorrer tanto variação positiva (G1) quanto negativa (G2). O aumento nos níveis séricos de lactato pode ocorrer na presença de desequilíbrio entre concentração e oxidação. A diminuição dos níveis de lactato pode estar relacionada a fatores como o maior tempo de permanência e a infusão de drogas vasoativas. São necessários novos estudos para verificar a relação entre essas variáveis.

Em nosso estudo, a EENM no G2 promoveu a redução sérica do lactato, proporcionando uma recuperação ativa nesses pacientes críticos e, portanto, uma indicação para a EENM, porém é um dado que carece de maiores investigações.

Na regressão, as variáveis analisadas não foram estatisticamente significantes. Faz-se necessários novos estudos com um maior número amostral, com protocolo de eletroestimulação envolvendo maior número de sessões e uma coleta mais detalhada de dados para análise mais ampliada dos possíveis motivos causadores da ocorrência de alterações no lactato em indivíduos submetidos à EENM.

REFERÊNCIAS

1. Martins FLM, Guimarães LHCT, Vitorino DFM, Souza LCF. Eficácia da eletroestimulação funcional na amplitude de movimento de dorsiflexão de hemiparéticos. *Rev Neurocienc.* 2004;12:103-9.
2. Soetanto D, Kuo C, Babic D. Stabilization of human standing posture using functional Neuromuscular stimulation. *J Biomec.* 2001;34:589-97.
3. Jette DU, Latham NK, Randall JS, Gassaway J, Slavin MD, Hom SD. Physical therapy interventions for patients white stroke in inpatient rehabilitation facilities. *Phys ther.* 2005;85:238-48.
4. França EET, et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2012;24(1):6-22.
5. De Jonghe B, Sharshar T, Lefaucheur JP, Authier FJ, DurandZaleski I, Boussarsar M, Cerf C, Renaud E, Mesrati F, Carlet J, Raphael JC, Outin H, Bastuji-Garin S; Groupe de Réflexion et d'Etude des Neuromyopathies en Réanimation Paresis acquired in the intensive care unit: a prospective multicenter study. *JAMA.* 2002;288(22):2859-67.
6. Leijten FS, Harinck-de-Weerd JE, Poortvliet DC, de Weerd AW. The role of polyneuropathy in motor convalescence after prolonged mechanical ventilation. *JAMA.* 1995;275(15):1221-5
7. Sabinelli M, Maioral DC, Falcão ALE, Kosour C, Dragosavac D, Lima NMFV. Efeito imediato do ortostatismo em pacientes internados na unidade de terapia intensiva de adultos. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2012; 24(1):64-70.
8. Perme C, Chandrashekar R. Early mobility and walking program for patients in intensive care units: creating a standard of care. *Am J Crit Care.* 2009;18(3):212-21.
9. Needham DM. Mobilizing patients in the intensive care unit: improving neuromuscular weakness and physical function. *JAMA.* 2008;300(14):1685-90
10. Wagenmakers AJ. Muscle function in critically ill patients. *Clin Nutr.* 2001;20(5):451-4. Review.
11. Silva APP, Maynard K, Cruz MR. Efeitos da fisioterapia motora em pacientes críticos: revisão de literatura. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2010; 22(1):85 91.
12. Benetti M, Santos RT, Carvalho T. Cinética de lactato em diferentes intensidades de exercícios e concentrações de oxigênio. *Rev Bras Med Esporte _ Vol. 6, Nº 2 – Mar/Abr, 2000.*
13. Bertuzzi RCM, Silva AEL, Abad CCC, Pires FO, Metabolismo do lactato: uma revisão sobre a bioenergética e a fadiga muscular. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2009, 11(2):226-234.

14. Goto SH, Mazza BF, Freitas FGR, Machado FR. Influência do *status* perfusional nas saturações venosas de oxigênio central e mista em pacientes sépticos. Rev Bras Anesthesiol. 2017.
15. Figueiredo LFP, Silva E, Corrêa TD. Avaliação hemodinâmica macro e micro circulatório em choque séptico. Rev Med (São Paulo). 2008 abr.-jun.;87(2):84-91.
16. Koliski A, Cat I, Giraldo DJ, Cat ML. Lactato sérico como marcador prognóstico em crianças gravemente doentes. J Pediatr (Rio J). 2005;81:287-92.
17. Rocha LL, Pessoa CMS, Corrêa TD, Pereira AJ, Cesar de Assunção MS, Silva E. Conceitos atuais sobre suporte hemodinâmico e terapia em choque séptico. Rev Bras Anesthesiol. 2015; 65(5): 395-402
18. Robergs RA, Roberts SO. Princípios fundamentais de fisiologia do exercício para aptidão, desempenho e saúde. 1 ed. São Paulo: Phorte, 2002.
19. Ferreira LL, Vanderlei LC, Valenti VE. Efeitos da eletroestimulação em pacientes internados em unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. ASSOBRAFIR Ciência. 2013 Dez; 4(3):37-44.
20. Pinheiro AR, Christofolletti G. Fisioterapia motora em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. Rev Bras Ter Intensiva. 2012; 24(2):188-196.
21. Wallace D, Duncan PW, Lai SM. Comparison of the responsiveness of the Barthel Index and the motor component of the Functional Independence Measure in stroke: the impact of using different methods for measuring responsiveness. J Clin. Epidemiol. 2002; 55:922-8.
22. Borges VM, Oliveira LRC, Peixoto E, Carvalho NAA. Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(4):446-452.
23. Clini E, Ambrosino N. Early physiotherapy in the respiratory intensive care unit. Respir Med. 2005;99(9):1096-104.
24. Camarda SRA. Fisiologia do exercício. AVM Instituto, Brasília- DF, 2010.
25. Mcardle WD, Katch FI, Katch VL. Fisiologia do exercício: nutrição, energia e desempenho humano. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
26. Germano MD et al. Efeito de diferentes tempos de pausas passivas no treinamento intervalado de alta intensidade. Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, São Paulo. v.9. n.52. p.206-215. Mar./Abril. 2015. ISSN 1981-9900.
27. Robergs RA, Ghiasvand F, Parker D. Biochemistry of exercise induced metabolic acidosis. American Journal Of Physiology Regulatory Integrative And Comparative Physiology, n. 287, p. 502-516, 2004.

28. Wilke CF, Garcia ES, Barros CLMB. Potência máxima alcançada em um teste progressivo estima intensidade correspondente à máxima fase estável de lactato em cicloergômetro antes e após um período de treinamento. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG, Belo Horizonte, 2010.
29. Pereira B. Souza Junior TP. Metabolismo celular e exercício físico: aspectos bioquímicos e nutricionais. 2 ed. São Paulo: Phorte, 2007.
30. Senra D e cols. Medicina Intensiva: fundamentos e prática. São Paulo: Atheneu, 2013
31. Tallo FS, Guimarães HP, Lopes RD et al. Drogas Vasopressoras nos Estados Choque: Qual é a Melhor Opção? Rev Bras Clin Med, 2008;6:237-242.
32. Ferrari GH et al. Efeitos de diferentes métodos de recuperação sobre a remoção de lactato e desempenho anaeróbio de futebolistas. Rev Bras Med Esporte - Vol. 19, No 6 - Nov/Dez, 2013.
33. Halestrap AP, Meredith D. The SLC16 gene family – from monocarboxylate transporters (MCTs) to aromatic amino acid transporters and beyond. Eur J Physiol 2004;447:619-28.
34. Baldari C, Videira M, Madeira F, Sergio J, Guidetti L. Blood lactate removal during recovery at various intensities below the individual anaerobic threshold in triathletes. J Sports Med Phys Fitness 2005;45:460-6.
35. Tessitore A, Meeusen R, Pagano R, Benvenuti C, Tiberi M, Capranica L. Effectiveness of active versus passive recovery strategies after futsal games. J Strength Cond Res 2008;22:1402-12.
36. Dupont, Grégory, Moalla, Wassim, Guinhouya, Comlavi, Ahmaidi, Said & Berthoin, Serge (2004). Passive versus Active Recovery during High- Intensity Intermittent Exercises. *Medicin & Science in Sports & Exercise*, 36 (2), 302-307.
37. Monedero J, Donne, B. (2000). Effect of recovery interventions on lactate removal and subsquente performance. *International Journal of Sports Medicin*, 21: 593-597.
38. Sairyo, K., Iwanaga, K., Yoshida, N., Mishiro, T., Terai, T., Sasa, T. & Ikata, T. (2003). Effects of active recovery under a decreasing work load following intense muscular exercise on intramuscular energy metabolism. *International Journal of Sports Medicine*, 24: 179-182.
39. Spierer, D. K., Goldsmith, R., Baran, D. A., Hryniewicz, Katz, S. D. (2004). Effects of active vs. passive recovery on work performed during serial supramaximal exercise tests. *International Journal of Sports Medicin*, 25: 109- 114.

Ana Paula Martins Viana

paula.mv02@gmail.com

Hospital Adventista de São Paulo

Anselmo Cordeiro de Souza

anselmo.souza@unasp.org.br

Centro Universitário Adventista de São Paulo.

Maria Cecília Leite de Moraes

maria.leite@unasp.edu.br

Centro Universitário Adventista de São Paulo

Elias Ferreira Porto

elias.porto@unasp.org.br

Centro Universitário Adventista de São Paulo

Gina Andrade Abdala

gina.abdala@unasp.org.br

Centro Universitário Adventista de São Paulo

Marcia Maria H. A. O. Salgueiro

marcia.salgueiro@unasp.org.br

Centro Universitário Adventista de São Paulo

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

FATORES RELACIONADOS AOS ACIDENTES POR QUEDAS ENTRE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA

*FACTORS RELATED TO ACCIDENTS BY FALLS BETWEEN
ELDERLY RESIDENTS IN A LONG PERMANENCE
INSTITUTION: INTEGRATIVE REVIEW*

RESUMO

OBJETIVO: Identificar, na literatura científica recente, fatores relacionados aos acidentes por quedas entre idosos residentes em instituições de longa permanência.

METODOLOGIA: Revisão integrativa realizada entre setembro e dezembro de 2016, nas bases de dados: *SciELO, Scopus, Web of Science, Medline/PubMed*. Critérios de inclusão: artigos publicados entre janeiro de 2012 e dezembro de 2016, texto completo, resumo disponível, acesso livre e gratuito, em português ou inglês, relacionados a idosos residentes em instituições de longa permanência. **RESULTADOS:** O corpus totalizou-se de 17 artigos, apontando entre os principais fatores relacionados aos acidentes por quedas em idosos: desnutrição, comprometimento cognitivo, polifarmácia, fármacos/psicotrópicos/diuréticos, ter sido hospitalizado e tempo de institucionalização. **CONCLUSÃO:** O conhecimento dos fatores relacionados aos acidentes por quedas pode oferecer melhores subsídios ao direcionar esforços em ações, políticas preventivas e de promoção da saúde do idoso institucionalizado.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify in the scientific literature recent factors related to falls accidents among elderly people living in long-term care facilities. **METHODOLOGY:** Integrative review carried out between September and

PALAVRAS-CHAVE:

Idoso; Acidentes por Quedas; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Saúde do Idoso Institucionalizado.

December 2016, in the databases: SciELO, Scopus, Web of Science, Medline / PubMed. Inclusion criteria: articles published between January 2012 and December 2016, full text, summary available, free and open access, in Portuguese or English, related to elderly people living in long-term institutions. **RESULTS:** The corpus consisted of 17 articles, pointing out among the main factors related to falls in the elderly: malnutrition, cognitive impairment, polypharmacy, drugs, psychotropic drugs, diuretics, hospitalization, institutionalization time. **CONCLUSION:** Knowledge of the factors related to falls accidents can offer better subsidies by directing efforts in actions, preventive policies and health promotion of the institutionalized elderly.

KEYWORDS:

Aged, Accidental Falls, Homes for the Aged, Health of Institutionalized Elderly.

INTRODUÇÃO

A queda é comumente definida como um evento não intencional que tem como resultado a mudança da posição inicial do indivíduo para um mesmo nível ou nível mais baixo, apesar de não haver definição padronizada. A queda pode ser fatal e não fatal, podendo, por sua vez, ser caracterizada como um evento traumático, não planejado e involuntário com causa multifatorial⁽¹⁾, conforme indicado pela Organização Mundial da Saúde em sua publicação da Classificação Estatística Internacional de Doenças – CID10 pelos códigos W00 à W19, que inclui quedas no mesmo nível, nível superior e outros não especificados⁽²⁾.

As quedas são a segunda principal causa de mortes de lesão acidental ou não intencional em todo o mundo, perdendo apenas para os acidentes de trânsito, tornando-se assim um grave problema de saúde pública mundial. A cada ano, estima-se que um total próximo a meio milhão de pessoas morre de quedas em nível mundial, dos quais mais de 80% estão em países de baixa e média renda. Estima-se ainda que, a cada ano, ocorrem 37,3 milhões de quedas graves o suficiente para exigir atenção e assistência profissional de saúde. Ressalta-se que idosos com mais de 65 anos sofrem o maior número de quedas fatais⁽¹⁾.

Sublinha-se que o envelhecimento, por se tratar de um fenômeno dinâmico e progressivo, acarreta alterações estruturais, fisiológicas, psicológicas, bem como sociais ao indivíduo, favorecendo-o a desenvolver processos patológicos e a ocorrência de quedas, sendo este um dos agravos de saúde mais frequentes entre os idosos⁽³⁾.

Em relação às suas causas, as quedas têm sido classificadas em dois grupos: intrínsecos e extrínsecos. Entre os fatores intrínsecos, estão alterações fisiológicas, psicológicas, condições patológicas, uso concomitante de medicamentos e seus efeitos adversos. Os fatores extrínsecos estão relacionados aos riscos do ambiente em que o indivíduo se encontra, tais como iluminação inadequada, calçados, obstáculos no trajeto, entre outros^(4,5).

Os fatores extrínsecos são geralmente apontados como as causas por quedas em idosos da

comunidade, já os fatores intrínsecos são relacionados a maior número de quedas em idosos institucionalizados⁽⁶⁾. Na literatura, as pesquisas têm se referido aos idosos em relação à sua institucionalização em dois ambientes, a saber: o hospitalar⁽⁷⁾ e em instituições de longa permanência, também chamadas asilares⁽⁸⁾.

Estudos indicam que os idosos que se encontram nesses ambientes de longa permanência têm maior frequência de quedas do que aqueles que vivem na comunidade. Todos os anos, aproximadamente 30,0% a 50,0% das pessoas que vivem em instituições, sofrem quedas, e cerca de 40,0% delas caem de forma recorrente⁽⁸⁻¹⁰⁾. Relevante ainda é o impacto causado pelos acidentes por quedas em pessoas idosas em sua autonomia e capacidade funcional e, por consequência, na sua qualidade de vida.

Logo, na intenção de contribuir para uma melhor elucidação da temática, objetiva-se, nesta revisão da base empírica da literatura científica recente, identificar fatores relacionados aos acidentes por quedas entre idosos residentes em instituições de longa permanência.

MÉTODOS

Consiste em revisão integrativa da literatura⁽¹¹⁾, tida – junto à revisão sistemática – como pilar da prática baseada em evidências⁽¹²⁾. A revisão integrativa inclui vários tipos de pesquisas, combinados da bibliografia teórica e empírica, além de incorporar definições de conceitos, revisão de evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular, o que por um lado pode complicar a análise, entre outros perigos; mas, por outro lado, gera um panorama consistente e comparativo de assuntos relevantes⁽¹³⁾.

Diferentes autores têm proposto várias abordagens operacionais da revisão integrativa que convergem com alguma semelhança^(14,15). Assim, para esta pesquisa, assumiram-se seis fases: 1. Identificação do tema e questão de pesquisa; 2. Busca na literatura, definição de critérios; 3. Identificação dos estudos selecionados; 4. Categorização dos estudos selecionados; 5. Análise e discussão dos resultados; e 6. Apresentação da revisão do conhecimento.

Na primeira fase, para elaborar a pergunta norteadora da pesquisa, utilizou-se da estratégia PICO^(16,17), acrônimo para os quatro componentes integrantes da proposta: População, Intervenção (exposição), Comparação e *Outcome* (desfecho), resultando na seguinte questão: Quais são os fatores relacionados aos acidentes por quedas entre idosos residentes em instituições de longa permanência na literatura científica recente?

Na segunda fase, foi realizada busca nas principais bases de dados de interesse na indexação de periódicos das Ciências da Saúde⁽¹⁸⁾: Scientific Electronic Library Online – SciELO; PubMed, disponível por meio da *National Center for Biotechnology Information* (NCBI); Scopus, oferecida pela *Elsevier*; e *Web of Science (WoS)*, do *Institute for Scientific Information (ISI)*, esta última parte da *Thomas Reuters*. A busca foi realizada no período de setembro a dezembro de 2016. Para a definição das palavras-chave, levou-se em conta termos controlados tanto dos Descritores em

Ciências da Saúde – DeCS, a saber: Idoso, Acidentes por Quedas, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Saúde do Idoso Institucionalizado; como também dos *Medical Subject Headings – MeSH Terms*, a saber: *Aged, Accidental Falls, Homes for the Aged*.

