



REVISTA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF HEALTH PROMOTION

Revista do Departamento de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul/Unisc



REVISTA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF HEALTH PROMOTION

Editora Geral:

- Dulciane Nunes Paiva
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Editora Executiva:

- Suzane Beatriz Frantz Krug
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Editores Associados:

- Cézane Priscila Reuter
*Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*
- Edna Linhares Garcia
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*
- Haywood Dail Laughinghouse IV
*University of Florida, Fort Lauderdale
Research and Education Center, Orlando, FL,
Estados Unidos da América.*
- Hildegard Hedwig Pohl
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*
- Jane Dagmar Pollo Renner
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*
- Mario Bernardo-Filho
*Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.*
- Silvia Isabel Rech Franke
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Normalização Bibliográfica:

- Fabiana Lorenzon Prates
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Secretária Executiva:

- Maria Carolina Magedanz
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Diagramação:

- Leticia Borfe

Editoração Eletrônica:

- Jorge Luiz Schmidt
Editora da Unisc, EDUNISC.

Conselho Editorial:

- Alex Soares Marreiros Ferraz
Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza, CE, Brasil.
- Alexandre Igor Araripe Medeiros
Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza, CE, Brasil.
- Amuzza Aylla Pereira dos Santos
Universidade Federal de Alagoas - UFAL, Maceió, AL, Brasil.
- Carlos Ricardo Maneck Malfatti
Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil.
- Daniel Vicentini de Oliveira
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.
- Juliana Fernandes de Souza Barbosa
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, PE, Brasil.
- Luis Paulo Gomes Mascarenhas
Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil.
- Marcus Peikriszwill Tartaruga
Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil.
- Maria João Vaz da Cruz Lagoa
Research Center in Sports Sciences, Health Sciences and Human Development, CI-DESD, Portugal University Institute of Maia, ISMAI, Portugal.
- Marisa Panisello Chavarria
Universitat Rovira I Virgili, Espanha.
- Patrícia Érika de Melo Marinho
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, PE, Brasil.
- Rosângela Marion da Silva
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.
- Sergio Arzola Medina
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Sonia Maria Marques Gomes Bertolini
Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR, Maringá, PR, Brasil.

REVISTA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF HEALTH PROMOTION

Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde [recurso eletrônico] / Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Saúde e Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde. Vol. 2, n. 2 (abr./jun. 2019) - Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2019.

Trimestral

Modo de acesso: World Wide Web: <<http://www.unisc.br/edunisc>>

eISSN 2595-3664

1. Educação Física – Periódicos. 2. Promoção da saúde – Periódicos. I. Universidade de Santa Cruz do Sul. Departamento de Ciências da Saúde. II. Universidade de Santa Cruz do Sul. Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde.

CDD: 613.05

Catálogo: Bibliotecária Fabiana Lorenzon Prates CRB-10/1406.

SUMÁRIO

EDITORIAL **5**

ARTIGO ORIGINAL

Aptidão física de adolescentes do ensino médio **6**

Formação de estudantes da área da saúde em práticas integrativas e complementares **12**

Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral **20**

Cultura de segurança do paciente em urgência e emergência **26**

ESTUDO DE CASO

Fisioterapia na reabilitação de amputado transfemoral unilateral: relato de caso **34**

Encarceramento e maternidade: sobre a separação e suas consequências em saúde mental para as mães **39**





EDITORIAL

Prezados autores e leitores da Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde – RIPS

Com prazer, comunicamos a publicação dos artigos do volume 2, número 2 da Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde (RIPS) - Interdisciplinary Journal of Health Promotion. Inicialmente a publicação ocorre no formato Ahead of Print devido ao processo editorial.

A RIPS tem a missão de divulgar as ações de pesquisa realizadas no âmbito da interdisciplinaridade em Promoção da Saúde e da vigilância epidemiológica e tópicos relacionados à saúde humana, divulgando os estudos científicos relacionados aos temas que contribuam para o aprofundamento do conhecimento na área da Promoção da Saúde e prevenção de agravos clínicos bem como na reabilitação da saúde, vinculados a estudos e pesquisas da área da saúde clínica ou experimental ou de outros campos de investigação a elas vinculados e com enfoque prioritariamente interdisciplinar.

O periódico aceita artigos com abordagens quantitativa e qualitativa, resultados de pesquisa original, estudos de casos, revisão sistemática e metanálises e cartas aos editores sobre as várias áreas temáticas e campos interdisciplinares englobados na saúde humana, pesquisas de natureza descritiva, analítica, estudos clínicos, epidemiológicos e ambientais, que tenham como objetivo final a divulgação do conhecimento científico em Promoção da Saúde e em Saúde Coletiva/Pública.

Desse modo, os convidamos a submeter manuscritos para os números 3 e 4 de 2020, que contemplem temas variados sobre Promoção da Saúde na língua portuguesa, inglesa e espanhola. Contamos com sua colaboração na divulgação de nossa revista.

Boa Leitura!

Atenciosamente,
Editores RIPS





Aptidão física de adolescentes do ensino médio

Physical fitness of high school teenagers

Marcos Monteiro dos Santos¹, Patrícia Espíndola Mota Venâncio²

1 - Unievangélica - Centro Universitário, Anápolis, GO, Brasil.

RESUMO

Objetivo: identificar e comparar a aptidão física de adolescentes de acordo com a turma de estudo. **Método:** trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo, descritivo. A população do estudo conta com 2.100 adolescentes e a amostra com 219 adolescentes com idades de 16,52±0,97 anos, sendo eles do Ensino Médio de três turmas diferentes, 1º ano n=70, 2º ano n=58 e 3º ano n=91. Para a avaliação da aptidão física foi utilizada a bateria de teste do PROESP-BR. Foi utilizado o teste Anova para os dados paramétricos e um teste KruskalWallis para os dados não paramétricos (para as classificações), e um crosstab para mostrar onde estaria essa diferença. **Resultados:** para a flexibilidade, a maior parte dos adolescentes ficou dentro da zona de risco, ficando em 29,9% para o 1º e 2º ano e 40,2% para o 3º ano. Já para a resistência abdominal 38,2%, e flexão de braço 44,4%, os adolescentes do 3º ano possuíram a maior quantidade de alunos na zona saudável. No medicineball, corrida de 6 minutos, os maiores percentuais foram encontrados nas classificações de fraco, razoável e bom. **Conclusão:** os adolescentes, quanto à aptidão física na flexibilidade e resistência abdominal, a maioria, se encontra na zona de risco, já no medicineball e corrida de 6 minutos, a maioria ficou com percentual entre bom, razoável e fraco, sendo o a turma do 3º ano com melhores resultados em todos elementos avaliados.

Palavras-chave:

Adolescente; Aptidão física;
Escolaridade.

venanciopatricia@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: to identify and compare the physical fitness of adolescents according to the study group. **Method:** this is a cross-sectional, quantitative descriptive study. The study population has 2100 adolescents and the sample 219 adolescents aged 16.52 ± 0.97 years, from high school in three different classes 1st year n = 70, 2nd year n = 58 and 3rd year n = 91. For the evaluation of the physical aptitude the test battery of the PROESP-BR was used. Anova test was used for parametric data and a KruskalWallis test for nonparametric data (for classifications), and a crosstab to show where this difference would be. **Results:** for flexibility, most adolescents were within the risk zone. between 29.9% for the 1st and 2nd year and 40.2% for the 3rd year. Already for abdominal resistance and arm flexion the 3rd year students had the largest number of students in the healthy zone 38.2%, 44, 4%. In medicineball 6-minute run the highest percentages were found in the ratings of weak, reasonable and good. **Conclusion:** as for the Physical Fitness in flexibility, abdominal resistance most adolescents are in the risk zone, while in medicineball and 6-minute run most had a percentage between good, reasonable and weak, being the 3rd grade class with best results in all evaluated elements.

Keywords:

Adolescent; Physical Fitness;
Educational Status.



INTRODUÇÃO

Aptidão física é a habilidade do ser humano em se desenvolver fisicamente, sendo conceituada como a capacidade que o indivíduo tem de realizar atividades do cotidiano sem uma fadiga intensa.¹ É composta por variáveis fisiológicas e psicossociais, as quais auxiliam no equilíbrio do bem-estar de vida dos sujeitos.^{2,3}

Quando a finalidade é manter um nível considerado saudável de aptidão física, deve-se conservar ou aprimorar as variáveis fisiológicas, sendo necessário realizar qualquer prática de atividade física, para uma vida mais ativa, buscando melhorias nos níveis de aptidão física, os quais influenciam diretamente na saúde do indivíduo.^{4,5}

A não realização de exercícios físicos diminui o nível de aptidão física, sendo outros fatores também destacados para explicar esse declínio, como má alimentação, sono e uso desenfreado da tecnologia como forma de diversão.^{6,7}

Em relação aos adolescentes, eles estão se tornando cada vez mais inativos e um dos fatores relacionados está associado ao uso desenfreado das tecnologias, tornando necessária uma maior promoção da prática de exercício físico.⁸ Sabe-se que quanto mais precocemente é iniciada a prática de atividade física, menor é a chance desses indivíduos tornarem-se adultos sedentários, além de promover uma redução da chance do aparecimento de doenças crônicas.⁹

Nesse sentido, é importante diagnosticar os níveis de aptidão física com o intuito de orientar os adolescentes dos perigos de um mau estilo de vida, que pode acarretar, em um futuro não muito distante, no aparecimento de várias doenças, visto que a inatividade física e maus hábitos alimentares são os mais comuns nessa fase. Portanto, o diagnóstico da prática de atividade física (aptidão física) serve para que a escola desenvolva estratégias junto ao governo e comunidade, com intuito de promover um estilo de vida mais ativo, contribuindo de forma benéfica para o desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo dos adolescentes, impedindo o surgimento da obesidade e outras doenças hipocinéticas, bem como, implantar hábitos saudáveis que o ajudará a manter uma melhor qualidade de vida.¹⁰⁻¹³

Com base nessas informações, o presente estudo teve como objetivo identificar e comparar a aptidão física de adolescentes de acordo com os anos de estudo no Ensino Médio.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo descritivo, realizado com uma população em torno de 2.100 adolescentes de uma escola municipal de Anápolis-Go, selecionada por conveniência. Foi feito o cálculo amostral, adotado um nível de 95% de confiança e uma estimativa de erro de cálculo amostral de 5%, dando um total de 221 adolescentes, destes houve uma perda amostral de 02 adolescentes por não realizar todos os testes. A amostra no final do estudo foi constituída por 219 estudantes do Ensino Médio, composta por meninos (n=130) e meninas (n=89) de três anos diferentes, sendo eles 1º, 2º e 3º ano, com o número de alunos: n=70, n=58 e n=91, com idade média de 16,52±0,97 anos.

Foi realizado o contato com a instituição coparticipante e, após a assinatura, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Anápolis para aprovação, sob o parecer de número 2.147.331. Após aprovado, foi feito o convite aos adolescentes, enviando os documentos necessários para os pais tomarem ciência e autorizarem, assim como para os estudantes que são menores. Depois de o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) ser assinado, foi dado início a realização dos testes.

Os adolescentes foram separados por sexo e levados a uma sala onde foi aplicada uma anamnese com informações sociais e logo após foi feita a coleta dos dados antropométricos, circunferência de cintura, massa corporal, estatura. Na quadra do colégio, foram realizados os dados dos testes motores, sendo eles, flexibilidade, resistência muscular (abdominal), força (flexão de braço), arremesso de medicineball e $Vo^2_{máx}$, os quais foram classificados pela bateria de teste do PROESP-BR.¹⁴

Os testes a seguir foram realizados por uma equipe de 06 pesquisadores treinados e já familiarizados com os testes sob a supervisão do professor. Para a massa corporal, foi utilizada uma balança mecânica de plataforma da marca Welmy®, com capacidade máxima para 150 kg e precisão de 0,1kg. A estatura (Est.) de cada voluntário foi mensurada com estadiômetro Compacto Wiso®, com capacidade para 200 cm. Tanto a massa corporal quanto a estatura foram medidas em duplicatas e, caso se encontrassem valores diferentes (0,05 kg para a MC e 0,1 cm para a estatura), uma terceira medida seria

realizada para o cálculo da média das três medidas.

Como referência para a variável obesidade abdominal, utilizou-se a circunferência da cintura (CC) em centímetros, a qual foi mensurada no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. Essa medida foi realizada durante a fase expiratória e resultado final da média de 02 aferições. Para o teste de flexibilidade, utilizou-se uma fita métrica fixa no solo. Na marca de 38 cm foi colocado um pedaço de fita adesiva de 30 cm em perpendicular. Os adolescentes foram orientados a colocar os calcanhares na fita adesiva na marca dos 38 centímetros e, com os pés separados e com os joelhos estendidos e as mãos sobrepostas, o avaliado inclina-se lentamente e estende as mãos para frente o mais distante possível, sem flexionar os joelhos, permanecendo nesta posição por três segundos com valores anotados em centímetros.

No teste de resistência muscular abdominal, o adolescente deitou-se sobre um colchonete em decúbito dorsal, com os joelhos flexionados e braços cruzados sobre o peito. A um sinal, deveria ser iniciado o movimento de flexão do tronco até encostar os cotovelos nas coxas, retornando à posição inicial, devendo ser feitas o máximo de repetições em um minuto. Para o teste de força (flexão de braço), o adolescente deitou-se no chão, com os braços no alinhamento do peito, fazendo flexão do cotovelo até o peito quase encostar no chão. Para os meninos, usou-se o apoio dos pés e, para as meninas, o apoio do joelho. O máximo de repetições possíveis deveriam ser feitas, sem descanso até a exaustão.

Foi utilizado, para o teste de arremesso do medicineball, uma bola de medicineball de 2 kg e uma trena. A trena foi fixada no chão perpendicularmente à parede com o ponto zero fixado junto à parede. O adolescente sentou-se com os joelhos estendidos, as pernas unidas e as costas completamente apoiadas à parede, segurando a medicineball junto ao peito com os cotovelos flexionados. Ao sinal do avaliador o adolescente deveria lançar a bola à maior distância possível, mantendo as costas apoiadas. A distância do arremesso foi registrada a partir do ponto zero até o local em que a bola tocou o solo pela primeira vez. Foram realizados dois arremessos, registrando-se em metros, para fins de avaliação, o melhor resultado.

Para a avaliação da aptidão cardiorrespiratória foi utilizado a estimativa do $Vo^2_{máx}$ por meio do teste de corrida/caminhadas dos seis minutos e para o cálculo do $Vo^2_{máx}$ ($ml.kg^{-1}.min^{-1}$), foi utilizada a fórmula proposta por Leger et al.¹⁵ Antes, porém,

foi realizado um aquecimento geral por meio de corridas com deslocamentos para frente, para trás e lateralmente, seguidos de alongamentos básicos com duração de cinco minutos.

As análises dos dados foram expressas como média, desvio-padrão, frequências e porcentagens. Para comparação das variáveis sócio antropométricas e da aptidão física, foi utilizado o teste Anova para os dados paramétricos e um teste KruskalWallis para os dados não paramétricos (para as classificações), e um crosstab para mostrar onde estaria essa diferença. O valor considerado foi $p < 0,05$. Os dados foram analisados no software StatisticalPackage Social Science (SPSS) 20.0.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a caracterização da amostra, tendo a Pressão Arterial Sistólica (PAS) a média de $108,27 \pm 13,35$, a Pressão Arterial Diastólica (PAD) a média de $67,54 \pm 10,27$ e a Circunferência de Cintura (CC), $72,54 \pm 10,22$. Esses dados apresentaram uma classificação dentro do esperado para a idade dos adolescentes.

Tabela 1 – Caracterização da amostra.

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Massa Corporal (kg)	63,51	11,41
Estatura (cm)	169,81	21,83
PAS (mmhg)	108,27	13,35
PAD (mmhg)	67,54	10,27
CC (cm)	72,54	10,22
Flexibilidade	-0,89	19,79
Abdominal	31,07	11,25
Flexão	18,15	11,00
MedicineBall	471,13	120,31
Corrida 6 min	1096,50	197,95

A tabela 2 mostra a comparação das variáveis da aptidão física Classificação feita conforme mencionado na metodologia PROESP-BR¹⁴. A flexibilidade demonstrou que a maior parte dos alunos se encontradentro da classificação de zona de risco, sendo eles do 3º ano. Apenas 12 alunos do 1º e 13 do 3º classificaram-se como bons. Em relação à resistência abdominal, os adolescentes do 1º ano apresentaram maior quantidade de alunos (n=42) em zona de risco, enquanto o 3º ano (n=34) exibiu maior quantidade de alunos na zona saudável. No teste de flexão de braço, os alunos do 3º foram os que apresentaram os

melhores resultados, enquanto os estudantes do 1º e do 2º ano foram os que tiveram menor desempenho. Já no medicineball, a maioria dos adolescentes foram classificados com fracos e apenas cinco adolescentes foram classificados como excelentes.

Tabela 2 – Classificação e comparação das variáveis da aptidão.

Flexibilidade				
Classificação	1º ano n (%)	2º ano n (%)	3º ano n (%)	p
Zona de Risco	58 (29,9)	58 (29,9)	78 (40,2)	0,005
Zona Saudável	12 (48,0)	-	13 (52,0)	
Resistência abdominal				
Classificação	1º ano n (%)	2º ano n (%)	3º ano n (%)	p
Zona de Risco	42 (42,4)	29 (29,3)	28 (28,3)	0,000
Zona Saudável	28 (31,5)	27 (30,3)	34 (38,2)	
Força/flexão de braço				
Classificação	1º ano n (%)	2º ano n (%)	3º ano n (%)	p
Abaixo da zona saudável	15 (34,9)	14 (32,6)	14 (32,6)	0,468
Dentro da zona saudável	29 (30,5)	25 (26,3)	41 (43,2)	
Acima da zona saudável	26 (32,1)	19 (23,5)	36 (44,4)	
Medicineball				
Classificação	1º ano n (%)	2º ano n (%)	3º ano n (%)	p
Fraco	26 (32,9)	25 (31,6)	28 (35,4)	0,013
Razoável	12 (36,4)	8 (24,2)	13 (39,4)	
Bom	16 (38,1)	11 (26,2)	15 (35,7)	
Muito bom	13 (44,8)	11 (37,9)	5 (17,3)	
Excelente	3 (60)	1 (20)	1 (20)	
Corrida seis minutos				
Classificação	1º ano n (%)	2º ano n (%)	3º ano n (%)	p
Fraco	35 (35,4)	30 (30,3)	34 (34,3)	0,002
Razoável	8 (34,8)	6 (26,1)	9 (39,1)	
Bom	7 (33,3)	8 (38,1)	6 (28,6)	
Muito bom	17 (43,6)	10 (25,6)	12 (30,8)	
Excelente	3 (42,9)	2 (28,6)	2 (28,6)	

p= nível de significância de acordo com o teste Kruskal Wallis para comparar as turmas

DISCUSSÃO

Na classificação da aptidão física, foram encontradas diferenças significativas entre as turmas, sendo que os adolescentes que estudam no 3º ano tiveram resultados melhores do que os alunos do 2º e do 1º ano. Um fator que pode explicar tais diferenças pode ser visto em um estudo¹⁵ em que os achados encontrados foram para sexo e idade, com relação aos componentes de AFRS, sendo consistentes com os de outros estudos realizados com crianças e adolescentes brasileiros.^{16,17} Resumidamente, a flexibilidade, força e a resistência muscular aumentaram com a idade, porém o $Vo^2_{máx}$ diminuiu à medida que ficaram mais velhos, mudando de série escolar.

O presente estudo relata que, em algumas

variáveis da aptidão física, os adolescentes mais novos do 1º e do 2º ano tiveram resultados satisfatórios em alguns testes como força dos membros superiores, visto que a maioria estava dentro ou acima da zona saudável. Resultados estes que corroboram com o estudo de Silva et al.¹⁸ que, ao analisar o desenvolvimento gradativo da maturação e puberdade junto com o aumento da idade dos adolescentes, destacaram que, quanto maior foi a idade do indivíduo, mais altos e pesados eles serão, tornando-se mais fortes devido ao aumento da massa muscular, sendo esse, um fator para explicar tais diferenças no teste de força.

