



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.*

- Javier Brazo-Sayavera
Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, Espanha

- 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.

- Isabella Albuquerque
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, 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
Pontifícia 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. 4, n. 1 (jan./mar. 2021) - Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2021.

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

Biotecnologia em saúde, risoterapeutas, profissionais da saúde e usuários: limites e possibilidades de atuação conjunta **6**

Conhecimento do paciente com doença renal crônica sobre a fisioterapia **16**

Percepção e qualidade de vida de amputados de membro inferior submetidos à reabilitação fisioterapêutica **22**

Capacidade funcional e força muscular em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise **30**

ARTIGO DE REVISÃO

Entre lutos e pandemias: uma revisão narrativa **37**

Assistentes sociais e o trabalho em saúde mental: um estudo sobre as ações de prevenção ao suicídio desenvolvidas no Rio Grande do Sul e a construção da prática profissional no campo do Serviço Social **42**





EDITORIAL

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

Com prazer, comunicamos a publicação dos artigos do volume 4, número 1 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 o número 4 de 2021, 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





Biotecnologia em saúde, risoterapeutas, profissionais da saúde e usuários: limites e possibilidades de atuação conjunta

Health biotechnologies, risotherapists and nursing professionals: limits and possibilities of joint action

Alexandra Silva da Rosa¹, Analídia Rodolpho Petry¹, Guilherme Mocelin¹, Vera Elenei da Costa Somavilla¹, Lucas Vinícios Weiss¹

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

RESUMO

Objetivo: pesquisar junto aos profissionais que atuam em grupos de risoterapeutas, os limites e possibilidades de atuação com a equipe de atenção à saúde e os usuários. **Método:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, transversal e exploratória. Participaram nove indivíduos que atuam como risoterapeutas em uma cidade da região centro-leste do estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada. **Resultados:** as análises temáticas resultaram em achados que denotam a importância da terapia do riso na recuperação dos pacientes, bem como as relações entre as equipes, embora se façam presentes alguns entraves que dificultam a atuação nesses espaços, como por exemplo as cargas de trabalho e a própria resistência dos profissionais, ainda assim o resultado é positivo. Tal estratégia de atuação do risoterapeuta em conjunto à equipe de saúde corrobora para fomentar práticas humanizadas do cuidado

Palavras-chave: que caminham ao encontro dos novos modelos assistências holísticos. **Conclusão:** os resultados apontam que a possibilidade da atuação dos risoterapeutas com a equipe de saúde está em influenciar positivamente o ambiente de trabalho, melhorar a resposta assistencial e promover humanização em saúde.

ABSTRACT

Objective: to research, with the professionals who work in groups of risotherapists, the limits and possibilities for acting with the healthcare team and users. **Method:** qualitative cross-sectional exploratory research, with the participation of nine individuals who work as risotherapists in a city in the Center-West region of Rio Grande do Sul state. Data were collected through semi-structured interviews. **Results:** the thematic analyses resulted in findings that point to the importance of laughter therapy in the recovery of patients, as well as the relationships between the teams, although some obstacles make it difficult to work in these spaces, such as workload and resistance of professionals, the outcome is still positive. This strategy for a joint activity of risotherapists and the health teams supports the encouragement of humanized care practices that meet the new holistic care models. **Conclusion:** the results show that the possibility of risotherapists acting with the nursing team can result in a positive influence on the work environment, improve the care response and promote humanization in health.

Keywords: *Laughter Therapy; Assistance; Humanization; Stress.*

mocelinguilherme@gmail.com



INTRODUÇÃO

Através de jogos e interações, os antigos romanos aprenderam a manter relações entre si e com a convivência grupal, considerando que estas técnicas comunicantes não são atividades individuais e favorece o “trabalho em equipe”, proporcionando o equilíbrio emocional.¹ A utilização de animações e brincadeiras na recuperação de pacientes surgiu no século IV a.C. com Hipócrates. Há alguns anos o filme “O Amor é Contagioso” relatou a história do médico norte americano Hunter “Patch” Adams que ficou conhecido pela metodologia descontraída com que tratava seus pacientes, a qual consiste no cuidado em saúde e atendimento que reforçou e ampliou o conceito de tratamento humanizado.²

Em 1986, Michael Christensen, palhaço americano, se apresentava como médico exercendo as atividades da forma tradicional e, se dispunha a realizar com dedicação as apresentações. Neste sentido, é fundamental para o palhaço, a aceitação do erro para estabelecer a posição do desajustado e a demonstração de suas emoções sinceras e verdadeiras. A partir desse contexto, a postura e o sentimento, associada ao suposto erro, reforça o poder cômico, alegre e descontraído do palhaço ou risoterapeuta e coloca o paciente em posição de empoderamento e confiança.³

No Brasil em setembro de 1991, foi implementado um projeto similar ao dos risoterapeutas no Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, atual Hospital da Criança em São Paulo/SP. A abordagem de pacientes por palhaços hospitalares começou a ser divulgada pela atual Organização Não Governamental (ONG) “Doutores da Alegria”. Esta abordagem organizou-se a partir de um grupo, mobilizado pela sociedade civil, e foi composta por profissionais de diferentes áreas de atuação, com o objetivo de levar humor, arte profissionalizada, acervo de conhecimentos e muita alegria para crianças hospitalizadas, bem como para familiares e as equipes de saúde.⁴

A essência deste trabalho consiste na utilização da paródia do palhaço que finge ser médico e tem como referência a alegria e o lado saudável dos indivíduos, desta forma, estes colaboram para a transformação do ambiente hospitalar.

O objetivo dos profissionais da saúde não deve ser de curar, mas sim, cuidar.^{5,6} Sendo assim, o lúdico contribui de forma significativa para o

desenvolvimento do ser humano, não importando o seu estado de saúde e o ambiente em que está. É importante que a brincadeira continue presente para proporcionar a fantasia e minimizar os impactos do sofrimento psicológico, pois o ambiente hospitalar pode desencadear situações muito desagradáveis. Entretanto, o brincar e a simulação lúdica favorecem a comunicação entre pacientes e seus cuidadores e também contribuem para a confiança dos pacientes e familiares em relação aos profissionais de saúde.⁷

Além da atuação do palhaço com seu figurino alegre e criativo, há a necessidade de um ambiente humanizado, que requer criatividade e colaboração dos profissionais que atuam em determinados espaços de saúde. Quando se fala do conceito de ambiente humanizado, remete-se em partes, a estratégia de promover a Terapia do *Clown*, ou Terapia do Riso, a fim de alegrar esses espaços, sendo esse método eficiente, por contribuir para a adaptação à internação, minimização do medo, ansiedade e frustração, desta forma, possibilita melhorias na qualidade de vida de todos os envolvidos neste processo.^{5,7}

Humanizar o ambiente não depende somente do espaço físico, todavia, também de ações com as equipes de trabalho, com o objetivo de promover assistência de qualidade, centrada no paciente. Nesse sentido, a Política de Humanização Hospitalar prevê que a forma como abordamos os pacientes e colegas de labor fará a diferença no ambiente institucional.² Por exemplo, dar um “bom dia” animado é uma forma de dar seguimento às estratégias e ações para melhorar o local de trabalho, possibilitando desta forma, maior produtividade e interação da equipe com os usuários.

A utilização de biotecnologias em cuidados à saúde – aplicações tecnológicas de todos os cunhos, de leves a duras, que proporcionam ao indivíduos mudanças nos produtos finais, o corpo, afim de adequar as necessidades ou desejos – tem se difundido por meio de estratégias que envolvem ferramentas que ultrapassam o uso exclusivo de equipamentos tecnológicos, tais técnicas são compreendidas como tecnologias leves do cuidado – acolhimento humano, gerenciamento, vínculos, contatos, dentre outros.⁸ Esse processo desafiador promotor e estimulador de rompimento de barreiras duras do cuidado engessado ao social, permite novas e flexíveis formas de abarcar e compreender holisticamente o sujeito e seus familiares em situação de vulnerabilidade reflexo da quebra da homeostase organofuncional.⁹

Dessa forma, este estudo tem como objetivo,

pesquisar junto aos profissionais que atuam em grupos de risoterapeutas, os limites e possibilidades de atuação com a equipe de atenção à saúde e os usuários.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de cunho qualitativo, desenvolvido em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul/RS. A pesquisa qualitativa auxilia na área da enfermagem, com o objetivo de conhecer a cultura, crenças e valores dos indivíduos investigados possibilitando a construção de conhecimentos que contribuem para a implementação do cuidado conforme a realidade social.¹⁰

Participaram do estudo nove indivíduos que atuam em um Grupo de Risoterapia ou Terapia *Clown*, cuja sede fica em uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, para contato inicial com os sujeitos que compõe este grupo, articulou-se uma reunião em momento propício aos entrevistados, cujos objetivos foram apresentados. Trata-se de um grupo formado por pessoas que atuam voluntariamente em hospitais, clínicas e instituições de saúde, unidos pelos anseio humanitários em fazer disseminar a terapia do riso. O grupo tem como objetivo promover ações solidárias, que visam o desenvolvimento cultural e de relações humanas através da figura do palhaço.

A entrevista semiestruturada, eleita como instrumento de coleta de dados para obtenção das narrativas vividas pelos risoterapeutas ou palhaços de hospital, permitiu explicitar a relação entre os palhaços e profissionais de enfermagem. As questões que nortearam o presente instrumento fazem menção as relações, os limites e as possibilidades de atuação dos risoterapeutas com a equipe de saúde e seus usuários, bem como os impactos que esses resultam, na recuperação e condução dos desfechos entre equipes e para com os usuários.

As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada do hospital da cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, pelo pesquisador, sendo aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, diante desse escopo, não houveram recusas para adesão no estudo, as coletas se deram no período de setembro a outubro de 2018. As entrevistas tiveram tempo médio de duração de 14 minutos, sendo essas, gravadas em áudio e transcritas, permitindo uma leitura detalhada das falas e posteriormente, a descrição

fenomenológica. Para facilitar a compreensão do leitor e garantir o anonimato, os participantes foram identificados através de codinomes cômicos evidenciados nas falas a posteriori. Participaram da entrevista os indivíduos que atendiam os seguintes critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais, aceitar participar do estudo e aceitar o uso do gravador como instrumento de registro.