Segundo os recursos (filtros) disponíveis em cada base de dados, foram selecionados artigos publicados entre janeiro de 2012 e dezembro de 2016, com texto completo, com resumo disponível e acesso livre e gratuito, em português ou inglês, relacionados a humanos e idosos, gerando para cada base de dados uma sintaxe de busca, contendo, além das palavras-chave, os operadores booleanos e símbolos de truncagens, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Resultados da sintaxe de busca por base de dados

BASE DE DADOS	SINTAXE DE BUSCA	RESULTADO
SciELO	(idoso) AND (acidentes por quedas) AND (instituição de longa permanência para idosos) OR (saúde do idoso institucionalizado) AND la:("pt" OR "en") AND year_cluster:("2012" OR "2014" OR "2013" OR "2015" OR "2016")	72
PUBMED	((("aged"[MeSH Terms] OR "aged"[All Fields]) AND ("accidental falls"[MeSH Terms] OR ("accidental"[All Fields] AND "falls"[All Fields]) OR "accidental falls"[All Fields])) AND ("homes for the aged"[MeSH Terms] OR ("homes"[All Fields] AND "aged"[All Fields]) OR "homes for the aged"[All Fields]) AND ((hasabstract[text] AND loatrfree full text"[sb]) AND ("2012/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang]) AND "aged"[MeSH Terms]))	52
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (aged) AND TITLE-ABS-KEY ("accidental falls") AND TITLE-ABS-KEY ("homes for the aged")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2012)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar"))	15
Web of Science - WoS	Tópico: (aged) AND Tópico: (accidental falls) AND Tópico: (homes for the aged) Refinado por: Anos da publicação: (2012 OR 2013 OR 2014 OR 2016 OR 2015) AND Idiomas: (ENGLISH OR PORTUGUESE) AND Tipos de documento: (ARTICLE) AND Acesso aberto: (YES) Tempo estipulado: Todos os anos. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI.	25

Fonte: Bases de dados pesquisadas, 2016.

Na terceira fase de pré-seleção, restaram para análise – pelo título e resumo – 164 artigos nas bases de dados. Após análise de título e resumo, feita por três pesquisadores independentes, com consenso depois de discutidas as divergências, excluíram-se as revisões e outros tipos de publicações (05), artigos duplicados na mesma base (15) e os artigos que não respondiam à problemática-tema (116), identificando e permanecendo 28 artigos originais; destes, 11 artigos estavam indexados em mais de uma das bases de dados pesquisadas. Assim, para compor esta revisão, totalizou-se o corpus de 17 artigos. Para melhor visualização do percurso, apresenta-se a seguir um fluxograma segundo o modelo PRISMA, também utilizado em outras revisões integrativas⁽¹⁹⁾, como apresentado na Figura 1.

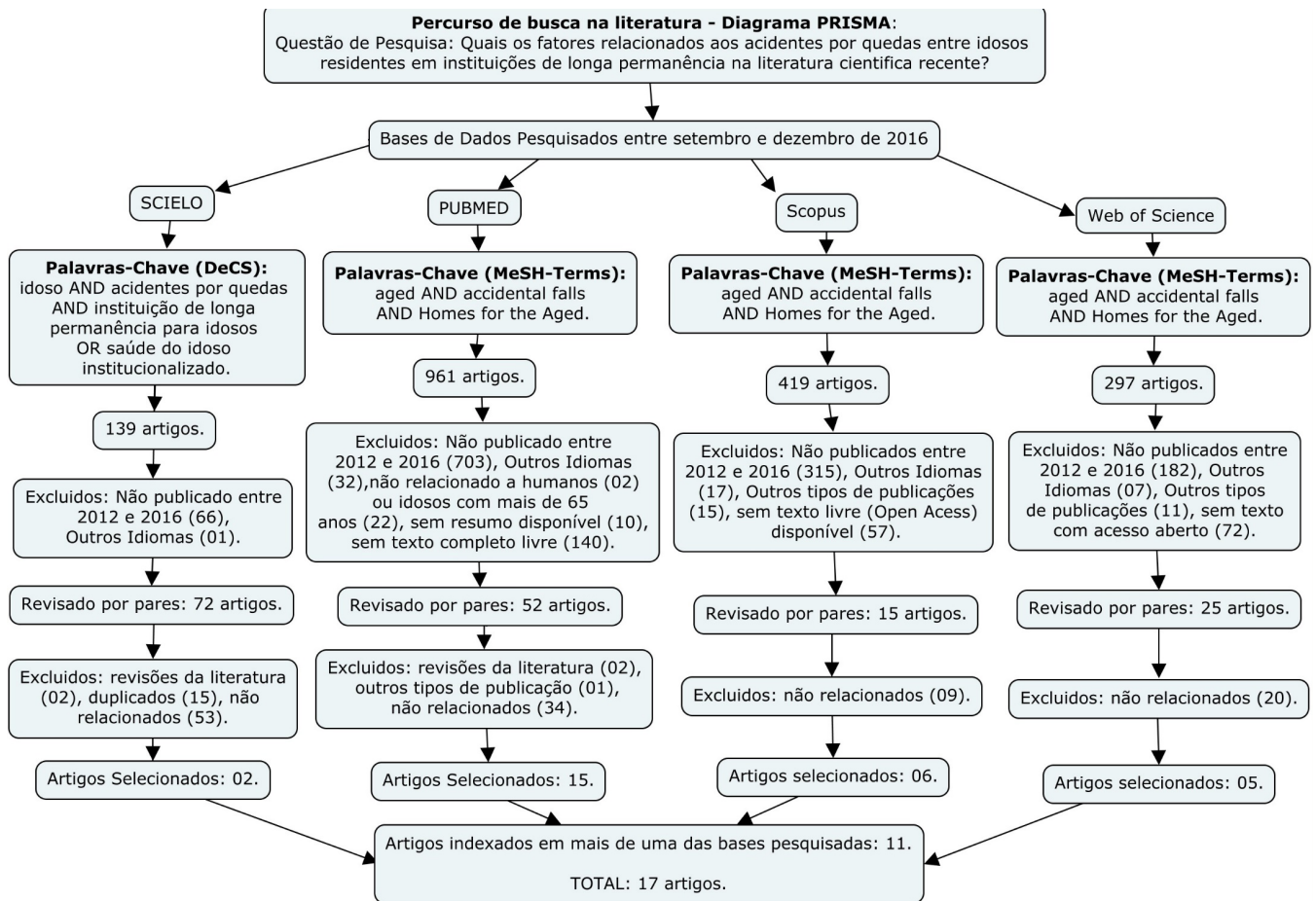


Figura 1 – Diagrama de percurso de busca nas bases de dados.

Finalizadas as estratégias de busca, procedeu-se à coleta de dados empregando-se o instrumento de Ursi⁽²⁰⁾, largamente utilizado em outras revisões integrativas^(12,16), com questões abertas e fechadas, composto de cinco partes: Identificação, Instituição sede do estudo, Tipo de revista científica, Características metodológicas do estudo e Avaliação do rigor metodológico.

Assim, procedeu-se à quarta fase, correspondente à categorização por meio de leitura completa dos artigos selecionados. Não obstante, na literatura, encontrem-se diferentes definições de classificação das evidências⁽²¹⁾, aqui utiliza-se como critério para a definição do nível de evidência, como propõem Stetler et al.⁽²²⁾, que classificam em nível 1: evidências resultantes de meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; e nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

RESULTADOS

Em relação ao ano de publicação, os dados mais expressivos ocorreram no ano de 2013, com

cinco artigos (29,4%). Em seguida, aparecem tanto 2012 como 2014, com quatro artigos (23,5%). Em relação ao país de origem, a amostra apresentou-se bem diversificada, compondo-se por contribuições de vários continentes. Não obstante, o maior número de publicações foi dos Estados Unidos da América – EUA, com quatro estudos (23,5%), seguido pelo Brasil, com três estudos (17,6%), Reino dos Países Baixos e Suécia, com dois estudos cada (11,7%), e Austrália, Espanha, Polônia, Canadá, Sri Lanka e Irã, com um para cada. Em relação à base de dados, dez (58%) artigos tiveram ocorrência em apenas uma base, quatro (23,5%) em três bases, dois (11,7%) em duas bases e um (5,8%) em uma base de dados. Já em relação ao nível de evidência, houve 15 (88,2%) estudos com nível quatro de evidência pelo critério de Stetler et al.⁽²²⁾. Para melhor apresentação dos resultados, optou-se por considerar as seguintes variáveis dos artigos selecionados: base de dados, título, autores, país de origem, periódico, ano/local, delineamento e nível de evidência científica, conforme explicitado no Quadro 2.

Quadro 2 – Artigos incluídos na revisão integrativa, sua categorização e grau de evidência.

Base de Dados	Título	Autores	País de Origem	Periódico / Ano	Delineamento	Nível de Evidência
PUBMED	Epidemiology of Drug-Disease Interactions in Older Veteran Nursing Home Residents	Aspinall et al.	EUA	Journal of the American Geriatrics Society, 2015.	Transversal	4
PUBMED WoS	Mobility has a non-linear association with falls risk among people in residential aged care: observational.	Barker et al.	Austrália	Journal of Physiotherapy, 2012.	Longitudinal	4
PUBMED SciELO WoS Scopus	Influence of the length of institutionalization on older adults' postural balance and risk of falls: a transversal study	Batista et al.	Brasil	Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2014.	Transversal	4
PUBMED	New loop diuretic prescriptions may be an acute risk factor for falls in the nursing home	Barry et al.	EUA	Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 2012.	Longitudinal	2
PUBMED WoS Scopus	Factors associated with Falls among older adults living in institutions	Damián et al.	Espanha	BMC Geriatrics, 2013.	Transversal	4
PUBMED SciELO Scopus	Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos	Del Duca et al.	Brasil	Revista Brasileira de Epidemiologia, 2013.	Transversal	4
PUBMED	Psychotropic drug initiation or increased dosage and the acute risk of falls: a prospective cohort study of nursing home residents	Echt et al.	EUA	BMC Geriatrics, 2013.	Longitudinal	2
PUBMED SCOPUS	Fall risk-increasing drugs and falls: a cross-sectional study among elderly patients in primary care	Milos et al.	Suécia	BMC Geriatrics, 2014.	Tranversal	4

PUBMED	Malnutrition is associated with an increased risk of falls and impaired activity in elderly patients in Dutch residential long-term care (LTC): A cross-sectional study	Neyens et al.	Reino dos Países Baixos	Archives of Gerontology and Geriatrics, 2013.	Transversal	4
PUBMED Scopus	Association between respiratory tract infections and incidence of falls in nursing home residents	Piğłowska et al.	Polónia	Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 2013.	Longitudinal	4
PUBMED Scopus	Falls in nursing home residents receiving pharmacotherapy for anemia	Reardon et al.	EUA	Clinical Interventions in Aging, 2012	Transversal	4
PUBMED	Use of fall risk increasing drugs in residents of retirement villages: a pilot study of long term care and retirement home residents in Ontario, Canada	Rojas-Fernandez et al.	Canadá	BMC Research Notes, 2015.	Transversal	4
PUBMED	Vitamin D deficiency in elderly people in Swedish nursing homes is associated with increased mortality	Samefors et al.	Suécia	European Journal of Endocrinology, 2014	Longitudinal	4
PUBMED	Dose-response relationship between selective serotonin reuptake inhibitors and injurious falls: a study in nursing home residents with dementia	Sterke et al.	Reino dos Países Baixos	British Journal of Clinical Pharmacology, 2012.	Retrospectivo	4
PUBMED	Relationship between increased risk of falling and cognitive impairment in residents of an elderly home in the Colombo district	Thanthrige et al.	Sri Lanka	Ceylon Medical Journal, 2014.	Transversal	4
WoS	Fall Incidence and Risk Factors in Hemodialysis Patients	Fatollahierad et al.	Iran	Turkish Nephrology Dialysis and Transplantation Journal, 2016.	Longitudinal.	4
WoS	Risk of falls and associated factors in institutionalized elderly	Sousa et al.	Brasil	Northeast Network Nursing Journal, 2016	Transversal	4

Fonte: Elaboração própria, 2016.

Com o intuito de uma apresentação da revisão do conhecimento, que é a sexta última fase de uma revisão integrativa, expõe-se a seguir a visualização dos fatores relacionados aos acidentes por quedas, apresentados ao lado dos artigos que sustentam estas associações, como explicitado no Quadro 3.

Quadro 3 – Fatores associados aos acidentes por quedas entre idosos residentes em instituições de longa permanência e respectivos autores.

Fatores intrínsecos associados	Referências de ocorrência
Polifarmácia	Fernandez et al. (2015); Aspinall et al. (2015); Wouters et al. (2014); Damián et al. (2013).
Fármacos/ Psicotrópicos /Diuréticos	Reardon et al (2012); Echt et al. (2013); Sterke et al.(2012); Damián et al. (2013); Berry et al. (2013).
Quantidade de medicamentos	Sousa et al. (2016).
Comprometimento cognitivo	Thanthrige et al. (2014), withiney et al. (2013); Reis et al, (2014).
Deficiência de vitamina D	Sameforset al. (2014).
Incapacidade funcional	Duca et al. (2013).
Infecção do trato respiratório	Piglowlskaet al. (2013).
Incontinência urinária	Damián et al. (2013).
Desnutrição	Neyensetal.(2013).
Mobilidade	Barker(2012).
Doenças crônicas	Damián et al. (2013); Fatollahierad (2016).
Mudança do peso corporal	Robinovicthet al. (2013).
Sexo, idade	Sousa et al. (2016).
Fatores extrínsecos associados	Referências de ocorrência
Residir em instituições de longa permanência	Duca et al. (2013).
Tempo de institucionalização	Batista et al. (2014); Sousa et al. (2016).
Ter sido hospitalizado	Duca et al. (2013),
Tropear ao caminhar, batida ou colisão, colapso, perda de apoio externo.	Robinovicthet al. (2013)
Uso de equipamentos auxiliares	Sousa et al. (2016).
Transferência incorreta	Robinovicthet al. (2013)

Fonte: Elaboração própria, 2016.

DISCUSSÃO

A temática “queda em idosos” ocupa relevância desde o século passado no espaço editorial científico, a exemplo do clássico artigo de Sheldon “*On the natural history of falls in old age*” de 1960, em que o autor sugere “curiosidade” sobre o fenômeno quedas com vistas ao entendimento das verdadeiras causas do evento. Conduzindo seus estudos com idosos, entre as categorias de ocorrências de quedas com maior expressividade, já se designava a categoria “Acidentes por

quedas”⁽²³⁾. Entre as primeiras contribuições em estudos de quedas em instituições de longa permanência, encontramos as de Døssing e colaboradores (1989), que já apontavam relações entre quedas e fatores ambientais (extrínsecos) e fatores relacionados às condições de saúde do idoso (intrínsecos)⁽²⁴⁾.

Desde então, houveram inexoráveis mudanças sociodemográficas, com destaque para o aumento da expectativa de vida, urbanização crescente, severas mudanças nas estruturas dos padrões familiares e dos modos de vida. Assim, cada vez mais famílias passam a dividir responsabilidades no cuidado de idosos com Instituições de Longa Permanência⁽⁰³⁾. Além do abandono familiar, os idosos institucionalizados geralmente possuem hábitos sedentários e menor autonomia, o que favorece o seu processo de fragilização e o aumento de morbidades e comorbidades, em especial as quedas⁽⁸⁾.

Nossos resultados apontam e se ampliam nessa direção, o que também tem sido corroborado na literatura recente a respeito da temática. Tem sido associado um maior número de fatores relacionados aos acidentes por quedas de natureza intrínseca em idosos em instituições de longa permanência^(5,25-26).

Os fatores relacionados aos acidentes por quedas encontrados nesta revisão - doenças crônicas, histórico de quedas, restrições na mobilidade, uso de benzodiazepínico (psicotrópicos) e diuréticos, incontinência - confirmam os dados de outras revisões da literatura, tais como os encontrados nos estudos de Gomes et al.⁽⁸⁾ e na revisão sistemática de Deandrea e colaboradores⁽²⁵⁾.

Com relação à categorização dos estudos, por meio de nossos resultados, observam-se lacunas do conhecimento relativo à escassez de estudos com mais alto nível de evidência, bem como da investigação dos diferentes fatores de risco para quedas em idosos no cenário nacional, explicitando uma agenda a ser empreendida. Não somente a respeito dos fatores intrínsecos, como também uma investigação atenta acerca dos fatores extrínsecos, uma vez que estudos sobre essa temática parecem ser em menor número, como salienta Prata et al. em seu artigo “Relatos de quedas extrínsecas em idosos participantes do Projeto Prev-Quedas”⁽²⁷⁾.

Gomes e colaboradores⁽⁸⁾ apontam para a efetividade de intervenções multifacetadas que poderíamos caracterizar como de educação em saúde, e orientadas para a modificação do comportamento, abordando ainda que se faz necessária uma constante atualização dos itens que se relacionam aos acidentes por quedas no cenário da velhice.

Assim, estudos têm apontado que, para a efetiva promoção e prevenção da saúde, bem como para a qualidade de vida do idoso, os acidentes por queda devem ser vistos de modo interdisciplinar, sendo pautados como uma temática multidisciplinar de interesse para todas as áreas de saúde^(8,10), com desdobramentos intersetoriais, haja vista o impacto de suas consequências, como, por exemplo, na economia, bem como das influências recíprocas em outros setores, como na arquitetura dos espaços doméstico, institucional e público.

A lógica da inclusão social também parece ter relevante importância no que diz respeito a um ambiente próprio para tornar possível uma convivência que contemple as diferentes especificidades e estágios da vida humana, confluindo para a equidade social. Nesse sentido, um

ambiente físico seguro de circulação e mobilidade urbana, pública ou privada deve ser pensado levando em consideração esta demanda, tornando-o verdadeiramente democrático, congruente com a prevenção de acidentes por quedas e a promoção da saúde do idoso, o que de forma indireta tem sido apontado pela literatura^(8,10).

Tal contexto é especialmente importante no ambiente institucional de longa permanência. Assim, promover e estender ações e atividades não só de prevenção a quedas, mas de promoção a uma senescência ativa, que favoreça o fortalecimento ou desenvolvimento de fatores protetivos, e, portanto, minimizadores dos fatores de risco para acidentes por quedas, se torna desejável, baseando-se numa estrutura e num ambiente físico e psicológico coerente com um estilo de vida mais saudável e que contemple todas as dimensões da integridade e integralidade do humano, inclusive na assistência espiritual^(19,27).