O estudo de Lima et al.¹⁹ teve como objetivo analisar o nível de aptidão física e atividade física de adolescentes entre 15 e 18 anos. Os resultados relataram que, nos testes de flexibilidade e

resistência abdominal a maioria dos adolescentes foram classificados na zona saudável. Já no teste de capacidade respiratória ($Vo^2_{máx}$), grande parte deles foram classificados em zona de risco a saúde. Resultados esses que divergem do presente estudo, no qual nos testes de flexibilidade e resistência abdominal a maioria dos adolescentes encontra-se na zona de risco, enquanto que na capacidade respiratória a maioria apresentou resultados fracos.

Dentro da aptidão física, pode-se destacar o $Vo^2_{máx}$ por sofrer alterações com o passar da idade foi diminuindo, variando-se da fase do desenvolvimento da criança, foi o que ocorreu com um aumento gradativo da idade, de modo que posteriormente esse declínio poderá ser maior no sexo feminino e em indivíduos que possuem um IMC mais alto. Resultados esses que podem ser revertidos com pessoas que praticam alguma modalidade esportiva²⁰.

CONCLUSÃO

A maioria dos adolescentes, quanto à Aptidão Física na flexibilidade e resistência abdominal, se encontrava na zona de risco, já no medicineball e corrida de 6 minutos a maioria ficou com percentual entre bom, razoável e fraco, sendo o a turma do 3º ano com melhores resultados em todos os elementos avaliados. Quando comparada a aptidão física entre as turmas apenas o quesito força não apresentou diferença significativa entre as mesmas.

Vale ainda destacar também a necessidade de mais estudos, com o objetivo de verificar se tais resultados são uma característica entre os adolescentes do Ensino Médio em geral.

REFERÊNCIAS

1. Guedes DP, Guedes JERP. Atividade física, aptidão física e saúde. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 1995;1:18-35.
2. Jankowski M, Niedzielska A, Brzezinski M, Drabik J. Cardiorespiratory Fitness in Children: A Simple Screening Test for Population Studies. *Pediatr Cardiol*. 2015;36:27-32.
3. Robinson LE, Stodden DF, Barnett LM, Lopes VP, Logan SW, Rodrigues LP, et al. Motor competence and its effect on positive developmental trajectories of health. *Sports Med* 2015;45(9):1273-84. doi: <https://doi.org/10.1007/s40279-015-0351-6>
4. Massaroli LC, Santos LC, Carvalho GG, Carneiro SAJF, de Rezende LF. Qualidade de vida e o imc alto como fator de risco para doenças cardiovasculares: revisão sistemática. *Rev Universidade Vale Rio Verde*. 2018;16(1). doi: <https://doi.org/10.5892/ruvrd.v16i1.3733>

5. Cohen KE, Morgan PJ, Plotnikoff RC, Barnett LM, Lubans DR. Improvements in fundamental movement skill competency mediate the effect of the SCORES intervention on physical activity and cardiorespiratory fitness in children. *J Sports Sci* 2015;33(18):1908-18. doi: <https://doi.org/10.1080/02640414.2015.1017734>
6. Cattuzzo MT, dos Santos Henrique R, Re´ AHN, Oliveira IS, Melo BM, Moura MS, et al. Motor competence and health related physical fitness in youth: a systematic review. *J Sci Med Sport* 2016;19(2):123-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2014.12.004>
7. Costa MJM, Araújo MLLM, da Mota Araújo MA, dos Reis Moreira-Arújo RS. Excesso de peso e obesidade em pré-escolares e a prática de atividade física. *Rev Bras Ciênc e Mov* 2015;23(3):70-80. doi: <http://dx.doi.org/10.18511/rbcm.v23i3.5147>
8. Pereira ES, Moreira OC. Importância da aptidão física relacionada à saúde e aptidão motora em crianças e adolescentes. 2013;7:309-16.
9. Severino CD, Ribeiro PFE. Educação Física Escolar, atividade física e qualidade de vida: a visão de alunos universitários. *Cad. UniFOA*. 2017;12(35):111-122.
10. Albuquerque LP, Cavalcante ACM, De Almeida PC, Carrapeiro MDM. Relação da obesidade com o comportamento alimentar e o estilo de vida de escolares brasileiros. *Nutr Clínica Dietética Hosp* 2016;36(1):17-23. doi: <http://dx.doi.org/10.12873/361parente>
11. Cadoret G, Bigras N, Duval S, Lemay L, Tremblay T, Lemire J. The mediating role of cognitive ability on the relationship between motor proficiency and early academic achievement in children. *Hum Mov Sci* 2018; 57:149-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.humov.2017.12.002>
12. Fernandes VR, Ribeiro ML, Melo T, Maciel-Pinheiro PT, Guimarães TT, Araújo NB, et al. Motor Coordination Correlates with Academic Achievement and Cognitive Function in Children. *Front Psychol* 2016;7(318):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00318>
13. Barnett LM, Lai SK, Veldman SLC, Hardy LL, Cliff DP, Morgan PJ, et al. Correlates of gross motor competence in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med* 2016;46(11):1663-88. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s40279-016-0495-z>
14. Gaya A, Lemos A, Gaya A, Teixeira D, Pinheiro E, Moreira R. Projeto Esporte Brasil (PROESP-Br). Manual de testes e avaliação. 2012;1-20. Disponível em: <<http://www.saosebastianio.sp.gov.br/ef/pages/Sa%C3%BAde/Higiene/leituras/m1.pdf>>.
15. Léger LA, Mercier D, Gadoury C, Lambert J. The multistage 20-meter shuttle run test for aerobic fitness. *J Sports Sci* 1988;6:93-101. doi: <https://doi.org/10.1080/02640418808729800>
16. Dumith SC, Azevedo Júnior MR, Rombaldi AJ. Aptidão física relacionada à saúde de alunos do ensino fundamental do município de Rio Grande, RS, Brasil. *Rev Bras Med Esporte*. 2008;14(5):454-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S1517-86922008000500011>
17. Guedes DP, Guedes JERP, Barbosa DS, Oliveira JA. Atividade física habitual e aptidão física relacionada à saúde em adolescentes. *Rev Bras Ciênc Mov* 2002;10(1):12-21. doi: <http://dx.doi.org/10.18511/rbcm.v10i1.410>
18. Bergmann G, Lorenzi T, Garlipp D, Marques AC, Araújo M, Lemos A, et al. Aptidão física relacionada à saúde de crianças e

adolescentes do Estado do Rio Grande do Sul. Perfil 2005;7:12-21.

19. Silva S, Freitas D, Maia J. Curvas de velocidade da altura e os parâmetros do salto pubertário de crianças e adolescentes Caririenses. Rev Bras Educ Física e Esporte 2017;31(4):729-39. doi: <https://doi.org/10.11606/1807-5509201700040729>

20. Lima FÉB, Junior JNL, Pellegrinotti ÍL, Lima WF, Silva LSB, Lima FB. Relação entre aptidão física e o nível de atividade física de adolescentes de 15 á 18 anos da cidade de Jacarezinho/PR. Biomotriz. 2017;11(3):51-62.

21. Ferreira RV, Leal JC, Brunherotti MAA. Desempenho e indicadores cardiorrespiratórios em crianças no teste progressivo máximo. Rev Bras Med Esporte 2017;23(3):189-93. doi: <https://doi.org/10.1590/1517-869220172303160130>

Recebido em: 29/09/2019

Aceito em:27/04/2020

Como citar: SANTOS, Marcos Monteiro dos; VENÂNCIO, Patrícia Espíndola Mota. Aptidão física de adolescentes do ensino médio. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, june 2020. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/14237>>. Acesso em: 02 jun. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i2.14237>



Formação de estudantes da área da saúde em práticas integrativas e complementares

Training health students in integrative and complementary practices

Débora Regina Goecks¹, Lisoni Muller Morsch¹, Chana de Medeiros da Silva¹

1 - Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: identificar qual o conhecimento, formação e interesse dos acadêmicos da área da saúde sobre Práticas Integrativas e Complementares (PIC). **Método:** a coleta ocorreu no período de setembro a outubro de 2018 por meio de um questionário estruturado online, enviado ao e-mail institucional da amostra. Participaram da pesquisa, 130 acadêmicos dos semestres iniciais (1º ao 3º) e finais (8º ao 10º). **Resultados:** houve participação de acadêmicos de nove cursos da área da saúde, 33 dos semestres iniciais e 97 dos semestres finais, predominando nessa população, o sexo feminino (88,46%). Houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre semestres iniciais e finais quanto a “ouvir falar em PIC”, 92,9% apontaram interesse no desenvolvimento destas práticas, porém não houve diferença significativa entre os semestres. As práticas apontadas como interesse em implementar e desenvolver estão o Reiki (44,9%), Yoga (41,9%), Meditação (42,4%), Homeopatia (33,3%) e Terapia de Florais (32,3%). A participação em eventos/capacitações demonstrou diferença significativa ($p < 0,05$) entre semestres. Quanto a regulamentação das PIC, 54% a desconhecem. Quanto ao exercício do profissional, se é exigida formação específica, 34,5% declararam que sim. Da implementação das PIC no currículo, 87,9% consideraram importante para formação. Sobre a principal contribuição das PIC para o paciente, 97,5% apontaram como medida de promoção, prevenção e tratamento. **Conclusão:** estes resultados permitem concluir que os acadêmicos desejam que estas práticas sejam incluídas na sua formação, tornando-se necessário o interesse e planejamento da universidade na inclusão destas no currículo dos acadêmicos da área da saúde.

lmorsch@unisc.br

Palavras-chave:

*Terapias Complementares;
Política de Saúde; Estudantes
de Ciências da Saúde.*

ABSTRACT

Objective: identify the knowledge, education and interest of health academics about Integrative and Complementary Practices (ICP). **Method:** the collection took place from September to October 2018 and occurred through a structured online questionnaire, sent to the institutional e-mail of each sample. One hundred and thirty students from the initial (1st to 3rd) and final (8th to 10th) semesters participated in the research. **Results:** there was participation of academics from 9 courses in the health area, 33 from the initial semesters and 97 from the final semesters, predominantly female (88.46%). There was a significant difference ($p < 0.05$) between initial and final semesters in terms of “hearing about ICP”, 92.9% pointed out an interest in the development of these practices, but there was no significant difference between the semesters. Practices pointed out as interest in implementing and developing are Reiki (44.9%), Yoga (41.9%), Meditation (42.4%), Homeopathy (33.3%) and Flower Therapy (32.3%). Participation in events / training showed significant difference ($p < 0.05$) between semesters. As for the regulation of ICP, 54% are unaware of it. As for the professional practice, if specific training is required, 34.5% said yes. Of the implementation of ICP in the curriculum, 87.9% consider it important for training. About the main contribution of ICP to the patient, 97.5% pointed as a measure of promotion, prevention and treatment. **Conclusion:** these results allow us to conclude that academics want these practices to be included in their education, and the interest and planning of the university in their inclusion in the curriculum of health scholars is necessary.

Keywords:

*Complementary Therapies;
Health Policy; Students;
Health Occupations.*



INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) são técnicas milenares, utilizadas como recurso terapêutico ao longo de muitos anos, para fins de cuidados com a saúde, atuando de forma complementar, não apenas para determinada patologia, mas para proporcionar qualidade de vida à população. São denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) como Medicina Tradicional (MT) e Medicina Complementar Alternativa (MCA), as quais envolvem abordagens de estímulo aos mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde.¹

A implantação das PIC no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é considerada um grande desafio, exigindo profissionais sensibilizados com o cuidado ampliado e humanizado na orientação de pacientes e na tomada de decisões, capazes de integrar diferentes saberes e práticas em saúde interagindo e colaborando com colegas que efetivamente adotem estas práticas como cuidados em saúde.² Recentemente no 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Saúde Pública – INTERCONGREPICS 2018 – foram oficialmente anunciadas à inclusão de dez novas PIC no SUS, fazendo do Brasil o país líder em oferecer estas modalidades para a atenção básica de saúde, voltada para prevenção de doenças como, por exemplo, hipertensão e depressão, totalizando vinte e nove práticas reconhecidas pelo SUS.³

Em alguns países, os programas de formação profissional em MCA no nível universitário estão inseridos no ensino profissional em saúde, principalmente em cursos de Medicina e Farmácia². No Brasil predominam os programas oferecidos na maioria das vezes em instituições privadas por meio de cursos de especialização, porém observa-se também uma tendência e crescimento da oferta de disciplinas em PIC nas diferentes graduações da área da saúde.⁴

É possível observar que estas práticas estão aos poucos sendo discutidas e estudadas na formação superior da área da saúde⁵. Percebe-se, portanto, a necessidade de verificar, junto aos acadêmicos da área da saúde qual o conhecimento, aceitação e interesse que apresentam pelas PIC, a fim de sensibilizá-los e ao mesmo tempo propor aos coordenadores de cursos da área da saúde a implementação e oferta de disciplinas curriculares ou cursos de extensão sobre a temática nas universidades. Frente ao exposto, este trabalho tem como objetivo identificar qual o conhecimento,

aceitação e interesse dos acadêmicos da área da saúde sobre as PIC na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

MÉTODO

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, observacional e descritivo realizado com estudantes de nove cursos da área da saúde da UNISC (Biomedicina, Enfermagem, Estética e Cosmética, Farmácia, Fisioterapia, Medicina Veterinária, Nutrição, Psicologia e Serviço Social), no município de Santa Cruz do Sul, RS, durante o período de setembro a outubro de 2018. Os acadêmicos foram convidados a participar através do preenchimento de um questionário *online* do “Google Formulários”, que lhes foi enviado pelo e-mail institucional e aos que aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), participaram da pesquisa. Como critérios de inclusão, foram considerados sujeitos da pesquisa, os acadêmicos com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos e que estivessem cursando semestres iniciais (1º ao 3º semestre) e finais (8º ao 10) dos cursos da área da saúde.

O questionário estruturado foi composto por 10 perguntas objetivas, relacionadas ao conhecimento, formação e interesse das PIC. A análise descritiva dos dados e a associação entre as variáveis pelo teste qui-quadrado ($p < 0,05$) foram realizadas através do software SPSS, versão 20.0. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob parecer nº 2.837.222.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 130 estudantes dos cursos da área da saúde ($n=9$), 88,46% ($n=115$) eram do sexo feminino e 11,54% ($n=15$), do sexo masculino. A distribuição dos estudantes por curso pode ser visualizada na Figura 1. Os três cursos com maior número de estudantes participantes foram os da Farmácia ($n=47$), Estética e Cosmética ($n=24$), Nutrição ($n=19$) e Psicologia ($n=19$).

Embora muitos estudantes tenham relatado o conhecimento de alguma prática integrativa e complementar, houve uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre semestres iniciais e finais quanto a “ouvir falar em PIC”, destacando-se para o Reiki (82,3%), Meditação (81,8%), Yoga (77,8%),

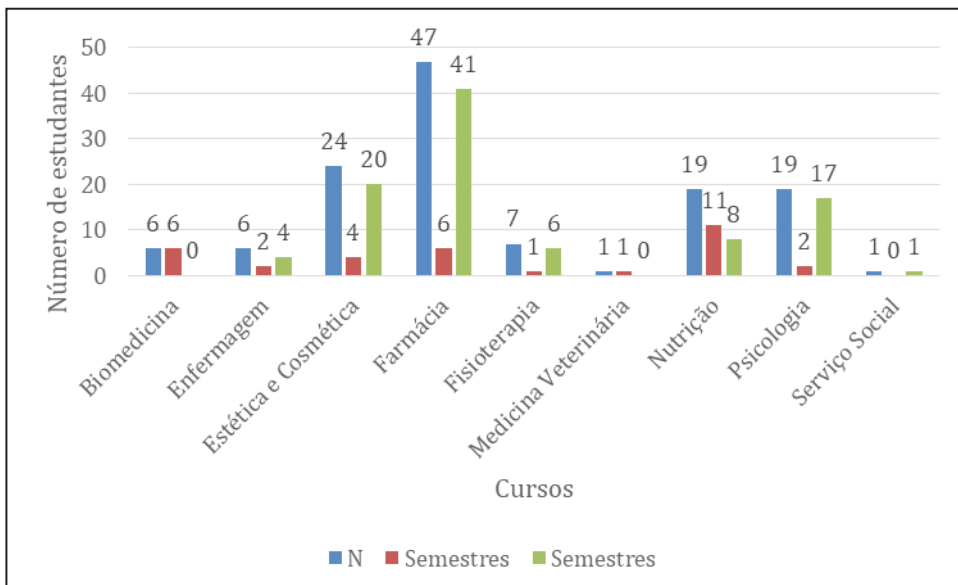


Figura 1 - Representação gráfica da distribuição dos estudantes conforme o curso e semestre.

Homeopatia (71,2%) e Aromaterapia (68,2%).

Sobre a utilização das PIC, não houve diferença significativa entre os semestres, em que 65,7% dos estudantes declararam já utilizar alguma PIC. Dentre os profissionais citados pelos estudantes que trabalham com as PIC foram apontados os da Fisioterapia (31,3%), Enfermagem (28,8%), Farmácia (22,7%), Psicologia (18,7%) e Esteticista (14,1%). Sobre a importância da implantação destas práticas no SUS não houve diferença significativa entre os semestres e, todos (100%) estudantes indicaram ser importante. Quando questionados se durante a graduação tiveram conhecimento ou acesso a alguma PIC, houve uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre os semestres, aqueles dos semestres finais tiveram mais acesso que os iniciais, em que se destacam a Homeopatia (40,9%), Fitoterapia (38,9%), Reiki (34,8%), Aromaterapia (25,8%) e Meditação (25,3%).

Sobre o interesse na oferta de disciplinas, cursos e palestras sobre as PIC durante a graduação não houve diferença significativa entre os semestres, porém 66,7% do total de estudantes apontaram

interesse especialmente para o Reiki (44,9%), Yoga (41,9%), Meditação (42,4%), Homeopatia (33,3%) e Terapia de Florais (32,3%). Sobre a implementação das PIC no currículo do seu curso, 87,9% acham que estas são de suma importância para formação acadêmica e para vida profissional, 7,1% não acham necessária a implementação das PIC no currículo e 5,1% acham que são importantes na formação, porém destacaram que não agregariam conhecimento a vida profissional.

Questionados quanto a participação em eventos/capacitações sobre PIC, houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre os semestres, sendo que seminários ou palestras teve maior destaque, conforme demonstrado na Tabela 1.

Sobre a regulamentação das PIC, 39,4% declararam que são regulamentadas, 6,6% não e 54% não sabem se elas são. Quanto ao exercício do profissional da saúde nas PIC, se é exigida formação específica, 34,5% declaram que sim, 5,1% não, 33,5% em algumas áreas e 34,5% não sabem. Sobre

Tabela 1 -Distribuição das frequências absolutas sobre o conhecimento e aceitação das Práticas Integrativas durante a graduação. Brasil – 2018.

Variável	Sim		Não		Nenhuma	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Você já ouviu falar nas Práticas Integrativas e Complementares (PICs)?	32	91	5	2	0	0
Já utilizou alguma terapia alternativa?	23	66	14	27	0	0
Conhece alguém que trabalhe com alguma destas práticas?	29	81	8	12	0	0
Acha importante a implantação destas práticas no SUS?	37	89	0	4	0	0
Durante a graduação, teve conhecimento ou acesso a alguma das Práticas Integrativas e Complementares (PICs)?	23	81	14	12	0	0
Tem interesse que estas práticas sejam desenvolvidas durante a graduação?	36	87	1	4	0	2
Já participou de evento/capacitação sobre PICs?	12	54	25	39	0	0

a utilização das PIC, 97,5% apontaram como medida de promoção, prevenção e tratamento de doenças, melhorando a qualidade de vida do paciente, 2% como medida de tratamento e prevenção quando pacientes não tem acesso ao tratamento farmacológico convencional e 0,5% como medida paliativa, não trazendo nenhum benefício direto à saúde.