Os dados obtidos foram analisados através da Análise Temática de Minayo descrita em três etapas: “pré-análise”; “exploração do material e tratamento dos resultados obtidos” e; “inferência e interpretação”.¹¹ Na “pré-análise”, foi transcrito integralmente o material coletado, assim os pesquisadores empoderaram-se do material coletado. Na segunda etapa, realizaram-se leituras do material, considerando os objetivos do estudo, para identificar as unidades analíticas que emergiram dos relatos: “Perfil dos entrevistados”; “Os risoterapeutas e os modos como se constituem”; “O risoterapeuta no processo terapêutico”; e, “Expressões artísticas como forma de comunicação entre risoterapeutas usuários e profissionais da saúde”. Na terceira e última etapa, ocorreu a análise propriamente dita.

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), sob parecer de nº 2.809.296 e delimitada em conformidade às exigências da resolução nº 466/2012.

RESULTADOS

Nas informações subsequentes serão apresentados os achados do presente estudo, seguindo do perfil às formas de condução e articulação do grupo de risoterapeutas para com a equipe de saúde e usuários.

Os risoterapeutas e os modos como se constituem o processo terapêutico

Dentre os integrantes deste estudo, dois são do sexo masculino e sete do sexo feminino, sendo que a faixa etária variou de 22 a 36 anos de idade. Quanto ao estado civil, dois são casados e os demais solteiros. O grau de escolaridade varia de acadêmicos a graduados, dentre esses há as seguintes formações profissionais: Psicologia, Ciências Contábeis, Pedagogia, Administração com Habilitação em Comércio Exterior, Relações Públicas e Técnico em Mecânica Industrial.

O tempo de atuação dos voluntários no grupo de risoterapeutas varia de um ano e dez meses a dois anos e oito meses. No momento do estudo os voluntários estão exercendo seu trabalho diário e se dedicam a atividade como risoterapeutas em horários pré-estabelecidos para tal.

A constituição do risoterapeuta enquanto ferramenta biotecnológica de cuidado em saúde caminha ao encontro de técnicas de humanização do atendimento ao usuário e boas relações nos espaços trabalho, uma vez que, essa experiência busca a valorização e o resgate dos contatos humanos em todos os aspectos. Sob essa perspectiva do cuidado centrado no biotecnológico e seus aspectos leves como ferramenta primordial, compreende-se o ser humano como foco do cuidado, observando, não apenas os aspectos que sofrem sobre a luz de patologias. Embora a técnica do humor seja datada do início da criação da medicina moderna com Hipócrates, seu uso e aceitabilidade contemporânea não é de longa data e vem ganhando gradativamente espaços nas instituições de saúde, em detrimento aos efeitos positivos observados sob seu uso.

O uso da máscara e de fantasias permite ao palhaço desenvolver melhor sua atividade e, conseqüentemente, facilitar a comunicação e o envolvimento com pacientes e equipe de saúde. Isso pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

“[...] porque eu sinto que quando eu tô com a Pipoka, eu consigo me conectar mais com as pessoas de verdade, sem julgamento, sem preconceito mesmo expondo a minha parte mais ridícula.” (Dra. Pipoka, set.2018)

“[...] estavam muito sérios na sala onde ficam os enfermeiros, então entrei, peguei o apagador e comecei a apagar o nome dos pacientes (dois ou três que havia decorado antes), então perguntaram o que eu estava fazendo? Respondi que tinha ido só para dar algumas altas, para que passassem o fim de ano em casa. Foi o gatilho naquele dia para começarmos a brincar e descontraír o ambiente. (Dr. Chikito, out.2018)

Apresentar sua parte mais “ridícula”, como diz Pipoka, significa lidar com o desmoronamento da autoimagem. Contudo, é através destes desmontes que o palhaço constrói um trabalho junto às pessoas que atendem e deste modo, conseguem conquistar a confiança, extrair sorrisos e observar a gratidão no olhar. Observa-se que Dr. Chikito, com sua atitude de apagar os nomes dos pacientes, possibilitou a

descontração da equipe de enfermagem. Desse modo, os depoimentos abaixo referem à relação dos pacientes para com os risoterapeutas.

“[...] principal retorno que a gente recebe é ver um sorriso. Às vezes, só uma mudança no olhar assim [...].” (Dra. Rãffles, set.2018)

“[...] é gratidão no olhar deles assim sabe, faz tudo valer a pena, [...] porque eles têm uma gratidão, às vezes, eles nem falam nada, mas é uma gratidão no olhar, [...]” (Dra. Riso, out.2018)

O palhaço que o indivíduo personifica deve ter a habilidade de ser autêntico e interagir em diferentes situações, sabendo inventar e responder imediatamente, quando necessário. Há situações, como as descritas acima, que conseguir um sorriso, de quem encontra-se abalado física e emocionalmente, recompensa o esforço impetrado na atuação. Assim, este personagem precisa ser habilidoso em improvisar e desenvolver diversas atividades com criatividade e desenvoltura, tais como: interpretação, música, dança, mímicas, entre outras, sendo que frequentemente integra várias delas em uma única apresentação. É no exercício cotidiano da atuação que o palhaço constrói sua experiência, assim, ao interagir em diferentes situações, torna-se hábil em inventar e responder imediatamente. O depoimento a seguir revela as habilidades dos sujeitos:

“[...] cada paciente é um desafio, porque a gente não tem nada pronto, a gente não combina antes de entrar no quarto. Então, o que a gente faz, é o que a gente sente na hora, se a gente tem que conversar, se a gente tem que fazer uma piada, se a gente tem que cantar[...]. (Dra. Fon, set.2018)

O palhaço, corajosamente, traz à tona fatos reais da vida cotidiana, com qualidades e defeitos, passeando entre o imaginário e o real. Esta não é uma atividade fácil e exige certo grau de conhecimento na composição do personagem, autoconhecimento e habilidade para que o outro compartilhe do seu universo. A fala abaixo elucida essa abordagem:

“[...] me chamou atenção por isso assim, é uma paciente de noventa e poucos anos, acamada, naquela situação toda, [...] acho que ela estava numa posição de muita vulnerabilidade, mas quando ela falou, quando ela foi para a brincadeira, [...]. E acho que quando a pessoa brinca, ela mostra que ela é que está mandando na situação. Ela tipo, eu estou doente, estou na cama do hospital, mas ainda estou achando graça, ainda estou fazendo graça da situação. (Dr. Dispor, out.2018)

O palhaço, com sua criatividade e habilidades, possui a capacidade de despertar no paciente emoções para lidar com a situação em que se encontra e com isso, transformar o sofrimento em possível humor e alegria, conforme o depoimento acima. O espaço ocupado pelos personagens facilita a comunicação entre a equipe de enfermagem, de modo a propiciar melhora no humor e possivelmente nas relações de trabalho, tal processo resulta maiores possibilidades à enfermagem bem como, melhores condições de recuperação aos sujeitos acometidos por moléstias e em condições vulneráveis.

O processo de trabalho articulado pelos profissionais risoterapeutas mune-se que uma importante premissa, inclusive, assegurada pela Política Nacional de Humanização de 2003, a qual prevê em seu texto base, mudanças no modo de gerir o cuidado. Entendendo que esse processo se comunica com as biotecnologias, uma vez que, mudanças nas ferramentas e modos de cuidado terapêutico singular compreendem um modelo tecnológico leve entrelaçado ao processo de cuidado em saúde e encontra-se intimamente ligado ao trabalho dos risoterapeutas, enfermeiros e equipes de apoio.

No ambiente hospitalar, o palhaço, devido sua habilidade, consegue dar novo significado às estruturas, funções, pessoas e objetos, de modo que transforma todo o ambiente, beneficiando não somente pacientes, mas também a eles próprios, conforme observamos a seguir:

“[...] e aí sempre chego em casa muito mais leve do que quando eu fui, sabe.” (Dra. Omelete, set.2018)

“[...] tu sai renovado [...] é muito bom, é um amor assim, também eu não sei dizer porque é o único tipo de sentimento que eu tenho, fazendo isso assim, sabe? É uma coisa muito única.” (Dra. Riso, out.2018)

Por vezes, é necessário lançar mão de objetos de uso hospitalar para realizar suas intervenções, como por exemplo o uso da bolsa de soro fisiológico, a qual transforma-se em um telefone. No relato abaixo, Dra. Riso nos mostra que:

“[...] não precisa ter muito equipamento, não precisamos de nada né? Porque como eu falei, o palhaço ele vai usar muita criatividade, então, qualquer coisa vira coisa.” (Dra. Riso, out.2018)

Dra. Riso refere que “qualquer coisa vira coisa”, ou seja, a criatividade é quem determina em que os objetos se transformarão. Assim, utiliza-se também do riso, criando situações engraçadas para facilitar o dia a dia do cotidiano hospitalar, consequentemente

transforma o ambiente e proporciona o cuidado integral, assistência humanizada e um ambiente mais agradável e alegre.

Expressões artísticas como forma de comunicação entre risoterapeutas, usuários e profissionais da saúde.

É por meio do contato, que surge a garantia de que os pacientes podem confiar seus problemas, suas dores e sofrimentos à equipe, permitindo aos profissionais de saúde o exercício de seu trabalho de maneira leve, consequentemente propiciando a diminuição do estresse. Assim, ambos compartilham os melhores sentimentos, gerando resultados terapêuticos satisfatórios, como pode ser elucidado no depoimento a seguir:

“[...]a gente descobriu que era aniversário de uma paciente, [...] eu fui lá enchi uma luva, escrevi parabéns, a gente cantou 3 vezes porque, a equipe de enfermagem queria cantar junto, aí depois teve umas que não estavam e queriam cantar junto de novo, [...] ela ficou muito feliz, ficou muito alegre mesmo, sabe? (Dra. Flor, set.2018)

A situação descrita mostra o quanto o usuário pode se beneficiar da atuação conjunta da equipe de saúde e risoterapeutas, pois, tanto a doença, como a internação geram situações de estresse, medo, angústia e ansiedade, neste contexto, a coexistência de todos os atores citados, culmina em benefícios, levando em consideração as trocas que se fazem presentes no mesmo espaço e os pontos positivos de ações conjuntas, em busca de um bem comum que ultrapasse o momento frágil vivenciado pelos que se encontram em debilidade. O foco da atividade desenvolvida pelos palhaços centra-se em causar mudanças positivas no ambiente hospitalar – mesmo que sutis – busca tornar a rotina do ambiente mais agradável e divertida, para todos os indivíduos envolvidos:

“[...] à vida no hospital não só dos pacientes, mas, também daqueles que os guardam, às vezes, é uma espera longa, é angustiante, é monótono tem muita tenção, muita emoção, muita ansiedade[...] é interessante assim, quando alguma coisa diferente acontece [...]. (Dra. Rãffles, set.2018)

O depoimento acima denota que a vivência traz grandes aprendizados e descobertas emocionais até então desconhecidas para o paciente, familiares, equipe de enfermagem e, principalmente, para o palhaço na sua atuação. Outro ponto importante das

atividades desenvolvidas pelo palhaço é a troca de informações e de lições de vida que ocorre através da relação entre todos, podendo provocar mudanças de pensamentos.