CONCLUSÃO

Os fatores associados aos acidentes por quedas entre idosos residentes em instituições de longa permanência levantados nesta investigação são, em sua maioria, de natureza intrínseca. Entre os mais citados, estão: polifarmácia, fármacos/psicotrópicos/diuréticos, desnutrição, comprometimento cognitivo, doenças crônicas, deficiência de vitamina D, incapacidade funcional, infecção do trato respiratório, incontinência urinária, mobilidade, mudança do peso corporal, sexo e idade. Quanto aos fatores extrínsecos, emergiram os seguintes: residir em instituições de longa permanência, tempo de institucionalização, ter sido hospitalizado, tropeçar ao caminhar, batida ou colisão, colapso, perda de apoio externo, uso de equipamentos auxiliares e transferência incorreta.

Logo, o conhecimento dos fatores associados aos acidentes por quedas pode oferecer melhores subsídios ao direcionar esforços em ações, políticas preventivas e de promoção da saúde do idoso institucionalizado. Portanto, faz-se necessária uma investigação contínua dos fatores protetivos e de risco para o acidente por quedas, entre outras coisas, em virtude das constantes mudanças demográficas, epidemiológicas e até mesmo culturais no estilo de vida da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. WHO. **WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age**. World Health Organization, 2007.
2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças**. São Paulo: EDUSP, 2008.
3. SILVÉRIO, J. K. A.; PEDREIRA, K. R. A.; KUTZ, N. A.; **SALGUEIRO, M. M. H. A.** O. Estado nutricional de idosos institucionalizados: uma revisão de literatura. **Visão Acadêmica**, v. 17, n. 3, jul-set. 2016.

4. FREITAS, Ronaldo de et al . Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 3, p. 478-485, 2011.
5. ALMEIDA, Sionara Tamanini de et al. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos. **RevAssocMedBras**, p. 427-433, 2012.
6. SANDOVAL, Renato Alves et al. Ocorrência de quedas em idosos não institucionalizados: revisão sistemática da literatura. **RevBrasGeriatrGerontol**, v. 16, n. 4, p. 855-63, 2013.
7. CABRAL, João Victor Batista et al. Fatores de risco para quedas em idosos hospitalizados. **HOLOS**, v. 3, p. 328-337, 2016.
8. GOMES, Erika Carla Cavalcanti et al. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3543-3551, 2014.
9. ABREU, Hellen Cristina de Almeida; et al. Incidência e fatores preditores de quedas de idosos hospitalizados. **Rev Saúde Pública**, v. 49, p. 37, 2015.
10. GASPAROTTO, Livia Pimenta Renó; FALSARELLA, Gláucia Regina; COIMBRA, Arlete Maria Valente. As quedas no cenário da velhice. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** vol, v. 17, n. 1, 2014.
11. VOSGERAU DSAR, ROMANOWSKI, JP. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**. 2014; 14(41): 165-189.
12. AZEVEDO, Eliete Farias et al. Administração de antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 817-822, 2012.
13. ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.
14. BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Soc**, v. 5, n. 11, p. 121-36, 2011.
15. WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.
16. ARECO, Felipe de Souza. **A espiritualidade para mulheres com câncer de mama**: uma revisão integrativa. Dissertação. Universidade de São Paulo. 2016. p.70.
17. GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 183-184, 2014.
18. MUGNAINI, Rogério; SALES, Denise Peres. Mapeamento do uso de índices de citação e indicadores bibliométricos na avaliação da produção científica brasileira. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, 12., 2011, Brasília. Anais... Brasília: **Thesaurus**, 2011. v.12. p.2361-2372.

19. ABDALA, Gina Andrade et al. Religiosity and quality of life in older adults: literature review. **Life Style Journal**, v. 2, n. 2, 2016.
20. URSI, E. S. **Prevenção de lesão de pele no perioperatório: uma revisão integrativa da literatura** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, 2005.
21. PEREIRA, Ângela Lima; BACHION, Maria Márcia. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. 491, 2006.
22. STETLER, Cheryl B. et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.
23. SHELDON, Joseph H. On the natural history of falls in old age. **British Medical Journal**, v. 2, n. 5214, p. 1685, 1960.
24. DØSSING, K. V. et al. Accidental falls in homes for the aged. **Ugeskrift for laeger**, v. 151, n. 38, p. 2433-2436, 1989.
25. DEANDREA, Silvia et al. Risk factors for falls in older people in nursing homes and hospitals. A systematic review and meta-analysis. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 56, n. 3, p. 407-415, 2013.
26. NICOLUSSI, Adriana Cristina et al. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 723-730, 2012.
27. PRATA, Hugo Leonardo et al. Relatos de quedas extrínsecas em idosos participantes do projeto Prev-Quedas. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, p. 685-694, 2014.

Sarah Souza Pontes

sarahspontes@gmail.com

Enfermeira e fisioterapeuta. Mestre em Desenvolvimento Humano e Responsabilidade Social. Aluna especial do Doutorado em Medicina e Saúde na UFBA, Pós Graduada em Estatística Aplicada pela UNIJORGE.

Valdivia Michele Oliveira

chelle_carvalho@hotmail.com

Graduando em Fisioterapia pela UNIJORGE.

Jorge Valente Andrade

jorge.august@hotmail.com

Graduando em Fisioterapia pela UNIJORGE.

Josinar Evangelho Barbosa

jo.sinarbarbosa@hotmail.com

Graduando em Fisioterapia pela UNIJORGE.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON

QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE IN INDIVIDUALS WITH PARKINSON'S DISEASE

RESUMO

Introdução: A Doença de Parkinson (DP) é uma enfermidade neurológica crônica e progressiva que afeta aspectos motores e não motores. Uma das questões mais afetadas pela doença é a Qualidade de Vida. Considerando esse fato, o objetivo do estudo foi descrever as dimensões da qualidade de vida comprometida em pessoas com a DP. **Método:** consiste em um estudo de corte transversal, com uma amostra de 30 pacientes que possuem o diagnóstico de Parkinson. A coleta foi realizada em um instituto de saúde de forma individualizada, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A avaliação foi feita através do questionário quantitativo que avalia a qualidade de vida em pessoas com DP, chamado de PDQ-39 (Parkinson's Disease Quality Of Life Questionnaire). **Resultados:** os domínios que mais afetaram e comprometem a qualidade de vida foram os de Mobilidade, Atividade de Vida Diária e Bem-estar Físico e Emocional. **Discussão:** os aspectos motores consistem em dos aspectos que mais influenciam na qualidade de vida, pois está relacionado à independência do paciente. Os aspectos emocionais também chamam a atenção, sugere-se que são influenciados pelas questões da mobilidade. **Conclusão:** O fator motricidade parece ser um dos fatores que mais contribuem para a diminuição da Qualidade de Vida de pessoas com Parkinson.

ABSTRACT

Introduction: Parkinson's disease (PD) is a chronic progressive and neurological disease that affects motors and non-motors aspects. One of the most affected issues

PALAVRAS-CHAVE:

Qualidade de vida, Doença de Parkinson; Questionário de Qualidade de Vida da Doença de Parkinson.

by the disease it's Quality of Life. **Objective:** With this, the study objective was to describe the dimensions of quality of life compromised people with a PD. **Method:** This is a cross-sectional study, with a sample of 30 patients with Parkinson's Diagnosis. The collection was made individually in a health institute after the informed consent was signed. An evaluation was made through a quantitative questionnaire that evaluates quality of life in people with PD called PDQ-39 (Parkinson's Disease Quality Of Life Questionnaire). **Results:** The domains that most affect and compromise the quality of life was: Mobility, Daily Life Activity, Physical and Emotional Well-Being. **Discussion:** The motor aspects are the most influential in the quality of life, since it's related to the patient independence. The emotional aspects also draw attention, it's suggested that they are influenced by mobility issues. **Conclusion:** The motricity factor seems to be one of the factors that contribute most to the decrease of Quality of life on people with Parkinson's Disease.

KEYWORDS:

Quality of life, Parkinson Disease, Quality of Life Questionnaire for Parkinson's Disease.

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é uma patologia neurodegenerativa, que apresenta um quadro clínico com alterações motoras e não motoras. O quadro motor característico é manifestado por tremor de repouso, rigidez muscular, acinesia e alteração nos reflexos posturais. O quadro não motor típico pode apresentar distúrbio do sono, depressão e comprometimento da memória^[1]. No Sistema Nervoso Central, a principal alteração acontece em nível funcional (neurotransmissores) com a diminuição da liberação da dopamina via nigro-estriatal ^[2].

A DP tem uma incidência na população mundial de 1 a 2% nas pessoas que possuem idade superior a 65 anos e uma prevalência no Brasil de 3%. Comumente os sujeitos com a DP apresentam uma melhora sintomatológica ao uso de medicamentos à base de Levodopa. Os tratamentos disponíveis minimizam os sinais e sintomas, no entanto não existe a remissão dos mesmos. Por ser caracterizada como uma doença crônica e degenerativa, aumentam muito as chances de apresentar alterações motoras, cognitivas-emocionais e sociais ^[3].

O quadro motor presente em pessoas com DP evolui de forma progressiva, comprometendo assim o prognóstico. O indivíduo provavelmente ficará susceptível a quedas, redução da independência e autonomia. Os comprometimentos motores promovem limitações físicas e funcionais [4,5].

O declínio da qualidade de vida tende a aparecer logo que surgem os primeiros sintomas da doença. Os principais sinais e sintomas são as alterações motoras com mudanças na postura, equilíbrio, cognição e desconfortos corporais, além de alterações emocionais e problemas com a fala ^[5]. Os elementos citados anteriormente aumentam a probabilidade do comprometimento

da funcionalidade e qualidade de vida em seus diversos aspectos.

A qualidade de vida está ligada a aspectos físicos e a outras variáveis, como: formas de enfrentamento da doença, apoio da família e de amigos, acessos a serviços de saúde, recursos financeiros, escolaridade e espiritualidade, ou seja, aspectos que influenciam diretamente na sua percepção do mundo, de si mesmo e das suas relações [3,4]. Compreender o quanto esses fatores interagem entre si é importante para entender esse construto complexo, que é a qualidade de vida. Com isso, o objetivo do estudo foi descrever as dimensões da qualidade de vida comprometidas em pessoas com a DP. A identificação das subdimensões da qualidade de vida que mais se apresentam vulneráveis em quadros como os de Parkinson contribui para propor intervenções mais efetivas e individualizadas.

MÉTODO

O presente estudo é um estudo de corte transversal, quantitativo com aplicação de questionário a pacientes com Doença de Parkinson. Os dados foram analisados quantitativamente, através das subdimensões presentes nas escala de qualidade de vida utilizada.

Foi utilizado o questionário PDQ-39, de modo igual ao descrito na literatura: o entrevistador permaneceu presente durante a aplicação do instrumento, enquanto o sujeito da pesquisa respondeu aos questionamentos. O questionário foi realizado em um consultório individualizado para respeitar a individualidade e privacidade das pessoas, além de garantir a veracidade das respostas.

Participantes

Foram 30 pacientes selecionados, de ambos os sexos, com idade superior a 50 anos de idade. (Tabela 01).

Tabela 1. Dados Pessoais da Amostra de pacientes com Doença de Parkinson, Salvador, 2016

	N	M (Dp)
Homens	21	
Mulheres	09	
Idade		65(9,26)
Tempo de Diagnostico		7(6,74)

Critérios de inclusão: pacientes com diagnóstico de Parkinson, ambos os sexos, acima de 40 anos. Os critérios de exclusão foram: indivíduos com escala de gravidade de Parkinson Hoehn e Yahr (HY), possuindo um escore de 5 (confinado à cadeira de rodas); escore menor que 18

no Minimalist indicativo de risco cognitivo; doenças neurológicas ou psiquiátricas associadas diagnosticadas, amputação, cegueira, déficit na comunicação falada e auditiva.

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada no Instituto de Saúde em um Centro Universitário, localizado na cidade de Salvador-BA. No período de outubro e novembro de 2016, os pacientes foram avaliados em um consultório reservado, disponibilizado pela instituição. As entrevistas foram feitas de forma individualizada por dois alunos de graduação em Fisioterapia, previamente treinados para aplicação do instrumento. Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar do estudo, no momento em que buscavam por atendimento em um serviço de saúde no setor de pilates da instituição de ensino.

Instrumento

Para a coleta de informações foi usado o questionário Parkinson's Disease Quality Of Life Questionnaire (PDQ-39). A PDQ-39 é um dos questionários mais utilizados para avaliar qualidade de vida no Parkinson, por ser específico para esta doença. O instrumento foi desenvolvido no Reino Unido em 1995 e traduzido em 30 línguas. No Brasil essa escala foi validada e é considerada um instrumento confiável para ser utilizado em pacientes com Doença de Parkinson [6].

O instrumento é composto por 39 questões com cinco alternativas relacionadas com as manifestações da doença. As questões são divididas em domínios: 10 questões referentes à mobilidade; 6 dirigidas a atividades de vida diária; 6 que abordam o bem-estar emocional; 6 questões destinadas a investigar sobre o estigma da doença; 4 questões a respeito do apoio social; 3 sobre cognição; 4 delas abordam a comunicação e 3 avaliam o desconforto físico. A pontuação varia de 0 a 4: Nunca, que equivale a 0; de vez em quando, que equivale a 1; às vezes, que equivale a 2; frequentemente, que equivale a 3; sempre ou é impossível para mim, que equivale a 4 [7].

No domínio Bem-Estar Emocional são abordadas questões sobre as emoções que o indivíduo pôde experimentar no último mês, fazendo-o indicar se ficou deprimido, isolado, triste, ansioso, raivoso ou preocupado com seu futuro. A pontuação desse domínio pode variar de 0 a 24. Já no domínio Estigma são abordadas questões sobre a desaprovação da sociedade frente a patologia do Parkinson, perguntas em relação a situações que a pessoa viveu em meio ao público ao seu redor. Sua pontuação varia de 0 a 16. Conjuntamente temos o domínio Apoio Social em que são abordadas questões sobre o suporte de pessoas próximas, do cônjuge, da família ou amigos. A pontuação varia de 0 a 12.

O domínio Cognição possui um escore que varia de 0 a 16; nele são abordadas questões

relacionadas à concentração, percepção, memória e também aos sonhos ou alucinações. Já no item Comunicação, o escore varia de 0 a 12, o paciente é avaliado quanto a sua percepção de poder se comunicar com clareza frente a outras pessoas. Já no item de Desconforto corporal, o escore varia de 0 a 12 e traz perguntas que avaliam dor e desconforto corporal sentidos por esses pacientes.

ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com o CAAE: 58843616.5.0000.0041 e aprovado em 06 de outubro de 2016, atendendo à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 para realização de pesquisa com Seres Humanos.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram organizados e tabulados no Excel e para a análise destes foi utilizado o pacote estatístico SPSS (versão 14.0). Foram utilizadas técnicas de estatísticas descritivas a partir das dimensões do instrumento utilizado. Foram estimadas medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão).

RESULTADOS

Os resultados abaixo apresentam o nível de qualidade de vida, por domínio, relacionados às pessoas com Parkinson.

As médias dos escores de cada domínio no questionário PDQ-39 foram: Mobilidade (M=15,8) pontuação máxima do domínio 40; Atividade de vida diária (AVD's)(M=9,6) pontuação máxima correspondente a 24; Bem-estar (M=7,5) escore total do domínio 24; Estigma com (M=4,6) total do domínio 16; Apoio social (M=1,2) escore total 12; Cognição (M=4,9) em um total de 16; Comunicação (M=3,8) com 12 correspondendo ao escore do domínio; Desconforto corporal (M=6,50) pontuação máxima de 12 (Tabela 2). Foi realizada a soma dos domínios para a representação dos dados e demonstrada de acordo com os construtos propostos pela PDQ-39.

Tabela 2: Representação da Média e Desvio Padrão dos escores da PDQ-39, aplicado a pacientes com doença de Parkinson, Salvador, 2016

Mobilidade	AVDs	Bem Estar Emocional	Estigma	Apoio Social	Cognição	Comunicação	Desconforto Corporal
------------	------	---------------------	---------	--------------	----------	-------------	----------------------

15.8	9.6	7.5	4.6	1.2	4.9	3.8	6.5
(9.5)	(5.9)	(3.8)	(4.3)	(1.4)	(3.7)	(2.8)	(3.9)

Fonte: dados da pesquisa

Os resultados apresentados indicam os domínios da qualidade de vida que apresentam maior comprometimento. De acordo com a Tabela 2, o maior comprometimento nos domínios avaliados dos pacientes está relacionado à Mobilidade (M=15,8). A dimensão mobilidade está ligada à capacidade de se locomover nos diversos espaços, à necessidade de pessoas para acompanhá-lo(a) ao sair de casa. Em segundo lugar, o domínio das AVD's (M=9,6). O domínio AVD's se relaciona com a capacidade de se vestir, cortar a comida, segurar uma bebida sem derramar, entre outros. Terceira pontuação com maior comprometimento da qualidade de vida foi o Bem-estar Emocional (M=7,5), que se relaciona com a sensação de se sentir ansioso, deprimido, com raiva ou preocupado com o futuro. A quarta subdimensão com maior comprometimento foi Desconforto Corporal (M=6,5). Essa última dimensão se relaciona com câibras musculares ou espasmos ou dores nas articulações.

Em relação ao domínio Atividade de Vida Diária, os subitens foram respondidos sob a perspectiva dos sujeitos com Parkinson. "Teve dificuldades para se lavar?" 80% nunca e 20% de vez em quando; "Teve dificuldades para se vestir?" 80% nunca e 20% de vez em quando; "Teve dificuldades para abotoar roupas ou amarrar sapatos?" 100% às vezes; "Teve problemas para escrever de maneira legível?" 100% frequentemente; "Teve dificuldades para cortar a comida?" 100% frequentemente "Teve dificuldades para segurar uma bebida sem derramar?" 60% de vez em quando e 40% frequentemente.