DISCUSSÃO

Na década de 70, os fundamentos, conceitos e práticas da Medicina Tradicional Chinesa e Indiana foram à base para a consolidação mundial das PIC, trazendo práticas milenares como a acupuntura, fitoterapia, termalismo, Shiatsu e massoterapias como medidas de tratamento e prevenção da saúde na atenção básica.

O uso das PIC no Brasil é estabelecido pela PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a portaria nº 971, publicada em 2006, disponibilizou cinco práticas ao Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o país, em março de 2017 a portaria nº 849, inclui mais 14 práticas e em março de 2018 pela portaria nº 702, foram introduzidas mais dez práticas, totalizando vinte e nove práticas disponíveis pelo SUS, fazendo com que o Brasil seja líder em oferecer estas modalidades para a atenção básica de saúde.^{3,6,7}

Um novo modelo conceitual de comprometimento com o uso da MCA está sendo elaborado e estudado, baseado nos princípios da psicologia do paciente, a partir das necessidades, motivação e confiabilidade em valores de cuidado da saúde, revelando a importância do compromisso do paciente com a prática que lhe está sendo aplicada, melhorando seu potencial de aplicação, trazendo maiores benefícios, resultados positivos, tudo isso para melhorar o seu tratamento e sua qualidade de vida.⁸

O uso das PIC tem representado um grande benefício aos pacientes, principalmente por promoverem o alívio dos sintomas emocionais e psicológicos, especialmente daqueles pacientes que estão enfrentando alguma doença crônica, auxiliando-os no seu bem-estar e no processo de cura. O interesse e o reconhecimento médico por estas práticas já é notável, principalmente devido aos resultados positivos apresentados até o momento na saúde de muitos pacientes, promovendo cuidados de

saúde física e mental, diminuindo inclusive os efeitos adversos de medicamentos.⁹

Muitas intervenções com a MCA, quiropraxia e terapias de massagem, trazem como evidência a capacidade individual de cada paciente em alcançar seu próprio equilíbrio físico restaurando sua própria saúde. Isto é possível pelo contexto deste tipo de intervenção, principalmente no que se refere à relação entre paciente e profissional, promovendo tratamentos individualizados, considerando um sistema completo de cuidado de saúde.¹⁰

Usuários de PIC relataram utilizar estas práticas não somente como medida terapêutica associada ao tratamento farmacológico, mas também para manter o seu bem-estar físico e mental, adquirir hábitos de vida saudáveis, melhorar a qualidade de vida, incorporando a MCA como um estilo de vida saudável, trazendo resultados positivos para a sua saúde.¹⁰

A procura por uma prática alternativa também se deve em muitos casos pelo alto custo da assistência privada associado com a precariedade de assistência prestada pelos serviços de saúde pública.¹¹ Segundo a OMS em países mais desenvolvidos a procura por alternativas naturais para cuidados primários de saúde é muito maior devido à tradição cultural e pela dificuldade de acesso da população a tratamentos de alto custo.¹² Vários municípios brasileiros já inseriram as PIC na terapêutica de pacientes que apresentam problemas de saúde como asma, rinite, dores musculares, insônia e depressão adotando práticas como acupuntura, bioenergética, homeopatia, meditação, yoga e massoterapia.^{5,13}

No presente estudo é notável que a maior participação foi a de mulheres com 88,45% dos estudantes. Em outro estudo¹³ realizado com acadêmicos da área da saúde mostra também a maior prevalência para o sexo feminino (66,7%), isso se deve ao fato das mulheres apresentarem maior interesse por estas práticas e por se preocuparem mais com as questões relacionados à saúde. Foi encontrada uma diferença significativa entre semestres iniciais e finais quanto a “ouvir falar em PIC” e, 94,9% dos estudantes apontaram ter interesse no desenvolvimento das práticas durante a sua graduação. Assuntos sobre as PIC ainda são pouco desenvolvidos pelas universidades e destacam a necessidade de ampliar o acesso dos universitários às práticas que correspondam à sua formação tornando imprescindível o conhecimento das demandas da sociedade e do governo. Dentre as

estratégias sugeridas estão as saídas a campo onde os estudantes realizam pesquisas sobre os assuntos e trazem a vivência do momento para ser discutida em sala de aula, ou a realização de palestras, oficinas, bem como, a oferta de disciplinas optativas e obrigatórias ao currículo.¹⁴ Tudo isto despertaria um maior interesse dos estudantes universitários em conhecer melhor as PIC e assim aplicá-las futuramente em sua vida profissional.

Um ponto que corrobora para o desenvolvimento das PICS na graduação dos estudantes da área da saúde é pelo fato da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), permitir a flexibilidade dos currículos, onde está previsto que o atual profissional da saúde deve estar preparado para o trabalho coletivo num processo de cuidado da saúde, atendendo as prioridades de saúde da população, resolvendo o problema de saúde a nível individual como também coletivo.¹⁵

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos da saúde descrevem eixos obrigatórios para a formação e perfil do egresso e dentre estes eixos encontra-se o do “cuidado em saúde” que visa reforçar conhecimentos, competências e habilidades de cuidado em saúde, PIC considerando a autonomia do ser humano, procurando terapias farmacológicas e não farmacológicas comprovadas cientificamente. Além disso, reforça que a atenção à saúde deve ser de acesso universal de forma a atender a todos e suas principais necessidades de saúde, como uma estratégia de promoção e proteção à saúde.¹⁶

Algumas Práticas Complementares (acupuntura, Reiki e massoterapia) incluídas em alguns currículos dos cursos de Enfermagem têm como propósito humanizar o auto-cuidado com o paciente.⁵ Entretanto, a educação de nível superior brasileira ainda é carente destas práticas, é preciso que as universidades incluam no currículo dos cursos da área da saúde a abordagem sobre estas terapias, trazendo possibilidades de escolhas aos pacientes que precisam da assistência à saúde, podendo optar por estas práticas quando estiverem disponíveis.¹⁷

Os resultados demonstram que 34,5% dos acadêmicos entrevistados não sabem da exigência do profissional da saúde ter uma formação específica para aplicabilidade das PIC. No Brasil, em meados de 1995, o Conselho Federal de Enfermagem emitiu o Parecer Normativo 004/95 aprovado na 239ª Reunião Ordinária realizada em 18 de julho de 1995, dispondo das terapias alternativas como Acupuntura, Iridologia,

Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia e Massoterapia como práticas alternativas a serem realizadas pelo profissional da Enfermagem, mesmo assim, ainda são poucas instituições de ensino que oferecem disciplinas relacionadas as PIC para a formação do Enfermeiro. É importante salientar que o profissional da Enfermagem é o que passa a maior parte do tempo com o paciente, o que possibilita acompanhar de perto e avaliar os efeitos físicos e emocionais dessas práticas.¹⁸

O Hidrotermalismo é uma prática muito estudada nos cursos de Fisioterapia, viabilizando o desenvolvimento da profissão através de um trabalho interdisciplinar criando estratégias em educação em saúde, promoção, prevenção e reabilitação beneficiando assim aquele paciente que procura esta prática como uma forma de recuperação em saúde.¹⁹ Em 1980, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu a Homeopatia como especialidade (Resolução CFM 1.000/80), na formação médica, em 1994 teve início a experiência do ensino da medicina homeopática na graduação médica da Universidade Federal Fluminense (UFF) Niterói (RJ).²⁰ Desde então, multiplicaram-se os cursos de formação e especialização em Homeopatia, com o intuito de um olhar anatomo-clínico para um olhar ampliado, possibilitando aos futuros profissionais a orientação de usuários dos serviços de saúde que desejam utilizar a Homeopatia de forma alternada, complementar ou integrada em seu tratamento.²⁰ A inclusão da disciplina de Homeopatia no currículo da graduação dos cursos de Farmácia, por exemplo, tem como objetivo reformular a formação biomédica, trazendo um olhar mais ampliado para a integridade do cuidado da saúde, de forma a auxiliar no tratamento como também idealizar novas pesquisas, recriando um laboratório-escola de Homeopatia, comparando diferentes experiências, oferecendo fórum de discussões sobre o tema, criando um conjunto de modelos terapêuticos que permitem com que os estudantes criem uma maneira de fortalecer a integridade e o cuidado com o paciente.²¹

Quando questionados se durante a sua graduação tiveram conhecimento ou acesso a alguma das Práticas Integrativas e Complementares, foi encontrada diferença significativa ($p < 0,05$) entre semestres iniciais e finais. Dentre as PIC mais abordadas na graduação destacam-se a homeopatia 40,9%, fitoterapia 39,9% e reiki 34,8%. Um estudo²² com acadêmicos do curso de Enfermagem de uma

universidade privada demonstrou que 59% dos alunos referiram nunca ter discutido sobre este assunto durante a formação acadêmica, e dos que tiveram, 71% respondeu que foi através da oferta de disciplinas como, por exemplo, Terapias Alternativas.

Embora muitos acadêmicos tenham demonstrado interesse em conhecer e estudar as PIC e incluí-las em seu currículo, outros citam a falta de evidências científicas. Um estudo²³ realizado com universitários do curso de Farmácia da Universidade do Sudeste do Queensland na Austrália demonstrou que a maioria dos acadêmicos tem conteúdos sobre as MCA no seu currículo, porém a capacidade dos mesmos em aprender e aplicar estas práticas se deve ao seu interesse em aprofundar o conhecimento sobre as mesmas.

A expansão da MCA em todo mundo fez com que profissionais da área da saúde ampliassem seus conhecimentos sobre estas práticas para melhor aconselhar, orientar, enfrentar desafios, e melhorar a qualidade de vida de seus pacientes.²⁴ Uma forma de incorporar as PIC no currículo é oferecendo disciplinas optativas ou obrigatórias, trazendo para perto dos acadêmicos um conhecimento mais aprofundado para que no momento em que estiverem no mercado de trabalho possam aplicar e implementar estas práticas.² Entretanto, palestras e cursos teóricos são formas mais rápidas e igualmente eficientes para despertar o interesse dos acadêmicos pelas PIC, mostrando seus benefícios ou malefícios, indicações ou contra-indicações, desenvolvendo novas formas de tratamento e prevenção de doenças e outros agravos.¹³

A procura por uma metodologia de ensino ativa como saídas a campo, capacitações, desenvolvimento de pesquisas e posteriormente a apresentação dos resultados destas, promovem uma aprendizagem mais significativa e interessante para os acadêmicos, fazendo com que o mesmo vá à campo em busca de resultados e conhecimentos que enriqueçam o seu currículo e posteriormente possam aplicar as PIC conforme a necessidade e a disponibilidade que o serviço de saúde oferece.¹⁴ No ano de 2008 o Ministério da Saúde implantou o Centro de Especialidades de promoção da saúde incluindo as PIC para pacientes da Atenção Básica, desenvolvendo-as em grupo ou individualmente como formas de tratamento preventivo e curativo, oferecendo inicialmente práticas como, homeopatia, oficina de memória, acupuntura, dança e relaxamento.²⁵ Quanto ao interesse destas práticas serem implantadas no SUS,

96,92% dos estudantes considera importante, sendo 37 destes dos semestres iniciais e 89 dos semestres finais.

A OMS incentiva a expansão das Medicinas Tradicional/Complementar e Alternativa nos países desenvolvidos, como é o caso do Brasil que se difere de outros países na oferta de PIC, pois predominam as práticas corporais, principalmente nos serviços públicos. Além disso, investimentos concentram-se nos níveis primários de atenção dando uma ênfase muito maior para as PIC, mostrando que existe uma grande diversidade nas atividades e de profissionais que realizam estas práticas.²⁵

Dentre as PIC desenvolvidas e ofertadas pelo SUS, existem aquelas que são de natureza coletiva, que através de estratégias de intervenções em grupos visa criar uma rede de apoio a partir da troca de experiências de cada paciente, trazendo um sentimento de igualdade, contribuindo para fatores como redução do uso de medicações e surgimento de novas doenças, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) responsável por organizar uma equipe multiprofissional através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual identifica as áreas estratégicas para as ações em PIC como, por exemplo, danças circulares, tenda do conto, arteterapia e grupos de conversa com mulheres.²⁶ Considerando estes aspectos legais e de incentivo para oferta das PIC na Atenção Básica, torna-se imprescindível a discussão e reflexão das universidades no que diz respeito à formação dos estudantes da área da saúde nesta temática.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos é possível concluir que 94,9% dos acadêmicos da área da saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul do município de Santa Cruz do Sul, RS conhecem as PIC, assim como possuem interesse e aceitação em sua implementação nos cursos da área da saúde durante a graduação. Também foi verificado que, tanto os acadêmicos dos semestres iniciais como finais consideram importante a implantação destas práticas no SUS.

Cerca de 66,2% dos acadêmicos que conhecem as PIC e já as utilizaram em algum momento, acreditam que a utilização destas práticas contribui com a promoção, prevenção e tratamento de doenças, melhorando a qualidade de vida do

paciente, melhorando a qualidade de vida e a saúde do paciente. Portanto, conclui-se que os acadêmicos têm interesse em estudar e conhecer estas práticas durante a sua formação acadêmica, resultado este importante para a universidade planejar a inserção destas práticas que visam promover a saúde através da prevenção e o tratamento da saúde de forma integrativa e complementar, corroborando com as políticas de saúde previstas no país.

REFERÊNCIAS

1. Lima KMSV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface: Comunicação Saúde Educação* 2013;18:1-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0133>
2. Nascimento MC, Romano VF, Chazan ACS, Quaresma CH. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. *Rev Trab Educ Saúde* 2018; 1-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00130>
3. Brasil. Portaria n° 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação n° 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília, mar. 2018.
4. Teixeira MZ, Lin CA. Educação médica em terapêuticas não convencionais. *Rev Med* 2013;92(4):224-35. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v92i4p224-235>
5. Santos LF, Cunha AZS. A utilização de práticas complementares por enfermeiros do Rio Grande do Sul. *Rev Enferm - UFSM* 2011;1(3):369-76. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/217976923047>
6. Brasil. Resolução n° 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, mai. 2006.
7. Brasil. Portaria n° 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, mar. 2017.
8. Sirois FM., Salamonsen A, Kristoffersen AE. Reasons for continuing use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in students: a consumer commitment model. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2016;16(75):1-9. doi: <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1059-3>
9. Caires JS, Andrade TA, Amaral JB, Calasans MTA, Rocha MDS. A utilização das terapias complementares nos cuidados paliativos: benefícios e finalidades. *Cogitare Enferm* 2014;19(3):514-20. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3.33861>
10. Upchurch, DM, Rainisch BW. The importance of wellness among users of complementary and alternative medicine: findings from the 2007 National Health Interview Survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2015;15(362):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12906-015-0886-y>
11. Bahall M.; Legall G. Knowledge, attitudes, and practices among health care providers regarding complementary and alternative medicine in Trinidad and Tobago. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2017;17(144):1-9. doi <http://dx.doi.org/10.1186/s12906-017-1654-y>
12. Machado MMT, Oliveira JC, Fachine ADL. Acupuntura: Conhecimento e Percepção de Professores Universitários. *Rev Bras Educ Médica* 2012;36(1):41-49. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000100006>
13. Silva NCM, Iunes DH, Resck ZMR, Soares MI, Souza Junior DI, Vieira NF. Estratégias de ensino das terapias alternativas e complementares na graduação em Enfermagem. *Rev Eletr Enf [Internet]* 2013;15(4):1061-7. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.20568>
14. Gomes DRGM, Almeida AMB, PessôaCKL, Porto CMV, França LC. A inclusão das terapias integrativas e complementares na formação dos acadêmicos da saúde. *SANARE, Sobral* 2017;16(Suppl 1):74-81.
15. Ribeiro LCC, Ribeiro M. Soares VAR. Avaliação acadêmica acerca das Diretrizes Curriculares Nacionais em saúde. *Revistas Tempus - Actas de Saúde Coletiva* 2015;9(1):167-87. doi: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v9i1.1700>
16. Brasil. Resolução n. 6, de 19 de outubro de 2017. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação. Brasília, out. 2017.
17. Damasceno CM, Almeida JRGS, Dias CM, Dantas MGB, Saraiva SRGL, Andrade RB, Faria MD. Avaliação do conhecimento de estudantes universitários sobre medicina alternativa. *Rev Baiana de Saúde Pública* 2016;40(2):289-97. doi: <http://dx.doi.org/10.22278/2318-2660>
18. Salles LF, Homo RFB, Silva MJP. Práticas Integrativas e Complementares: Situação do seu Ensino na Graduação de Enfermagem no Brasil. *Revista Saúde, UNG – SER.* 2014;8(3/4):37-44.
19. Israel VL, Guimarães ATB, Pardo MB. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Hidrotermalismo como Ambiente e Recurso de Atuação do Fisioterapeuta. *Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar [Internet]* 2017;10(2):79-90. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/diver.v10i2.58063>
20. Brasil. Resolução CFM n.º 1000/80 de 21 de julho de 1980. Acrescenta na relação de especialidades reconhecidas pelo CFM, para efeito de registro de qualificação de especialistas a hansenologia e a homeopatia. Brasília, jul. 1980.
21. Oliveira IF, Peluso BHB, Freitas FAC, Nascimento MC. Homeopatia na Graduação Médica: Trajetória da Universidade Federal Fluminense. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2018;42(1):92-102. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n1RB20160097>
22. Hadley J, Hassan I, Khan KS. Knowledge and beliefs concerning evidence-based practice amongst complementary and alternative medicine health care practitioners and allied health care professionals: A questionnaire survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2008;8(45):1-7. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6882-8-45>
23. Tiralongo E, Wallis M. Attitudes and perceptions of Australian pharmacy students towards Complementary and Alternative Medicine – a pilot study. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2008;8(2):1-9. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6882-8-2>
24. James PB, Bah A. Awareness, use, attitude and perceived need for Complementary and Alternative Medicine (CAM) education among undergraduate pharmacy students in Sierra Leone.

a descriptive cross-sectional survey. BMC Complementary and Alternative Medicine 2014;14(438):1-9.doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-438>

23. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAS, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. Caderno de Saúde Pública [online] 2012;28(11):2143-54.doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100014>

24. Nascimento MVN, Oliveira IF. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. Estudos de Psicologia 2016;21(3):272-281. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160026>

Recebido em: 04/09/2019

Aceito em: 17/03/2020

Como citar: GOECKS, Débora Regina; MORSCH, Lisoni Muller; SILVA, Chana de Medeiros da. Formação de estudantes da área da saúde em práticas integrativas e complementares. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, June 2020. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/14080>>. Acesso em: 02 jun. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i2.14080>

Rev. Interdisciplin. Promoç. Saúde - RIPS, Santa Cruz do Sul, 2(2):84-91, abri/jun. 2019 ISSN: 2595-3664



Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral

Evaluation of functional performance of children with cerebral paralysis

Gisélia Gonçalves de Castro¹, Núbia Paula Antunes de Souza¹, Adriana Santos Camargos¹, Scheilla de Castro Reis e Silva¹, Arlindo Gonçalves Reis Junior¹

1 - Centro Universitário do Cerrado Patrocínio MG – UNICERP, Patrocínio, MG, Brasil.