Além dos argumentos explicitados neste estudo, acerca da eficiência da visita dos palhaços na redução da ansiedade e transformação do ambiente “sombrio” e “amedrontador”, estas fazem com que a internação hospitalar seja mais leve e menos estressante para os pacientes e profissionais. Apesar disso, ainda existe resistência e limitações de atuação, impostas pela equipe multiprofissional, ao trabalho dos palhaços. Estas acontecem devido a pressão do cotidiano hospitalar, pelas normas e rotinas a serem adotadas, sendo que, requerem um conjunto de regras e instruções que determinam os procedimentos, métodos e organizações que serão utilizados no desenvolvimento das atividades, seguindo as rotinas exatas pela qual uma ou mais atividades devem ser realizadas. A fala a seguir descreve uma dentre várias normas a serem cumpridas:

“A gente tem que ter mais cuidado com pacientes em situações de isolamento e tal, mas são mais assim, limites por condições, condições assim dos pacientes [...].” (Dra. Raffles, set.2018)

Outro limite encontrado é o relacionamento entre a equipe de enfermagem e os palhaços, que nem sempre é fácil. Conquistar a confiança, colaboração e disponibilidade da equipe, que frequentemente possui uma rotina estressante e passam horas trabalhando, tem se apresentado como uma tarefa árdua. Ademais, uma boa relação entre ambos facilita o desenvolvimento das atividades realizadas pelos palhaços, desse modo, cabe destacar o depoimento a seguir:

O limite é dado conforme o ambiente permite a conexão de quem está trabalhando com palhaço doutor digamos assim, quem está chegando muitas vezes é difícil conquistar a confiança e o carinho do profissional que “tá” ali, que, muitas vezes, há horas trabalhando[...] quem dá mesmo como vai ser é o colaborador assim ele que vai nos dar abertura que vai demonstrar se está disponível ou não, se está querendo brincar ou não, então quem demonstra isso normalmente é o pessoal que trabalha. (Dra. Pipoka, set.2018)

[...] a gente está ali para fazer as(os) enfermeiras(os) felizes. Porque eles passam por muitos problemas, por muita pressão, sabe, por conta do trabalho deles, [...]. (Dra. Bandeide, out.2018)

A pressão do cotidiano hospitalar, enfrentada

pela equipe de enfermagem, também é um limite que pode interferir na atividade dos risoterapeutas. A rotina profissionais de enfermagem, que passam horas no ambiente hospitalar, exercendo suas funções em contato direto com pacientes, é desgastante. Ao final do expediente da equipe de enfermagem nem sempre é fácil estabelecer uma relação de humor e alegria, em que predomine o riso e a espontaneidade, que é o objetivo dos risoterapeutas no ambiente hospitalar: *[...] quando a gente chega no início de um plantão [...] quando a gente chega no meio de plantão[...] agora se a gente chega no final do plantão falta uma hora para a pessoa ir embora é outra energia então vai depender muito [...]. (Dra. Pipoka, set.2018)*

Pode-se também dizer que uma limitação para os palhaços é a abordagem da equipe de enfermagem, pois muitos, por serem retraídos, introvertidos ou até mesmo com pouco senso de humor, não dão abertura para atuação dos risoterapeutas, depende da personalidade de cada indivíduo. Constatamos com a fala a seguir:

[...] acontece por tristeza do momento, por estresse ou algum motivo [...] então, vem a sensação de “poxa, não consegui” e uma certa frustração. Mas entendo que nem sempre será tudo ótimo e temos que respeitar o momento, a vontade de brincar ou não. O não é um direito de todos[...]. (Dr. Chikito, out.2018)
[...] Acho que varia muito [...] depende do momento da pessoa, às vezes tem gente com vergonha, é mais introvertido, então não é sempre que a pessoa vai estar ali atuando junto com a gente, brincando junto [...]. (Dr. Dispor, out.2018)

Segundo as falas acima, pode-se constatar que respeitar o espaço e a individualidade da pessoa é essencial para reconhecer ou não a aceitação, evitando a insistência, para não ser inoportuno. Com estes, é necessário ter um cuidado a mais, para encontrar um momento propício para desenvolver suas atividades. Aguardar para que se envolvam, se assim desejarem, no clima de alegria e descontração.

DISCUSSÃO

A posição desajustada é fundamental para o sucesso da atuação do palhaço. A aceitação do fracasso nas situações cotidianas e a manifestação das suas emoções, de maneira sincera e verdadeiras, são importantes, entretanto, muitas vezes esta posição desajustada age sobre o palhaço de forma inesperada. Em uma situação extemporânea, ele não se desmotiva

ou se desvia da sua intenção de realizar um grande espetáculo ou, no caso do palhaço de hospital, de ser um profissional capaz de promover um grande encontro: da alegria com o social. Esta postura e o sentimento associado ao erro reforçam o poder cômico do palhaço.^{3,12,13}

O uso da máscara e de fantasias também permite ao palhaço desenvolver melhor sua atividade, o que, conseqüentemente facilita a comunicação e o envolvimento com pacientes e equipe de saúde. Agindo de maneira incógnita, ele consegue ser autêntico e pode estabelecer uma relação em que a alegria, o humor e a espontaneidade fluem, contribuindo para que os objetivos sejam alcançados, ou seja, este é capaz de extrair sorrisos, tornar o ambiente mais leve, melhorar a aceitação das rotinas e reduzir o sofrimento em função do tempo de internação.^{14,15}

O palhaço apresenta como grande potencial à sua atuação a facilidade em transformar situações consideradas inconseqüentes ou inapropriadas para o ambiente hospitalar, deste modo, tais situações ganham outra dimensão quando executadas em um contexto que assim o permita. O palhaço tem a essência de subverter a ordem dos ambientes onde está. Nesta direção ele subverte com suas ações, as relações que estabelece com todos ao seu redor, inclusive consigo próprio.¹⁶

Nas mais diversas culturas, podemos encontrar figuras cômicas, baseadas na lógica do bobo, do desajustado, que podem ser associadas ao palhaço. Este personagem cômico, alegre, envergonhado e ao mesmo tempo afetivo, ao inserir-se no âmbito hospitalar, de modo geral, se apresenta como um médico, seguindo a tendência criada por Michael Christensen em 1986.³

Através de suas características próprias, o palhaço é um transformador de ambientes, através da humanização e da assistência hospitalar que ocorre sobre vários enfoques, promovendo assim, um ambiente acolhedor e confortável, gerando mudanças tais como, a iluminação e as cores das enfermarias e dos quartos, além de outras mudanças realizadas por profissionais da própria instituição com a ajuda dos palhaços voluntários. Tais aspectos vão ao encontro do Programa Nacional de Humanização, que teve como objetivo fundamental o aprimoramento das relações entre profissionais, usuários/profissionais e hospital/comunidade, visando melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados pelas instituições, e promover

uma nova cultura que deve estar comprometida com suas práticas, com a qualidade de vida dos indivíduos envolvidos e com seu atendimento.²

O palhaço tem sido utilizado em centenas de projetos, na tentativa de desvincular a imagem fria, mecânica e pouco original de enfermeiros e médicos, culturalmente arraigada nos saberes populares, os quais agem, por vezes, sem se preocupar com o lado humano do indivíduo. Uma das modalidades mais conhecidas da humanização hospitalar é a chamada *Terapia Clown*, que é conhecida popularmente pelo filme de Patch Adams, denominado “O amor é contagioso” e também pelo trabalho da ONG “Doutores da Alegria” e dos “Risoterapeutas” (p. 1).¹⁷

Com esta abordagem, o palhaço se dispõe a realizar as atividades de enfermagem e médicas da mesma forma tradicional, porém, ele se apresenta desajustado, subverte a lógica pré-estabelecida e, a partir disso, emerge a possibilidade da diversão, em que o erro fictício se torna cômico e o desajuste é comum. Deste modo, percebemos que os benefícios da *Terapia Clown* se refletem em todos os envolvidos, sejam eles artistas, profissionais ou voluntários e todos aqueles que estiverem nesta condição momentaneamente.¹⁸

Diante do cenário hospitalar, geralmente caracterizado como sombrio e melancólico, com rotinas e normas, aparece a figura do palhaço, que se propõe a transformar o modelo biomédico centrado na doença. Este trata-se de um trabalho que tem como objetivo ampliar as estratégias do cuidar e da educação em saúde, através do lúdico e cômico, ou seja, utilizando do humor e do riso, por meio da criação de um mundo entre o real e o imaginário que permite o surgimento da imaginação, criatividade e a ludicidade.¹⁹

*A presença do palhaço contribui para melhoria significativa no processo saúde-doença, através do riso e do humor, transformando-se em alegria, com isso ocorre aumento da imunidade, promoção da analgesia natural e boa aceitação do paciente ao tratamento terapêutico (p. 2).*¹⁷

Esta nova maneira de contribuição ao cuidado é de grande importância no contexto hospitalar para os pacientes e, também para os estudantes, futuros profissionais de saúde, pois transforma a assistência tradicional, aproximando, engajando e humanizando as relações entre indivíduos e pacientes. Além disso, os discentes da saúde – enfermagem, medicina e

psicologia – que se tornam risoterapeutas passam a entender o ser humano de forma mais ampla e singular, menos tecnicista e mais afetiva, buscando futuramente, ser um profissional comprometido com o cuidado integral, com a humanização de seu atendimento e com o respeito ao colega. Portanto, ao observar, compartilhar experiências e se colocar no lugar do palhaço, a equipe de enfermagem tem a possibilidade de aprender com o mesmo e realizar trabalhos humanizados, permitindo potencializar as virtudes humanas, superar barreiras, estimular a capacidade de reflexão e tornar a rotina menos estressante.¹⁶