Quando questionado em relação aos aspectos de Estigma, "Houve necessidade de esconder sua doença de Parkinson de outras pessoas?" nunca 60%, 40% às vezes; "Sentiu-se deprimido(a)?" 50% às vezes e 50% frequentemente; "Sentiu-se isolado(a) e só?" 50% nunca, 30% às vezes e 20% frequentemente; "Sentiu que poderia começar a chorar facilmente?" 20% nunca, 80% às vezes. "Sentiu-se com raiva ou amargurado(a)?" 80% nunca, 20% às vezes; "Sentiu-se ansioso(a)?" 100% sempre é impossível para mim; "Sentiu-se preocupado(a) com seu futuro?" 10% sempre é impossível para mim; "Evitou situações em que tivesse que comer ou beber em público?" 80% às vezes, 20% sempre é impossível para mim; "Sentiu-se envergonhado(a) em público por ter a doença de Parkinson?" 80% às vezes, 20% sempre é impossível para mim; "Sentiu-se preocupado(a) com as reações de outras pessoas?" 100% frequentemente.

Na PDQ-39 o domínio Apoio Social obteve como respostas: "Teve problemas de relacionamento com as pessoas mais próximas?" 80% nunca, 20% frequentemente; "Faltou apoio que precisava por parte do seu/sua esposo(a) ou companheiro(a)?" 60% nunca e 40% frequentemente, sendo que dois sujeitos da pesquisa que responderam "nunca" relataram divórcio, ambos do sexo masculino; "Faltou apoio que precisava por parte de sua família ou amigos?" 80% às vezes, 20% frequentemente.

O domínio do comprometimento cognitivo “Adormeceu inesperadamente durante o dia?” 60% às vezes, 40% frequentemente; “Teve problemas de concentração, por exemplo, ao ler ou ao assistir à televisão?” 90% às vezes, 10% frequentemente; “Sentiu que sua memória estava ruim?” 80% às vezes, 10% frequentemente, 10% sempre ou é impossível para mim; “Teve sonhos perturbadores ou alucinações?” 80% às vezes, 20% frequentemente.

Quando abordado a respeito da comunicação: “Teve dificuldades para falar?” 60% às vezes, 40% frequentemente; “Sentiu-se incapaz de comunicar-se com clareza com as pessoas?” 60% às vezes, 40% frequentemente; “Sentiu-se ignorado por outras pessoas?” 80% nunca, 10% às vezes, 10% frequentemente.

Em relação ao domínio desconforto corporal “Teve câibras musculares dolorosas ou espasmos?” 50% às vezes, 50% frequentemente; “Teve dores nas articulações ou em outras partes do corpo?” 60% às vezes, 40% frequentemente; “Sentiu-se desconfortavelmente quente ou frio?” 80% nunca, 20% às vezes.

Os domínios mais comprometidos foram mobilidade e bem-estar emocional, como demonstrado nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 3 Domínio Bem-estar emocional do questionário PDQ-39 aplicado a pacientes com doença de Parkinson, Salvador, 2016

Bem-estar emocional (%)	Nunca	De vez em quando	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou é impossível pra mim
1	-	-	20%	80%	-
2	-	-	80%	10%	10%
3	-	20%	30%	40%	10%
4	30%	40%	30%	-	-
5	-	-	-	-	100%
6	-	-	-	-	100%

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: 1.Sentiu-se deprimido(a)? 2. Sentiu-se isolado(a) e só? 3. Sentiu que poderia começar a chorar facilmente? 4. Sentiu-se com raiva ou amargurado(a)? 5. Sentiu-se ansioso(a)? 6. Sentiu-se preocupado(a) com seu futuro?

Os itens descritos como bem-estar emocional na escala PDQ-39 são: “Sentiu-se deprimido(a)?”; “Sentiu-se isolado(a) e só?”; “Sentiu que poderia começar a chorar facilmente?”; “Sentiu-se com raiva ou amargurado(a)?”; “Sentiu-se ansioso(a)?” e “Sentiu-se preocupado(a) com seu futuro?”.

Os itens referentes ao domínio bem-estar emocional tratam de aspectos não motores, envolvendo a perspectiva de futuro, aspectos emocionais e psicológicos (Tabela 4).

Quando questionado quanto à ansiedade e à preocupação com o futuro, em ambos os itens foi unânime a resposta que representa o escore de maior comprometimento. Além desse item, quando foi abordado sintoma de depressão, 80% dos sujeitos da pesquisa responderam que frequentemente se sentem nessa circunstância.

Tabela 4 Domínio Mobilidade do questionário PDQ-39 aplicado a pacientes com doença de Parkinson, Salvador, 2016

Mobilidade (%)	Nunca	De vez em quando	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou é impossível para mim
1	-	-	-	80%	20%
2	-	70%	20%	10%	-
3	-	50%	50%	-	-
4	-	-	30%	40%	30%
5	-	-	30%	40%	30%
6	-	-	50%	50%	-
7	-	-	-	-	100%
8	-	-	-	20%	80%
9	-	-	-	-	100%
10	-	-	-	10%	90%

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: 1. Teve dificuldades para participar de atividades recreativas que gosta de fazer? 2. Teve dificuldade ao cuidar da sua casa, Ex. Faça você mesmo, lida da casa, cozinhar? 3. Teve dificuldades para carregar sacolas de compras? 4. Teve problemas para andar um quilômetro (10 quarteirões)? 5. Teve problemas para andar 100 metros (1 quarteirão)? 6. Teve problemas para se movimentar pela casa com a facilidade que gostaria? 7. Teve dificuldades para se movimentar em locais públicos? 8. Necessitou de alguém para acompanhá-lo ao sair? 9. Sentiu-se assustado ou preocupado com medo de cair em público? 10. Ficou sem sair de casa mais do que gostaria?

Na Tabela 4, os itens que abordam a mobilidade foram “Teve dificuldades para participar de atividades recreativas que gosta de fazer?”; “Teve dificuldade ao cuidar da sua casa, Ex. Faça você mesmo, lida da casa, cozinhar?”; “Teve dificuldades para carregar sacolas de compras?”; “Teve problemas para andar um quilômetro (10 quarteirões)?”; “Teve problemas para andar 100 metros (1 quarteirão)?”; “Teve problemas para se movimentar pela casa com a facilidade

que gostaria?"; "Teve dificuldades para se movimentar em locais públicos?"; "Necessitou de alguém para acompanhá-lo ao sair?"; "Sentiu-se assustado ou preocupado com medo de cair em público?" e "Ficou sem sair de casa mais do que gostaria?".

Os itens avaliados de mobilidade mais representativos foram relacionados às atividades recreativas, medo em locais públicos, medo de cair e a frequência em sair de casa, estes 04 subitens encontram-se comprometidos de 80% a 100% nos sujeitos da pesquisa.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa foi encontrado que os escores de habilidade motora e execução de AVD's são mais comprometidos nos pacientes de Doença de Parkinson e em acordo com estes são os aspectos que mais influenciam na Qualidade de Vida. Estudo revela que os dois domínios que mais comprometeram a qualidade de vida foram os domínios de AVD's e mobilidade com um maior prejuízo^[8]. As AVD's estão ligadas indiretamente aos aspectos motores que são os que mais se apresentam comprometidos com a doença. Nos resultados apresentados no presente estudo os aspectos motores parecem ter um impacto maior na qualidade de vida.

Tais dados são importantes para a equipe de reabilitação direcionar aspectos sociais, tais como a inclusão social, uma vez que a intervenção da equipe multidisciplinar deve ser direcionada para a interação do indivíduo sob a perspectiva da participação social. Traçar estratégias em que essa população não se restrinja ao ambiente de serviços de saúde e aos domicílios deve ser uma das iniciativas assumidas nas abordagens.

Para o decréscimo da qualidade de vida, comumente temos a questão física como algo que atinge tanto idosos saudáveis quanto idosos com a doença de Parkinson. Em um levantamento feito numa base de dados americana, foi constatado que a questão física gera maior impacto na qualidade de vida de idosos com Parkinson em comparação com idosos sem a presença de doença^[9].

Estudos realizados por alguns autores associaram esses déficits às alterações motoras, que são os principais sinais e sintomas que a progressão da DP acarreta durante a realização dessas tarefas, levando ao declínio da qualidade de vida [9,10,11]. A Doença de Parkinson também acarreta declínio na Mobilidade e Atividade de vida diária^[7].

O estudo de Lana et al.^[7] ratificou que os aspectos físicos podem ser considerados como grandes responsáveis pela piora da qualidade de vida, pois eles atuam como antecessores de limitações em outras dimensões, pois certamente as limitações físicas vão afetar as atividades de vida diária, mobilidade e outros domínios como desconforto corporal, bem-estar emocional e comunicação.

Os sintomas típicos e característicos da doença de Parkinson podem acometer as atividades de vida diária logo na fase inicial da doença. E com a progressão da doença, o risco de quedas aumenta devido a alterações posturais e na marcha. A junção de todos esses fatores torna

a pessoa hipoativa, gerando assim maior imobilidade. A atividade do indivíduo também é prejudicada pelo sintoma do congelamento, tornando a pessoa mais dependente em suas funções ^[12]. Essa alteração da mobilidade pode estar relacionada com uma piora na qualidade de vida na dimensão Bem-estar emocional, sendo a terceira dimensão mais afetada. A diminuição da mobilidade e AVD's diminui a independência do paciente, o que provavelmente aumenta os índices de depressão e ansiedade.

A severidade da doença abordada nesse estudo acarreta maior impacto na qualidade de vida, dentro das questões físicas, de mobilidade e de atividade de vida diária, porém a adaptação psicológica frente à doença, mensurada pela cognição, ansiedade, depressão, opinião própria, aceitação e atitude contribui de forma direta na qualidade de vida e nessa severidade. Entretanto, pelo olhar social, o baixo nível de adaptação psicológica é mais relevante que a severidade da patologia para um pior nível na qualidade de vida ^[13].

A doença de Parkinson provoca várias alterações motoras, porém os comprometimentos psicológicos também exercem grande impacto, como foi evidenciado neste estudo através dos domínios de cognição, bem-estar, estigma. Os pacientes com o diagnóstico do Parkinson tendem a apresentar medo e desespero por se tratar de uma doença incurável e progressiva. Em razão disso, esses fatores são contribuintes para a piora da qualidade de vida e para avanço na gravidade da doença ^[4].

O domínio bem-estar e emocional foi comprometido nesta amostra aproximadamente 33% do total correspondente ao domínio. Estudos revelaram que o impacto da doença de Parkinson foi maior nos domínios com aspectos cognitivos quando a doença ainda estava em estágios inferiores de progressão. Tal fenômeno é explicitado devido aos problemas emocionais encontrados nas primeiras fases da patologia. Outro estudo de Nojomi et al.^[14] demonstrou que os domínios apoio social e estigma são constantes na progressão da doença, ou seja, não há mudança de escores com o passar do tempo, o que explicita os baixos escores dos domínios estigma e apoio social deste estudo, por haver pouca variação entre o período anterior à doença e o período pós-doença.

Em uma revisão de literatura feita por brasileiros no ano de 2009 sobre o tema desse estudo, foi concluído que na doença de Parkinson a qualidade de vida é em primeiro lugar determinada pela depressão; em segundo, a junção da influência dos sintomas relacionados à motricidade e, somados a esses fatores, o isolamento social e o sedentarismo ^[15].

Apesar da alta prevalência da depressão na DP, esse sintoma raramente é identificado e pode não ser reconhecido pelos próprios pacientes. Somente 1% dos indivíduos relata depressão, comparados a 50% dos que foram considerados depressivos quando avaliados por uma escala específica. Embora a depressão esteja associada a piores escores de qualidade de vida em indivíduos com DP, os resultados não demonstram que essa relação é a causa. Investigações futuras são necessárias para estabelecer se a identificação e o tratamento da depressão promoverão melhora da Qualidade de vida desses pacientes ^[16].

No estudo com 56 pacientes do Departamento de Neurologia Clínica da UNIFESP, foram analisados os domínios dos aspectos emocionais e cognitivos, observou-se que os resultados não

foram os esperados. Ou seja, quanto menor o estágio da doença, maior o impacto na Qualidade de Vida. Isso pode ser explicado pela reação inicial dos pacientes, reconhecendo que eles têm uma doença incurável e progressiva e podem se tornar física, emocional e economicamente dependentes, causando problemas emocionais. Sabe-se que a depressão associada ao DP, por vezes, precede as deficiências motoras, o que foi confirmado por estudo que utilizou a escala de severidade de Parkinson, Hoehn e Yahr; Inventário de Becker de Depressão; WHO DAS-S, que avaliam incapacidade; Minimental, o cognitivo; e a Qualidade de Vida avaliada pela PDQ-39 [17,18,19].

Em relação à comunicação, o escore médio foi moderado, indicando que a comunicação é um fator também muito importante para a qualidade de vida, como foi mencionado num estudo de Lana e colaboradores [8] mostrando que os domínios comunicação e Atividade de Vida Diária têm moderada correlação com o escore total da PDQ-39, sendo assim os itens que aumentam o escore total [8]. No presente estudo foi evidenciado um resultado também moderado em relação ao desconforto corporal, demonstrando assim que o número de pacientes que possuem dores, câibras e desconforto com temperaturas altas ou baixas não é tão severo nesses pacientes. Um estudo de Navarro-Peternella; Marcon mostrou que as mulheres são mais afetadas pelo desconforto corporal e bem-estar emocional, e que esse resultado pode estar relacionado ao fato das mulheres continuarem a desempenhar suas funções do lar, e também por ficarem mais fragilizadas emocionalmente com a doença [3].

Quanto às flutuações motoras, que são oscilações no desempenho motor associadas ao tratamento com o medicamento Levodopa, elas agem reduzindo a qualidade de vida em maior grau comparado aos que não apresentam a flutuação. Em estudo feito com o uso da PDQ-39, os domínios que necessitam mais da independência corporal e motora apresentam escores maiores em pacientes com flutuações, reforçando que os déficits motores têm grande influência na piora da qualidade de vida [20].

Um fator pouco comentado, mas comum em pessoas com Parkinson é o distúrbio sexual, apesar desse aspecto não estar presente em instrumentos próprios para análise de qualidade de vida [21]. Em um estudo de Moore et al [22] foi ressaltado que é importante uma vida sexual ativa para a satisfação geral das pessoas. Em um questionário específico foi detectado que essa função diminui com a progressão da patologia. Com isso, os autores sugeriram ser adicionado um novo domínio na PDQ-39 com essa temática para um melhor grau de credibilidade na avaliação da qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Diversos fatores podem interferir negativamente na qualidade de vida dos portadores da doença de Parkinson. Fatores que foram analisados através dos domínios do questionário PDQ-39; entre eles, os que apresentaram grande impacto negativo na qualidade de vida nos indivíduos desse estudo foram a mobilidade e as atividades de vida diária. Demonstrando a

importância de se ter um olhar especial a questões funcionais e de motricidade da pessoa, para que ela possa ser mais ativa e exercer suas tarefas do dia a dia, o que conseqüentemente irá elevar a qualidade de vida para um melhor patamar. Entretanto, pudemos identificar que em outros estudos, outros domínios do questionário foram mais impactantes na qualidade de vida e não só a mobilidade ou as atividades de vida diária, o que mostra a importância da aplicação do questionário PDQ-39 para identificar quais domínios mais afetam a qualidade de vida dos indivíduos a serem atendidos e poder criar melhores estratégias de intervenção. Os dados apresentados possuem limitações, devido ao tamanho da amostra; logo, não podemos inferir para a população. São necessários novos estudos para aprofundamento e descrição dos domínios da Qualidade de Vida dos sujeitos com Parkinson.

REFERÊNCIAS

1. FERRAZ H. B.; BORGES V. (2002). Como tratar e diagnosticar a doença de Parkinson. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, vol.19, n. 2, p. 207-219.
2. GONDIM, I. T. G. O. et al. (2016). Exercícios terapêuticos domiciliares na doença de Parkinson: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.19, n.2, p. 349.
3. NAVARRO-PETERNELLA F. M.; MARCON S. S. (2009). Descobrimos a Doença de Parkinson: impacto para o parkinsoniano e seu familiar. *Revista Brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 1, p. 25-31.
4. SILVA F. S. et al. (2010). Evolução da doença de Parkinson e comprometimento da qualidade de vida. *Revista Neurociências*, v. 18, n. 4, p. 463-468.
5. QUINTELLA R. S. A.; SACHETTI L. M.; WIBELINGER S. G. O. (2013). Qualidade de vida e funcionalidade na doença de Parkinson. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo*, v. 10, n. 1, p. 104-112.
6. SCHRAGE A. et al. (2006). Caregiver-burden in Parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls, and disability. *Parkinsonism & Related Disorders*, v. 12, n. 1, p. 35-41.
7. SANTOS V. V. et al. (2010). Fisioterapia na doença de Parkinson: uma breve revisão. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 46, n. 2, p. 17-25.
8. LANA R. C. et al. (2007). Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de parkinson através do PDQ-39. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 11, n. 5, p. 397-402.
9. SILVA J. A. M. G.; DIBAI FILHO A. V.; FAGANELLO F. R. (2011). Mensuração da qualidade de vida de indivíduos com a doença de Parkinson por meio do questionário PDQ-39. *Fisioterapia em movimento*, Curitiba, v. 24, n. 1, p. 141-146.