RESUMO

Objetivo: avaliar o desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral e o nível de funcionalidade. **Método:** participaram 38 crianças que estavam em seguimento fisioterapêutico em um ambulatório do setor de reabilitação infantil. Foram analisados os dados dos prontuários e coletadas as informações clínicas do nascimento. Foi aplicado os instrumentos Gross Motor Function Measure (GMFCS) e Gross Motor Function Classification System (GMFM) para classificar o nível de funcionalidade. Para análise de dados, foram aplicadas estatísticas descritivas (frequência, média e desvio padrão). **Resultados:** predominaram crianças do sexo masculino (63,2%) com média de idade 70,21 meses. Em relação ao hospital, 84,2% nasceram em hospitais públicos de parto cesárea (68,4%). Ao nascimento, a idade gestacional foi de 35,03±4,34 semanas, peso de 2,37±0,98 kg, estatura de 44,9±5,85 cm, Apgar no primeiro minuto de 7,47±1,75 e quinto minuto de 8,97±0,97, perímetro cefálico de 32,30±4,07 cm. A classificação indicou prevalência de crianças com quadriplegia (34,2%). O GMFCS indicou que 34,2% da amostra foi classificada como nível V e as maiores limitações foram as atividades de mobilidade e autocuidado. Quanto a classificação do instrumento GMFM, as crianças apresentaram melhor função motora grossa nas atividades de deitar e rolar. **Conclusão:** o nível de funcionalidade mais acometida foi o nível V. O uso das escalas GMFCS e GMFM possibilitou avaliar o nível funcional e motor das crianças com eficiência para retratar suas especificidades e limitações funcionais.

giseliagcastro@gmail.com

Palavras-chave:
Desempenho Físico Funcional;
Crianças com Deficiência;
Paralisia Cerebral.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the functional performance of children with cerebral palsy of functionality. **Method:** thirty-eight children who underwent physiotherapeutic follow-up were enrolled in a Health Center in the child rehabilitation sector. Data from the medical records were collected and collected as clinical information at birth. The GMFM and Gross Motor Function Classification (GMFCS) instruments have been applied to classify the functionality system. For data analysis, descriptive statistics (frequency, mean and standard deviation) were applied. **Results:** predominant male children (63.2%) with a mean of 70.21 months. Regarding the hospital, 84.2% were born in public hospitals of cesarean section (68.4%). At birth, the gestational age was 35.03 ± 4.34 weeks, weight 2.37 ± 0.98 kg, height of 44.9 ± 5.85cm, Apgar in the first minute of 7.47 ± 1.75 and fifth of 8.97 ± 0.97, cephalic perimeter of 32.30 ± 4.07 cm. A ranking indicated the prevalence of children with quadriplegia (34.2%). The GMFCS indicated that 34.2% of the sample was classified as aircraft level and as higher grades such as mobility and self-care activities. Regarding the classification of the GMFM instrument, children have better gross motor function in bedtime and rolling activities. **Conclusion:** the most affected levels of functionality for the V system. The use of GMFCS and GMFM scales made it possible to evaluate the functioning and motor of children with efficiency to portray their functional and motor specificities and limitations.

Keywords:
Functional Physical Performance;
Children with Disabilities;
Cerebral Palsy.



INTRODUÇÃO

A Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância (ECNPI) ou Paralisia Cerebral (PC) é o resultado de uma lesão que afeta o sistema nervoso central em fase de maturidade estrutural e funcional, induzindo a uma disfunção predominantemente sensorio-motora que surge no período pré, peri ou pós-natal. É caracterizada por um transtorno que persiste com alteração do tônus muscular, da postura e do movimento. Os distúrbios de postura e movimento acontecem em decorrência das limitações neuromotoras e sensoriais advindas da PC, que comprometem a habilidade de deambular e a independência funcional.¹

As crianças com PC apresentam alterações e dificuldades nas aquisições motoras próprias de sua idade que culminam em um grau de comprometimento motor, que podem repercutir nos aspectos sensoriais, cognitivos e comportamentais, impondo-lhes maior grau de dependência. Essas alterações podem afetar a funcionalidade na prática das Atividades de Vida Diárias (AVD), independência, locomoção e participação social.²

O grau de comprometimento neuromotor interfere diretamente no funcionamento do desempenho motor e quanto maior for a gravidade do comprometimento, maior será a presença de fatores limitantes que podem restringir a funcionalidade das crianças. Dessa forma, a PC pode interferir de forma importante na interação da criança em contextos relevantes, influenciando não só a aquisição e o desempenho de marcos motores básicos (rolar, sentar, engatinhar, andar) como também nas AVD, como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, locomover-se em ambientes variados, entre outras.³

É de grande importância que a equipe terapêutica compreenda o desenvolvimento motor e a obtenção das habilidades funcionais em pessoas com alterações do processo neuromaturacional, já que a partir desses conhecimentos, os profissionais podem planejar as metas terapêuticas para o desenvolvimento e independência funcional da criança, proporcionando uma melhor qualidade de vida e interação social.⁴

Dessa forma, é de grande importância esse estudo sobre a avaliação das manifestações funcionais de crianças com PC, uma vez que, o desempenho funcional sofre influência não exclusivamente das propriedades intrínsecas da criança, mas também das demandas específicas da tarefa e das características

do ambiente no qual ela interage. Além disso, avaliar e descrever sobre as funcionalidades e limitações funcionais e motoras de crianças com PC é necessário a fim de elaborar estratégias mais específicas e mais eficientes para a melhora do quadro neuromotor. Assim, o objetivo deste estudo foi traçar o perfil clínico e avaliar o desempenho funcional de crianças com PC, bem como classificar sua função motora grossa e o nível de funcionalidade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal e de abordagem quantitativa. A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Franca, São Paulo, CAAE 62623416.9.0000.5495.

Participaram 38 crianças com diagnóstico de PC, de ambos os sexos, que estavam em acompanhamento fisioterapêutico em um ambulatório no setor de reabilitação infantil de um município do interior de Minas Gerais, Brasil. Após o levantamento dos dados nos prontuários de todas as crianças diagnosticadas com PC no ano de 2017, foi feita uma abordagem em local reservado com o responsável pela criança com intuito de esclarecer sobre aos objetivos da pesquisa. Posteriormente a aceitação, os responsáveis assinaram o Termo de Compromisso Livre Esclarecido e foi agendada visita domiciliar para a coleta dos dados.

Foram incluídas crianças com idade entre 15 meses a 144 meses (1 ano e três meses à 9 anos e seis meses) e excluídas aquelas com má formação congênita, bem como com patologias não relacionadas à lesão cerebral. Para caracterização dos participantes foram analisados os dados dos prontuários com as variáveis: sexo, idade e dados do nascimento (idade gestacional (IG), peso, altura, Apgar, perímetro cefálico e parto) e classificação da paralisia cerebral. Para classificar a função motora grossa e o nível de funcionalidade, foram utilizados os instrumentos *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS) e *Gross Motor Function Measure* (GMFM), de acordo com Palisano et al.⁵ Ambos os instrumentos foram aplicados no dia e horário previamente agendado pelo responsável familiar.

O GMFCS tem por objetivo classificar a função motora grossa da criança com ênfase no movimento de sentar e caminhar, por meio de cinco níveis motores presentes em cada uma das quatro faixas

etárias (0 a 2 anos, 2 a 4 anos, 4 a 6 anos, 6 a 12 e de 12 a 18 anos de idade), caracterizando o desempenho motor da criança ao levar em consideração diferentes contextos como casa, escola e espaços comunitários.⁶ O GMFM é utilizado para avaliar a motricidade ampla, sendo funcional e quantitativo e tendo como objetivo descrever o nível da função sem considerar a qualidade, auxiliando no plano de tratamento. Esta avaliação é composta por 88 itens agrupados em cinco dimensões: A (deitar e rolar), B (sentar), C (engatinhar e ajoelhar), D (ficar em pé) e E (andar). E, através da observação do desempenho da criança é dada a pontuação de 0 (não realiza atividade), 1 (inicia atividade), 2 (completa parcialmente atividade) a 3 (completa a atividade) pontos, em três tentativas.⁷

Para traçar o perfil das crianças foi realizada análise descritiva com medidas de frequências absolutas, média, frequência mínima, máxima e desvio padrão. Para análise funcional foi realizado o cálculo amostral baseado em tabela estabelecida pela literatura vigente.⁸ Os dados foram tabulados e analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 38 crianças, com idade de 11 a 144 meses (1 ano e três meses à 9 anos e seis meses), sendo 24 (63,2%) crianças do sexo masculino. Do total da amostra, 32 (84,2%) nasceram em hospital público. Em relação ao parto, 29 (68,4%) nasceram do tipo cesáreo e em 3 (7,9%), foi utilizado fórceps (tabela 1).

Tabela 1- Distribuição de frequência (%) das variáveis em relação ao sexo, hospital e tipo de parto.

Variável		Frequência	%
Sexo	Feminino	14	36,8
	Masculino	24	63,2
Hospital	Público	32	84,2
	Particular	6	15,8
Tipo parto	Cesárea	29	68,4
	Vaginal	6	23,7
	Fórceps	3	7,9

Assim como no presente estudo, outras investigações do desempenho funcional de crianças com PC apontaram uma prevalência de indivíduos do sexo masculino.⁹⁻¹¹ No entanto, outro estudo¹² obteve um resultado divergente, com 56,7% de prevalência

do sexo feminino. A predominância do sexo feminino se deu pelo fato de que a seleção da amostra ocorreu por critérios de conveniência, o que não representa a real predominância do sexo masculino, como cita a maioria dos estudos. Ademais, acredita-se que a superioridade do sexo masculino nos estudos ocorra devido a uma herança genética.¹²

No que se diz respeito ao tipo de parto, Sass et al.¹³ encontraram que 92,9% dos partos realizados em 2008 no Município de Sarandi ocorreram por via cesárea, o que vai de encontro aos resultados do presente estudo, que encontrou que 68,4% dos partos foram cesária e 23,7% vaginal. Oliveira et al.¹⁴ que avaliaram fatores associados ao parto cesárea nos sistemas públicos e privados de atenção à saúde, ressalta que a cesariana tem apresentado uma tendência mundial de aumento e uma das razões pela escolha da cesariana eletiva, além da conveniência em programar o nascimento do filho, é evitar a dor do parto. Ferreira et al.¹² observaram resultados divergentes em sua investigação que evidenciou a ocorrência de 43,3% de partos naturais, seguido de 33,3% do tipo cesária e 23,3% por fórceps. A baixa prevalência de cesáreas é uma provável consequência do atuais incentivos ao parto natural uma vez que são referidas vantagens como maior segurança para o feto e mãe e diminuição das ocorrências de problemas respiratórios.¹²

Os dados de caracterização da amostra encontram-se na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização da amostra avaliada.

n= 38	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Idade atual (meses)	15	144	70,21	45,590
IG (semanas)	27	41	35,03	4,340
Peso ao nascer (Kg)	0,615	3,860	2,373	0,988
Estatura(cm)	32	53,5	44,9	5,8585
Apgar 1'	3	9	7,47	1,751
Apgar 5'	7	10	8,97	0,972
PC (cm)	23	42	32,3	4,078

IG: Idade Gestacional; PC: Perímetro Cefálico.

No presente estudo, a idade das crianças participantes foi de $70,21 \pm 45,590$ meses. No estudo de Cesa et al.,¹¹ que comparou dois grupos de crianças com PC, a média de idade foi de $61,9 \pm 22,0$ anos para um grupo e de $79,5 \pm 16,5$ anos para o segundo grupo. No estudo de Mendes, Ferreira e Filgueiras¹⁵ observase média de idade de 8,6 anos.

No que diz respeito à IG, a investigação de Rothstein e Beltrame¹⁰ abrangeu amostra em que nove crianças nascidas prematuras, sendo que quatro

delas nasceram com IG < 32 semanas, cinco entre 32 e 37 semanas de IG e seis crianças com nascimento entre 38 a 42 semanas, corroborando com o presente estudo. Com relação às condições pondero-estaturais, Rothstein e Beltrame¹⁰ encontraram valores de peso ao nascimento que variaram de 800 g a 4400 g, com dois casos de baixo peso e um caso de muito baixo peso, já o comprimento esteve presente em apenas 11 dos 15 prontuários e variou de 42 a 55 cm, o que vai de encontro com os achados do presente estudo.

Ainda em relação ao estudo de Rothstein e Beltrame,¹⁰ os valores do Apgar variaram no 1º minuto entre 1 a 8 e no 5º minuto entre 4 e 9, valores bastante relevantes, pois através de tal índice pode-se conhecer o grau de asfixia aguda pelas condições vitais do nascimento. De acordo com a classificação da PC 13 (34,2%) crianças eram quadriplégicas, 4 (10,5%) hemiplégicas, com 29% apresentando maior comprometimento à direita, 11 crianças diplégicas (28,9%) e, 3 (7,9%) com atetose. Assim como no presente estudo, Dias et al.⁹ observaram que o tipo topográfico de PC mais frequente foi a quadriplegia. Por outro lado, Toledo et al.¹⁶ realizaram uma pesquisa com crianças com PC e encontraram maior incidência de tetraplegia (43%), seguida de diplegia (43%).

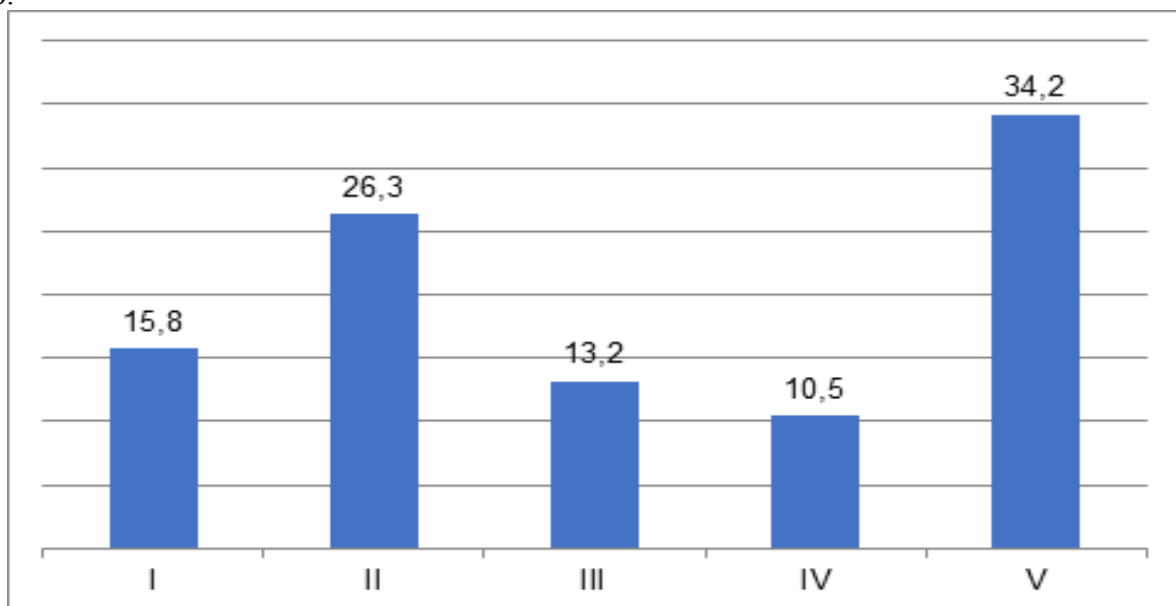
Na Figura 1, observa-se a classificação da função motora das crianças com PC segundo a escala GMFCS, em que a maioria foi classificada como nível V e II. No nível I: 6 (15,8%) crianças, nível II: 10 (26,3%), nível III: 5 (13,2%), nível IV: 4 (10,5%) e no nível V: 13 (34,2%).

De acordo com Vasconcelos et al.,¹⁷ quanto maior a gravidade do comprometimento neuromotor, associado às restrições da tarefa e do ambiente, maior será a presença de fatores limitantes que podem restringir a capacidade funcional de crianças com PC. Dessa forma, crianças com disfunção motora mais severa apresentam menor independência para desempenhar habilidades funcionais. Observa-se ainda que, crianças classificadas no nível V apresentam maiores déficits de mobilidade relacionado com piores desempenhos no autocuidado e na função social, corroborando com os resultados do presente estudo.

Nas crianças com PC, uma das consequências decorrentes de limitações motoras mais frequente é o déficit na capacidade de deambulação. A aquisição da marcha por essas crianças apresenta-se como um desafio devido a dificuldades em manterem o equilíbrio em situações estáticas, bem como quando transitam em diferentes sequências de controle dinâmico.¹⁸ Porém, na presente pesquisa, foram evidenciadas maiores dificuldades no nível V do GMFCS, em que a maioria das crianças apresentaram quadriplegia, sendo totalmente dependentes de cadeiras de rodas tanto em ambientes internos como externos.

No que se refere à avaliação da função motora grossa, avaliada pelo GMFM, analisou-se os componentes A (deitar e rolar), B (sentar), C (engatinhar e ajoelhar), D (em pé), E (andar, correr e pular). Quanto à classificação do instrumento GMFM, as crianças apresentaram melhor função motora grossa na dimensão A. A dimensão que apresentou maior

Figura 1 – Distribuição da frequência (%) da classificação do movimento voluntário segundo o instrumento GMFCS.



dificuldade foi à dimensão E (andar, correr e pular). O escore total alcançado na aplicação do GMFM foi de $22,03 \pm 19,88$, o que evidenciou um desempenho motor ruim das crianças avaliadas, considerando suas idades (tabela 3).

Tabela 3 - Avaliação da função motora grossa pelo GMFM

Dimensões	Média	DP
A (deitar e rolar)	24,03	18,29
B (sentar)	23,78	19,64
C (engatinhar e ajoelhar)	30,25	31,70
D (empê)	17,94	24,97
E (andar, correr e pular)	14,08	23,01
Total	22,03	19,88

Ao avaliar a função motora e qualidade de vida de indivíduos com PC, Prado et al.³ observaram a predominância de indivíduos classificados com quadriplegia, os quais apresentaram maior insuficiência da função motora grossa avaliada pela GMFM. A dimensão do GMFM que apresentou, em média, os maiores valores na amostra foi a dimensão A (Deitando e Rolando), o que corroborou com os resultados do presente estudo e, a menor média observada foi na dimensão D (Em pé), divergindo com os resultados encontrados na amostra do presente estudo.

Vasconcelos et al.¹⁹ encontraram resultados semelhantes, visto que os indivíduos avaliados obtiveram menor dificuldade em realizar os testes da dimensão A (Deitando e Rolando) e muitos apresentaram dificuldade na posição D (Em pé). Fato este diretamente relacionado com o grau de comprometimento do sujeito, instabilidade postural, alteração estrutural dos membros inferiores e o uso de dispositivo de locomoção.⁹

Segundo Hanna et al.,²⁰ quanto maior a pontuação obtida pela criança na avaliação, melhor o desempenho da função motora grossa nas dimensões avaliadas. Observa-se no presente estudo, que não houve uma pontuação de nível de independência das crianças para realizar atividades de autocuidado e mobilidade, o que comprova as limitações em aquisição de marcha e deslocamento.

Os resultados do presente estudo demonstram que todas as crianças apresentaram melhor desempenho em três das cinco dimensões avaliadas: dimensões deitar e rolar (A), sentar (B) e engatinhar e ajoelhar (C). Elas apresentaram maiores dificuldades

nas posturas em pé (D) e na postura andar, correr e pular (E). Assim, nas posturas que demandam maior habilidade de equilíbrio, deslocamento e locomoção houve uma baixa pontuação.

De acordo com Mancini et al.²¹ é preciso levar em consideração que, o grau de comprometimento neuromotor interfere diretamente no funcionamento do desempenho motor, ou seja, quanto maior a gravidade do comprometimento, maior será a presença de fatores limitantes que podem restringir a funcionalidade das crianças com PC. Assim, a baixa pontuação das crianças nas dimensões D (postura em pé) e E (posturas andar, correr e pular) pode ser explicada pelo número de crianças que possuem um comprometimento maior no nível da PC. A maioria das crianças avaliadas nesse estudo é quadriplégica, com um maior comprometimento nos membros inferiores e com prognóstico menos favorável para o desenvolvimento de marcha.

Mancini et al.²¹ demonstram uma relação direta entre o grau de severidade da PC e o desempenho funcional da criança. Quanto mais grave for o quadro clínico da criança, maior será o comprometimento motor e, conseqüentemente, haverá maior dificuldade da criança em desempenhar as habilidades funcionais. Esse estudo também demonstrou essa relação, onde foram evidenciados menores escores nas crianças com quadriplegia seguida de diplegia, avaliadas pela escala GMFM. Como limitação do presente estudo, destaca-se a classificação heterogênea da amostra estudada, sendo as características clínicas um fator limitante freqüente nos estudos com crianças com paralisia cerebral.