A risoterapia é uma terapia benéfica para todas as pessoas envolvidas, tanto para quem desenvolve e para quem recebe, ou seja, envolve e melhora a comunicação entre ambas as partes. Nesse sentido, é importante considerar como se desenvolve a *Terapia Clown* e a comunicação que ela proporciona entre os palhaços e os profissionais de enfermagem.²⁰

O contato humano em sua essência é indispensável ao cuidado singular e original, a biotecnologia que permite tal feito é regada de inovações e transformações que modificam o cuidado evidenciando a importância do uso das tecnologias leves para onde as tecnologias duras não são capazes de tocar. Diante desses processos que exigem e fazem diferença com a forma de agir do risoterapeuta desnota-se: o acolhimento; relaxamento e desinibição; resgate e (re)construção de boas lembranças; leveza nas rotinas; cuidado e delicadeza com a dor humana; flexibilidade na condução das problemáticas e resolutivas e transformações positivas cotidianas.²¹

A comunicação e o riso seguido de bom humor liberta o pensamento, pois promove momentos de descontração, de fuga da realidade vivida, reduzindo a tensão do cotidiano. Além disso, a convivência com os palhaços proporciona a distração nos momentos tensos, não somente para a equipe de enfermagem, como para o paciente, promovendo uma interação entre ambos, possibilitando a construção de um vínculo de confiança, necessário para o tratamento. Isso proporciona melhor entendimento de como o paciente lida com a situação em que está vivendo com o sofrimento, e até mesmo a compreensão, por parte do paciente, das atividades realizadas no hospital pela equipe de enfermagem.²²

Há momentos e situações em que o riso não promove mudanças, mas o humor é essencial para a

sobrevivência nestas situações, tanto para os pacientes quanto para os familiares e profissionais de saúde.²³

Além disso, a atuação dos indivíduos como palhaços voluntários enriquece seus valores e princípios, promovendo ganhos pessoais, familiares e laborais, contribuindo ao entrelace de diversos indivíduos por meio da construção distintas, desta forma estes sujeitos levam a alegria, entusiasmo e valores como solidariedade, respeito, dentre outros, adquiridos no decorrer de suas atividades como voluntários. Ao exercer essas atividades voluntárias no contexto social, isto enriquece quem o executa, transformando o trabalhador, tornando-o mais humano. Com esse voluntariado, o indivíduo alcança suas expectativas e materializa seus projetos e sonhos. Ao participar de construções relevantes para sociedade, o trabalho deixa de ser uma mera fonte de subsistência para o trabalhador, encontrando outro significado para a construção de sua história.²⁴

CONCLUSÃO

Diante dos limites a serem enfrentados pelos risoterapeutas junto à equipe de saúde e os usuários, verifica-se nas falas que, frequentemente, as equipes são submetidas a jornadas de trabalho longas, estressantes e, muitas vezes, isto faz com que estas equipes não se encontrem disponíveis para o trabalho em conjunto, ou não reconheçam o uso de biotecnologias leves como eficazes. Além disso, estas possuem um intenso contato com doenças, sofrimento, angústias e morte, assumindo fortes responsabilidades, tanto no plano material, quanto no plano afetivo.

É fundamental fomentar processos de humanização, a exemplo destes evidenciados e discutidos no presente estudo: compreender melhor que a intervenção e as interações dos risoterapeutas-palhaços tendo em vista que, amplia os conhecimentos sobre as possibilidades do trabalho destes a equipe de saúde junto aos usuários. A influência do lúdico no desenvolvimento humano e, sobretudo, a respeito desta singular modalidade da atuação conjunta, traz consequências positivas e terapêuticas, através do humor, proporcionando alegria, descontração e alívio do estresse, não somente aos pacientes como também aos familiares, palhaços e profissionais de saúde. Estes podem estabelecer uma relação duradoura com os palhaços que, são observados como um modelo de

relação com os pacientes.

A atuação conjunta dos palhaços e profissionais de saúde também proporciona o reconhecimento de que certas reações apresentadas pelos pacientes, tais como, apatia, prostração, depressão e resistência aos procedimentos necessários, podendo estar ligadas as circunstâncias da internação e das relações vividas no cotidiano hospitalar. A relação com equipe de enfermagem, quando satisfeita no ambiente de trabalho, tende a melhorar o bem-estar daqueles a quem assistem.

Pode-se concluir que o humor ajuda a manter as relações, facilitam a criação e a manutenção de vínculos, elementos essenciais para o trabalho em equipe. Entre os palhaços, profissionais de enfermagem e da saúde e o paciente, o humor diminui as barreiras entre as pessoas e torna a comunicação mais ágil e efetiva. Os risoterapeutas procuram demonstrar como ocorrem as relações entre profissionais de saúde, pacientes e familiares no ambiente hospitalar, bem como o poder humanizador/transformador de tais relações, além de divulgar a importância do humor, através da alegria, no que se refere à superação de obstáculos, propiciando o surgimento de criatividade e transformações do ambiente com sua atuação. Além disso, sugere-se a continuidade de estudos nesse viés afim de aprofundar os conhecimentos e resultados advindos dessa relação entre a equipe de saúde e o grupo de risoterapeutas, estimulando e sensibilizando e formação humanizada sobre as práticas científicas dos cuidados.

REFERÊNCIAS

- Rodrigues, CEM. Importância do Lúdico no Impacto Psicológico da Hospitalização Infantil Estudo no Hospital Regional Santiago Norte. [monografia]. Universidade Jean Piaget de Cabo Verde; 2013.
- Santos MR dos, Silva L, Misko MD, Poles K, Bousso RS. Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. *Texto & Contexto-Enferm* 2013; 22(3):646-53. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300010>
- Sato M, Ramos A, Silva CC, Gameiro GR, Scatena CM da C. Palhaços: uma revisão acerca do uso dessa máscara no ambiente hospitalar. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 2016; 20(56):123-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0178>
- Utsunomiya KF, Ferreira EAG, Oliveira AM, Arai HT, Basile MA. Palhaços de hospital: proposta multidisciplinar de humanização em saúde. *Revista de Medicina* 2012; 91(3):202-8.
- Freitas NA, Silva ALF da, Sousa RR de, Oliveira CF de, Mesquita AMP de, Oliveira BN de. A prática da terapia

- do riso na atenção hospitalar: reflexões a partir da vivência interdisciplinar. *Revista de Políticas Públicas* 2013; 12(1):58-54.
- Silva PH, Omura CM. Utilização da risoterapia durante a hospitalização: um tema sério e eficaz. *Rev Enferm* 2005; UNISA,6:70-3.
- Almeida ICF de. Representações e expectativas dos profissionais dos serviços de pediatria do Hospital de Braga relativamente à intervenção dos “Doutores Palhaços”. [dissertação]. Universidade do Minho – Instituto de Educação; 2012.
- Duarte MR, Alves VH, Rodrigues DP, Souza KV, Pereira AV, Pimentel MM. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. *Cogitare Enfermagem* 2019; 11-1. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164>
- Cardoso JS, Faria AKS. A terapia do riso como instrumento de humanização no setor pediátrico. *Revista Unilus Ensino e Pesquisa* 2018; 15(41):162-9.
- McFarland MR, Webbe-Alamab. The Theory of Culture Care Diversity and Universality . In: Madeleine M.Leininger and Marrison, McFarland, editors. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. Massachusetts:Jones & Bartlett Learning; 2006.p.1-42. http://samples.jbpub.com/9781284026627/McFarland_CH01_Sample.pdf.
- Nunes ED. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(4):1088-1087. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400030>
- Catapan S de C, Oliveira WF de, Rotta TM. Palhaçoterapia em ambiente hospitalar:uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* 2019; 24(9):3429-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018249.22832017>
- Tan AK. A Qualitative Phenomenographical Study of the Experience of Parents with Children in Clown Care Services. [dissertação]. Helsinki Metropolia University of Applied Sciences (Vantaa);2014.
- Groskopf F, Marquetti M. Uso das tecnologias leves para o cuidado em saúde mental. *Saúde e Meio Ambiente: Revista Interdisciplinar* 2017, 6(3):26-25. doi: <https://doi.org/10.24302/sma.v6i3.1666>
- Wuo, AE. Clown: “Desforma”, rito de iniciação e passagem. *Repositório da Produção Científica e Intelectual da Unicamp*. [tese]. São Paulo (SP): Universidade Estadual de Campinas;2016.
- Rosevics L, Aguiar DA, Borges CR, Filho RH, Yamashita TS, Manchak AC, Azevedo VF. ProCura – a arte da Vida: um Projeto pela Humanização na Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2014; 38(4):492-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000400010>.
- Lima IAM de, Nóbrega T da C, Oliveira IC de. A humanização através do riso e da alegria: concepções de profissionais de saúde. 2018; 5-1. doi: <http://www.prac.ufpb.br/enex/trabalhos/6HUPEDIATRIAPROBEX2013262.pdf>.
- IFMSA BRAZIL. International Federation of Medical Students Associations of Brazil. Projeto Palhaçoterapia 2013; Disponível em <<http://www.ifmsabrazil.org/>>.
- Agostini F, Monti F, Neri E, Dellabartola S, Pascalis L, Bozicevic, L. Parental anxiety and stress before pediatric anesthesia; A pilot study on the effectiveness of preoperative clown intervention. *Journal of Health Psychology* 2014; 19 (5):601-587. doi: <https://doi.org/10.1177/1359105313475900>

20. Cruz DD. A inserção do palhaço no ambiente hospitalar: experiências de um projeto de extensão. *Revista em Extensão* 2016; 15(1):140-33. doi: https://doi.org/10.14393/REE-v15n12016_rel06
21. Brito CMD de, Silverira R da, Mendonça DB, Joaquim RHVT. O humor e o riso na promoção de saúde: uma experiência de inserção do palhaço na estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(2):562-53. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.00982015>
22. Lemos, ACM. A utilização da risoterapia na assistência de enfermagem ao idoso institucionalizado. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro;2015.
23. Oliveira WF de. O Núcleo de Humanização, Arte e Saúde: Uma experiência coletiva de produção social de saúde. *Brazilian Journal of Mental Health* 2016; 8(18):230-14. doi: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v8i18.69375sm.v8i18.69375>
24. Salazar KA, Silva ARL da, Fantinel LD. As relações simbólicas e a motivação no trabalho voluntário. *RAM. Revista de Administração Mackenzie* 2014; 16(3):171-200. doi: <https://doi.org/10.1590/1678-69712015/administracao.v16n3p171-200>

Recebido em: 21/05/2021

Aceito em:29/07/2021



Conhecimento do paciente com doença renal crônica sobre a fisioterapia

Knowledge of patients with chronic kidney disease about physiotherapy

Edyla Fernanda de Lima Nascimento¹, Deborah Nicole da Silva Fraga¹, José Cândido de Araújo Filho², Patrícia Érika de Melo Marinho²

1 - Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, PE, Brasil.