10. GAGE H. et al. (2003). The relative health related quality of life of veterans with Parkinson's disease. *Journal Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, v.74, n. 2, p. 163-169.
11. SCHRAG A.; JAHANSHAHI M.; QUINN N. (2000). What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? *Journal Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, v. 69, n. 3, p. 308-312.
12. HOBSON P.; HOLDEN A.; MEARA J. (1999). Measuring the impact of Parkinson's disease with the Parkinson's Disease Quality of Life questionnaire. *Age Ageing*, v. 28, n. 24, p. 341-346.
13. GAUDET P. (2002). Measuring the impact of Parkinson's disease: an occupational therapy perspective. *Canadian Journal Occupational Therapy*, v. 69, n. 2, p. 104-113.
14. NAVARRO-PETERNELLA F. M.; MARCON S. S. (2012). Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com o tempo de evolução e gravidade da doença. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto. v. 20, n. 2, p. 384-391.
15. NOJOMI M. et al. (2010). Quality of life in patients with Parkinson's disease: Translation and psychometric evaluation of the Iranian version of PDQ-39. *Journal Of Research In Medical Sciences*, v. 15, n. 2, p. 63-69.
16. KANASHIRO M. G.; FUJIHARA C.; OLIVEIRA C. S. (2009). Fatores que contribuem na qualidade de vida dos pacientes com doença de Parkinson. *Revista Terapia Manual*, v. 7, n. 34, p. 484-487.
17. The Global Parkinson's disease Survey Steering Committee. (2001). Factors impacting on quality of life in Parkinson's disease: results from an international survey. *Movement Disorders*, v.17, n. 2, p. 60-67.
18. SOUZA R. G. et al. (2007). Quality of life scale in Parkinson's disease PDQ-39 - (Brazilian Portuguese version) to assess patients with and without levodopa motor fluctuation. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 65, n. 3b, p. 787-791.
19. KERANEN T. et al. (2003). Economic Burden and quality of life impairment increase with severity of PD. *Parkinsonism & Related Disorders*, v. 9, n. 3, p. 163-168.
20. SOUZA C. F. M. et al. (2011). A doença de Parkinson e o processo de envelhecimento motor: uma revisão de literatura. *Revista Neurociências*, v. 19, n. 4, p. 718-23.
21. LUCON M. et al. (2001). Avaliação da disfunção erétil em pacientes com doença de Parkinson. *Arquivos Neuropsiquiatria*, v. 59, n. 3-A, p. 559-562.
22. MOORE O. et al. (2002) Quality of sexual life in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, n. 8, p. 243-246.

Roziele Lima Silva

enfa.rozi@hotmail.com

Enfermeira pela Faculdade Adventista da Bahia.

Jetsemani de Araújo Ribeiro

casal20.ribeiro@hotmail.com

Enfermeiro pela Faculdade Adventista da Bahia.

Ohana Cunha do Nascimento

ohana.cunha@hotmail.com

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, pós-graduada em Saúde Mental. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Docente da Faculdade Adventista da Bahia.

Thyana Cordeiro Lopes

thyana_cordeiro@hotmail.com

Educadora Física. Mestre em Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia. Docente da Faculdade Nobre - FAN e Faculdade Maria Milza - FAMAM.

Brenda do Socorro Gomes da Cunha

enf.brendarodrigues@hotmail.com

Enfermeira pela Faculdade Adventista da Bahia.

André Henrique do Vale de Almeida

almeida_ahv@hotmail.com

Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutorando em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

LITERATURA DE CORDEL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ANÁLISE TEXTUAL DO CORDEL HIV/AIDS

CORDEL LITERATURE AND HEALTH EDUCATION: A TEXTUAL ANALYSIS OF CORDEL HIV/AIDS

RESUMO

A educação em saúde tem um papel relevante para a difusão do conhecimento sobre saúde no meio popular, mas não possui um formato específico para a sua apresentação. Nesse sentido, alguns pesquisadores têm estudado sobre o uso da literatura de cordel como estratégia de tecnologia de educação em saúde por ser atraente, facilitar as intervenções, possuir baixo custo, linguagem acessível e dinâmica. Destarte, o objetivo desse trabalho é realizar uma crítica, por meio de análise textual discursiva de um cordel HIV/AIDS, através dos parâmetros encontrados no texto de Pagliuca e colaboradores (2007). O cordel mostrou-se adequado ao seu público-alvo, com palavras simples, informações pertinentes e parágrafos curtos – embora alguns pontos careçam de maior aprofundamento. Observou-se também que a promoção da educação em saúde por meio da literatura de cordel poderia ser mais utilizada, devido à eficiência da sua metodologia.

PALAVRAS-CHAVE:

Educação em saúde; literatura de cordel; HIV/AIDS.

ABSTRACT

Health education plays an important role to disseminate knowledge about health among people and it does not have any a specific format for its presentation. Thereby, someone researchers have have studied about cordel literature as an strategy of health education, since this technology is attractive, easy to implement, cost-effective, the language is simple, accessible and dynamic. Therefore, the objective of this study is criticizing from

KEYWORDS:

Health Education; Literature; Acquired Immunodeficiency Syndrome.

discursive textual analysis of a cordel HIV/AIDS, using parameters found in the text of Pagliuca and coauthors (2007). The cordel may be considered as appropriate to its target public, because it has simple words, relevant information and short paragraphs – although some points should be more deepened. We also found that health education; through cordel literature could be more used, since it is efficient.

INTRODUÇÃO

A educação em saúde tem um papel de grande relevância para a difusão do conhecimento sobre saúde no meio popular, pois explora recursos atinentes ao contexto da comunidade e está constantemente envolvida com significados culturais expressos e socialmente reconhecidos e valorizados. Nessa perspectiva, práticas educativas têm sido cada vez mais frequentes, com base em atividades lúdicas, como o teatro, dança, jogos, música, entre outros ^[1].

A partir do exposto, observa-se que a atividade educativa pode ser definida como uma contínua construção de conhecimentos e práticas em saúde direcionadas ao fortalecimento da autonomia dos sujeitos no seu autocuidado ^[2]. Esse processo está presente em diversos níveis da atenção em saúde, em especial na atenção básica, quando ocorre o primeiro contato do usuário com o profissional de saúde.

De forma geral, a educação em saúde engloba três segmentos básicos: os profissionais da área, que trabalham na perspectiva de promoção e prevenção da saúde; os gestores que apoiam e, muitas vezes, realizam práticas de educação em saúde; os usuários da atenção básica, que vão construindo seu conhecimento a partir das informações aprendidas³. Conforme Falkenberg ^[3], as práticas de educação em saúde são essenciais ao processo de trabalho, muito embora sejam diversas as circunstâncias em que são negligenciadas, principalmente no planejamento e organização dos serviços, assim como na execução das ações de cuidado e mesmo na própria gestão.

Assim, observa-se uma barreira importante que dificulta a aplicação de estratégias de educação em saúde: a sobrecarga de trabalho e alta demanda da clientela que precisa dos serviços de saúde para o atendimento das suas necessidades.

A enfermagem atua de maneira significativa no desenvolvimento da educação em saúde, já que, ao se inserir nos variados níveis de atenção, os enfermeiros precisam utilizar a criatividade, capacidade de improvisação e inovação, a fim de poder ofertar um cuidado de qualidade e resolutividade dos problemas identificados ^[4]. Sobre esse papel desenvolvido pela enfermagem, Oliveira e Pagliuca⁵ descrevem que, ao usufruir de tecnologias como formas de atender às pessoas, a enfermagem promove sua autonomia e independência, em educação em saúde, em instituições fechadas ou qualquer ambiente no qual esse profissional estiver inserido.

Discute-se na atualidade sobre o desenvolvimento de novas tecnologias de educação e da saúde. Vale ressaltar, portanto, a importância dessas tecnologias, principalmente quando as práticas educativas em saúde colocam-se como formas de favorecer a participação dos sujeitos

no processo educativo, tornando-se um instrumento que vislumbra a contribuição com a construção da cidadania e autonomia dos envolvidos [1].

O desenvolvimento de novas tecnologias é tão importante quanto a sua divulgação e publicação, e deve ter como base os saberes e conhecimentos prévios da população, não se utilizando apenas do conhecimento científico [3]. Assim, é necessário incentivar a publicação desses novos formatos que visam suprir as necessidades existentes na área de saúde, desde a confecção de material de consulta, às formulações de estratégias de educação, obtendo, por consequência, a promoção da saúde e prevenção de doenças. Nesse sentido, é notória a pertinência da realização de avaliações dos novos instrumentos/estratégias de educação em saúde, visto que irão garantir a eficiência e validade das novas práticas [5].

Nesse sentido, a literatura de cordel atua como estratégia de tecnologia de educação em saúde que facilita as intervenções, uma vez que permite a melhora dos resultados e prognósticos a partir de sua abordagem, constituindo-se a partir de diversas circunstâncias e temas, tornando-se uma excelente forma de transpor a saúde para a população [4].

O uso da literatura de cordel na prática educativa vem despertando olhares curiosos e ouvidos atentos, principalmente pelos profissionais de saúde do Ceará, estes que têm desenvolvido com afinco pesquisas sobre a importância do seu uso para a educação em saúde, bem como caracterizando a literatura de cordel como um instrumento muito importante para alcançar as mais diversas comunidades [1].

Nessa perspectiva, Pagliuca e colaboradores [5,6,7] apontam o importante papel da enfermagem e seu empenho constante na prevenção de doenças e promoção da saúde. Os autores reconhecem ainda a necessidade de um trabalho integrado entre enfermeiros e cordelistas, a fim de que sejam elaborados folhetos que eduquem adequadamente seus leitores, o que poderá contribuir ativamente com a disseminação dessas informações tão necessárias à manutenção da saúde.

Assim, o objetivo deste estudo é realizar análise crítica da proposta de uma literatura de cordel desenvolvida com a temática do HIV/AIDS, destacando elementos que contemplem o cuidado, na perspectiva de difundir o cordel como medida educativa para a população.

METODOLOGIA

A pesquisa em questão foi de natureza qualitativa e interpretativa. Segundo Ludke e André [8], trata de um processo que foi desenvolvido numa situação natural, foi rica em dados descritivos, possui planos abertos e flexíveis e focalizou a realidade de forma complexa e contextualizada acerca da temática HIV/AIDS, no campo de educação em saúde. Nessa direção, esta pesquisa criticou um livreto de literatura de cordel, sua aplicação e uso para a educação em saúde. Constituído de 22 estrofes e usado como tecnologia de educação em saúde, o cordel analisado foi de autoria da Roziele Lima Silva, da Faculdade Adventista da Bahia (FABDA), com experiência em cordéis, com publicações na revista AFAM (AFAM, 2015) e na coletânea de cordel “Sou da

terra Nordestina”.

Para a construção destacada neste trabalho, utilizou-se como base de informações o livro “Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso”^[9], publicado pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica, pertencente à Secretaria de Vigilância Sanitária e vinculado ao Ministério da Saúde.

A avaliação do cordel foi feita por meio dos parâmetros encontrados no artigo de Pagliuca e colaboradores^[5,6,7], que são: 1) Origem, ação, consequência e transmissão; 2) Mulher e contaminação pelo vírus HIV; 3) Situação em que não há contaminação do vírus; 4) Prevenção. Esses parâmetros foram analisados por meio da Análise Textual Discursiva (ATD). A ATD pode ser compreendida como um processo auto-organizado de compreensão em que novos entendimentos emergem de uma sequência recursiva composta por três componentes: desconstrução do corpus, a unitarização e a categorização^[10].

Conforme Moraes^[10] inicialmente deve-se realizar a desmontagem dos textos (corpus); este processo também chamado de unitarização tem como objetivo atingir as unidades constituintes. Posteriormente realiza-se o processo de categorização, com intuito de estabelecer relações entre as unidades de base, combinando-as e classificando-as, formando categorias.

Com base em Moraes^[10], foi feita a desmontagem do corpus do cordel, seguido de uma unitarização, que foram os trechos do cordel. Por fim, foi feito o processo de categorização, com o intuito de estabelecer as relações entre esses trechos, combinando-as e classificando-as de acordo as categorias elencadas por Pagliuca e outros^[5].

RESULTADO E DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde, através de suas competências, produziu um material, que se encontra disponível na Biblioteca Virtual de Saúde, acerca de doenças infecciosas e parasitárias^[9]. Contudo, esse material está escrito em linguagem técnica, o que dificulta a compreensão da população em geral sobre esses temas. Devido a essa demanda de informação existente, é notável a busca do desenvolvimento de tecnologias de educação para a compreensão dessa temática. Por contemplar significados culturais na sociedade e por poder ser utilizada nos contextos de abordagem técnica de saúde, a tecnologia escolhida para a viabilização da informação foi a literatura de cordel^[1].

Permite a integração entre o saber popular e o científico

A partir do exposto, compreende-se que essa literatura é uma expressão cultural e artística muito difundida e conhecida no nordeste do Brasil. Escrita numa linguagem popular, esse gênero textual se utiliza de rimas métricas, emprego da linguagem informal. Além disso, é largamente utilizada no meio popular, com o objetivo de ensinar e transmitir informação enquanto uma tradição transmitida de pais para filhos, por diversas gerações^[11]. Encontrado de forma impressa para a comercialização, online, ou mesmo de forma oral, é um meio de

grande pertinência para levar conhecimento, pois possibilita que o saber popular e o científico se integrem, estabelecendo um diálogo pertinente e bastante eficaz. A abordagem do texto é a partir de rimas, versos que se tornam atrativos para a comunidade que será contemplada com a ação em saúde ^[12].

A literatura de cordel, uma forma de poesia popular, é uma das expressões culturais mais ricas e difundidas da cultura nordestina. Os livretos podem ser encontrados em feiras, praças e diversos eventos culturais e populares ^[1]. Esses folhetos possuem baixo custo, uma linguagem acessível, dinâmica e atraente, pois as rimas despertam a atenção dos leitores de forma curiosa ^[13].

Por todas essas características, é um texto literário que pode ser importante ferramenta na construção do conhecimento, já que se constitui como instrumento de fácil manuseio e memorização, de fácil acesso, baixo custo e que contempla o processo de ensino/aprendizagem em saúde. Desse modo, ao existir uma consistência entre a linguagem técnica e a de uso popular, a aceitação da informação por parte dos sujeitos será muito maior, o que provoca maior impacto na promoção e prevenção ^[14].

O artigo de Pagliuca ^[15] faz a análise de três cordéis (*Quem não usa camisinha, não pode dizer que ama*, de Manoel Monteiro; *Previna-se contra a AIDS*, de Elizeu de Souza Paulino; *Previna-se contra a AIDS: ela mata*, de Guaipuan Vieira e Gerardo Carvalho (Pardal), os quais podem ser apresentados à sociedade como conteúdo informativo satisfatório. Ao partir dos parâmetros utilizados nesse artigo, foi feita uma avaliação do cordel HIV/AIDS, construído a partir de uma fundamentação teórica sobre o material – DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS GUIA DE BOLSO ^[9] retirado da Biblioteca Virtual em Saúde, do Ministério da Saúde.

Conforme descrito, o cordel construído foi analisado por meio da ATD – Análise Textual Discursiva; e as categorias foram retiradas do texto Literatura de cordel: veículo de comunicação e educação em saúde ^[15]. Essas categorias serão: 1) origem, Ação, consequência e transmissão; 2) Mulher e contaminação pelo vírus HIV; 3) Situação em que não há contaminação do vírus; 4) prevenção. O quinto item do artigo, que avalia a literatura de cordel como meio de comunicação em saúde, não foi inserido, pois interpretou-se que o texto como um todo já é esse instrumento de comunicação.

Categoria 1: origem, ação, consequência e transmissão

Para facilitar a discussão, a primeira categoria foi dividida em 4 subcategorias que são: origem – que é o início de uma ação ou de algo cujo desenvolvimento continua num tempo ou espaço. Nesse caso, a origem do HIV; ação – que é resultante do ato de agir, ou seja, a ação do vírus HIV no corpo humano; consequência – o resultado da ação do vírus no corpo humano; transmissão – que está correlacionada com a propagação da doença.

Dentro da subcategoria *origem*, o cordel produzido com base no material disponível na

Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde traz por escrito, na primeira sextilha:

“Doença desconhecida
Até alguns anos atrás
Surgimento duvidoso
Talvez de alguns animais
A AIDS é perigosa
Entenda o que ela faz”

Segundo o corpo editorial da Revista de Saúde Pública ^[16], admite-se como hipótese correta que a transmissão do vírus precursor do HIV tenha sido passada dos primatas ao homem. Contudo, essa ideia permanece sem explicação plausível da forma que ocorreu. Logo, os versos escritos pela autora muito se aproximam do que há escrito na literatura acerca da origem do vírus HIV, não trazendo informações improváveis como a relatada por um trecho de Monteiro ^[17] que relata uma possibilidade da origem da AIDS ser por meio de drogas injetáveis.

Além disso, as palavras utilizadas para a confecção da sextilha, referentes à origem do vírus, apresentam também temporalidade. Observa-se que os dois primeiros versos da sextilha, que sinalizam o tempo, dão uma ideia da existência desse vírus antes da sua descoberta, informação que se aproxima do que foi escrito por Grmek ^[18], pois não existe vírus totalmente novo, sugere-se que tem por ancestral um vírus com características genéticas vizinhas e que se perpetuava em algum lugar, numa população humana ou animal. Nenhum dos textos apresentados no artigo de Pagliuca ^[15] trouxe elementos temporais, em relação à origem.

Sobre a subcategoria *ação*, o cordel apresenta as seguintes informações na segunda sextilha

“Saiba a diferença
Tente não confundir
É a contaminação pelo vírus HIV
Que o corpo começa a invadir
Destruindo os linfócitos
Tantos quantos conseguir”

na sextilha quatro:

“Depois de infectado
Ocorre soro conversão
Onde a positividade do HIV
Existirá então
Sendo assim possível
Ocorrer a transmissão”

na sextilha sete:

“Depois de contaminado
A pessoa pode desenvolver a AIDS
Síndrome da Imunodeficiência Humana
E tende muito a padecer
Devido à gravidade
Que está a lhe acometer”

e na estrofe dez:

“A pessoa fica frágil
E muito debilitada
Sendo possível assim
Também ficar desesperada
Abrindo uma portinha
Para as doenças oportunistas
Acharem uma morada”

Sobre essa categoria, foram encontradas no texto quatro estrofes que retratam a ação do vírus no corpo humano. Canini e colaboradores ^[19] relatam que o HIV é um retrovírus que causa no organismo uma disfunção imunológica crônica e progressiva em virtude da diminuição dos linfócitos. Associando a informação da literatura com a relatada no cordel, na sextilha dois, é verificada total coerência entre elas.

Além disso, a sextilha quatro encontra-se em acordo com a literatura, já que Fiebig e colaboradores ^[20] relatam sobre a soroconversão, que é a fase do aparecimento dos anticorpos

do vírus HIV. Embora a sextilha quatro apresente esse fato, não é encontrada no cordel uma explicação coerente do que seja a soroconversão. Todavia é necessário discernimento para definir se essa informação contribuirá com o processo de prevenção.