CONCLUSÃO

Em relação à caracterização das crianças, observou-se a predominância de meninos, nascidos em hospital público e com nascimento de parto do tipo cessaria. Em relação a classificação da PC, a maioria das crianças eram quadriplégicas. No que diz respeito aos níveis de funcionalidade, o mais acometido foi o nível V, no qual há menor chance de atingir algum nível de marcha quando comparados aos demais níveis. Na avaliação da função motora grossa evidenciou-se um desempenho motor ruim em relação à idade das crianças.

Constatou-se ainda que o GMFCS e GMFM são indicadores adequados para a avaliação da

capacidade funcional em crianças com paralisia cerebral, dando direcionamento no planejamento para as intervenções na prática clínica, permitindo a detecção exata do potencial motor da criança, proporcionando maior eficácia terapêutica e maior homogeneidade nas pesquisas.

A avaliação funcional é necessária para o diagnóstico das limitações da funcionalidade do paciente, sendo extremamente eficaz ao traçar uma conduta terapêutica. Sugere-se que os conhecimentos obtidos através dessa pesquisa sejam consideravelmente ampliados com o desenvolvimento de mais pesquisas visando ampliar as condutas terapêuticas e consequentemente aumentar a qualidade de vida das crianças.

REFERÊNCIAS

- Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B, Jacobsson B, Damiano D. Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy. Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2005; 47(8):571-6. doi: <https://doi.org/10.1017/S001216220500112X>
- Oliveira AKC, Matsukura TS, Mancini MC. Repertório funcional de crianças com paralisia cerebral nos contextos domiciliar e clínico: relato de cuidadores e profissionais. *Rev Ter Ocup Univ* 2015; 26(3):390-8. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i3p390-398>
- Prado MTA, Fell RF, Silva RCR, Pacagnelli FL, Freitas SBZ, Janial AEM, Tanaka LCF, Fernani DCGL, Oliveira AG, Monteiro CBM. Função motora e qualidade de vida de indivíduos com paralisia cerebral. *ABCS Health Sci* 2013; 38(2):63-67. doi: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v38i2.12>
- Souza AB, Assis SMB, REZENDE LK, CYMROTR. Caracterização do desempenho funcional de indivíduos com síndrome de Down. *Rev Ter Ocup Univ* 2015; 26(1):102-8. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i1p102-108>
- Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *DMCN*. 1997;39(4):214-23. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1997.tb07414.x>
- Pfeifer LI, Silva DBR, Funayama CAR, Santos JL. Classification of Cerebral Palsy. *Arq Neuropsiquiatria* 2009; 67(4):1057-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2009000600018>
- Oliveira AIA, Golin MO, Cunha MCB. Aplicabilidade do sistema de classificação da função motora grossa (GMFCS) na paralisia cerebral: revisão da literatura. *Arq Bras Ciênc Saúde* 2010; 35(3):220-4. doi: <https://doi.org/10.7322/abcs.v35i3.85>
- Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2.^a ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
- Dias ACB, Freitas JC, Formiga CKMR, Viana FP. Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral participantes de tratamento multidisciplinar. *Fisioterapia e Pesquisa* 2010; 17(3):225-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502010000300007>
- Rothstein JR, Beltrame TS. Características motoras e biopsicossociais de crianças com paralisia cerebral. *Rev Bras Ciênc Movimento* 2013; 21(3):118-26. doi: <http://dx.doi.org/10.18511/rbcm.v21i3.3764>
- Cesa CC, Alves MES, Meireles LCF, Fante F, Manacero SA. Avaliação da capacidade funcional de crianças com paralisia cerebral. *Rev CEFAC*. 2014; 16(4):1266-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620146513>
- Ferreira LSM, Santos VB, Pessoa PB, Silva PS, Sousa SMB, Silva LM. Análise dos Fatores de Risco Para Desenvolvimento de Encefalopatia Crônica Não Progressiva. *R Bras Ci Saúde* 2015; 19(2):129-34. doi: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2015.19.02.07>
- Sass A, Gravena AA, Pelloso SM, Marcon SS. Resultado perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. *Rev Gaúcha Enferm* 2011; 32(2):352-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200020>
- Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to caesarean delivery in public and private healthcare systems. *Rev Esc Enferm USP* 2016; 50(5):733-740. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000600004>
- Mendes MB, Ferreira FCG, Filgueiras SP. Atividade motora grossa e aspectos funcionais da marcha na paralisia cerebral. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas* 2017; 1(2):46-56. Disponível em: <http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/view/25>
- Toledo CAW, Pereira CHCN, Vinhaes MM, Lopes MIR, Nogueira MARJ. Perfil epidemiológico de crianças diagnosticadas com paralisia cerebral atendidas no Centro de Reabilitação Lucy Montoro de São José dos Campos. *Revista Acta Fisiatr* 2015; 22(3):118-122. doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20150023>
- Vasconcelos RLM, Moura TL, Campos, TF, Lindquist ARR, Guerra RO. Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de acordo com níveis de comprometimento motor. *Braz J Phys Ther* 2009; 13(5):390-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n5/aop049_09.pdf
- Martinello M, Medeiros DL, Piucco EC, Ries LGK. Parâmetros cinemáticos da marcha de criança com paralisia cerebral: Comparação entre diferentes formas de apoio. *Cad Ter Ocup UFSCar* 2014; 22(1):137-43. doi: <https://doi.org/10.4322/cto.2014.015>
- Vasconcelos VM, Frota MA, Pinheiro AK, Gonçalves MLC. Percepção de mães acerca da qualidade de vida de crianças com paralisia cerebral. *Cogitare Enferm* 2010; 15(2):238-44. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i2.17853>
- Hanna SE, Bartlett DJ, Rivard LM, Russell DJ. Reference curves for the Gross Motor Function Measure: percentiles for clinical descriptions and tracking over time among children with cerebral palsy. *Phys Ther* 2008; 88(5):596-607. doi: <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20070314>
- Mancini MC, Alves ACM, Schaper C, Figueiredo EM, Sampaio RF, Coelho ZAC, Tirado MGA. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. *Rev. bras. fisioter.* 2004; 8(3): 253-60. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/238674945_Gravidade_da_paralisia_cerebral_e_desempenho_funcional.

Recebido em: 03/08/2019

Aceito em: 26/03/2020

Como citar: CASTRO, Gisélia Gonçalves de et al. Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, jun. 2020. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/14017>>. Acesso em: 02 jun. 2019. doi: <https://doi.org/10.17058/rips.v2i2.14017>



Cultura de segurança do paciente em urgência e emergência

Culture of emergency patient safety and emergency

Laísa Xavier Schuh¹, Lia Possuelo², Suzane Beatriz Frantz Krug²

1 - Universidade Luterana do Brasil, Cachoeira do Sul, RS, Brasil.

2 - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul/RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem que atuam em unidades de urgência e emergência de hospitais do interior do Estado do Rio Grande do Sul. **Método:** pesquisa quantitativa, de delineamento transversal, realizada em sete unidades de urgência e emergência de municípios integrantes da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 112 profissionais de enfermagem e a coleta dos dados ocorreu no mês de junho de 2015. Foi utilizado instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), avaliando 12 dimensões da cultura de segurança. A análise dos dados se deu por estatísticas descritivas, utilizando o Programa Estatístico SPSS versão 20.0. **Resultados:** foram evidenciadas duas áreas fortes de cultura de segurança, duas áreas frágeis e oito áreas com potenciais para se tornarem áreas fortes de segurança do paciente no setor de urgência e emergência. **Conclusão:** conclui-se que as unidades de urgência e emergência incitam a necessidade de reavaliar os seus processos e fatores culturais para garantir uma assistência qualificada e segura.

Palavras-chave:

Segurança do Paciente; Enfermagem em Emergência; Cultura Organizacional; Assistência Ambulatorial; Enfermagem.

lala_schuh@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: to analyze the culture of patient safety among nursing professionals who work in urgency and emergency units in hospitals in the interior of the State of Rio Grande do Sul. **Method:** quantitative research, with a cross-sectional design, carried out in seven urgency units and the emergence of municipalities that are members of the 13th Regional Health Coordination of Rio Grande do Sul. 112 nursing professionals participated in the study and data collection took place in June 2015. A Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) instrument was used, evaluating 12 dimensions of the safety culture. Data analysis was performed using descriptive statistics, using the SPSS Statistical Program version 20.0. **Results:** two strong areas of safety culture, two fragile areas and eight areas with potential to become strong areas of patient safety in the urgency and emergency sector were highlighted. **Conclusion:** it is concluded that the urgency and emergency units incite the need to reassess their processes and cultural factors to guarantee qualified and safe assistance.

Keywords:

Patient Safety; Emergency Nursing; Organizational Culture; Ambulatory Care; Nursing.



INTRODUÇÃO

A complexidade da assistência à saúde, atualmente, com sofisticadas intervenções, equipamentos, novas tecnologias, quantidade de profissionais de saúde disponíveis para prestar o cuidado, demandas excessivas de pacientes e deficiências de infraestrutura e de gestão, predis põe ao erro humano e, conseqüentemente, aos riscos de eventos adversos na assistência ao usuário dos serviços de saúde.¹⁻⁴ Os eventos adversos (EAs) são definidos como lesões não intencionais ocasionadas pelo cuidado de profissionais da área da saúde, sejam eles médicos, enfermeiros e outros, e não pela evolução natural da patologia em si.^{1,5} Após a publicação do relatório americano *To err is human: building a safer health care system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), no ano de 2000, as instituições de saúde atentaram-se para os riscos decorrentes do moderno cuidado em saúde devido ao elevado índice de pessoas que já sofreram lesões e mortes decorrentes das práticas de saúde.⁶⁻⁹ A partir deste marco, a quantidade de estudos voltados à segurança do paciente no contexto hospitalar aumentou, demonstrando a importância da cultura de segurança do paciente para a qualidade da assistência, despontando como fator crucial para o sucesso das instituições.¹⁰⁻¹¹

O Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado nos estabelecimentos de saúde do País e promover a cultura de segurança, por meio da implantação de gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente.¹²⁻¹⁵ A cultura de segurança é definida como fruto das atitudes, competências, valores e padrões de comportamento, de grupos ou individualmente, o que determina o estilo, o compromisso e a competência em administrar uma organização institucional de maneira saudável e segura.^{4,6-7,16-17}

Dentre os diferentes serviços de saúde, destacam-se as unidades de urgência e emergência, destinadas a promover assistência com caráter de urgência/emergência para prevenir conseqüências críticas e prolongar a vida, sendo proporcionados cuidados imediatos. Possuem como características o número excessivo e diversificado de pacientes, escassez de recursos, predomínio de jovens profissionais, fadiga, a descontinuidade do cuidado e a falta de valorização dos profissionais envolvidos.¹⁸

Diante deste contexto, são consideradas condições facilitadoras para o acontecimento de eventos adversos a sobrecarga das equipes médicas e de enfermagem, a falha na comunicação entre profissionais e pacientes, inadequação dos sistemas de informação existentes nas instituições de saúde, protocolos clínicos insuficientes, interrupções das atividades desenvolvidas e a omissão nos registros e notificações de eventos adversos.¹⁸⁻²¹ Assim, o passo inicial para se estabelecer uma cultura de segurança eficaz, em uma instituição de saúde, é avaliar a cultura corrente.^{7,22}

Com base nessas considerações, o objetivo do estudo é: analisar a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem que atuam em unidades de urgência e emergência de hospitais do interior do Estado do Rio Grande do Sul.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, de delineamento transversal, realizada em sete municípios integrantes da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, em suas respectivas unidades hospitalares com atendimento de urgência e emergência, inseridos na proposta “Portas de Entrada Hospitalares de Urgência”, estabelecida pela Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que institui o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁰ Seis hospitais do presente estudo são entidades filantrópicas, sem fins lucrativos, e apenas um trata-se de um Hospital Público Regional. A amostra foi constituída por 112 profissionais de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, atuantes em um dos três turnos de jornada de trabalho (manhã, tarde e noite) e que estivessem presentes em um dos turnos de trabalho no período de realização da coleta de dados na instituição hospitalar.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) para análise e aprovação conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12. Após aprovação, sob protocolo número 1.061.508, no ano de 2015, os participantes da pesquisa foram devidamente informados sobre os procedimentos metodológicos a serem adotados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2015, após contato e agendamento prévio com a gerência de

enfermagem de cada hospital.

Para a coleta de dados utilizou-se o questionário *Hospital Survey on Patient Safety* (HSOPSC), na versão traduzida para a língua portuguesa, criado pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ), no ano de 2004. Trata-se de instrumento mundial de avaliação da cultura de segurança do paciente em organizações que prestam atendimento em saúde, sendo adaptado para uso no contexto hospitalar brasileiro no ano de 2013.^{7,9} Está em uso por diversos países, considerado como um instrumento válido e confiável que possibilita implementação de estratégias de aprimoramento assistencial em saúde.^{8-9,11-13}

O HSOPSC é composto por 9 seções, organizados da letra A à I e abrange 12 dimensões em escala de múltiplos itens, contendo um total de 50 itens (44 relacionados a questões específicas de cultura de segurança e 6 itens relacionados a informações pessoais). Três dimensões são relacionadas ao hospital, 7 dimensões relacionadas à unidade de trabalho dentro do hospital e 2 variáveis de resultado medidas da seguinte forma: a) grau de segurança do paciente – medida por uma escala de 5 pontos de “excelente” a “falho”; e b) número de eventos relatados – por categorias de respostas, como “nenhum”, “1-2 eventos”, “3 a 5 eventos”, “6 a 10 eventos” e “11 a 20 eventos”. São respondidas, por meio da escala *Likert*, as seções A, B, C, D e F, com 5 opções de respostas, cujas possibilidades variam entre “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.¹²⁻¹⁵

Seguindo a orientação da AHRQ, as respostas foram agrupadas em três categorias para avaliação do instrumento, sendo elas: 1) respostas positivas (concordo totalmente, concordo, sempre e frequentemente); 2) respostas negativas (discordo totalmente, discordo, nunca e raramente) e 3) respostas neutras (não concordo, nem discordo). Foi considerado o percentual de respostas positivas, negativas e neutras dos itens de cada dimensão para obter o resultado final. Foram classificadas como “áreas fortes de segurança do paciente” os itens que obtiveram 75% de respostas positivas, ou os itens escritos negativamente que obtiveram 75% de respostas negativas. As “áreas frágeis da segurança do paciente”, necessitando de melhorias, foram aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas.^{7,14-19}

Os participantes preencheram o questionário, de forma anônima, em locais reservados nas suas

unidades de trabalho, colocando-o em um envelope lacrado, isento de identificação e, após, os dados foram inseridos em um arquivo eletrônico e analisados utilizando o programa estatístico SPSS versão 20.0.

RESULTADOS

Na tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas dos sujeitos do estudo por categoria profissional. Um total de 80 (71,4%) técnicos de enfermagem, com idade entre 31 e 40 anos (41,3%) e com tempo de atuação na unidade de emergência do estudo entre 1 e 5 anos (46,2%) participaram do estudo. Quanto aos enfermeiros foram 31 (27,7%) participantes, com idade entre 18 e 30 anos (45,2%) que tem entre 1 e 5 anos (54,8%) de trabalho em unidade de emergência.

A tabela 2 ilustra as respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do HSOPSC e suas definições na população do estudo. A taxa de respostas positivas para os 42 itens que compõem as 12 dimensões de cultura de segurança do paciente variou de 27,6% a 78,5% e o percentual médio foi de 58,8%. Para os enfermeiros o percentual de repostas positivas variou de 38,7% a 79,8%, com uma média de 57,7%, e para os técnicos de enfermagem foi de 23,3% a 78,6% e uma média de respostas positivas iguais a 59,25%.

DISCUSSÃO

Com relação ao perfil sociodemográfico destes profissionais nota-se o predomínio do sexo feminino em ambas as categorias profissionais, aspecto cultural identificado desde o período colonial em que as mulheres eram responsáveis pelos soldados feridos na guerra.²³⁻²⁴ No que se refere à idade, os enfermeiros caracterizam-se por serem mais jovens do que os técnicos de enfermagem do estudo, porém, ambas as categorias profissionais possuem de 1 a 5 anos de atuação nas respectivas unidades de emergência e 9 anos ou mais de tempo como profissional de enfermagem. O perfil jovem dos profissionais enfermeiros sugere qualificação e aprimoramento contínuos, visto que atuam como gerentes e líderes das equipes de enfermagem.⁶

O percentual médio de respostas positivas obtidas pela população deste estudo atingiu 58,80%, um percentual abaixo do ideal para uma cultura positiva de segurança do paciente. Conforme

Tabela 1 – Características sociodemográficos dos profissionais de Enfermagem das sete Unidades de Urgência e Emergência de municípios integrantes da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul

Características	Enfermeiros n(%)	Técnicos de Enfermagem n(%)	Total
Sexo			
Feminino	29(93,5)	63(78,8)	92(82,9)
Masculino	2(6,5)	17(21,3)	19(17,1)
Idade			
18 a 30 anos	14(33,8)	14(45,2)	41(36,9)
31 a 40 anos	12(38,7)	33(41,3)	45(40,5)
41 a 50 anos	5(16,1)	13(16,3)	18(16,2)
> 51 anos	0(0,0)	7(8,8)	7(6,3)
Tempo de trabalho na instituição			
< de 1 ano	11(35,5)	20(25)	31(27,9)
1 a 5 anos	11(35,5)	36(45)	47(42,3)
6 a 10 anos	2(6,5)	8(10)	10(9,0)
11 a 15 anos	5(16,1)	6(7,5)	11(9,9)
16 a 20 anos	1(3,2)	6(7,5)	7(6,3)
21 ou mais	1(3,2)	4(5,0)	5(4,5)
Tempo de trabalho na emergência			
< 1 ano	10(32,3)	22(28,2)	32(29,4)
1 a 5 anos	17(54,8)	36(46,2)	53(48,6)
6 a 10 anos	3(9,7)	10(12,8)	13(11,9)
11 a 15 anos	0(0,0)	5(6,4)	5(4,6)
16 a 20 anos	0(0,0)	2(2,6)	2(1,8)
21 ou >	1(3,2)	3(3,8)	4(3,7)
Horas semanais trabalho			
< de 20horas	1(3,2)	2(2,5)	3(2,7)
20 a 36horas	13(41,9)	60(75)	73(65,8)
40 a 59horas	17(54,8)	17(21,3)	34(30,6)
60 a 70horas	0(0,0)	1(1,3)	1(0,9)
Tempo como profissional de enfermagem			
<1 ano	1(3,4)	7(9,6)	8(7,8)
1 a 3 anos	7(24,1)	12(16,4)	19(18,6)
4 a 6 anos	6(20,7)	19(26,0)	25(24,5)
7 a 8 anos	3(10,3)	6(8,2)	9(8,8)
9 ou >	12(41,4)	29(39,7)	41(40,2)
Escolaridade			
2º grau Completo	0(0,0)	46(58,2)	46(41,8)
Ensino Superior Incompleto	0(0,0)	16(20,3)	16(14,5)
Ensino Superior Completo	9(29,0)	10(12,7)	19(17,3)
Pós graduação	22(71,0)	0(0,0)	22(20,0)

Fonte: Elaboração da autora (2019).