2 - Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE.

patricia.marinho@ufpe.br

RESUMO

Introdução: embora a prática de exercícios seja recomendada para os pacientes com doença renal crônica (DRC), a adesão por parte dos pacientes ainda é pequena. **Objetivo:** analisar a compreensão dos pacientes com DRC sobre seu conhecimento sobre a fisioterapia e quais as dificuldades para procurar o atendimento fisioterapêutico quando indicado. **Método:** estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, com 6 participantes, avaliados através de uma entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática de Bardin, que consistiu nas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação das entrevistas realizadas. **Resultados:** duas categorias temáticas foram obtidas: (i) fisioterapia melhora a funcionalidade e qualidade de vida e (ii) fisioterapia torna o paciente mais ativo. Os entrevistados referem conhecer a fisioterapia em sua maioria. Apesar de se beneficiarem do tratamento fisioterapêutico, foi observado contradição entre o reconhecimento dos benefícios da fisioterapia e mudanças em seu nível de atividade física no dia-a-dia. **Conclusão:** conclui-se que os pacientes compreendem que a fisioterapia proporciona melhora da funcionalidade e da qualidade de vida, porém não possuem conhecimento sobre os benefícios que ela traz de forma específica para os indivíduos com DRC encontrando assim dificuldade para classificarem seu nível de atividade física.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica; Exercício; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: exercise practice is recommended for patients with chronic kidney disease (CKD), but their adherence is still low. **Objective:** to analyze the understanding of patients with CKD about physical therapy and their difficulties to get physical therapy care when indicated. **Method:** a descriptive-exploratory study with a qualitative approach, using a semi-structured interview with six participants. Data were analyzed using Bardin's thematic content analysis, which consisted of the phases of pre-analysis, material exploration and treatment of results, inference, and interpretation of the interviews carried out. **Results:** two thematic categories were obtained: (i) physical therapy improves functionality and quality of life, and (ii) physical therapy makes patients more active. Most respondents reported knowing about physical therapy. Although physical therapy was recognized by them, a contradiction was observed between this and changes in their level of physical activity. **Conclusion:** patients understand that physical therapy improves functionality and quality of life, but they do not have knowledge about the benefits it specifically brings to individuals with CKD, thus finding it difficult to classify their level of physical activity.

Keywords: Chronic Kidney Disease; Exercise; Quality of Life.



INTRODUÇÃO

Atualmente, a doença renal crônica (DRC) tem sido considerada um problema de saúde pública e o número de pacientes no Brasil praticamente duplicou na última década.¹ Caracterizada pela perda lenta, progressiva e irreversível da função renal, a DRC apresenta alterações do funcionamento físico como sarcopenia, fadiga e câimbras,² resultando em uma rotina de limitações e queda da qualidade de vida.³

Embora o Ministério da Saúde, em sua diretriz clínica para o cuidado ao paciente com DRC, recomende a prática de exercícios em todos os estágios da doença¹, a adesão por parte dos pacientes ainda é pequena, possivelmente por apresentarem dificuldades nas atividades de vida diária e de mobilidade com a mudança no desempenho das mesmas³, porém outros fatores podem estar relacionados a essa situação, como presença de quadros depressivos, estilo de vida e a própria cronicidade da doença.⁴ Outro possível motivo é a falta de incentivo e aconselhamento por parte da equipe, que deixa de informar aos pacientes a importância do exercício físico como parte do tratamento.⁵

A *National Kidney Foundation* orienta os nefrologistas a recomendar exercícios físicos para os pacientes por reconhecer que o exercício contribui para a eliminação de metabólitos, aumenta a massa muscular, diminui o risco de quedas e as taxas de morbimortalidade⁶, além de melhorar o controle da pressão arterial e do diabetes, a qualidade de vida, a progressão da doença renal e a saúde cardiovascular.⁷ Na prática clínica, um estudo observou que apesar da recomendação para a realização de exercícios, os pacientes em hemodiálise não costumam realizar exercícios terapêuticos, embora os nefrologistas reconheçam o exercício físico como um aliado importante no tratamento do paciente com DRC⁸. Dos nefrologistas entrevistados no referido estudo, 91,3% deles reconheceram o fisioterapeuta como o profissional que pode conduzir um programa de exercícios terapêuticos para esses pacientes,⁸ no entanto, até o presente momento não foram encontrados estudos que tivessem investigado o conhecimento dos pacientes com DRC acerca da fisioterapia e de sua importância frente a sua condição de saúde.

Assim, reconhecendo as repercussões funcionais da doença e a importância dos

benefícios de um programa de exercícios para estes pacientes, o presente estudo buscou compreender o conhecimento dos pacientes sobre a fisioterapia e as possíveis dificuldades para procurar o atendimento fisioterapêutico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado no período de agosto de 2019 à julho de 2020 com pacientes com DRC oriundos do serviço de nefrologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE com o número do parecer 3.716.348 conforme Resolução 466/12, respeitando o sigilo e a confidencialidade dos dados, e com o devido consentimento dos pacientes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídos os pacientes com DRC do ambulatório de Nefrologia do Hospital das Clínicas desta instituição e excluídos os que estiveram indisponíveis para a pesquisa no momento da coleta. O tamanho da amostra foi definido de acordo com o critério de saturação, este consiste no fechamento da amostra quando os dados obtidos passam a apresentar uma certa redundância ou repetição, aproximadamente 12 pacientes,⁹ no entanto, o presente estudo envolveu seis participantes.

Inicialmente os pacientes foram questionados sobre os dados sociodemográficos (sexo e idade) e características clínicas como tempo de DRC, comorbidades e sintomas apresentados, a fim de caracterização da amostra.

Avaliação do nível de atividade física

Para avaliação do nível de atividade física foi aplicado o questionário do IPAQ versão curta,¹⁰ com a finalidade de caracterizar os pacientes quanto ao seu nível de atividade. Esse instrumento classifica o indivíduo como: sedentário, aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana; e como ativo, aquele que realizou atividades vigorosas por pelo menos 20 minutos 3 vezes na semana ou atividades moderadas ou caminhadas por pelo menos 30 minutos 5 vezes na semana ou 150 minutos de qualquer atividade, caminhada, moderada ou vigorosa, durante toda a semana. Para fins desse estudo, os pacientes serão

caracterizados como ativos ou sedentários (Araújo Filho et al, 2016).¹¹

Entrevista semiestruturada

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, os dados obtidos foram gravados em equipamento do tipo gravador digital, transcritos e armazenados em pastas digitais em computador para posterior análise. A entrevista foi norteada pelos seguintes tópicos: Conhecimento sobre a fisioterapia; de que forma a fisioterapia pode melhorar sua condição de saúde; se já haviam realizado algum tratamento fisioterapêutico; se perceberam melhora nos níveis de atividade após a realização da fisioterapia.

Análise e interpretação de dados

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista norteada pelas perguntas anteriormente citadas e a mesma durou aproximadamente trinta minutos. O melhor horário foi marcado com o participante e o mesmo foi conduzido a um local reservado e confortável, garantindo o sigilo das informações coletadas.

Para apreciação das informações e produção de dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática de Bardin a qual está organizada em 3 fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.¹¹ A primeira fase, pré-análise, caracteriza-se pela coleta e organização de dados a fim de deixá-los operacionais. O contato inicial com os dados analisados foi realizado nesse momento, bem como a escolha dos documentos, formulação de hipóteses, objetivos e indicadores que nortearam a interpretação e orientação formal do material, caracterizando uma leitura “flutuante”.

Na segunda fase, que abrangeu a exploração do material, foram escolhidos procedimentos que codificaram, recortaram, enumeraram e classificaram os dados em razão de características similares. Para tanto, o texto foi recortado em unidades de registro (UR) que podem ser palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, indicados como relevantes para a primeira fase. Os trechos onde as URs estão contidas foram identificados e classificados pelos sentidos das palavras e suas características semelhantes, após essa escolha as unidades de codificação foram classificadas em categorias que confirmaram ou modificaram as hipóteses levantadas nos referenciais teóricos que direcionaram a escolha do tema.

Na terceira e última fase, a de tratamento dos resultados, buscou-se tornar os dados significativos mediante inferências e interpretações relacionando os achados teóricos iniciais com os achados do material coletado dando sentido à interpretação.

Os resultados encontrados através da análise de Bardin foram obtidos mediante o critério de saturação, o qual consiste no fechamento da amostra após repetição das respostas encontradas. Adiante apresentaremos recortes de fala dos pacientes acerca da análise das questões norteadoras onde foram obtidas duas categorias temáticas.

RESULTADOS

Seis pacientes foram entrevistados durante o período de realização do estudo, onde três eram do sexo feminino e três do sexo masculino, com média de idade de 52 anos e 47 anos, respectivamente. Dos entrevistados quatro apresentavam DRC há menos de 10 anos e dois acima desse tempo. Dentre as comorbidades associadas mais presentes foram encontrados: diabetes mellitus (1 paciente), hipertensão arterial sistêmica (5 pacientes), neoplasia maligna (1 paciente), insuficiência cardíaca (1 paciente) e outras comorbidades (1 paciente). Os sintomas físicos mais frequentes nesses pacientes foram: fraqueza (3 pacientes), fadiga (3 pacientes), presença de câimbras (4 pacientes), presença de dor (2 pacientes), alteração de equilíbrio postural (3 pacientes) e risco de queda (1 paciente). Quanto ao nível de atividade física segundo o IPAQ cinco entrevistados foram classificados como ativos e apenas um como sedentário.

Com base na análise das entrevistas e saturação dos dados foram obtidas duas categorias temáticas. A primeira, “fisioterapia importante para melhora da funcionalidade e da qualidade de vida do paciente com DRC” foi dividida em duas subcategorias: fisioterapia melhora a funcionalidade e fisioterapia melhora a qualidade de vida e a segunda categoria temática, “fisioterapia torna o paciente mais ativo”. Ambas estão dispostas a seguir com seus respectivos trechos de discurso.