A sextilha sete retrata sobre a possibilidade do desenvolvimento da AIDS que, segundo Canini e colaboradores ^[19], pode durar alguns anos após o contágio com o vírus HIV. Dessa forma, em associação à literatura, o cordel demonstra ser coerente quanto à informação acerca da manifestação da AIDS e seus problemas, descritos na estrofe dez. Dos artigos analisados por Pagliuca e colaboradores ^[5,6,7], apenas um, o cordel escrito por Manoel Monteiro¹⁷, faz uma distinção da AIDS, colocando-a como fase final da doença, facilitando a compreensão do leitor acerca da temática.

Sobre a subcategoria *consequências*, o cordel apresenta esse quesito na estrofe 8:

“Sendo os sinais e sintomas
Muito característicos
Diarreia intensa, perda de peso
Sarcoma de Kaposi que é específico
A doenças oportunistas
Que tornarão o caso verídico”

na estrofe 10

“A pessoa fica frágil
E muito debilitada
Sendo possível assim
Também ficar desesperada
Abrindo uma portinha
Para as doenças oportunistas
Acharem uma morada”

e na estrofe 13

“Podemos então dividir
De forma sintetizada

Em três momentos distintos
Dessa doença tão malvada
Infecção aguda após a infecção
Fase assintomática ou de latência
E quando a AIDS é instalada”

Sobre a subcategoria *consequência*, encontramos no cordel indicativos dos processos que o paciente pode sofrer, devido à infecção. Sobre essa questão, Lazarotto e colaboradores ^[21] afirmam que a característica principal dessa doença é a supressão profunda da imunidade mediada por células T; tornando o indivíduo suscetível às infecções por agentes oportunistas, neoplasias secundárias e doenças neurológicas. Castanha e colaboradores ^[22] confirmam a informação ao afirmar que soropositivos vivem com um número imprevisível de sintomas que geram internações, além de problemas de ordem psicossociais em decorrência da evolução da doença; alguns desses problemas se desenvolvem devido aos preconceitos, a perda do emprego e dificuldades econômicas, além do abandono familiar e social.

Castanha ^[23] enfatiza que o desenvolvimento de qualidade de vida para os soropositivos não se vincula apenas a meios que proporcionem longevidade dos portadores, mas o desenvolvimento de técnicas que possam contribuir para o enfrentamento dos problemas encontrados, bem como a minimização dos agravantes e possíveis consequências. Nota-se que a sensibilização é um importante passo dado na construção dessa qualidade de vida, através do autoconhecimento. As estrofes citadas nessa categoria retratam as consequências na saúde do soropositivo de forma abrangente. Contudo, embora as consequências sociais não fossem objetivo do cordel, poderia ter sido destacado o papel da sociedade em geral para com as pessoas que sofrem com HIV.

A subcategoria *transmissão* é de grande modo importante para a sensibilização quanto às formas de contágio e prevenção; são assim descritas no cordel na estrofe 3:

“Para que a pessoa
Venha se contaminar
É preciso contato
Que possa o infectar
Seja por sangue ou secreção
Lâmina ou agulha que venha machucar”

“A transmissão a outras pessoas

Ocorre em todo o tempo

Mesmo que a pessoa

Não tenha conhecimento

Que foi soro convertido

Por falta de esclarecimento”

na estrofe 18

“E a gestante pode também

O filho contaminar

De forma vertical

No parto ou a amamentar

O tratamento precoce

Pode a saúde do filho preservar”

Essa subcategoria vem afirmar as possibilidades de contaminação e traz as principais formas de transmissão – o contato sexual, sangue contaminado, demais fluidos corpóreos, transmissão vertical da mãe para o filho, através do parto ou da amamentação. Sobre esse processo de transmissão, Castanha ^[22] pontua que a infecção ocorre após a transmissão viral, constituída através da transferência dos fluidos corporais – sangue, sêmen, líquido vaginal e leite materno – de um indivíduo infectado para outro que não esteja infectado pelas vias sexual, parenteral ou vertical. Logo, nota-se a clareza na mensagem passada, assim como a veracidade da informação.

É notória a importância da disseminação do conhecimento; já que a partir do desconhecimento sobre a soropositividade, muitas pessoas podem transmitir ou ser contaminadas pelo HIV. Logo, um instrumento que aponta a importância da prevenção, do uso do preservativo e do cuidado com objetos perfurocortantes, tem muito a contribuir com o processo do aprendizado em saúde.

Categoria 2: a mulher e o HIV

A categoria dois dialoga coerentemente as informações científicas sobre a abrangência e os efeitos do HIV na vida da mulher, sendo esta uma temática muito discutida, já que, uma vez contaminada, a mulher pode infectar o filho (em caso de gestação) através da transmissão vertical. Sobre isso, o cordel HIV/AIDS menciona na estrofe 18:

“E a gestante pode também
O filho contaminar
De forma vertical
No parto ou a amamentar
O tratamento precoce
Pode a saúde do filho preservar”

A transmissão vertical é um tema de grande relevância e que pode causar muitas consequências se não tratada corretamente. Desde a gestação, é necessário um preparo para um parto com a mínima quantidade de riscos para o bebê; e durante o pós-parto, a correta adesão ao tratamento profilático, para o controle da disseminação de virulência. Contudo, a mulher infectada é quem deve decidir se engravida ou não. Para tanto, é necessário que a gestante receba informações de forma clara, a fim de que tome essa decisão conscientemente [24]. Para a existência desse esclarecimento, Brito [16] reconhece que os principais agentes facilitadores da transmissão vertical ocorrem devido ao tempo entre a ruptura das membranas amnióticas e o parto, a quantidade de vírus nas secreções cervicovaginais da mãe e no leite materno. O autor enfatiza ainda que esses riscos devem ser explicados claramente a mãe.

Moura e Praça²⁴ discutem as principais dificuldades encontradas pelas mulheres portadoras de HIV, já que muitas delas descobrem a soropositividade durante a gestação, através do pré-natal ou no parto e pós-parto, ou mesmo, ao descobrir que o filho está infectado. Após a descoberta, essa mulher passa por um período doloroso, pois descobre que pode transmitir ao conceito, além de não poder amamentar. Esses são aspectos muito importantes, pois estarão interligados com o bem-estar e a qualidade de vida dessa mulher. Todavia, a possibilidade de transmissão do vírus ao feto não determina a sua decisão de interromper a gestação ou de não levá-la ao termo. As mulheres grávidas infectadas desejam que seus filhos nasçam saudáveis e não sejam infectados pelo vírus [24].

Categoria 3: situação em que não há contaminação com o vírus HIV

É notória a existência de um grande contingente de pessoas que possuem tabus relacionados aos portadores do vírus HIV; logo, é fundamental o esclarecimento desses pontos de dúvida; a estrofe 22 pontua um desses mitos:

“Lembre-se que é preciso

Sempre se preservar
Mas por favor também se lembre
De nunca discriminar
Abraço ou aperto de mão
Não podem outras pessoas contaminar”

Como já foi mencionado, a transmissão dessa patologia ocorre de forma sexual, parenteral ou vertical; a falta de conhecimento se torna um agente de preconceitos, uma vez que fomenta ideias errôneas a respeito de como proceder com pessoas portadoras de HIV. Se comparado aos cordéis analisados por Pagliuca ^[15], percebemos que esse aspecto poderia ter sido abordado mais profundamente, pois essa abordagem contribui de forma positiva contra o preconceito e a segregação; incentivando ainda a inclusão social.

Castanha ^[22] reflete que a discriminação e o isolamento do portador de HIV se iniciam em seu círculo familiar e abrange outras pessoas ao redor; isso ocorre apesar do conhecimento quanto à contaminação que existe atualmente. Os autores ainda ressaltam que o suporte familiar e social será fundamental para a adesão ao tratamento, proporcionando uma qualidade de vida com menos interferências.

Categoria 4: prevenção

Sendo uma doença que irá interferir em todos os aspectos da vida, é pertinente o conhecimento de meios preventivos para a não contaminação. No cordel abordado, a autora pontua a importância dessa prevenção, na estrofe 15:

“E para a prevenção
Use sempre a camisinha
Não reuse agulha ou lâmina
E não reencepe a capinha
Faça sempre o teste
Tenha cuidado com a doação sanguínea”

na estrofe 16

“Faça sexo seguro
Quanto menos parceiros melhor
A camisinha é importante
E lhe protege do pior
Mas o mais certinho mesmo
É fazer sexo seguro
Com uma pessoa só”

Para que ocorra a prevenção, é necessário fazer o uso de práticas educativas que sensibilizem a profilaxia dessa importante patologia. Ayres ^[25] destaca a necessidade de renovação nesse processo de prevenção já conhecido, já que com novos sujeitos e um novo cenário existente na sociedade, é preciso reinventar as experiências e valores para uma maior abrangência. Destaca ainda ser de fundamental importância o cultivo e a construção de uma cultura preventiva, universalizada, plural e versátil que venha ao encontro das necessidades existentes e possam fazer toda a diferença nesse processo.

Paiva ^[26] discute a importância da prevenção e formas de sexo seguro, enfatizando a necessidade do aconselhamento correto pós-teste. Comenta ainda a importância do profissional com o papel de educador, contribuindo para a prevenção e dispensação de educação em saúde.

Entre os acidentes ocupacionais, tem crescido de forma intensa acidentes através dos materiais perfurocortantes; sobre essa temática, na estrofe 15, o texto mostra a relevância de não reencapar as agulhas. Vieira e Padilha ^[27] consideram que esses acidentes entre os trabalhadores de enfermagem são frequentes, devido à frequente manipulação desses materiais. Nesses casos, os riscos e prejuízos se estendem não apenas aos trabalhadores, mas também para a instituição. Logo, através da disseminação dessa informação, é possível alcançar também profissionais e contribuir com a sua segurança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dado o exposto, é possível observar que a literatura de cordel é um instrumento de grande valia para o desenvolvimento da educação em saúde, pois os versos simples e palavras de uso informal estão atrelados à boa compreensão e método eficiente de forma social.

A análise do cordel supracitado permite notar que este possui leveza nas palavras, por isso transmite informações essenciais e de forma descontraída e criativa. Salienta-se ainda uma proposta eficiente de construção dos mesmos com base em uma fundamentação teórica que contemple os aspectos necessários à informação que deve ser ofertada à população.

No entanto, é visível que alguns pontos poderiam ser mais aprofundados, como: questões sociais, questões de gênero e de formas em que o HIV não é transmitido, esse aprofundamento contribuiria para combater o preconceito existente.

Sobre a construção e a escrita do cordel, para a sua viabilidade, é importante atentar para métrica empregada, pois as estrofes não devem ser muito longas, para não cansar o leitor; como também não devem ser muito curtas a ponto de não conter as informações necessárias. Reconhece-se ainda que a literatura é uma área de pesquisa pouco explorada, embora demonstre ser um campo vasto para a aplicação de instrumentos tão eficientes para a educação em saúde, como a literatura de cordel.

REFERÊNCIAS

1. Martins ÁKL. Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde. 2011. Acesso em: 25 de março de 2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a25.pdf>
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 44 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [Acesso: 21 de maio de 2015]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf>
3. Falkenberg MB. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. 2014. [Acesso em: 21 de maio de 2015]. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>>.
4. Trezza MCSF, Santos RMS, Santos JMS. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. 2007. [Acesso em: 05 de maio de 2015]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a17v16n2.pdf>>.
5. Oliveira PMP, Pagliuca LMF. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre amamentação. 2013. [Acesso em 05 de maio de 2015]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a26v47n1.pdf>>.
6. Oliveira PMP. Literatura de cordel como estratégia educativa para prevenção da dengue. 2011. [Acesso em: 19 maio 2015.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400016>.
7. Oliveira PMP, Rebouças CBA, Pagliuca LMF. Literatura de cordel como meio de promoção para o aleitamento materno. 2008. [Acesso em 07 de maio de 2015]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a03.pdf>>.
8. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1996. 99 p.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 448 p. (Série B. Textos Básico de Saúde). [Acessado em: 21 de maio de 2015]. Disponível em: <file:///C:/Users/bus/Downloads/Guia_de_bolso_doencas_infecciosas_e_parasitarias.pdf>.
10. Moraes R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Revista Ciência e Educação*. v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003
11. Luvizotto CK. As tradições gaúchas e sua racionalização na modernidade tardia. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 140 p.
12. Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática. 2003. [Acesso em: 18 maio 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17825.pdf>
13. Andrade SG. Nas trilhas do cordel baiano: conteúdos simbólicos e efeitos de sentidos / Solange Gusmão de Andrade. - Salvador, 2012. [Acesso em: 21 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.ppgel.uneb.br/wp/wp-content/uploads/2012/04/andrade_solange.pdf>.
14. Machado MFAS. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde: uma revisão conceitual. 2007.[Acesso em: 18 maio 2015]. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>.
15. Pagliuca LMF. Literatura de cordel: veículo de comunicação e educação em saúde. 2007. [Acesso em 05 de maio de 2015]. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a10v16n4.pdf> >.
16. Brito AM, Sousa JL, Luna CF. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. v. 40, p. 18 – 22, 2006.
17. Monteiro M. Quem não usa camisinha: não pode dizer que ama. Campina Grande (PB): Martins Ed.; 2005.
18. Grmek M. O enigma do aparecimento da AIDS. *Estudos avançados*. v. 9, n.24, p. 229-239, 1995.
19. Canini SRMS, Reis RB, Pereira LA. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: Uma revisão de literatura. v. 12, n. 6, p. 940 – 945, 2004
20. Fiebig EW, Wright DJ, Rawal BD. Dinâmica da viremia do HIV e da soroconversão de anticorpos em doadores de plasma: implicações para diagnóstico e estadiamento da infecção primária pelo HIV. v. 17, n. 13, 2003.
21. Lazzarotto AR, Deresz LF, Sprinz E. HIV/AIDS e Treinamento Concorrente: a Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. v. 16, n. 2, p. 149 – 154, 2010.
22. Castanha AR, Coutinho MPL, Saldanha AAW. Consequências Biopsicossociais da AIDS na Qualidade de Vida de Pessoas Soropositivas para o HIV. *Jornal Brasileiro de Doenças*

Sexualmente Transmissíveis. v. 18, n. 2, p. 100 – 107, 2006.

23. Castanha AR, Coutinho MPL, Saldanha AAW. Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. Estudos de Psicologia. v. 24, n. 1, p. 23 – 31, 2007.

24. Moura EL, Praça NS. Transmissão Vertical do Vírus HIV: Expectativas e Ações da Gestante Soropositiva. Revista Latino Americana de Enfermagem. v. 14, n. 3, p. 405 – 413, 2006

25. Ayres JRCM. Educational practices and the prevention of HIV/Aids: lessons learned and current challenges, Interface _ Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.11, p.11-24, 2002.

26. PAIVA V. Beyond magical solutions: prevention of HIV and Aids and the process of “psychosocial emancipation”, Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.11, p.25-38, 2002.

27. Vieira M, Padilha MICS. O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material pérfurocortantes. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 42, n. 4, p. 804 – 810, 2008

APÊNDICE A

HIV/AIDS

Doença desconhecida	Ocorrer a transmissão
Até alguns anos atrás	Desde a infecção
Surgimento duvidoso	Até a fase aguda
Talvez de alguns animais	São cerca de 30 dias
A AIDS é perigosa	Pra que ninguém se iluda
Entenda o que ela faz	Os sintomas parecem a gripe
	Virose, ou mononucleose aguda
Saiba a diferença	A transmissão a outras pessoas
Tente não confundir	Ocorre em todo o tempo
É a contaminação pelo vírus HIV	Mesmo que a pessoa
Que o corpo começa a invadir	Não tenha conhecimento
Destruindo os linfócitos	Que foi soro convertido
Tantos quantos conseguir	Por falta de esclarecimento
Para que a pessoa	Depois de contaminada
Venha se contaminar	A pessoa pode desenvolver a AIDS
É preciso contato	Síndrome da Imunodeficiência Humana
Que possa o infectar	E tende muito a padecer
Seja por sangue ou secreção	Devido à gravidade
Lâmina ou agulha que venha machucar	Que está a lhe acometer
Depois de infectado	Sendo os sinais e sintomas
Ocorre soroconversão	Muito característicos
Onde a positividade do HIV	Diarreia intensa, perda de peso
Existirá então	Sarcoma de Kaposi que é específico
Sendo assim possível	A doenças oportunistas

Que tornarão o caso verídico

Após consulta médica

E internação hospitalar

É preciso muitos exames

Para poder investigar

Analisando assim o caso

E como a vida preservar

A pessoa fica frágil

E muito debilitada

Sendo possível assim

Também ficar desesperada

Abrindo uma portinha

Para as doenças oportunistas

Acharem uma morada

Entre essas doenças

Podem ser destacadas

Dos vírus a herpes simples

Citomegalovirose, leucoencefalopatia
acentuada

Das bactérias tuberculose e pneumonia

E muitas outras por bactérias são encontradas

Das fúngicas

Pneucocitose, candidíase

Criptococose e histoplasmose

Ente os protozoários

Criptosporidiose, isosporidiose

E toxoplasmose

Podemos então dividir

De forma sintetizada

Em três momentos distintos

Dessa doença tão malvada

Infecção aguda após a infecção

Fase assintomática ou de latência

E quando a AIDS é instalada

E para que nada disso

Venha acontecer

É preciso se preservar

Como melhor lhe parecer

Evitando assim o contato

Que venha lhe adoecer

E para a prevenção

Use sempre a camisinha

Não reuse agulha ou lamina

E não reencape a capinha

Faça sempre o teste

Tenha cuidado com a doação sanguínea

Faça sexo seguro

Quanto menos parceiros melhor

A camisinha é importante

E lhe protege do pior

Mas o mais certinho mesmo

É fazer sexo seguro

Com uma pessoa só

E tendo muito cuidado

Ao poder sangue doar

Ou sangue receber

É preciso investigar

E manter todo cuidado

Para a vida preservar

E a gestante pode também

O filho contaminar

De forma vertical

No parto ou a amamentar

O tratamento precoce

Pode a saúde do filho preservar

E sobre o tratamento

Que é muito importante

Tudo de forma gratuita

E sigilosa a todo instante

Oferecido pelo governo

Ao adulto, criança, idoso e gestante

Através de antirretrovirais

Que são fortes para valer

Mas ajudam as pessoas

À doença sobreviver

Cuidando de sua imunidade

Pra que ela não venha perecer

E então não se esqueça

Que a AIDS é perigosa

Se previna o tempo todo

Pois ela é silenciosa

Também é de notificação

E investigação compulsória

Lembre-se que é preciso

Sempre se preservar

Mas por favor também se lembre

De nunca discriminar

Abraço ou aperto de mão

Não podem outras pessoas contaminar

Meire Carla Pereira Brandão

carlitha_brandao@hotmail.com

Graduanda em enfermagem, Faculdade Maurício de Nassau - unidade mercês. Salvador (BA), Brasil. Graduanda em enfermagem, Faculdade Maurício de Nassau - unidade mercês. Salvador (BA), Brasil.