Tabela 2 – Percentual médio de respostas positivas nas dimensões da cultura de segurança

Dimensões	Enfermeiros (%)	Técnicos de Enfermagem (%)	Total (%)
1. Trabalho em equipe dentro das Unidades	79,8%	75,1%	76,5%
2. Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	78,4%	78,6%	78,5%
3. Aprendizado organizacional – melhoria contínua	59,1%	72,8%	69%
4. Apoio da gestão para a segurança do paciente	60,2%	61,8%	61,3%
5. Percepção geral da segurança do paciente	38,7%	51,5%	47,9%
6. Retorno da informação e comunicação sobre erro	55,9%	63,3%	61,2%
7. Abertura da comunicação	68,8%	64,3%	65,6%
8. Frequência de relato de eventos	41,9%	54,8%	51,2%
9. Trabalho em equipe entre as unidades	58,0%	56,0%	56,5%
10. Adequação de profissionais	59,8%	53,6%	55,3%
11. Passagem de plantão ou de turno/transferência	53,2%	55,9%	55,1%
12. Respostas não punitivas ao erro	38,7%	23,3%	27,6%

Fonte: Elaboração da autora (2019).

verificado no relatório de banco de dados comparativo do HSOPSC, elaborado no ano de 2014 pela AHRQ, em resposta aos pedidos de hospitais interessados em comparar seus resultados, também obteve uma média abaixo do ideal, atingindo 64,16% de respostas positivas.²⁵

Dimensões de resultados positivos da cultura de segurança do paciente

A dimensão com maior taxa positiva e considerada área forte para segurança do paciente foi a de número 2 – “Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente”, a qual se caracteriza pelas atitudes do supervisor/chefia relacionadas à promoção da segurança. A taxa média, entre ambas as categorias profissionais, foi de 78,5%, enquanto a taxa média para os dados AHRQ (2014) foi de 76%.²⁵ Os resultados mostraram que a maioria dos respondentes acredita que o seu supervisor considera importante as contribuições acerca da temática, elogiam os trabalhos desenvolvidos para melhoria da segurança do paciente e problemas relacionados à segurança na assistência em saúde não são negligenciados. Essa dimensão é uma das principais em receber escore positivo, o que demonstra o bom relacionamento dos supervisores com as equipes de enfermagem, sendo um apoio eficaz para a promoção e o avanço na cultura de segurança.^{7,26-29} A segunda dimensão com maior percentual de respostas positivas foi a de número 1 – “Trabalho em equipe dentro das unidades”, com 76,5%. Nota-se uma diferença de 4,7% na opinião dos profissionais de enfermagem quanto a esta dimensão, indicando que os enfermeiros consideram o trabalho em equipe nestas unidades mais eficaz do que os técnicos de enfermagem. Pesquisas realizadas em Taiwan (2010)²⁹, Peru (2015)³⁰ e Estados Unidos (2014)²⁵ apresentaram essa dimensão como a principal área forte das instituições hospitalares com 94%, 80,3% e 81%, respectivamente.^{25,29,30}

Dimensões de resultados negativos da cultura de segurança do paciente

A dimensão com maior escore negativo, ou seja, menor que 50%, foi a dimensão nº 12 – “Respostas não punitivas ao erro”. Notou-se, diante dessa questão, diferença entre as categorias profissionais, em que os técnicos de enfermagem consideram que seus erros possam ser usados contra eles e temem que suas falhas sejam explicitadas, necessitando intervenções para a mudança dessa percepção. A cultura de punição ao

erro ainda é percebida entre as instituições de saúde que buscam pela qualidade nos serviços de saúde e, neste contexto, comprometem os propósitos da excelência da prestação do cuidado.¹ Essa diferença no padrão de respostas pode-se justificar pelas tarefas gerencias que os enfermeiros estão assumindo, mais intensamente, ficando o técnico de enfermagem responsável pelo cuidado integral do paciente, tornando-se mais vulnerável ao erro.⁴ Corroborando isso, por meio de estudo realizado em município da região da Zona de Mata do Estado de Minas Gerais, com 149 participantes e, na Cidade do Rio de Janeiro, com 178 participantes, avaliou-se que essa dimensão também atingiu o menor percentual positivo de respostas.⁷ Dados da AHRQ (2014)²⁵ e pesquisa feita em Taiwan,²⁹ a taxa de resposta positiva sobe para 44% e 45%, respectivamente, indicando que estes países possuem ainda fragilidade com relação à comunicação dos erros, porém, estão à frente no desenvolvimento da sua cultura de segurança. O que se destaca perante esses resultados é uma cultura punitiva frente aos erros, onde os profissionais envolvidos sofrem consequências de ordem administrativa, punições escritas e verbais, processos legais, civis e éticos e demissões.^{1,7,25,27-29} Nessa mesma perspectiva, destaca-se outro estudo realizado num hospital de ensino localizado na China, com uma amostra de 2.230 participantes, que encontrou a dimensão “resposta não punitiva ao erro” com uma das mais baixas classificações (20,22%).³¹ A maioria dos entrevistados relatou que seus erros foram utilizados contra eles e, posteriormente, gravados em seus arquivos pessoais de registro profissional. O medo e o receio ainda estão presentes entre as equipes que prestam assistência em saúde, o que resulta em subnotificação ou em não notificações, dificultando a análise dos processos e condições ideais de trabalho.

A segunda área crítica em destaque foi “Percepção geral da segurança do paciente” que, na visão dos técnicos de enfermagem, alcança um percentual limítrofe para ser classificado como uma área frágil. Porém, chama a atenção o baixo percentual de respostas positivas, pelos enfermeiros, nos itens A17 - “nesta unidade temos problemas de segurança do paciente” e A18 - “os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros”, mostrando que as unidades de emergência oferecem riscos de segurança ao paciente. Conforme estudo de Chen (2010),²⁹ dos 478 enfermeiros entrevistados, 19,4% atuavam em ambulatórios e, a porcentagem

de respostas positivas para este item, no geral, foi de 65%, muito próximo dos resultados AHRQ (66%).²⁵ Os resultados obtidos nestes dois estudos não foram considerados áreas fortes de segurança do paciente, pois não atingiram 75% de respostas positivas, porém são relativamente mais altos do que os resultados encontrados neste estudo (47,9%). Na pesquisa de Mello (2013),²⁷ algumas recomendações foram feitas por profissionais da saúde para melhoria da segurança e para esta dimensão as principais recomendações citadas foram: trabalhar com comprometimento e consciência, realizar procedimentos com segurança, manter equilíbrio entre os turnos de trabalho, com compreensão em relação às tarefas pendentes, atentar para identificação do paciente, cuidados com medicações, manter grades de leitos elevadas, realizar lavagem das mãos, entre outros. Os profissionais de enfermagem reconhecem suas fragilidades e possuem consciência das ações necessárias para garantir a segurança dos seus clientes.²

Dimensões de resultados neutros da cultura de segurança do paciente

Oito dimensões foram classificadas como neutras e possuem potencial para contribuir na cultura de segurança do paciente. “Aprendizado organizacional - melhoria contínua”, dimensão a qual diz respeito à cultura de aprendizagem, em que os eventos adversos são analisados, levando a mudanças positivas de organização, ficou em primeiro lugar nas respostas neutras. Enfermeiros deste estudo foram mais criteriosos do que os técnicos de enfermagem ao analisar esta dimensão e considerar que as instituições de saúde em que atuam necessitam de mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliando efetivamente os seus resultados. Em estudo realizado em Florianópolis,²⁸ esta dimensão obteve a segunda melhor pontuação com 59% de respostas positivas.

Os percentuais da dimensão “abertura da comunicação” mostraram que os profissionais integrantes da pesquisa possuem liberdade para revelar situações que possam afetar negativamente no cuidado do paciente, sentindo-se à vontade para questionarem as decisões com seus superiores e sem receio de questionar quando algo parece não estar correto. Reis (2013)⁷ obteve, em seu estudo, 51% de respostas positivas, o que indica que a região da população em estudo está aberta para comunicação no que tange à segurança do seu paciente. O “apoio da gestão para a segurança do paciente” também obteve

um resultado maior do que encontrado por Reis (2013)⁷ (54%), porém inferior aos dados da AHRQ (72%)²⁵. Desse modo, a presente pesquisa sugere que a visão dos profissionais de enfermagem para a promoção da segurança do paciente é percebida pela gestão hospitalar, mas ainda precisa ser fortalecida.^{7,17} A dimensão “retorno da informação e comunicação sobre o erro” mostrou que os profissionais recebem informações sobre mudanças implementadas de relatórios de eventos, os erros que acontecem nas suas respectivas unidades e a socialização sobre os meios de prevenir os eventos adversos. Porém, faz-se necessário ampliar a comunicação estratégica dentro das organizações, conscientizando estes profissionais de que o erro pode trazer aprendizado, melhoria na qualidade do atendimento e a construção de uma cultura de segurança. Enfermeiros e técnicos de enfermagem pontuaram a dimensão “trabalho em equipe entre as unidades” com valores muito próximos com os coletados pela AHRQ (61%),²⁵ indicando que ambas as categorias profissionais entendem que existe entreajuda, respeito, apoio entre os setores da instituição e cooperação em face do excesso de trabalho, porém ainda precisam melhorar com objetivo de garantir a segurança do paciente.⁷

A “adequação de profissionais” atingiu 55,3% o que indica que os profissionais acreditam não possuir funcionários suficientes para dar conta da carga de trabalho. Estudo realizado com 136 enfermeiros, em hospitais da região central de Portugal, no ano de 2009, obteve 46% de respostas positivas³ e estudo de Reis 42%.⁷ Dimensão “passagem de plantão ou de turno/transferência” recebeu pontuações muito parecidas entre os pesquisados e, também, sugere a necessidade de melhorias na passagem de plantão entre as equipes, visto que este momento é extremamente importante para continuidade da assistência ao cliente, visando à segurança das informações prestadas.³² Por fim, a “frequência de relato de eventos” obteve 51,2% de respostas positivas, porcentagem limítrofe para ser considerada uma área frágil de segurança. Conforme pesquisa realizada em Taiwan²⁹ a porcentagem de respostas positivas foi de 56% e dados da AHRQ (2014)²⁵ apresentaram 66%. Os resultados deste estudo indicam diferença entre a opinião dos profissionais de enfermagem, chamando a atenção o item D1 “quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado”, onde apenas 38,7% dos enfermeiros afirmaram relatar quando

um erro, engano ou falha ocorre, mas é percebido e corrigido antes de afetar o paciente. O *feedback* e as discussões proativas sobre os erros beneficiam a segurança do paciente e orientam para o aprendizado e o apoio cultural.³³

CONCLUSÃO

Considerou-se como inovação deste estudo a comparação da cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais e, também, a análise da cultura de segurança em diferentes unidades de urgência e emergência. Os resultados demonstraram que, mesmo se tratando de unidades complexas e desafiadoras para os profissionais de saúde, as emergências possuem áreas fortes de segurança do paciente. Foi comprovado o bom relacionamento entre os gestores com as equipes de enfermagem, mostrando ser um apoio essencial para o desenvolvimento da cultura de segurança e que o trabalho em equipe, dentro das unidades em estudo, auxiliam na sobrecarga de trabalho, favorecendo a segurança do paciente.

De acordo com os achados a segurança do paciente incita a necessidade de reavaliar os seus processos e fatores culturais a fim de garantir uma assistência qualificada e segura. A cultura de segurança do paciente está associada tanto aos fatores individuais como coletivos, em que o modo de pensar e agir proporciona a segurança no local de trabalho, podendo ser influenciada pelo cargo que o profissional exerce e o nível de escolaridade. O engajamento administrativo e estratégico se faz necessário para que a cultura de segurança se efetive de maneira positiva e favoreça ao desenvolvimento institucional.

O que se pode perceber, ainda, é a dificuldade entre os profissionais de saúde em lidar com o erro e uma cultura punitiva frente aos erros, os quais são julgados como incompetência profissional. As unidades do estudo possuem fragilidades na segurança do paciente e seus sistemas precisam de melhorias para prevenir a ocorrência de erros. Nesse sentido, salientamos que as instituições hospitalares não devem negligenciar a falha do ser humano, mas fazer disso um motivo para implementação de estratégias em prol de ambientes favoráveis à segurança do paciente. No âmbito específico dos serviços de urgência e emergência, sugerem-se novos estudos, de caráter qualitativo, que compreendam os aspectos culturais para a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca A, Peterline FL, Costa DA. Segurança do Paciente. São Paulo (SP): Martinari, 2014.
2. Mello J, Barbosa SFF. Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: recomendações de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2013;22(4):1124-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>
3. Fernandes AMML, Queirós PJP. Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Rev. Enf. Ref. IIIsérie – n°4 – Jul. 2011.*
4. Monteiro C, Avelar AFM, Pedreira MLG. Interrupções de atividades de enfermeiros e a segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015;23(1):169-79. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0251.2539>
5. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHBD. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. *Rev Gaúcha Enferm* 2013;34(1):164-72. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100021>
6. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Terapia Intensiva Neonatal. *Texto Contexto Enferm*, 2015 Jan-Mar; 24(1):161-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>
7. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Doutorado; 2013.
8. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev. Bras. Epidemiol* 2005;8(4):393-406. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000400008>
9. Nascimento, A. Segurança dos pacientes e cultura de segurança: uma revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011;16(8):3591-602. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000900027>
10. Batalha EMSS, Melleiro MM. Cultura de Segurança do Paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto Contexto Enferm* 2015;24(2):432-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>
11. Caldana G, Guirardello EB, Urbanetto JS, Peterlini SMA, Gabriel CS. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: desafios e perspectivas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015 Jul-Set; 24(3):906-11. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720150001980014>
12. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim Informativo: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde*. Brasília, v.1, n.1, 2011. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>> Acesso em: 20 setembro 2015.
13. Carraro TE, Gelbcke FL, Sebold LF, Kempfer SS, Zapelini MC, Waterkemper R. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*

- 2012;33(3):14-19. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000300002>
14. Capucho HC, Cassiani SHB. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013;47(4):791-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004402>
15. BRASIL. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 10 outubro 2015.
16. Nishio EA, Franco MTG. Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
17. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*. 18(7):2029-2036, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>
18. Souza, RB, Silva MJP, Nori, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2007; 28(2):242-9.
19. Sallum, AMC, Paranhos WY. O Enfermeiro e as Situações de Emergência. 2. ed. São Paulo (SP): Editora Atheneu, 2010.
20. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani, SHB. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):164-72. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100021>
21. Marck P, Cassiani SHB. Teorizando sobre sistemas: uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 set-out; 13(5):750-3. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500021>
22. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49(2):277-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013>
23. Govanini T, Moreira, A, Schoeller SD, Machado WCA. História da Enfermagem. Versões e Interpretações. Rio de Janeiro (RJ): Reviter, 2002.
24. Porto F, Amorim W., organizadores. História da Enfermagem. Identidade, profissionalização e símbolos. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2010.
25. Sorra J. et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2014. Comparative Database Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, March 2014.
26. Batalha EMSS; Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2):432-41. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>
27. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4):1124-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>
28. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1):161-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>
29. Chen I, Li HH. Meseearachs aurtirlieng patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research* 2010, 10:152. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-152>
30. Yilmaz Z, Goris S. Determination of the patient safety culture among nurses working at intensive care units. *Pak J Med Sci* 2015;31(3). doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.313.7059>
31. Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. *Health Services Research* 2013;13:228. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-228>
32. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(11): 2199-2210, nov, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>
33. Shu Q, Cai M, Tao H, Cheng Z, Chen J, Hu Y, et al. What Does a Hospital Survey on Patient Safety Reveal About Patient Safety Culture of Surgical Units Compared With That of Other Units? *Medicine* 2015;94(27): e1074. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000001074>

Recebido em: 03/07/2019

Aceito em: 18/03/2020

Como citar: SCHUH, Laísa Xavier; POSSUELO, Lia Gonçalves; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Cultura de segurança do paciente em urgência e emergência. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, apr. 2019. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13775>>. Acesso em: 02 jul. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i2.13775>



Fisioterapia na reabilitação de amputado transfemoral unilateral: relato de caso

Physiotherapy the rehabilitation of unilateral transfemoral amputate: case report

Ana Paula Ziegler¹, Jessica Franco Dalenogare¹, Alexia Pereira Carpes¹, Daniel Santos Machado¹, Fabiana Soares da Silva¹, Lidianara de Moraes Mota¹

1 - Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

RESUMO

Introdução: as amputações consistem na retirada de um membro ou parte dele, podendo ocorrer de forma cirúrgica, traumática ou por fatores como complicações vasculares e diabetes. As amputações são mais comuns em membros inferiores devido as doenças crônico-degenerativas e são frequentes em idosos. Em causas traumáticas, geralmente os acometidos são jovens. Independente do procedimento, etiologia ou tipo de amputação, acarretam alterações da funcionalidade, problemas socioeconômicos, estéticos e psicológicos no indivíduo amputado. Dessa forma, a reabilitação torna-se fundamental para melhora da funcionalidade e qualidade de vida, acompanhando o paciente desde a preparação para amputação, como após e também na pré e pós protetização. **Objetivo:** elaborar um plano de tratamento fisioterapêutico para uma paciente amputada transfemoral unilateral não protetizada. **Método:** relato de caso descritivo, realizado com um paciente do Hospital Universitário de Santa Maria. **Resultados e Conclusão:** os exercícios e técnicas aplicadas trouxeram resultados

Palavras-chave: Amputação; Fisioterapia; Reabilitação. positivos na redução da dor, melhora de equilíbrio, extensibilidade, fortalecimento do coto e consequentemente na qualidade de vida da paciente. Assim, pode-se afirmar a importância da fisioterapia e seus métodos na reabilitação de pacientes amputados.

ABSTRACT

Introduction: amputations consist of the removal of a limb or part of it, which may occur surgically, traumatically or due to factors such as vascular complications and diabetes. Amputations are more common in lower limbs due to chronic degenerative diseases and are frequent in the elderly. In traumatic causes, the affected people are usually young. Regardless of the procedure, etiology or type of amputation, they cause changes in functionality, socio-economic, aesthetic and psychological problems in the amputee. Thus, rehabilitation becomes essential to improve functionality and quality of life, accompanying the patient from the preparation for amputation, as after and also in the pre and post prosthesis. **Objective:** to elaborate a physiotherapeutic treatment plan for a unilateral transfemoral amputee patient without prosthesis. **Method:** descriptive case report, carried out with a patient at the Santa Maria University Hospital. **Results and Conclusion:** the exercises and techniques applied

Keywords: Amputation; Physiotherapy; Rehabilitation. brought positive results in reducing pain, improving balance, extensibility, strengthening the stump and, consequently, in the patient's quality of life. Thus, one can affirm the importance of physiotherapy and its methods in the rehabilitation of amputees.