Fisioterapia melhora a funcionalidade

Ao serem questionados se conheciam a fisioterapia e de que forma acham que ela poderia melhorar sua condição de saúde, a maioria dos pacientes entrevistados declararam conhecê-la, exceto um paciente (E3) que afirmou não ter conhecimento

a respeito desse assunto. Os demais demonstraram entender os benefícios que a prática da fisioterapia traz para seu corpo, como podemos observar nos trechos das falas transcritas a seguir:

“Sim. É, os exercícios físicos né. Trabalha a coordenação motora, trabalha o corpo da gente né?” (E1).

“...eu não tive mais tempo de fazer, mas ajuda muito.” (E6).

“Eu cheguei aqui andando de cadeira de rodas e hoje tô andando sozinho livre”(E2).

De acordo com as respostas, a fisioterapia melhora a funcionalidade por melhorar a coordenação motora, promover retorno às atividades de vida diárias e condicionar a estrutura corpórea do paciente com DRC.

“...ela vai condicionar meu corpo né...ah como é que se diz, a estrutura dele” (E4).

Fisioterapia melhora a qualidade de vida

Os entrevistados compreendem que a fisioterapia permite melhora da qualidade de vida por retardar efeitos colaterais da idade e por ser importante para indivíduos que apresentam alguma comorbidade.

“...na minha concepção retarda alguns efeitos colaterais da idade” (E4)

“...pra gente ter mais uma vida melhor.” (E1)

“...os exercícios são importantes. de uma forma positiva né, de uma forma que é importante pra quem tem alguma comorbidade” (E5).

Fisioterapia torna o paciente mais ativo

A fisioterapia traz diversos benefícios para os pacientes com DRC e como já foi visto, os entrevistados possuem consciência destes. Porém, ao serem questionados sobre se tornarem mais ativos, encontramos respostas que divergiam.

“...sim, muito mais ativo, com certeza” (E6)

“...não, fiquei normal.” (E2)

Mesmo que o presente estudo tenha encontrado respostas que demonstram a compreensão

das vantagens obtidas ao realizarem exercícios e o nível da atividade física dos entrevistados tenha constatado que a maior parte era ativa, observa-se certa contradição entre as informações, uma vez que os pacientes disseram não se manterem ativos após realizar um programa fisioterapêutico. Essa contradição pode ser observada no trecho da fala:

“...não, ainda não mais ativa, mas é com menos...é...efeitos colaterais das minhas doenças..é...das minhas queixas” (E4)

Além das categorias acima citadas outros achados relevantes para o objetivo do estudo foram analisados, embora não exista saturação na amostra, segundo disposto a seguir. Em relação a serem encaminhados para o serviço de fisioterapia pelo nefrologista e receberem explicações sobre a importância da prática do exercício físico para a condição de saúde do paciente com DRC os entrevistados declararam não receberem encaminhamento e não conhecer a importância da fisioterapia para o paciente renal crônico.

“Não, eu não sabia que tava ligada à fisioterapia à nefrologia, eu tenho 22 anos de transplantada nunca usei a fisioterapia por conta do rim”

“Não, o meu foi o médico da uti mesmo”

“O reumatologista encaminhou”

DISCUSSÃO

Nosso estudo buscou analisar a compreensão dos pacientes com DRC sobre a atuação da fisioterapia para essa condição, e quais suas dificuldades para aderir ao tratamento quando indicado. De acordo com os nossos achados, verificamos que estes pacientes entendem os benefícios que a prática de exercícios propicia para a sua funcionalidade e melhora na qualidade de vida. Entretanto, observamos contradição entre as informações obtidas pelo nível de atividade física descrito e o discurso proferido de não se tornarem mais ativos após um programa fisioterapêutico. Ao mesmo tempo, observamos que os pacientes desconheciam os benefícios da fisioterapia para minimizar os efeitos da DRC.

Os pacientes entrevistados apresentaram sarcopenia, câimbras e fadiga, que são achados frequentes nos pacientes com DRC e considerados fatores limitantes para a sua funcionalidade e

capacidade funcional.^{2,12} Os entrevistados também demonstraram perceber melhora da funcionalidade mediante a prática de exercícios, o que também foi encontrado no estudo de Almeida et al.¹³ após a realização de um protocolo fisioterapêutico que melhorou a capacidade funcional e a força muscular.

Segundo Fassbinder et al.,¹⁴ a baixa capacidade funcional do paciente com DRC resulta negativamente na qualidade de vida destes pacientes e a prática de um programa de exercícios físicos melhora não somente o desempenho muscular como também os indicadores de qualidade de vida¹⁵. De acordo com Fukushima et al.,¹⁶ os pacientes ativos demonstram melhor percepção de qualidade de vida relacionada à saúde quando comparados aos inativos.

Conforme os resultados do nosso estudo, os pacientes com DRC compreendem que a fisioterapia pode melhorar a qualidade de vida, retardando efeitos colaterais da idade e sendo importante para quem apresenta comorbidades, o que foi verificado no estudo de Padulla et al.,¹⁷ no entanto, os entrevistados seguem o curso de suas vidas sem aderir a programas de exercícios para a sua condição de saúde, deixando de se beneficiar de forma mais efetiva.

Sabemos que a adesão ao tratamento por parte dos pacientes, apesar dos benefícios, não é grande³ e mesmo que o presente estudo tenha encontrado respostas que demonstram a compreensão das vantagens obtidas ao realizarem exercícios, ainda assim os pacientes referiram não possuírem o hábito de se manterem ativos. O mesmo foi encontrado por Araújo et al.,¹⁸ o qual concluíram que os pacientes em hemodiálise apresentam baixo nível de atividade física e no estudo de Kim et al.,¹⁹ que constataram que mesmo aqueles pacientes relativamente saudáveis em programas de hemodiálise apresentam redução na atividade física diária e no desempenho físico.

Quanto a contradição entre os resultados do nível de atividade física (IPAQ) e o discurso sobre o fato de não se tornarem mais ativos depois do tratamento, compreendemos que talvez os pacientes tenham tido dificuldade para discernir o que de fato é ser ativo. Possivelmente, o desconhecimento sobre a prática de exercícios e seus benefícios pelos entrevistados assim como a ausência de esclarecimento por parte dos profissionais de saúde em seus cuidados rotineiros para com esses pacientes tenham contribuído para tal resultado.

Os pacientes podem desconhecer sobre os benefícios do exercício, mesmo reconhecendo

que melhora a saúde e a qualidade de vida.⁷ De acordo com Kendrick et al.,⁷ os pacientes desejam esclarecimentos por parte dos profissionais de saúde acerca dos benefícios do exercício, no entanto, na prática clínica, essa lacuna parece ainda existir. De acordo com Johansen et al.,²⁰ os pacientes têm maior probabilidade de mudar seu comportamento em relação à prática de exercícios se perceberem que seus médicos apoiam seu progresso.

Os principais achados do nosso estudo foram os de que os pacientes relataram conhecer a fisioterapia, reconhecem que melhora a funcionalidade e a qualidade de vida, no entanto, não têm informação, por parte dos profissionais de saúde, sobre os benefícios que a prática regular de exercícios físico pode trazer para a sua condição física. Isso pode estar contribuindo para a procura pontual pela fisioterapia ou ainda, pela descontinuidade do tratamento fisioterapêutico ou ainda, para o entendimento sobre a contradição entre o nível de atividade relatado por eles e considerado como 'ativo' e a não continuidade ou participação em programas de exercício físico regular.

Como limitação do estudo deve-se considerar o não atendimento o número amostral de pacientes, no entanto, em estudos qualitativos, a saturação dos principais conteúdos elencados podem dispensar um número maior de respondentes sem comprometer a qualidade dos resultados.

O presente estudo chama a atenção para o conhecimento que os pacientes referem ter sobre a fisioterapia e a contradição entre o relato acerca de seu nível de atividade física e falta de um comportamento ativo. As consequências funcionais para os pacientes com DRC com o avançar do estadiamento da doença são uma realidade. Reconhecer onde o problema se situa pode contribuir para a criação de estratégias que possam abordar todos os envolvidos, a fim de otimizar a implementação de programas de exercício para esses pacientes.

CONCLUSÃO

Os pacientes com DRC entendem que a fisioterapia melhora a funcionalidade e a qualidade de vida, porém não compreendem os benefícios que a mesma pode oferecer para a sua condição de saúde por não serem instruídos pelos profissionais de saúde envolvidos em seus cuidados. Esses pacientes também relataram dificuldade para discernir sobre o nível de atividade física e a condição de não participante de