Karla Ferraz dos Anjos

karla.ferraz@hotmail.com

Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia/PPGENF/UFBA. Salvador (BA), Brasil.

Kelly Cruz Pimentel Sampaio

enfermagem.merces@mauriciodenassau.edu.br

- Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão (IBPEX). Professora, Faculdade Maurício de Nassau - unidade mercês. Salvador (BA), Brasil.

Akemy Brandão Mochizuki

akemy.brandao@gmail.com

Psicóloga, Mestre em Psicologia do Desenvolvimento, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia (PPG-PSI/UFBA). Professora, Faculdade Maurício de Nassau - unidade mercês. Salvador (BA), Brasil.

Vanessa Cruz Santos

vanessacruz@hotmail.com

Enfermeira, Doutoranda, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia/ISC/UFBA. Salvador (BA), Brasil.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

CUIDADOS PALIATIVOS DO ENFERMEIRO AO PACIENTE ONCOLÓGICO

PALLIATIVE CARE FROM NURSES TO ONCOLOGICAL PATIENTS

RESUMO

Introdução: o cuidado paliativo está em crescimento nos últimos anos, sobretudo devido às demandas relacionadas com as doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer, e tem se tornado desafio para os enfermeiros diante de sua complexidade e peculiaridade. **Objetivo:** analisar a produção científica sobre cuidados paliativos do enfermeiro ao paciente oncológico. **Método:** revisão da literatura, com busca no portal CAPES, sendo a amostra composta por cinco artigos. **Resultados:** verificou-se que, no cuidado paliativo ofertado pelo enfermeiro, é indispensável proporcionar conforto e alívio do sofrimento ao paciente oncológico, visando à integralidade e humanização do cuidado. No entanto, há deficiências na formação do enfermeiro e de educação em serviço sobre cuidados paliativos ao paciente oncológico. **Conclusão:** mesmo diante das dificuldades relacionadas ao déficit de formação profissional, o enfermeiro precisa ofertar cuidado paliativo de forma sistematizada ao paciente oncológico a partir da identificação de suas necessidades. Logo, torna-se fundamental a implementação da educação permanente nos serviços de oncologia para os enfermeiros.

PALAVRAS-CHAVE:

Cuidado paliativo, enfermeiros, morte, oncologia.

ABSTRACT

Introduction: palliative care has been growing in the last years, mainly due to the demands related to chronic non-communicable diseases, such as cancer, and it has become a challenge for nurses in the face of its complexity and peculiarity. **Objective:** to analyze the scientific production about the palliative care provided by nurses to oncological patients. **Method:** this is a literature review, with a search in the CAPES portal, where the sample was composed by five articles. **Results:** it was verified that it

is indispensable to provide comfort and relief of the suffering for the oncological patient in the palliative care offered by nurses, aiming at the integrality and humanization of care. However, there are shortcomings concerning the training of nurses and the in-service education about palliative care to cancer patients. **Conclusion:** although in the face of the difficulties related to the professional training deficit, nurses should systematically offer palliative care to oncological patients from the identification of their needs. Therefore, it is of utmost importance that nurses implement continuing education in the oncological services.

KEYWORDS:

Palliative care, nurses, death, oncology.

1. INTRODUÇÃO

O câncer é um problema de saúde pública no Brasil, devido, sobretudo, a sua abrangência, variedade, complexidade e magnitude epidemiológica, social e econômica. Trata-se de uma doença causada pelo crescimento celular desordenado e pela invasão de tecidos e órgãos, sendo que parte significativa dessa enfermidade pode ser prevenida. O acometimento das pessoas por esta doença está relacionado não somente às predisposições hereditárias, mas também a seu estilo de vida ^[1].

Mundialmente, as projeções indicam que, nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponderá a aproximadamente 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para o ano de 2025. No Brasil estima-se que, para os anos de 2016 e 2017, ocorram cerca de 600 mil casos novos de câncer. À exceção do câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer ^[2].

Conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o controle da doença não se limita às ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico ou tratamento, mas envolve também a prestação de cuidados paliativos. As pessoas acometidas por doenças graves, progressivas e incuráveis necessitam de cuidados paliativos desde o início do diagnóstico da doença, assim como durante o seu acompanhamento ^[1].

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 conceitua cuidado paliativo como uma abordagem que é desenvolvida com os pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras à continuidade da vida e à continuidade de sua família. Esse cuidado, portanto, contribui para elevação da qualidade de vida desses pacientes, por meio de ações de prevenção e alívio do sofrimento. Para tanto, há necessidade de identificação precoce, avaliação e tratamento da dor, assim como de outros problemas de ordem física, psicológica, social e espiritual ^[3].

Os cuidados paliativos são reconhecidos como relevante questão de saúde pública e envolvem

sofrimento, dignidade, cuidado das necessidades humanas e qualidade de vida das pessoas acometidas por doença crônica e/ou degenerativa ou que se encontram fora de possibilidade de cura [4].

Os cuidados paliativos têm se ampliado, devido às demandas de pessoas acometidas por doenças crônicas que não respondem aos tratamentos e necessitam de atenção à saúde. Isso reflete na atuação dos profissionais de saúde, uma vez que eles carecem buscar variadas modalidades de cuidado que proporcionem alívio dos sintomas e favoreçam conforto aos pacientes sob sua responsabilidade. No Brasil, a projeção é que a elevação da oferta de cuidados paliativos se intensifique ainda mais devido à necessidade. Para tanto, é preciso aumentar a quantidade de profissionais nesta área de atuação [5].

A atuação dos profissionais de saúde nos cuidados paliativos pressupõe envolvimento de equipe multiprofissional, uma vez que esse modelo de atenção propõe a prestação de cuidados relacionados às dimensões: física, mental, espiritual e social das pessoas. O enfermeiro, em sua atuação profissional, pode ofertar condições favoráveis ao bem-estar do paciente fora de possibilidade de cura, assim como prover conforto, cuidados básicos e fisiopatológicos e dar atenção aos anseios, desejos e vontades dos pacientes [6].

O cuidado do enfermeiro à pessoa com câncer não pode limitar-se à terapêutica do paciente, é preciso que se amplie para seus familiares. Entre as ações que o enfermeiro pode desenvolver junto às famílias dos pacientes oncológicos, está o incentivo a permanecer próxima ao familiar doente [7]. Estratégia como essa fortalece o vínculo entre paciente, a família e o enfermeiro, assim como contribui para a qualidade dos cuidados paliativos de pessoas oncológicas que se encontram fora de possibilidade de cura.

Ante o exposto, fica evidente que o cuidado paliativo ofertado pelos enfermeiros às pessoas com câncer é fundamental, dados os benefícios para os pacientes, como o alívio do sofrimento na finitude da vida, assim como para conforto de sua família. Nessa perspectiva, estudos com esta abordagem se justificam por reduzir lacunas na produção científica quando se relaciona à tríade: cuidado paliativo, câncer e enfermeiro; algo relevante diante da possibilidade de ampliar os conhecimentos na área e subsidiar a conduta dos enfermeiros nesta modalidade de cuidado.

Este estudo tem por objetivo analisar a produção científica sobre cuidados paliativos do enfermeiro ao paciente oncológico.

2. MÉTODO

Estudo de revisão da literatura, desenvolvido a partir da questão de pesquisa: “O que tem sido produzido sobre o cuidado paliativo do enfermeiro ao paciente oncológico?”. O período da coleta de dados compreendeu os anos de 2002 a abril de 2017. Foi selecionado a partir de 2002, devido à OMS ter revisado a definição de cuidados paliativos [3], ampliando sua abrangência. A busca dos artigos ocorreu no período de fevereiro a abril de 2017.

Para a elaboração deste estudo foram seguidos os seguintes passos: elaboração da questão de pesquisa; seleção dos descritores; escolha dos critérios de inclusão e exclusão; busca dos artigos a partir das combinações dos descritores por meio do *booleano* "AND"; leitura de títulos, resumos e métodos para seleção dos artigos que compôs a amostra. A pesquisa ocorreu no portal CAPES, do Ministério da Educação.

Utilizou-se roteiro para análise dos artigos selecionados contendo as seguintes variáveis: autoria, título, resumo, objetivo, método (tipo de estudo e participantes), resultados, conclusão, periódico e ano de publicação.

Para a busca dos artigos, utilizaram-se os descritores: cuidados paliativos, morte, oncologia e cuidados de enfermagem. Os critérios de inclusão adotados foram: artigos publicados na íntegra, disponíveis gratuitamente em língua portuguesa, publicados no período de 2002 até fevereiro de 2017, que abordavam cuidados paliativos de enfermeiros ao paciente oncológico, com informações contidas no título, método e/ou nos resultados. Foram excluídos os relatos de experiência, reflexão crítica, estudo teórico e de revisão de literatura.

Realizou-se busca no portal Capes, a partir da combinação dos descritores, na qual obteve-se o total de 165 artigos. Para tanto, foi feita leitura dos títulos para a identificação dos artigos que tinham relação com a temática, sendo identificados 43 artigos, após adoção dos critérios de inclusão. Destes, após leitura dos resumos, restaram 21, sendo excluídos os que tinham como participantes a equipe multiprofissional. Em seguida, após a leitura do método, restaram 12 artigos que apresentavam como participantes a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem); cuidadores, familiares e pacientes. Por fim, foram selecionados cinco artigos para compor a amostra por ter como participante o enfermeiro, conforme demonstra o quadro 1. Os artigos foram analisados individualmente e, posteriormente, listadas algumas de suas convergências, com apresentação descritiva.

Quadro 1- Estratégia de busca dos artigos identificados e selecionados no portal Capes. Salvador, Bahia, Brasil, 2017.

Busca dos artigos após cruzamento dos descritores			Total
Cuidados paliativos AND Oncologia 68	Cuidados paliativos AND Cuidados de Enfermagem 53	Cuidados paliativos AND Morte 44	165
Seleção dos artigos após leitura do título			Total
Cuidados paliativos AND Oncologia 10	Cuidados paliativos AND Cuidados de Enfermagem 19	Cuidados paliativos AND Morte 14	43
Seleção dos artigos após leitura dos resumos			Total

Cuidados paliativos AND Oncologia 8	Cuidados paliativos AND Cuidados de Enfermagem 9	Cuidado paliativo AND Morte 4	21
Seleção dos artigos para leitura do método			Total
Cuidados paliativos AND Oncologia 3	Cuidados paliativos AND Cuidados de Enfermagem 7	Cuidado paliativo AND Morte 2	12
Seleção dos artigos para análise			5

3. RESULTADOS

O quadro 2 apresenta a caracterização dos artigos analisados, a partir da descrição de autor, título, periódico, ano de publicação, tipo de estudo, participante e local de realização do estudo. Observa-se que todos os estudos foram de abordagem qualitativa e realizados no hospital.

Quadro 2- Caracterização dos artigos da análise. Salvador, Bahia, 2017.

Nº	Autor	Título	Periódico/ Ano	Tipo de estudo	Participantes/ local
Artigo 1 ^[8]	Silva MM, Santanda NGM, Santos MC, Cirilo JD, Barrocas DLR, Moreira MC.	Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros	Revista Escola Ana Nery 2015	Descritivo e qualitativo	13 enfermeiros Hospital universitário Rio de Janeiro
Artigo 2 ^[9]	Fernandes MA, Evangelista CB, Platel ICS, Agra G, Lopes MS, Rodrigues FA	Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal	Ciência & Saúde Coletiva 2013	Exploratório e qualitativo	09 enfermeiros Hospital João Pessoa, PE

Artigo 3 ^[10]	Medeiros JD, Costa RL, Lopes LEC, Queiróz NTBQ, Vidal SV, Silva PS	Cuidado paliativo: uma forma de refletir a abordagem do enfermeiro ao cliente oncológico	Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online 2012	Qualitativo	14 enfermeiros Hospital Rio de Janeiro
Artigo 4 ^[11]	Silva MM, Moreira MC	Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros	Acta Paulista Enfermagem 2011	Qualitativo e descritivo	08 enfermeiras Hospital do Câncer Rio de Janeiro, RJ
Artigo 5 ^[12]	Silva MM, Moreira MC	Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade	Eletrônica de Enfermagem 2010	Descritivo e qualitativo	08 enfermeiras Hospital especializado em cuidados paliativos Rio de Janeiro, RJ

O quadro 3 apresenta os objetivos e principais resultados e conclusões dos artigos analisados. Neles, de maneira geral, observaram-se as convergências, entre as quais está a de que o enfermeiro no cuidado paliativo ao paciente oncológico deve proporcionar conforto e alívio da dor, assim como envolver a família nesse cuidado no contexto de finitude, que precisa ocorrer de forma sistematizada, com o intuito de humanizar o cuidado. Dificuldades para sua concretização foram apontadas, como o déficit de conhecimento dos enfermeiros, carência de recursos materiais e humanos e incipiência de estrutura física adequada. Além disso, foram descritas estratégias para melhorar a qualidade desse cuidado, como a educação permanente e a comunicação na relação paciente-família-enfermeiro.

Quadro 3 – Descrição dos objetivos, resultados e conclusões dos artigos analisados. Salvador, Bahia, 2017.

Nº	Objetivo(s)	Principais resultados / conclusões
<p>Artigo 1^[8]</p>	<p>Identificar as dificuldades enfrentadas na prestação da assistência à pessoa hospitalizada no contexto dos cuidados paliativos em um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia do estado do Rio de Janeiro, na percepção dos enfermeiros.</p> <p>Discutir estratégias para melhor qualificar a assistência de enfermagem nesse contexto.</p>	<p>O enfermeiro lida com dificuldades para executar o cuidado paliativo ao paciente oncológico, dentre essas, as relacionadas à formação profissional, à carência de recursos materiais e humanos; à ausência de estrutura física adequada; à dificuldade em lidar com a temática morte e à influência do modelo curativista.</p> <p>Os enfermeiros sugerem algumas estratégias para melhor qualificar a assistência de enfermagem, das quais, a educação permanente; disseminação da política de humanização da assistência; redução da rotatividade e dos remanejamentos da equipe de enfermagem.</p>
<p>Artigo 2^[9]</p>	<p>Conhecer a percepção do enfermeiro diante do paciente com câncer sob cuidados paliativos.</p>	<p>No cuidado paliativo ao paciente oncológico o enfermeiro reconhece a importância de ser um cuidado diferenciado, humanizado e trabalhando de forma multidisciplinar.</p> <p>O enfermeiro no cuidado paliativo deve priorizar a qualidade de vida, o conforto, o alívio da dor e a interação com a família.</p> <p>Relaciona a qualidade de vida do enfermo ao alívio da dor e do sofrimento.</p> <p>Presta assistência visando à qualidade de vida e à manutenção do conforto.</p> <p>Compreende que paliar também é proporcionar conforto e morte digna ao paciente terminal.</p> <p>Relaciona o cuidado paliativo à promoção de uma assistência integral.</p> <p>Há necessidade de capacitação dos enfermeiros envolvidos na assistência em cuidados paliativos.</p> <p>Importante o paciente oncológico permanecer ao lado da família para receber tratamento adequado e conforto, que reflète na qualidade de vida do mesmo.</p> <p>Relaciona o cuidado paliativo à assistência humanizada ao paciente e familiar.</p> <p>No processo do luto é preciso reconhecer e permitir a expressão de sentimentos como medo e angústia.</p> <p>A comunicação entre o profissional e o paciente tem grande relevância nos cuidados paliativos e poderá promover assistência efetiva.</p> <p>A comunicação na prestação de cuidados diminui os sintomas incapacitantes provocados pela doença.</p> <p>É essencial que no cuidado paliativo o enfermeiro perceba, compreenda e aplique adequadamente a comunicação verbal e não verbal.</p> <p>Reconhece que respeitar o paciente oncológico e suas opiniões contribui para um fim da vida com dignidade.</p>