INTRODUÇÃO

As amputações são consideradas tão antigas quanto à humanidade. Tem-se conhecimento de ser realizada a milhares de anos, sendo conhecido como o mais antigo de todos os procedimentos cirúrgicos. Amputação significa retirada, geralmente cirúrgica, total ou parcial de um membro.¹

As amputações levam a diversas alterações tanto na funcionalidade como socioeconômicas, estéticas e psicológicas, trazendo repercussões não somente ao indivíduo amputado, mas para sua família.² Como consequência, podem ocorrer complicações que refletem negativamente na reabilitação, tais como a dor, deformidades, neuromas, comprometimento vascular³ e sensação ou dor fantasma.⁴ A cirurgia de amputação tem por objetivo restaurar o membro doente. São planejadas para que o membro acometido seja útil para posterior reabilitação.⁵

Em um estudo com pacientes amputados, no qual esses indivíduos relataram as mudanças causadas pela amputação, foi citada a dificuldade com as habilidades básicas e atividades diárias, mudanças negativas na vida profissional, mudanças na vida sexual e afetiva, além de sentimentos como revolta, raiva, choque, aceitação e sentimentos de inferioridade.⁶

Em causas traumáticas, 20% dos casos, geralmente acometem indivíduos jovens. E por tumores (5%), os mais acometidos são as crianças e os adolescentes e a forma mais comum de tumor é o osteossarcoma.⁷ Estima-se que as amputações de membros inferiores equivalem a 85% de todas as amputações de membros, mesmo não havendo informações precisas sobre este assunto no Brasil. Em 2011, cerca de 94% das amputações realizadas pelo SUS foram no membro inferior. Um fator de risco mais frequente para amputação do membro inferior são derivadas de complicações como doenças crônico-degenerativas onde são mais frequentemente em idosos.⁸

Na literatura, encontra-se cerca de 80% das amputações de membros inferiores que são realizadas em pacientes com doença vascular periférica e/ou diabetes. As amputações por causas traumáticas prevalecem devido a acidentes de trânsito e ferimentos por arma de fogo, sendo essa a segunda maior causa. Entre as amputações não eletivas onde não ocorre a escolha pela amputação, o trauma é responsável por cerca de 20% das amputações de membros inferiores, sendo 75% dessas no sexo masculino.⁸

Com a amputação, nasce um novo membro, chamado coto. O fortalecimento muscular deste é de extrema importância. Desta maneira, deve-se orientar o paciente amputado a executar exercícios isométricos da musculatura do coto, independente do nível de sua amputação, além disso, o fortalecimento do coto deve ser organizado com um plano de tratamento individualizado para cada paciente, onde deve utilizar outros grupos musculares para executar suas atividades de vida diária, portanto, o fortalecimento muscular deve ser global. Várias técnicas de fortalecimento muscular podem ser utilizadas, como exercícios isotônicos concêntricos ou excêntricos e com diferentes tipos de carga.⁸

No processo de reabilitação de amputados transfemorais deve ser levado em consideração que amputações acima do joelho, devido à secção cirúrgica da musculatura, terão irradiações na coluna, sendo necessário dessa forma trabalhar para que esse paciente pós protetização faça uma readaptação para distribuir o peso e conseqüentemente se adaptando a nova condição. O mesmo no pós-cirúrgico, com objetivo de prevenir contraturas musculares, deve posicionar o coto de forma correta, evitando deformidades de abdução, flexão e rotação externa de quadril.⁹

O profissional fisioterapeuta acompanha o paciente antes e após a cirurgia, e na pré e pós protetização.¹⁰ A fisioterapia mostra-se muito importante na reabilitação do amputado, pois faz uso de recursos da eletroterapia e cinesioterapia, auxiliando na evolução do paciente e na redução dos sintomas indesejáveis, além de garantir independência funcional e a reinserção do indivíduo amputado à sociedade.¹¹ Dessa forma, o presente estudo consiste em um relato de caso descritivo, onde foi objetivado a elaboração de um plano de tratamento fisioterapêutico para uma paciente amputada transfemoral unilateral não protetizada e sua evolução.

MÉTODO

O presente estudo, aprovado sob o parecer 3.559.580 do Comitê de Ética em Pesquisa, foi composto por um relato de caso descritivo, realizado com paciente do Hospital Universitário de Santa Maria, localizado na cidade de Santa Maria, RS, Brasil. O paciente foi esclarecido sobre todos os protocolos e assinou o termo de livre consentimento esclarecido (TCLE).

RELATO DE CASO

Paciente I.F.M.A, sexo feminino, obesa, 48 anos, possuía hipertensão e fazia uso de medicação contínua para tal comorbidade, realizava tratamento fisioterapêutico no Hospital Universitário de Santa Maria. No ano de 2003, sofreu uma amputação de forma traumática do tipo transfemoral do membro inferior esquerdo. Utilizava dispositivo auxiliar de marcha, muleta do tipo axilar já que, em virtude de uma fratura na região do sacro e púbis estes ossos ficaram afastados, dificultando a adaptação à prótese oferecida pelo Sistema Único de Saúde. Dessa forma, a paciente espera hoje na justiça a concessão de uma prótese com revestimento de silicone, que torne sua utilização mais confortável.

As principais queixas da paciente no início do tratamento foram:

Dor na região lombar direita;

Dor na região axilar.

Após a avaliação física foi constatado que a paciente possuía grande tensão na região cervical, ombros e lombar, principalmente devido ao uso contínuo de muletas axilares, demonstrava alguns sinais de ansiedade e respiração apical. Demonstrou sinais de fraqueza na musculatura de abdutores e extensores de quadril o que fazia com que a paciente necessitasse de ajuda na realização dos movimentos, após a realização da prova de função muscular a abdução foi classificada como precária e a flexão como regular. Apresenta também escoliose na região lombar, com encurvamento para o lado esquerdo, além disso, a paciente possui amplitude de movimento reduzida em membro superior esquerdo, e insegurança ao realizar alguns movimentos sem o uso das muletas ou alguma supervisão, como manter-se sentada na bola suíça e movimentar a cabeça em especial para o lado esquerdo.

Protocolo de atendimento

Após os resultados obtidos durante a avaliação, foi elaborado o protocolo de atendimento, que teve como objetivos gerais proporcionar o bem-estar da paciente, e prepará-la para uma possível protetização. Para isso, foram realizados exercícios de fortalecimento que visavam o ganho de força em flexores e extensores de quadril, que são os principais grupos musculares envolvidos na marcha, além disso, fortalecimento de abdutores, devido ao fato de a paciente apresentar fraqueza nestes músculos.

Outrossim, foram realizados exercícios respiratórios e de relaxamento, para a redução dos níveis de dor, ansiedade e melhora na respiração da paciente.

Na tabela 1, estão citados os objetivos e condutas utilizadas durante os atendimentos. Estes aconteciam uma vez na semana, com duração de 45 minutos. A paciente compareceu a 11 de 12 atendimentos totais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizados exercícios de fortalecimento e alongamentos de membros superiores, pois se devem reabilitar outras partes do corpo do paciente amputado que podem estar comprometidas devido a compensações musculares advindas de adaptações feitas pelo paciente ao realizar suas tarefas. Esses exercícios vão melhorar tanto na flexibilidade como na estabilidade dos membros.⁹ A realização de exercícios de movimento pélvico é útil em casos de dor lombar postural, são benéficos para melhorar a consciência proprioceptiva, assim como a mobilidade lombar, pélvica e do quadril.¹²

Fala-se em “tipo respiratório” ou “padrão respiratório”, quando durante a inspiração, a mobilidade costal inferior ou mobilidade abdominal predomina.¹³ Em um indivíduo, todos os movimentos devem estar presentes ao mesmo tempo, se algum movimento for excessivo ou insuficiente, diz-se existir um tipo respiratório patológico. Dessa forma, a realização de exercícios respiratórios visa à reeducação respiratória bem como manter e melhorar a mobilidade torácica, melhorar a resistência à fadiga, a tolerância aos exercícios e o bem-estar geral, pois a fisioterapia objetiva a melhora da habilidade geral do paciente para suprir as demandas funcionais necessárias e desejadas.¹²

A utilização da pompagem pode ter diferentes objetivos, podendo ser realizadas com objetivo de melhorar a circulação sanguínea, nesse caso procuram liberar os bloqueios e as estases. Bienfait cita que as pompagens podem complementar de forma eficiente às manobras de massagem¹⁴ e podem também objetivar o relaxamento muscular, tratando-se de uma técnica muito eficiente no tratamento dos encurtamentos e retrações. A aplicação da pompagem teve como objetivo a melhora da qualidade de vida, aumento da amplitude articular e diminuição da dor.^{15,16}

A técnica de pompagem deve ser realizada em três tempos, sendo eles: 1) o tensionamento do segmento – executado através do movimento

Tabela 1 - Objetivos e condutas das sessões de fisioterapia.

Objetivos	Condutas
Alongamento dos músculos esternocleidomastoideo, escalenos, porção superior do trapézio e o esplênio	Olhar em direção a teto, olhar em direção ao chão, tracionar levemente a cabeça em direção ao ombro; 15 segundos de cada alongamento.
Alongamento da musculatura da região posterior do tronco	Deitada em decúbito ventral, apoiar-se na região dos cotovelos e estender o tronco olhando em direção ao teto; 30 segundos.
Alongamento dos músculos deltoide e tríceps braquial	Puxe um cotovelo, cruzando o peito em direção ao outro ombro. Nesta posição, pressione o cotovelo com a outra mão, Manter por 10 segundos, 2 repetições.
Alongamento dos músculos deltoide e tríceps braquial	Flexione o braço para trás e para baixo em direção às costas, usando a outra mão para pressionar o cotovelo para trás e para baixo Manter por 15 segundos.
Alongamento quadríceps femoral	Deitado na maca em decúbito ventral, tracionar a perna em relação aos glúteos; Manter por 10 segundos, 2 repetições.
Alongamento flexores do quadril (coto)	Em decúbito ventral o paciente deve manter-se relaxado, o terapeuta faz a extensão do quadril.
Ganho de resistência de deltoide fibra média	Em decúbito dorsal, com flexão de quadril e joelho no membro contralateral a amputação, aplicar força sobre o coto em direção à maca, no sentido de extensão de quadril.
Ganho de resistência deltoide fibras anteriores	Com auxílio de halteres de 500 gramas, manter os braços elevados lateralmente ao corpo, durante 12 segundos.
Fortalecimento de bíceps braquial	Com auxílio de halteres de 500 gramas, manter os braços elevados em frente ao corpo durante 15 segundos.
Fortalecimento de tríceps braquial	Com auxílio de halteres de 500 gramas realizar flexão e extensão de cotovelo; Realizar 3 séries com 8 repetições.
Fortalecimento de flexores e extensores de quadril (coto)	Sentado na maca, com os braços elevados ao lado a altura da cabeça flexionar e estender o cotovelo com o uso de halteres ou theraband; 2 séries com 8 repetições.
Fortalecimento da musculatura abdominal	Elevar e descer as pernas alternadamente durante 30 segundos, 2 repetições.
Fortalecimento de eretores da coluna	Em decúbito ventral, elevar o tronco da maca e permanecer durante 6 segundos, 2 repetições.
Fortalecimento de adutores	Em decúbito dorsal, posicionar uma bola de tamanho médio, entre os as pernas do paciente, solicitar a adução do membro amputado.
Melhora de equilíbrio	Em pé, com o theraband posicionado no coto e fazendo resistência na direção contrária aos movimentos que serão realizados.
Aumento da mobilidade pélvica	Sentar e levantar da cadeira em apoio unipodal, 3 repetições; em pé com apoio unipodal pegar a bola em diferentes direções, a cima da cabeça, lado direito, lado esquerdo do corpo 3 séries de 15 repetições; em pé com apoio unipodal, manter-se com os olhos fechados durante 10 segundos, 2 repetições.
Reduzir a tensão de trapézio e músculos cervicais	Sentada sobre a bola suíça, realizar movimentos de dissociação da pelve, 5 vezes para o lado esquerdo, 5 vezes para lado esquerdo, realizar um círculo com a pelve, realizar 3 repetições.
Redução da ansiedade e tensão	Pompagem global, cervical de escalenos e trapézio; massoterapia na região de trapézio e cervical.
Redução das dores da região lombar	Exercícios respiratórios, pompagem e massoterapia.
	Massoterapia com duração de 10 minutos; e exercícios de mobilidade pélvica.

lento, regular e progressivo; 2) a manutenção do tensionamento – entre 10 a 20 segundos de acordo com o objetivo; 3) retorno à posição inicial – executado de forma lenta. O tensionamento do segmento é realizado nas fases expiratórias do ciclo ventilatório.¹⁷

Ressalta-se que os exercícios de fortalecimento de tronco e de membros inferiores, de equilíbrio e descarga de peso são importantes na preparação do paciente para o uso da prótese, para manutenção de equilíbrio e posteriormente a realização correta da marcha.¹⁸ Ressalta-se como limitação principal deste estudo, o pequeno tamanho amostral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reabilitação fisioterapêutica em conjunto com suas técnicas e tratamento são de suma importância para que o paciente amputado de nível transfemoral tenha a possibilidade de retomar as suas atividades de vida diária com maior independência funcional. A idealização de um plano individual é importante, pois facilita a prescrição mais adequada a cada caso.

A estruturação das sessões possibilitou para a paciente ganhos significativos na flexibilidade, equilíbrio e fortalecimento do coto, estes são importantes fatores que influenciam para uma possível protetização, prevenção de quedas e autonomia do paciente nas atividades diárias, além disso, a utilização de técnicas de relaxamento e diminuição da dor promovem melhoras na qualidade de vida. No decorrer dos atendimentos também foi possível perceber, que os avanços foram reconhecidos pela paciente, o que gerou maior engajamento da mesma as sessões de fisioterapia.

A amputação de um membro pode gerar inestimáveis mudanças na vida de uma pessoa, sobretudo quando gera alterações que podem implicar na diminuição das habilidades básicas como a deambulação, levando o amputado a possíveis dependências funcionais. Assim, pode-se perceber que a fisioterapia realizada a partir de um planejamento adequado, tem como objetivo proporcionar a melhora na qualidade de vida e independência do paciente, e se valida de diversas técnicas para que isso seja possível.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho JA. Amputações em membros inferiores: em busca de plena reabilitação. São Paulo: Manole, 1999.
2. Lima KBB, Chamlian TR, Masiero D. Dor fantasma em amputados de membro inferior como fator preditivo de aquisição de marcha com prótese. *Acta Fisiatr* 2006;13(3):157-62
3. Pastre CM, Salioni JF, Oliveira BAF, Micheletto M, Netto JJ. Fisioterapia e amputação transtibial. *Arq Ciência Saúde* 2005;12(2): 120-24.
4. Probstner D, Thuler LCS. Incidência e prevalência de dor fantasma em pacientes submetidos à amputação de membros: revisão de literatura. *Rev Bras Cancerol* 2006;52(4):395-400.
5. Gabarra LM, Crepaldi MA. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Ver Aletheia* 2009;30:59-72.
6. Senra H, Oliveira RA, Leal I, Vieira C. Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clin Rehabil* 2012;26(2):180-91.
7. Ramos ACR, Mendonça AB, Okamoto AM, Ingham SJM. Amputações. In: Fernandes AC, Ramos ACR, Casalis MEP, Hebert SK. *Medicina e reabilitação: princípios e práticas*. São Paulo: Artes Médicas 2007:207-29.
8. Ministério da Saúde (ED.). *Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada*. 1ª edição ed. Brasília, DF, 2013.
9. Brito DD, Isernhagen FC, Depieri TZ. Tratamento fisioterapêutico ambulatorial em paciente submetido à amputação transfemoral unilateral por acidente motociclístico: estudo de caso. *Arq Ciênc. Saúde Unipar* 2005;9(3):175-80.
10. May BJ. Avaliação e Tratamento após amputação de membro inferior. In: O'SULIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. *Fisioterapia: Avaliação e Tratamento*. São Paulo: Manole, 5. Ed2004:619-640.
11. Carvalho JA. Amputações de membros inferiores: Em busca da plena reabilitação. São Paulo: Manole, 2003.
12. Kisner C, Colby L. A. *Exercícios terapêuticos. Fundamentos e práticas*. São Paulo. Manole, 5 ed, 2009.
13. Santos, A. *Diagnóstico postural: um guia prático*. São Paulo: Summus, p-41, 2001.
14. Bienfait M. *Fáscias e pompages: estudo e tratamento do esqueleto fibroso – Marcel Bienfait – tradução Angela Santos*. São Paulo: Summus, 5 edição 1999:71.
15. Antunes MD, Favoreto AB, Nakamo MS, Morales RC, Junior JRAN, Oliveira DV, Bertolini SMM. Análise comparativa dos efeitos da massoterapia e pompage cervical na dor e qualidade de vida em mulheres. *ConScientiae Saúde* 2017;16(1):109-115.
16. Pereira MPM, Parisotto D, Cercal FM. Efeito imediato da pompage dorsal sobre a dor e mobilidade vertebral em pacientes com algia torácica decorrente de maus hábitos posturais. *Revista Uniandrade* 2017;18(2):116-121.
17. Newton P, Almeida R. *Manual de recursos terapêuticos manuais*. Editora da UFPB 2016:50.
18. Fonseca MC, Marcolino AM, Barbosa RI, Elui VMC. *Órteses e próteses. Indicação e tratamento*. Rio de Janeiro. Águia Dourada, 1 ed., 2015.

Recebido em: 19/03/2019

Aceito em: 26/06/2020

Como citar: ZIEGLER, Ana Paula et al. Fisioterapia na reabilitação de amputado transfemoral unilateral: relato de caso. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, junho 2020. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/14519>>. Acesso em: 02 jul. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i2.14519>



Encarceramento e maternidade: sobre a separação e suas consequências em saúde mental para as mães

Jailing and maternity: about separation and their consequences in mental health for mothers

Maria Claudia Guarino Tannure Sampaio¹, Mirella Marques Freire¹, Karla Gomes Nunes¹

1 - Universidade Católica de Minas Gerais, campus Betim, MG, Brasil.

RESUMO

Objetivos: analisar os impactos na saúde mental em mulheres em cumprimento de pena no Centro de Referência da Gestante Privada de Liberdade, localizado em Minas Gerais, que estão prestes a se separarem de seus filhos. Também foram verificados os recursos disponíveis no local de estudo para o acolhimento materno-infantil, a existência de programas destinados ao suporte psicológico das mulheres que estão prestes a vivenciar a separação de seu filho e foram propostas intervenções pertinentes para a redução do sofrimento mental dessas mulheres. **Métodos:** pesquisa qualitativa em que foram realizadas entrevistas com 5 mães que cumpriam os requisitos pré-estabelecidos e também com as diretoras do local. Também foi conhecido os espaços oferecidos pelo centro para cumprir os objetivos acima citados. **Resultados:** grande sofrimento das mães prestes a se separarem de seus filhos e sua preocupação com apego mãe-filho e o posterior trauma da separação. As principais reclamações foram acerca da distância do local e da situação em si de estar com o filho em uma prisão. Também foi observado que o local oferecia acompanhamento médico e psicológico adequado para as mães e os filhos e um ambiente arejado e sem grades. **Conclusão:** medidas devem ser tomadas pelo poder público afim de manter locais como esse em funcionamento, expandir essa ideia para outros estados e evitar o isolamento social das mães quando estão nesses centros.

Palavras-chave:

Sistema Prisional; Gestante; Maternidade; Separação; Saúde Mental.

ABSTRACT

Objectives: to analyse the impact on mental health in women in prison at the “Centro de Referência da Gestante Privada de Liberdade”, located in Minas Gerais, Brazil, who are about to separate from their children. It was also verified the resources available at the place of study for the maternal and child care, the existence of programs aimed at the psychological support of the women who are about to experience the separation of their child and proposed pertinent interventions to reduce the mental suffering of these women. **Methods:** qualitative research, which interviews were carried out with 5 mothers who fulfilled the pre-established requirements and also with the directors of the place. The spaces offered by the center were also evaluated. **Results:** great suffering of the mothers about to separate from their children and their concern with mother-child attachment and the subsequent trauma of separation. The main complaints were about the distance of the place and the situation itself from being with the child in a prison. It was also observed that the place offered adequate medical and psychological follow-up for mothers and children as well as an airy environment with no bars. **Conclusion:** interventions must be taken by the public power to keep places like this in operation, expand this idea to other states and avoid the social isolation of mothers when they are in these centers.