programas de exercício físico regular como meio de manutenção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no sistema único de saúde. Brasília- DF, 2014.
2. Zhang L, Luo H, Kang G, Wang W, Hu Y. The association between physical activity and mortality among patients undergoing maintenance hemodialysis. *Inter J Nurs Pract* 2017;23(1): e12505. doi: <https://doi.org/10.1111/ijn.12505>
3. Painter P, Marcus RL. Assessing physical function and physical activity in patients with CKD. *Clin J Am Soc Nephrol* 2013;8(5):861-72. doi: <https://doi.org/10.2215/CJN.06590712>
4. Stack AG, Murthy B. Exercise and limitations in physical activity levels among new dialysis patients in the United States: an epidemiologic study. *Ann epidemiol* 2008;18(12):880-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2008.09.008>
5. Kontos PC, Miller KL, Brooks D, Jassal SV, Spanjevic L, Devins GM, De Souza MJ, Heck C, Laprade J, Naglie G. Factors influencing exercise participation by older adults requiring chronic hemodialysis: a qualitative study. *Int Urol Nephrol* 2007;39(4):1303-11. doi: <https://doi.org/10.1007/s11255-007-9265-z>
6. Kang SH, Do JY, Jeong HY, Lee SY, Kim JC. The clinical significance of physical activity in maintenance dialysis patients. *Kidney Blood Press Res.* 2017;42(3):575-86. doi: <https://doi.org/10.1159/000480674>
7. Kendrick J, Ritchie M, Andrews E. Exercise in individuals with CKD: a focus group study exploring patient attitudes, motivations, and barriers to exercise. *Kidney Med* 2019 May-Jun;1(3):131-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2019.03.004>
8. Silva LC, Marinho PEM. Knowledge among nephrologists about the importance of exercise in the intradialytic period. *J Phys Ther Sci* 2015;27(9):2991-4. doi: <https://doi.org/10.1589/jpts.27.2991>
9. Fontabella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* 2008;24(1):17-27. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
10. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário internacional de atividade física (Ipaq): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2011;6(2):5-18. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18>
11. Bardin Laurence. *Análise de Conteúdo*. Coimbra: Edições 70, 2011.
12. Oliveira ACF, Vieira DSR, Bündchen DC. Nível de atividade física e capacidade funcional de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise. *Fisioter Pesqui* 2018;25(3):323-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/18003625032018>
13. Almeida AC, Silva VC, Rezende AAB, Rodrigues ESR, Silveira JM, Miranda EF. Efeitos do protocolo de reabilitação fisioterapêutica na melhora da qualidade de vida e capacidade funcional de pacientes em hemodiálise. *Revista Amazônia: Science & Health* 2016;4(2):9-15.
14. Fassbinder TRC, Winkelmann ER, Schneider J, Wendland J, Oliveira OB. Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise: um estudo transversal. *J Bras Nefrol* 2015;37(1):47-54. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150008>
15. Daibem, CGL. Exercício físico resistido em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise: ensaio clínico randomizado controlado. 2014. xiii, 81 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/128040>>.
16. Fukushima RLM, Costa JLR, Orlandi FS. Atividade física e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Fisioter Pesqui* 2018;25(3):338-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/18021425032018>
17. Padulla SAT, Matta MV, Miranda RCV, Camargo MR. A fisioterapia pode influenciar na qualidade de vida de indivíduos em hemodiálise. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2011;10(3): 564-70. doi: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i3.17382>
18. Araújo Filho JC, Amorim CT, Brito ACNL, Oliveira DS, Lemos A, Marinho PEM. Nível de atividade física de pacientes em hemodiálise: um estudo de corte transversal. *Fisiot Pesqui* 2016;23(3):234-40. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/14160723032016>
19. Kim JC, Shapiro BB, Zhang M, Li Y, Porszasz J, Bross R, Feroze U, Upreti R, Kalantar-Zadeh K, Kopple JD. Daily physical activity and physical function in adult maintenance hemodialysis patients. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2014;5(3):209-20. doi: <https://doi.org/10.1007/s13539-014-0131-4>
20. Johansen KL, Painter P. Exercise in individuals with CKD. *Am J Kidney Dis* 2012;59(1):126-34. doi: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2011.10.008>

Recebido em: 16/05/2021

Aceito em: 29/07/2021



Percepção e qualidade de vida de amputados de membro inferior submetidos à reabilitação fisioterapêutica

Perception and quality of life of lower-limb amputates submitted to physical therapy rehabilitation

Rafaela Gasparotto Sangirolamo¹, Mateus Dias Antunes², Michelle Cardoso Machado dos Santos¹, Fabiana Nonino¹

1 - Universidade Cesumar - UNICESUMAR, Maringá, PR, Brasil.

2 - Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Introdução: a Qualidade de Vida (QV) é um resultado importante para programas de reabilitação física e tem sido usada principalmente para comparar a eficácia de intervenções ou para comparar amputados com outras populações. **Objetivo:** avaliar a percepção e a QV de amputados de membros inferiores submetidos à reabilitação fisioterapêutica. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo com 20 pacientes amputados de membros inferiores. Foi realizada a identificação do paciente, coletado informação sobre a amputação, avaliada a QV por meio do WHOQOL-BREF, bem como, a percepção da amputação por meio de um questionário. Foi realizado estatística descritiva. **Resultados:** a maioria era do sexo masculino (65%) e com etiologia traumática (60%). Os níveis de amputação mais presentes foram o transfemural médio (30%) e o transtibial médio (30%). Apenas 55% dos amputados possuíam prótese e 95% dos amputados eram independentes na alimentação, higiene oral e na transferência da cadeira de rodas para o vaso sanitário. Em relação à percepção da amputação, 30% não acharam que sua amputação gera desconforto nas outras pessoas, porém relatam que sua amputação muda à forma com que os outros o tratam. Além disso, 65% afirmaram que sua amputação é um empecilho para a realização de alguma atividade e 60% relataram que sua amputação o torna dependente de alguém. Em relação à QV, relataram uma qualidade de vida nem ruim/nem boa nos domínios físico (70%) e no psicológico (50%). Além disso, a maioria relata uma QV boa nos domínios de relações sociais (70%) e meio ambiente (65%). **Conclusão:** os pacientes amputados de membro inferior que realizam fisioterapia não acharam que sua amputação gera desconforto nas outras pessoas, mas é considerada um empecilho para a realização de alguma atividade. Além disso, apresentam uma qualidade de vida nem ruim/nem boa para aspectos físicos e psicológicos e boa para aspectos sociais e ambientais.

mateusantunes@usp.br

Palavras-chave:
Amputação; Qualidade de Vida; Fisioterapia; Reabilitação; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Quality of Life (QoL) is an important outcome in physical rehabilitation programs and has been used mainly to compare the effectiveness of interventions or to compare amputees with other populations. **Objective:** to evaluate the perception and QoL of lower limb amputees undergoing physical therapy rehabilitation. **Method:** this is a quantitative study with lower-limb amputees. Patient identification was performed, information about the amputation was collected, QoL was evaluated through the WHOQOL-BREF, as well as the perception of amputation through a questionnaire. Descriptive statistics was performed. **Results:** most individuals were male (65%), with a traumatic etiology (60%). The most present amputation levels were medium transfemoral (30%) and medium transtibial (30%). Only 55% of amputees had prostheses and 95% of amputees were independent in food, oral hygiene and transfer of the wheelchair to the toilet. Regarding the perception of amputation, 30% did not think that their amputation causes discomfort in other people, however, they report that their amputation changes the way others treat them. In addition, 65% said that their amputation is an obstacle for performing some activities and 60% reported that their amputation makes them dependent on other people. Regarding quality of life, they reported quality of life that was neither bad nor good in the physical (70%) and psychological (50%) domains. In addition, the majority report good quality of life in the domains of social relations (70%) and environment (65%). **Conclusion:** lower-limb amputees who undergo physical therapy did not think that their amputation causes discomfort in other people, but it is considered an obstacle for performing some activities. In addition, they have quality of life that is neither bad nor good for physical and psychological aspects and good for social and environmental aspects.

Keywords:
Amputation; Quality of life; Physiotherapy; Rehabilitation; Health promotion.



INTRODUÇÃO

A amputação representa um procedimento geralmente cirúrgico no qual há a remoção parcial ou total de um membro. Elas ocorrem principalmente por três motivos: patologias crônicas, como o diabetes; tumores malignos e benignos, como o osteosarcoma e traumas como os acidentes de trabalho e os automobilísticos. Outras circunstâncias que podem acarretar em uma amputação são as deformidades congênitas que geram consequências para a funcionalidade e as infecções que não conseguem ser contidas podendo levar a morte do indivíduo.^{1,2}

Quando as amputações são feitas de forma eletiva objetiva-se adquirir um coto, que é o membro residual da amputação, que seja indolor, sem neuromas terminais sintomáticos, estável e que futuramente seja útil, então se procura deixar um coto de amputação fisiológico, o qual é adequado para a protetização.³ O coto é encarregado do controle da prótese durante o ortostatismo e a marcha do paciente. Existem diversos níveis de amputações para os membros inferiores (MMII) e podemos destacar algumas delas como as desarticulações interfalangiana, de Chopart, de Syme, de joelho e de quadril e as amputações transtibiais e transfemorais, cada uma delas possuindo uma característica diferente. Há amputações em que a reabilitação e a protetização se tornam mais difíceis devido a vários fatores como o nível da amputação e a ausência de um bom coxim.⁴

A relação entre o nível de amputação e a perda das determinantes da marcha é também de extrema importância. Podemos tomar como exemplo as amputações transfemorais onde o paciente perde um importante determinante da marcha: a flexão e a extensão do joelho, importante para a fase de apoio durante a marcha. Assim dependendo do nível de amputação o amputado terá mais ou menos dificuldade para realizar a marcha.⁵ Em relação às amputações de membros superiores (MMSS) primeiramente deve-se ter em mente que a extremidade superior demanda de uma grande amplitude de movimento (ADM), pois ela que posiciona a mão para as atividades de vida diária. Por isso na amputação de MMSS sempre que possível se busca preservar o maior comprimento do membro para conservar essa habilidade.⁶ Destacam-se alguns níveis de amputação como as de extremidades distais dos dedos, ao nível da articulação distal, média e proximal, transradiais, desarticulação de cotovelo e as transmerais.³

Segundo as diretrizes de atenção a pessoa amputada os idosos são os que mais passam por procedimentos de amputação, sendo 85% das amputações de MMII e as indicações mais recorrentes são em consequência das complicações das doenças crônico-degenerativas. A segunda causa mais frequente são as amputações por causas traumáticas.⁷ Na literatura científica é destacado que a causa mais frequente para as amputações de membros superiores é a de origem traumática como os acidentes de trabalho, e as amputações dos MMII são em sua maioria causada por doenças vasculares.⁴ Uma pesquisa feita no hospital universitário de Santa Maria sobre as causas de amputações de membros nos confirma isso com dados que dizem que do total de amputações realizadas, 67,5% apresentavam causas vasculares e/ou infecciosas.⁸ A incidência das amputações varia em todos os países do mundo. Dados mostram a ocorrência de mais de um milhão ao ano. No Brasil a incidência das amputações é de 13,9 a cada 100,000 habitantes, sendo a maioria (85%) dos casos em MMII.⁹

A fisioterapia atua em diversos aspectos da amputação, como na prevenção, na reabilitação e no tratamento das complicações que surgem em consequência da amputação. O fisioterapeuta deve promover ações que visam à melhora da qualidade de vida (QV) de seus pacientes e das outras pessoas. Tem a responsabilidade de desenvolver os potenciais do indivíduo para que ele consiga desempenhar da melhor forma possível suas atividades de vida diária e laborativas.¹⁰

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Um estudo feito em Washington com 26 pacientes sobre os domínios que determinam a QV em amputados vasculares mostrou que a QV foi determinada por domínios como a redução da mobilidade e a dor, e que o apoio de colegas e uma reabilitação mais extensa com envolvimento de próteses promoveriam uma melhora na QV.¹¹ A relação entre mobilidade e a QV descrita no estudo anterior foi evidenciada em outro estudo sobre a análise da mobilidade dos amputados que obteve como resultado uma correlação positiva entre QV e satisfação geral com alta mobilidade.¹²

Na literatura científica, estudos tem identificado que o nível proximal da amputação, o elevado número de comorbidades presentes e o fato de não

receber uma prótese está coligado à baixa QV. Ainda, evidências científicas mostram que a mobilidade e a interação social bem como a amputação em níveis mais distal e o regresso ao trabalho estão coligadas a uma melhor QV. Nesse sentido, como a fisioterapia deve promover ações que visam à melhora da QV, é necessário conhecer qual é a percepção da amputação e sua qualidade de vida para propor estratégias e ações promotoras da saúde. Portanto, o objetivo do estudo foi avaliar a percepção e a QV de amputados de MMII submetidos à reabilitação fisioterapêutica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e observacional que foi aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Cesumar sob parecer número 3474465 e teve como base as recomendações do checklist *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).¹³

A seleção da amostra foi feita por meio da clínica de Fisioterapia que desenvolve um projeto de reabilitação para indivíduos amputados oriundos do INSS regional da cidade de Maringá - PR. Os critérios de inclusão foram: ter boa compreensão dos questionários e ter disponibilidade para responder os questionários. O critério de exclusão foi participantes menores de idade sem autorização por escrito.