<p>Artigo 3 ^[10]</p>	<p>Conhecer o significado oriundo das ações de cuidar realizado pelo enfermeiro ao cliente oncológico no processo de morrer.</p>	<p>O enfermeiro precisa identificar as necessidades psicobiológicas do paciente oncológico em cuidados paliativos.</p> <p>Implementar o processo de enfermagem conforme necessidades identificadas.</p> <p>Atentar às modificações que ocorrem durante a evolução da doença.</p> <p>Implementar o plano de cuidado favorável e condizente com as modificações clínicas dos clientes oncológicos em processo de morte e morrer.</p> <p>Proporcionar conforto e alívio da dor.</p> <p>Fornecer apoio espiritual e escuta sensível.</p> <p>Prover bem-estar como forma de proporcionar condições para melhorar a qualidade de vida até o momento da morte.</p> <p>Valorar a interação da família com o cliente oncológico no cuidado em finitude no ambiente domiciliar.</p> <p>Considerar o paciente com câncer dentro de suas limitações, desejos e anseios.</p>
<p>Artigo 4 ^[11]</p>	<p>Descrever a visão dos enfermeiros a respeito da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) a clientes com câncer avançado em cuidados paliativos.</p> <p>Analisar os fatores intervenientes na implantação da SAE na visão dos enfermeiros.</p> <p>Discutir possíveis estratégias propostas pelos enfermeiros que favoreçam sua implantação nesse cenário.</p>	<p>Há déficit de conhecimento dos enfermeiros sobre a SAE e os processos que a envolvem são principais dificuldades para sua implantação.</p> <p>Percebe-se despreparo dos enfermeiros diante das exigências para adotar o pensamento crítico na organização dos processos de cuidar;</p> <p>A efetividade do cuidado está diretamente relacionada com o grau de participação do cliente e da família na tomada de decisão;</p> <p>Configura assistência ao cuidado paliativo como campo de atuação complexo, marcado pelo lidar cotidiano com as fragilidades humanas no limiar entre a vida e a morte.</p> <p>A educação em serviço deve ser um processo contínuo e permanente para os enfermeiros em cuidados paliativos.</p> <p>Ressalta a humanização e a criação do vínculo para atender às necessidades de pacientes e familiares.</p> <p>Relaciona o cuidado paliativo à assistência humanizada ao paciente e familiar;</p> <p>A subjetividade, a empatia e o amor são elementos necessários, para que as demandas de cuidado do cliente e familiares sejam atendidas;</p> <p>Ressalta a importância do cuidado de enfermagem sistematizado ao paciente oncológico.</p> <p>Reconhece que respeitar o paciente e suas opiniões contribui para a efetividade do cuidado paliativo oncológico.</p> <p>O enfermeiro nos cuidados paliativos à pessoa com câncer avançado deve prezar pelo cuidado interativo, complementar e interdisciplinar.</p>

<p>Artigo 5 ^[12]</p>	<p>Analisar os fatores intervenientes no processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), referidos por enfermeiros que atuam na unidade de internação de um hospital especializado em cuidados paliativos na oncologia, localizado no município do Rio de Janeiro – Brasil.</p>	<p>O adequado preparo do enfermeiro é estratégia fundamental para promover conforto aos pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta importante em prol da qualificação e humanização do cuidado.</p> <p>Entre os fatores que interferem na implantação da SAE estão o déficit de recursos humanos, incipiência de conhecimentos aos modelos teóricos para sistematizar o cuidado, necessidade de compromisso e de adesão dos profissionais envolvidos no processo.</p> <p>Há falhas no processo de formação do enfermeiro na perspectiva da SAE.</p> <p>Os enfermeiros se deparam com dificuldades para sistematizar o cuidado à pessoa hospitalizada com câncer avançado e aos seus familiares.</p> <p>O cuidado paliativo configura-se como campo de atuação complexo, pois, diante da possibilidade da rápida evolução e piora clínica dos sintomas desconfortantes ou por problemas como o abandono. As ações devem estar voltadas para a promoção do conforto e da qualidade de vida em tempo hábil, com o intuito de reduzir a ansiedade e o medo e de proporcionar uma boa morte.</p> <p>É importante o compromisso e o envolvimento de todos os profissionais de enfermagem para a implementação da SAE no cuidado paliativo.</p> <p>Comunicação como estratégia essencial para a concretização e melhorias do cuidado do enfermeiro ao paciente oncológico em cuidados paliativos.</p>
--	---	--

4. DISCUSSÃO

Pessoas acometidas por doenças crônicas como o câncer, muitas vezes se encontram em cuidados paliativos e em processo de morte e morrer. Esta situação, por sua vez, é complexa e envolve questões culturais, éticas, morais e de valores. Além disso, vivenciam o medo, a angústia, a dor, o desespero e o sofrimento. Em diversas circunstâncias, o paciente, a família e os enfermeiros envolvidos no processo de morte e morrer têm dificuldades de lidar com a situação.

“Quando um paciente se encontra fora de possibilidades de cura, o objetivo principal do cuidado não é mais preservar a vida, mas torná-la o mais confortável e digna possível” [13:128]. Logo, condutas desnecessárias precisam ser evitadas. “O prolongamento da vida só faz sentido se a vida tiver alguma qualidade. Prolongar o sofrimento é desumano” [14:174]. Nesse contexto, o cuidado paliativo se faz necessário, contudo ainda há carência dessa prática e discussões sobre o tema entre profissionais de saúde, como enfermeiros e cuidadores informais ^[14].

É fato que, a partir do momento em que a cura deixa de ser possível, o cuidado paliativo torna-se essencial para o paciente terminal. Entre os objetivos desta modalidade de cuidado está a promoção da qualidade de vida (QV), alívio da dor e de outros sintomas, integração dos aspectos

físico, psicológico e espiritual no cuidado desenvolvido por equipes interdisciplinares capacitadas; manejo de complicações clínicas, evitar procedimentos invasivos desnecessários, que não proporcionem melhoria da QV e apoio aos pacientes com o propósito de terem sobrevida o mais útil possível, de preferência, junto da família [1].

“Nos cuidados paliativos a abordagem é centrada no indivíduo e na família, com a finalidade de controlar e aliviar o sofrimento físico, psicossocial e espiritual, a fim de se alcançar um cuidado ideal” [13:130]. Acrescidos a isso, sua prática objetiva minimizar desconfortos e contribuir com os familiares no enfrentamento do processo de morte e morrer do seu ente querido como algo inerente à existência humana. Nesse contexto, é preciso apoiar a família no momento da doença e de luto [15].

A família, ao se deparar com a morte, muitas vezes, sente-se desorientada e envolvida por sentimentos diversos como de angústia e dor. Quando o luto e a ausência do ente querido se concretizam, surge então a solidão existencial [15]. Essas situações exigem que os enfermeiros apoiem as famílias dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos, favorecendo assim o cuidado humanizado.

Para vários profissionais de saúde, a morte é considerada tabu e lidar com a mesma é desafiante. A morte de pacientes está relacionada ao fracasso profissional, ao invés de circunstância inerente à vida. Não é fácil lidar com a morte, alguns profissionais buscam estratégias para fugir da situação, a mascaram de alguma forma, fogem de pacientes fora de possibilidades de cura e evitam comentar sobre o assunto com os pacientes [6].

Os pacientes com câncer avançado, na maioria das vezes, demandam cuidados paliativos [16]. Entre esses pacientes estão os de fora de possibilidade de cura, mas que precisam ser atendidos de forma integral pela equipe de saúde. Para isso, requer trocas de saberes e compartilhamento de responsabilidades devido às demandas variadas. Assim, é de fundamental relevância que o enfermeiro tenha conhecimentos da real situação desses pacientes [6].

“A dimensão do sofrimento relativo ao câncer e à condição terminal gera nos familiares angústias, medos e ansiedades e estes se mostram como importantes atores sociais no cuidado” [15:671]. Quando a família acompanha seu ente doente durante todo o processo de adoecimento e morte, ela pode vivenciar a dor total, que tem sido relacionada à dor física, psicológica, existencial e espiritual [15].

O enfermeiro que trabalha em cuidados paliativos de pacientes oncológicos necessita ter conhecimentos específicos para orientar o doente e sua família nos cuidados a serem desenvolvidos no domicílio. Ele pode informar sobre o tratamento, as medicações e os cuidados, com o intuito de favorecer o bem-estar dos pacientes [6]. Os resultados desta revisão evidenciaram que os enfermeiros têm déficit de conhecimentos na perspectiva dos cuidados paliativos.

O cuidado do enfermeiro aos pacientes com câncer fora de possibilidade de cura precisa ser eficiente e humanizado. Entre suas ações está o conforto, que contribui com a esperança, o consolo, o apoio, a assistência de qualidade, a interação enfermeiro-paciente e o estabelecimento de vínculo afetivo [17]. Tão logo, é indispensável que esses profissionais desenvolvam cuidado

humanizado em saúde, coerente com os preceitos dos cuidados paliativos, na busca de amenização do sofrimento, favorecendo assim a QV dos pacientes ^[14].

Quando hospitalizado, o paciente oncológico e sua família vivenciam situações diversificadas, em que a possibilidade da morte revela-se de forma inevitável e real. Nesse momento, a família não almeja somente o cuidado, mas deseja manifestações de solicitude que contemplem seu ente querido e a si próprio. Os cuidadores familiares têm valorizado a equipe de enfermagem pelo apoio ofertado e por ouvi-los durante suas aflições e sentimentos expressos diante da situação complexa que vivencia ^[15].

Os enfermeiros necessitam estar atentos às demandas de cuidados dos familiares que acompanham o paciente com câncer fora de possibilidades de cura. É essencial que esse profissional assista a família objetivando atender às dimensões física, psíquica, espiritual e social. A escuta tem sido considerada estratégia indispensável para que o enfermeiro compreenda os pacientes e suas famílias em sua totalidade e singularidade ^[7]. Nesta revisão foi vista a relevância do enfermeiro incluir a família no cuidado paliativo ao paciente oncológico.

Acrescida a isso, a comunicação tem se mostrado estratégia eficaz no trato do enfermeiro aos pacientes em cuidados paliativos, uma vez que permite a esses profissionais ampliação da abordagem ^[5] para o paciente e sua família, o que provoca a minimização do medo e da ansiedade ^[13]. Nesse contexto, é fundamental que ocorra capacitação específica a esses profissionais em cuidados paliativos, uma vez que permite melhoria no desempenho comunicacional e, por conseguinte, apoio emocional a essas pessoas ^[5].

Na formação de vários enfermeiros é evidente a carência de disciplinas que abordem temáticas como de cuidados paliativos e morte. Para tanto, é reconhecida a necessidade de reformular currículos na graduação, favorecendo ao futuro profissional com a implementação de ações eficazes ao cuidar de pacientes fora de possibilidades de cura. Tão logo, é indispensável ampliar as discussões sobre essas temáticas e aprimorar o currículo dos cursos de graduação ^[6]. Nesta revisão evidenciou-se déficit de conhecimentos dos enfermeiros para prestar o cuidado paliativo ao paciente oncológico, o que pode estar associado à formação profissional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado paliativo tem se ampliado nos últimos anos devido às demandas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis como o câncer. Esse cuidado exige esforço emocional e psicológico dos envolvidos e seu principal fundamento é o cuidar, reafirmando a vida e a morte como processo inerente à existência humana. Assim, o cuidado paliativo desenvolvido pelo enfermeiro aos pacientes oncológicos precisa ocorrer de forma humanizada conforme sua peculiaridade.

Evidenciou-se que o enfermeiro nos cuidados paliativos proporciona conforto e alívio do sofrimento do paciente oncológico. Contudo, existem deficiências na formação desse profissional que influencia na oferta desse cuidado, logo, torna-se fundamental a implementação da educação

permanente nos serviços de oncologia para os enfermeiros, uma vez que contribui com a sua aquisição de conhecimentos e favorece o desenvolvimento do cuidado paliativo ao paciente oncológico.

Sugere-se que outros estudos que abordem sobre o cuidado paliativo ao paciente oncológico sejam realizados de forma que englobem o cuidado do enfermeiro e de outros profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. [Internet] Rio de Janeiro, 2011 [acesso em 06 març 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf
2. Instituto Nacional de Câncer. Incidência de Câncer no Brasil, Estimativa 2016. [Internet] Rio de Janeiro [acesso em 14 jun 2017]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2>
3. Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP. [Internet] 2012 [acesso em 18 abr 2017]. Disponível em: www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146
4. Barros NCB, Oliveira CDB, Alves ERP, França ISX, Nascimento RM, Freire MEM. Cuidados paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. Rev Enferm UFSM. 2012, 2(3):630-40.
5. Araújo MMT, Silva MJP. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. Rev esc enferm USP. 2012; 46(3):626-32.
6. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciênc saúde coletiva. 2013; 18(9): 2577-88.
7. Sales CA, Grossi ACM, Almeida CSL, Silva JDD, Marcon SS. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. Acta paul enferm. 2012; 25(5):736-42.
8. Silva MM, Santanda NGM, Santos MC, Cirilo JD, Barrocas DLR, Moreira MC. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. Escola Anna Nery. 2015; 19(3): 460-6.
9. Fernandes MA, Evangelista CB, Platel ICS, Agra G, Lopes MS, Rodrigues FA. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. Ciênc saúde coletiva, 2013,18(9): 2589-96.
10. Medeiros JD, Costa RL, Lopes LEC, Queiróz NTBQ, Vidal SV, Silva OS. Cuidado paliativo: uma forma de refletir a abordagem do enfermeiro ao cliente oncológico. Rev pesq cuid fundam. 2012; 4(3):2655-71.

11. Silva MM; Moreira MC. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(2):172-8.
12. Silva MM; Moreira MC. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. *Rev Eletr Enf.* 2010; 12(3): 483-90.
13. Vasconcelos EV, Santana ME, Silva SED. Desafios da enfermagem nos cuidados paliativos: revisão integrativa. *Enfermagem em Foco.* 2012; 3(3):127-30.
14. Alves RF, Andrade SFO, Melo MO, Cavalcante KB, Angelim RM. Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. *Fractal: rev Psicol.* 2015; 27(2):165-76.
15. Sales CA, D'artibale EF. O cuidar na terminalidade da vida: escutando os familiares. *Ciênc Cuid Saúde.* 2011; 10 (4): 666-73.
16. Cardoso DH, Muniz RM, Schwartz E, Arrieira ICO. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto Contexto-enferm.* 2013;22 (4):1134-41.
17. Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JVC, Meier MJ. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Rev bras enferm.* 2013; 66(2):174-9.

Revista Brasileira de Saúde Funcional

DIRETRIZES PARA AUTORES

A Revista Brasileira de Saúde Funcional assume os moldes da **Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals**, preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de abril de 2010.

A publicação dos artigos é uma decisão dos editores. Todas as contribuições que suscitarem interesse editorial serão submetidas à revisão por pares anônimos.

ASPECTOS ÉTICOS

Segundo o Conselho Nacional de Saúde, resolução 466/12, para estudos em seres humanos, é obrigatório o envio da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, independente do desenho de estudo adotado (observacionais, experimentais ou relatos de caso). Deve-se incluir o número do Parecer da aprovação da mesma pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital ou Universidade, a qual seja devidamente registrada no Conselho Nacional de Saúde. A realização de experimentos envolvendo animais deve seguir resoluções específicas (Lei nº 11.794/08), sendo obrigatório o envio da carta de aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animal (CEUA).

1. EDITORIAL

O Editorial que abre cada número da Revista Brasileira de Saúde Funcional comenta acontecimentos recentes, inovações tecnológicas, ou destaca artigos importantes publicados na própria revista. É realizada a pedido dos editores, que podem publicar uma ou várias opiniões de especialistas sobre temas de atualidade.

2. ARTIGOS ORIGINAIS

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais com relação a aspectos experimentais ou observacionais, em estudos com animais ou humanos. Formato: O texto dos Artigos originais é dividido em Resumo (inglês e português), Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (optativo), Conflito de Interesse (condicional a natureza e/ou financiamento da pesquisa) e Referências. Texto: A totalidade do texto, incluindo as referências e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 30.000 caracteres (espaços incluídos), e não deve ser superior a 18 páginas A4, em espaço 1,5, fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. Tabelas: Recomenda-se usar no máximo seis tabelas, no formato Excel ou Word. Figuras: Máximo de 08 figuras, em formato .tif ou .gif, com resolução de 300 dpi. Literatura citada: Máximo de 30 referências. Máximo de autores – 06 autores.

3. REVISÃO

Os artigos de revisão são habitualmente encomendados pelo Editor a autores com experiência comprovada na área. Artigos de revisão deverão abordar temas específicos com o objetivo de atualizar os menos familiarizados com assuntos, tópicos ou questões específicas na área de saúde funcional e ciência do movimento. O Conselho Editorial avaliará a qualidade do artigo, a relevância do tema escolhido e o comprovado destaque dos autores na área específica abordada. A inadequação de qualquer um dos itens acima acarretará na recusa do artigo pelos editores, sem que o mesmo seja enviado para o processo de revisão pelos pares. O artigo de revisão deve ter, no máximo, 30 (trinta) páginas e 100 (cem) referências.

4. RELATO DE CASO

São artigos que apresentam dados descritivos de um ou mais casos clínicos ou terapêuticos com características semelhantes. Só serão aceitos relatos de casos não usuais, ou seja, doenças raras ou evoluções não esperadas.

Formato: O texto deve ser subdividido em Introdução, Apresentação do caso, Discussão, Conclusões e Referências.

Texto: A totalidade do texto, incluindo a literatura citada e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 20.000 caracteres, incluindo espaços.

Figuras e Tabelas: máximo de três tabelas e três figuras.

Literatura citada: Máximo de 30 referências.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

- Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página A4, formatados da seguinte maneira: fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.
- Tabelas devem ser numeradas com algarismos romanos, e Figuras com algarismos arábicos.
- As imagens devem estar em preto e branco ou tons de cinza, e com resolução de qualidade gráfica (300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif. Imagens coloridas serão aceitas excepcionalmente, quando forem indispensáveis à compreensão dos resultados (histologia, neuroimagem, etc).

PÁGINA DE APRESENTAÇÃO

A PRIMEIRA PÁGINA DO ARTIGO TRAZ:

- O título do trabalho em português e inglês;
- Resumo e palavras-chave: em português e inglês, não podendo ultrapassar 300 palavras. Deve conter introdução, objetivo, metodologia, resultados e conclusão;
- Abaixo do respectivo resumo, os autores deverão indicar 3 a 5 palavras-chave em português e

em inglês para indexação do artigo. Recomenda-se empregar termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra em <http://decs.bvs.br>.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos a colaboradores, agências de fomento e técnicos devem ser inseridos no final do artigo, antes das Referências, em uma seção à parte.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas com algarismos arábicos, mencionadas no texto pelo número entre colchetes [], e relacionadas nas Referências na ordem em que aparecem no texto, seguindo as normas do ICMJE. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com a List of Journals Indexed in Index Medicus ou com a lista das revistas nacionais e latinoamericanas, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina et al.

EXEMPLOS:

1. Phillips SJ, Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p. 465-78.
2. Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. *Cancer Res* 1994;54:5016-20.

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF. 3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.
7. Li o item "Diretrizes Para Autores"