Keywords:

Prison System; Pregnant; Maternity; Separation; Mental Health.

mclaudiagt@yahoo.com.br



INTRODUÇÃO

O Brasil é o terceiro país com maior taxa de encarceramento e quarto país do mundo com mais mulheres no sistema prisional, abrangendo uma população total de 689.947 indivíduos encarcerados, sendo 42.355 mulheres. Apesar do grande crescimento da participação feminina no sistema penitenciário brasileiro, 455%, de 2000 a 2016, é possível observar que essas prisões continuam sendo voltadas quase que inteiramente para as demandas masculinas.¹

Na maioria dos estados brasileiros as gestantes encarceradas quando atingem o terceiro trimestre de gravidez são transferidas para uma unidade prisional de referência na capital. Essas unidades abrigam mães e filhos durante geralmente 6 meses após o parto e depois as crianças são entregues a família da mãe e ela retorna a prisão de origem.² Em Minas Gerais há o Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade, localizada no município de Vespasiano. Inaugurado em 2009, recebe gestantes desde o sexto mês de gestação e conta com uma estrutura humanizada para o acolhimento de mães e filhos até que a criança complete um ano. Essa unidade é considerada referência nacional no quesito de humanização do acolhimento de gestantes, puérperas e de seus filhos em situação prisional.³

Apesar de vários direitos à saúde da mulher encarcerada terem sido declarados pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário de 2003 e defendidos pelo Relatório Interministerial de 2008, a maioria das prisões femininas não fornece um atendimento à saúde adequado nem humanizado às presidiárias, prejudicando mais ainda às gestantes que estão em uma situação de maior vulnerabilidade.⁴ Ocorrendo, assim, situações desumanas de atendimento em alguns presídios, em que partos são realizados no pátio da penitenciária e crianças morrem por não receberem tratamentos adequados, como no caso das mães serem soropositivas.⁵

A respeito da legislação sobre os direitos das mulheres encarceradas é importante ressaltar que somente a partir da década de 40 ocorreu no Brasil a regulamentação das penas impostas às mulheres, através do Código Penal brasileiro, para que fossem cumpridas em estabelecimentos com a finalidade única de encarcerar mulheres.⁶ Apesar de desta data em diante muito ter se progredido a esse respeito, a redução das desigualdades de gênero e a superação das disfunções de um sistema penitenciário não tem

se mostrado eficaz em seus propósitos.^{5,6}

A partir da literatura de base e observação do contexto desfavorável e pouco estudado que a mulher gestante e puérpera estão inseridas quando encarceradas, se tornou essencial a análise dos impactos na saúde mental da detenta prestes a se separar de seu filho, o objetivo principal do estudo. Assim, foi escolhido o Centro de Referência da Gestante Privada de Liberdade a fim de analisar o estado psicológico das mulheres que estão prestes a se separarem de seus filhos e confirmar o que o local oferece como suporte psicossocial para essas mães, e assim formular intervenções necessárias para melhorar a realidade das gestantes e puérperas no sistema penitenciário brasileiro.

O estudo foi realizado por alunas do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Betim (PUCMG - Betim), fazendo interface também com o direito e a psicologia. Assim, é possível englobar as diversas esferas sociais que abrangem o contexto das gestantes e mães encarceradas e que temem o dia que serão separadas de seus filhos.

MÉTODO

O estudo foi realizado em julho de 2018, no Centro de Referência da Gestante Privada de Liberdade, localizado à Rua Capelinha, nº 100, Bairro Angicos em Vespasiano Região Metropolitana de Belo Horizonte, MG. O local abriga todas as gestantes e puérperas de Minas Gerais até o filho completar um ano. Esse local foi escolhido pois segundo dados da Secretaria de Segurança Prisional de Minas Gerais possui uma estrutura humanizada e a presença de recursos que minimizem os impactos na saúde mental da puérpera durante a separação de seu filho.

A pesquisa é de caráter qualitativo e foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas⁷. Antes da realização da pesquisa em campo, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil enviado para a Comitê de Ética em pesquisa da PUC-MG, com aprovação registrada pelo parecer 2.751.876. Além disso, o projeto foi encaminhado à Secretaria de Estado de Administração Prisional de Minas Gerais - SEAP MG, que após seis meses emitiu um termo de anuência, com as normas que deveriam ser seguidas para a realização das entrevistas na unidade prisional.

Foi realizado o primeiro contato, por telefone, com o Centro de Referência da Gestante Privada de

Liberdade, para agendar uma data para a visita. no dia agendado, foi feita uma revista simples nas duas pesquisadoras antes de entrarem no presídio, que puderam levar somente o material para realizar a pesquisa: gravador, caneta, termo de autorização e questionários impressos.

Primeiramente foi realizada a apresentação de toda a estrutura física do presídio, por sua diretora de segurança, que foi esclarecendo todas as dúvidas que surgiram. Logo em seguida, a brinquedoteca, por possuir um bom espaço físico, com mesa e cadeiras, foi o local sugerido pela diretora para a realização das entrevistas.

Foram realizadas entrevistas com as mães que estavam no Centro de Referência da Gestante Privada de Liberdade que preenchiam os pré-requisitos necessários para compor a presente pesquisa: no máximo 60 dias para se separarem de seus filhos, pois

estariam mais próximas a esta separação e, portanto, inseridas no objetivo da pesquisa.

Cinco mães preencheram o requisito acima mencionado e foram convidadas a participar do estudo. Todas aceitaram a participar da pesquisa, após explicarmos detalhadamente como seria feita e sua finalidade. Com isso, foi pedido que lessem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para iniciar, então, as entrevistas com roteiros semiestruturados.

Durante a entrevista foram colhidas as opiniões das presidiárias acerca da presença de recursos que atendam a demanda materno-infantil, da presença de suporte psicológico materno adequado e dos impactos na saúde mental da mãe quando está no centro de referência e prestes a se separar de seu filho, conforme o questionário abaixo:

Entrevista Semiestruturada para as detentas no Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade

Nome:
Idade:
Data:
<p>Questionário:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quantos filhos você tem? 2. Já teve outros filhos em situação de encarceramento? 3. Você tem apoio da família ou do(a) parceiro(a) durante o encarceramento? 4. Sua família e seu parceiro(a) faz visitas regulares? 5. O que você achou do lugar que você está agora? 6. Você se sente acolhida nesse novo lugar? 7. Quais serviços são oferecidos para as gestantes e as mulheres que já tiveram filhos? 8. Como você se sente emocionalmente? 9. Você acha que possui um apoio psicológico e médico adequado? E para o seu filho? 10. Você tem alguma sugestão? 11. O que você espera que aconteça com você e seu filho quando voltar para sua unidade prisional?
Presídio de origem:
Motivo da prisão:

RESULTADOS

O Centro de Referência da Gestante Privada de Liberdade tem a capacidade de alojar 79 mulheres na sua totalidade, entre gestantes e puérperas. Possui no momento 45 detentas e 27 crianças, e é coordenado por duas diretoras, uma geral e outra de segurança. Ao entrar no local e conhecer sua estrutura a impressão foi positiva, pois possui espaço físico e equipe bem organizada, local arejado, com alojamentos sem grades, providos de janelas com boa penetração de

luz. Os quartos são limpos, com berço ao lado da cama da mãe e um armário para cada detenta para a colocação de utensílios destinados ao cuidado do bebê (mamadeira, lenços, etc).

Ademais, o local é dotado de mais espaços do que descritos na literatura conforme tabela 1.

Tabela 1- Espaços encontrados no Centro de Referência da Gestante Privada de Liberdade.

Área separada apenas para mães e seus filhos	6 alojamentos conjuntos 1 alojamento isolado
Anexo separado para gestantes	6 alojamentos conjuntos
Área Administrativa	1
Cozinha	1
Lavanderia	1
Pátio aberto para convivência	1
Brinquedoteca	1
Sala para a alimentação da criança	1
Sala de artesanato	1
Consultório de psicologia	1
Farmácia	1
Consultório odontológico	1
Consultórios médicos	2
Salas de aula	3
Sala do serviço social	1
Lactário	1
Sala de aleitamento materno	1
Consultório da Nutricionista (terceirizada)	1
Consultório da Pedagoga	1

É importante ressaltar que as nutricionistas são terceirizadas e organizam em tabela os horários da alimentação das gestantes, puérperas e de seus filhos. E o atendimento pedagógico é realizado por acordo entre o Ministério da Educação e o Sistema Penitenciário.

Além disso, as detentas possuem o direito de trabalhar diariamente dentro do próprio presídio em duas empresas que fazem parceria com o sistema prisional, realizando a confecção de lacres plásticos de malotes e etiquetas plásticas, podendo usar esse dinheiro para o sustento de filhos fora da prisão ou para comprar utensílios para os mesmos no Centro de Referência. Também são oferecidas aulas diárias de diversos tipos de artesanato para a produção de biquínis, vestidos, toucas, bonecos, dentre outros.

Quanto ao atendimento médico, o centro de referência possui parceria com a Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), recebendo um médico pediatra acompanhado de estudantes de medicina, além de estudantes de enfermagem. O pré-natal de risco habitual é realizado por enfermeiros que diariamente estão na unidade, e quando de alto risco as presidiárias são encaminhadas para um médico na UBS mais próxima e em caso de urgência para a UPA, sempre acompanhadas pelos funcionários do presídio.

O Centro de Referência também possui parceria com o Hospital Sofia Feldman para a realização de partos, de colocação de DIU e de laqueadura sob recomendação médica. Segundo a diretora geral, após a promulgação da Lei nº 13.257/2016,⁸ a maioria das detentas vai embora com o filho e quando isso não é possível, os filhos ficam com a família após a separação mãe-filho.

O perfil predominante das mães entrevistadas era de mulheres jovens entre 20 a 34 anos, que estão a cerca de 1 ano no Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade, presas por envolvimento com o tráfico de drogas e com mais de um filho. Todas as detentas relatam que possuem apoio da família, majoritariamente da mãe. Porém, a maioria menciona a carência de visitas devido à distância do local das suas cidades de origem.

Em relação ao momento de separação do filho, todas apresentaram grande sofrimento, descrevendo a dor como muito grande e inexplicável. Além disso, todas relatam que é a primeira vez que estão com um filho em situação de encarceramento.

Quando foi perguntado do local onde estão, a maioria respondeu que era bom e que se sentiam acolhidas, justificando como um lugar que oferece oportunidades tanto de estudo e trabalho como de ser mãe e poder ficar com o filho. Outro relato importante

foi que todas confirmaram que tinham o apoio psicológico e médico necessário para elas e seus filhos, com atendimento sempre que precisassem. Além disso, todas as entrevistadas afirmaram que o local em que estão é melhor do que o presídio de origem.

Porém, durante as entrevistas foi observado que três das mães tinham uma visão negativa do filho ficar com elas em uma prisão. Além disso, uma delas também fez uma sugestão de que o tempo de permanência com o filho fosse menor, de no máximo 6 meses afim de evitar o apego entre a mãe e o filho e, assim, o sofrimento da separação.

Outra questão importante a ser ressaltada é que quase todas as entrevistadas não entenderam a pergunta sobre se tinham sugestões a serem dadas às mulheres na mesma situação que elas, prestes a se separarem de seus filhos. Ademais, mesmo quando explicada a pergunta, apenas uma conseguiu fazer uma sugestão, mostrando a baixa escolaridade das detentas.

A grande maioria das mães se sentia acolhida no local em que estava, pela presença de recursos, atendimento materno-infantil e oportunidade de estudo e trabalho. Mas achavam a experiência de estar presa com seu filho negativa.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O perfil predominante da população carcerária feminina no Brasil corresponde às mulheres negras (62%), com idade entre 18 e 29 anos (50%), solteira (57%) e com ensino fundamental incompleto (50%). A maioria delas possui filhos, é responsável pelo sustento familiar, é oriunda de classes econômicas mais vulneráveis e trabalhava antes do encarceramento em atividades informais⁹. Segundo um estudo realizado nos presídios brasileiros metropolitanos, cerca de um terço (32,6%) do total de mulheres pesquisadas tiveram quatro ou mais gestações, e mais da metade (61,9%) tinham de 2 a 4 filhos, e 7,5% das mulheres tiveram filho durante o encarceramento anterior.²

O cumprimento de pena por mulheres mantém grande associação com o tráfico de drogas (63%), atuando principalmente de coadjuvante do crime, sendo intermediadoras no processo de transporte e pequenos comércios de droga. Além disso, a maioria delas são usuárias do produto traficado.⁹

Existem no Brasil 1.449 unidades prisionais,

sendo 74% destinadas exclusivamente para homens e apenas 7% para mulheres, 17% são mistas e 2% não há informações a respeito. Neste contexto, a maioria dos serviços oferecidos pelas prisões atende apenas demandas masculinas, já que o sistema prisional brasileiro é voltado para o homem.¹ Portanto, menor importância é dada para as peculiaridades que abrangem a realidade feminina, como a gestação e a maternidade. Apenas 34% das unidades prisionais femininas possuem celas ou dormitórios destinados às gestantes e esse valor é menor ainda quando observado nas unidades mistas, 6%. Em relação aos centros de referência materno-infantil e berçários, 32% dos presídios femininos e 3% dos mistos são munidos desses recursos. Ademais, há existência de creches em apenas 5% das unidades prisionais femininas e nenhuma registrada nas prisões mistas.⁹

Em relação a saúde da mulher encarcerada, o atendimento às presidiárias deve ser realizado pelas equipes técnico-operativas das unidades prisionais, do Sistema Único de Saúde (SUS) e/ou pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Além disso, segundo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário instituído em 2003 pelo Ministério da Saúde e da Justiça, todas as mulheres presas possuem direito ao cartão do SUS e ao conjunto de serviços que atendam a demanda básica das detentas. Porém, na diretriz é possível observar a denúncia das presidiárias acerca da necessidade de um atendimento inter setorial, que abranja um tratamento psiquiátrico e psicológico, a fim de reduzir os danos gerados pelo encarceramento.³

Em relação às presidiárias grávidas ou com filhos, o Relatório Interministerial de 2008 defende direito de espaço fora da cela para o desenvolvimento do vínculo mãe-filho, creche em tempo integral, leite garantido para as crianças que não podem ser amamentadas (soropositivas), parto em hospitais da rede pública, evitar que a mãe perca a guarda do filho por estar na prisão, o direito ao trabalho remunerado na prisão para a manutenção dos outros filhos e remição de pena, o direito para os seus filhos de até 12 anos de visita com o deslocamento pago pelo governo, o direito à uma equipe multidisciplinar na separação mãe-filho.⁴ Ademais, o Ministério da Saúde recomenda a amamentação até os dois anos, o que deve também ser direito das presidiárias, devendo permanecer com o filho até três anos.⁵

A Constituição Federal de 1988, em alguns

de seus artigos, se refere às normas que devem ser observadas quanto às mulheres encarceradas e prescreve em seu art.5 que às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação e que a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado.¹⁰

A Lei de Execução Penal (LEP) introduziu ao cenário jurídico a obrigatoriedade de dotar às unidades prisionais femininas de berçário, onde as mães possam amamentar seus filhos. Está condição é reafirmada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelas Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil que facultou apenas, mas não obrigou a existência de alojamentos especiais para as gestantes e parturientes e de creche.¹¹

Além disso, com as alterações no texto da Lei n.º 13.257/2016, que antes previa que o Juiz poderia substituir a prisão preventiva pela domiciliar quando o agente for gestante a partir do 7º (sétimo) mês de gravidez ou sendo esta de alto risco, passou a incluir toda e qualquer gestante, independentemente do mês de gravidez e do risco.¹² Outra importante modificação foi a substituição da prisão preventiva pela domiciliar quando o agente for mulher com filho menor de 12 anos de idade incompletos.¹³

O crescimento do número de mulheres encarceradas no Brasil reflete muitas vezes o descaso do governo e da sociedade em relação a essa população. Percebe-se a falta de interesse em saber o motivo desse aumento, que envolve diversas iniquidades, como o machismo e a discriminação contra a mulher. Assim, essas mulheres são apenas removidas do convívio social para as prisões, faltando estudar seu contexto social. É importante ressaltar, que o principal problema ocorre quando essas mulheres se tornam gestantes e puérperas em um ambiente prisional, o qual em sua maioria, segundo a literatura, é carente de recursos para atender às peculiaridades dessa população. Tornando a saúde mental dessas mulheres uma grande preocupação.

Durante as entrevistas, foi possível observar que a maioria das mulheres se sentia acolhida no Centro de Referência da Gestante Privada de Liberdade em Minas Gerais, o qual é um dos poucos lugares no Brasil que tentam promover maior dignidade à mulher nesse período tão especial de sua vida. A partir da análise do lugar e das entrevistas foi

possível constatar que o local oferece um ambiente humanizado, com atendimento materno-infantil e oportunidades de emprego e estudo.

Quanto ao momento das mães se afastarem de seus filhos, todas demonstraram grande preocupação com o sofrimento de ambas as partes. A maioria tem uma visão negativa da situação de seu filho estar preso junto com elas, se sentindo culpada por ele estar ali. Mostrando, provavelmente, a preocupação que elas possuem com o apego entre eles e a posterior separação com o destino incerto de seu filho.

Segundo a diretora do local, é importante lembrar que a promulgação da Lei n.º 13.257/2016,¹² e seu novo texto, deve ter contribuído para que a maioria das detentas fosse embora com seu filho após o tempo cumprido no Centro de Referência da Gestante Privada de Liberdade em Minas Gerais. Além disso, desde tal promulgação vem diminuindo o número de detentas nesse local, e no momento, a lotação, que antes já foi completa, está em torno de 40%, permanecendo 60% de leitos/acomodações não utilizados.

Apenas cinco gestantes preencherem os requisitos para inclusão na presente pesquisa, por isso não se pode dizer que elas refletem a realidade das demais presidiárias da instituição em foco, pois para tal, seria necessário um acompanhamento em um período maior, com a participação de mais entrevistas.

É necessário que se proponha ao poder público a construção de mais Centros de Referência como o de Minas Gerais em outros estados, para que as detentas gestantes sejam transferidas mesmo quando seus presídios de origem não estejam superlotados, a fim de continuar assegurando o direito das gestantes e puérperas de receberem um tratamento especial nesse período.

Outra proposta essencial é o fornecimento pelo governo de transporte pago para os familiares poderem visitar as detentas, evitando o isolamento social sofrido por essas mulheres.

É essencial, que mais estudos sejam feitos para entender melhor os impactos na saúde mental da mãe nesse contexto de encarceramento em estados que não possuem centros de referência ou que os possuem em situação precária. E, assim, comparar com os dados obtidos nesse estudo, a fim de constatar os reais benefícios para a saúde mental dessas mulheres ao permanecerem em um lugar mais humanizado. Além disso, há que se problematizar a redução de políticas

públicas que resguardecem as mulheres e, sobretudo, as mulheres jovens, o que lhes priva do acesso ao sistema de ensino e trabalho, expondo-as à sujeição ao tráfico de drogas e encarceramento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN Mulheres [documento na Internet]. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional; 2017 [atualizado em junho de 2016]. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf.
2. Leal MC, Ayres B, Esteves-Pereira AP, Sánchez A, Larouze B. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016;21(7): 2061-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.02592016>
3. Brasil. Secretaria da Administração Penitenciária. Manual de Diretrizes e Políticas em Atenção à Mulher Presa [documento na Internet]. São Paulo: Departamento Penitenciário Nacional; 2008.
4. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias [documento na Internet]. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional; 2008. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/noticias/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>.
5. Ferrari IF. Mulheres encarceradas: elas, seus filhos e nossas políticas [documento na Internet]. *Rev Mal-Estar Subj* 2010; 10 (4): 1325-1352. ISSN 1518-6148. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482010000400012
6. Mello DC, Gauer G. Vivências da maternidade em uma prisão feminina do Estado do Rio Grande do Sul [documento na Internet]. *Sal & Transf Soc* 2011; 1 (3): 113-121. ISSN 2178-7085. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/654>
7. Minayo MC, Ferreira S. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 34 ed. Petrópolis: Vozes; 2010. 112 p.
8. Brasil. Lei nº 13.257, dia 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990. Decreto-Lei n.3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1 de maio de 1943, a Lei n. 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei n. 12.662, de 5 de junho de 2012 de 8 de março de 2016. Brasília, mar. 2016.
9. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias -INFOPEN [documento na Internet]. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional; 2014. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/slides/relatorio-do-infopen-2015>.
10. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
11. Brasil. Lei n. 7210. Lei de Execução Penal, dia 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, jul. 1984.
12. Brasil. Lei nº 13.257, dia 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990. Decreto-Lei n.3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1 de maio de 1943, a Lei n.11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei n. 12.662, de 5 de junho de 2012 de 8 de março de 2016. Brasília, mar. 2016.
13. Brasil. Decreto Lei 2848, dia 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília, dez. 1940.

Recebido em: 30/05/2019

Aceito em: 06/08/2019

Como citar: SAMPAIO, Maria Claudia Guarino Tannure; FREIRE, Mirella Marques; NUNES, Karla Gomes. Encarceramento e maternidade: sobre a separação e suas consequências em saúde mental para as mães. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, jun. 2020. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13459/8825>>. Acesso em: 02 jul. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i2.13459>