Após a seleção todos os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa e assinaram de forma voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes foram convidados a responder os questionários antes e/ou depois da sessão de fisioterapia e todos os questionários foram aplicados pela pesquisadora com o paciente respondendo oralmente as perguntas.

Foram aplicados na amostra quatro questionários:

1) Identificação do indivíduo, que tem como objetivo identificar os amputados entrevistados, determinando: idade, sexo, escolaridade, fonte de renda e várias outras informações relevantes para a pesquisa;

2) Informações sobre a amputação, com o propósito de determinar o nível e a etiologia da amputação, como também identificar alguma patologia associada. Nele também se colheu a informação do número de amputações, se o pesquisado já possui prótese, se fez fisioterapia pré e pós-protetização, também tinha questões sobre as atividades de vida

diárias, transferências e aspectos do coto;

3) WHOQOL-BREF que tem o objetivo de avaliar a QV, saúde e outras áreas da vida do amputado como segurança do lar, tempo para lazer, apoio familiar e satisfação com si próprio. Há quatro domínios específicos que são avaliados, sendo eles: domínio físico, domínio psicológico, domínio relações sociais e domínio meio ambiente;¹⁴

4) Percepção da amputação que avalia a percepção da amputação pelo próprio amputado, se ele se sente dependente, diferente das outras pessoas e em quais ocasiões isso acontece.

Após a aplicação dos instrumentos, todos os resultados foram tabulados no *software Excel®* versão 2013. Após a referida tabulação, os resultados foram analisados por meio da estatística descritiva.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 20 indivíduos, onde a média de idade foi de 60,25 anos, sendo 65% do sexo masculino e 35% do sexo feminino. Os dados mostraram que 75% da população não trabalhavam. A fonte de renda dos desempregados variou, sendo que 50% viviam com a aposentadoria, 10% de benefício, 5% de seguro desemprego e os outros 10% não tinham renda, o que era suprido pelo restante da família. Os 25% que trabalhavam viviam com o salário que não passava de três salários mínimos. Todos os participantes possuíam renda familiar >3 salários mínimos.

Com a aplicação do questionário sobre as informações sobre a amputação, pode-se observar que os níveis Transfemural médio e Transtibial médio ficaram empatados com 30% cada, juntos representando 60% dos amputados pesquisados. O nível Transfemural distal apresentou-se em 15% dos amputados. Além disso, 10% das pessoas possuíam o nível Transfemural proximal e os outros 15% ficaram divididos igualmente entre os níveis Desarticulação de joelho, Transtibial proximal e Transtibial distal, todos com 5% da população pesquisada cada. Vale ressaltar que 70% tinham amputação a direita (Figura 1).

A etiologia da amputação variou em traumática, infecciosa, vascular e outras etiologias. Sendo a de origem traumática a maior encontrada, representando 60% da população pesquisada. Em segundo lugar foi a de origem vascular com 30% seguido da infecciosa e outras etiologias com 5% cada.

O lado predominante da amputação foi o direito com 70% em comparação ao esquerdo se apresentando em apenas 30% da população pesquisada. Um dado interessante encontrado na pesquisa foi que todos os

amputados acima dos 70 anos tiveram sua amputação de origem vascular e essa origem não se apresentou em mais nenhuma faixa etária (Figura 2).

Nível da Amputação

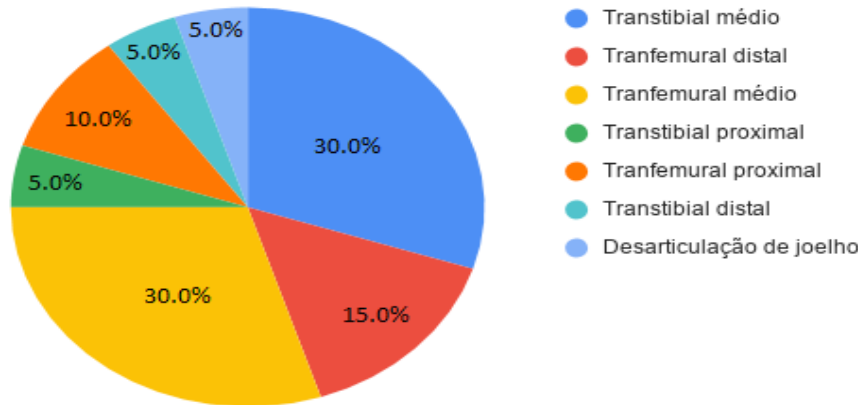


Figura 1 - Caracterização do nível de amputação.

Etiologia da Amputação

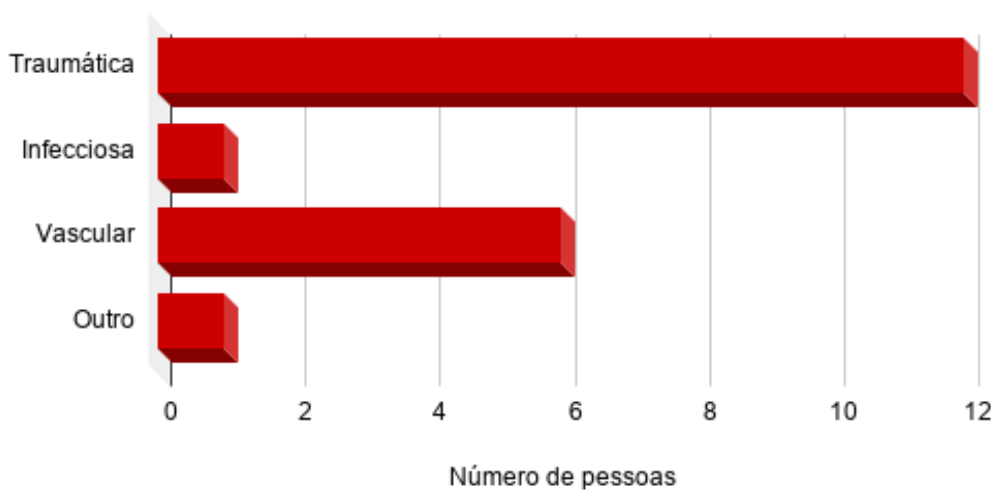


Figura 2 - Etiologia da amputação.

No questionário sobre as informações sobre a amputação pode-se concluir que 80% dos amputados pesquisados possuíam alguma patologia associada principalmente a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus. Além disso, 95% dos mesmos tinham apenas uma amputação e elas variaram entre 4 a 204 meses desde a última amputação.

Apenas 55% dos amputados possuíam prótese até o momento da entrevista, sendo que desses 55% somente 45,5% faziam uso da mesma. Além disso, 95% dos que possuíam prótese fizeram fisioterapia

antes de recebê-la e apenas dois deles não fizeram após a adquirirem. Ainda, 90% dos que ainda não possuíam prótese estão fazendo a terapia atualmente, sendo que a grande maioria faz o tratamento em clínicas públicas como a Associação Norte Paranaense de Reabilitação (ANPR). Os pacientes que utilizavam suas próteses faziam o uso da mesma em uma média de 3 horas por dia 4,5 dias por semana.

A Tabela 1 expressa a relação das atividades de vida diária com a independência do paciente para realiza-las. 95% dos participantes da pesquisa são

independentes na alimentação, higiene oral e na transferência da cadeira de rodas para o vaso sanitário, os outros 5% são parcialmente independentes, precisando de ajuda em alguma etapa da tarefa. 90% são independentes na higiene genital e na transferência

da cama para a cadeira de rodas. Somente 45% têm independência no banho e 55% no vestuário. A maior dependência foi para subir e descer escadas, onde 40% são dependentes e 30% parcialmente dependentes.

Tabela 1 – Relação das atividades de vida diária com a independência do amputado (percentual)

Atividades de Vida Diária	Independente (%)	Parcialmente dependente (%)	Dependente (%)
Alimentação	95	5	-
Higiene oral	95	5	-
Higiene genital	90	10	-
Banho	45	55	-
Vestuário	55	45	-
Cama/Cadeira de rodas	90	10	-
Cama/Ortostase	75	25	-
Cadeira de rodas/Vaso sanitário	95	5	-
Cadeira de rodas/Carro	70	30	-
Subir/Descer escadas	30	30	40

Apurou-se com relação aos níveis de amputação que o nível Transfemural proximal apresentou 100% de independência para alimentação, higiene oral e genital, transferência da cama para cadeira de rodas, cama/ortostase, cama/vaso sanitário e cama/cadeira de rodas. 50% eram parcialmente dependentes para o banho, vestuário, e subir/descer escadas.

O nível Transfemural médio manifestou 100% de independência apenas para alimentação, higiene oral e transferência da cadeira de rodas para o vaso sanitário. 66% eram parcialmente dependentes para o banho e vestuário e 33.0% parcialmente dependentes para cama/ortostase e 16% parcialmente dependentes na higiene genital, cama/cadeira de rodas e cadeira de rodas/carro. Na atividade de vida diária de subir/descer escadas 50% apresentaram dependência total.

Em relação ao nível de amputação Transfemural distal 100% se apresentou independente para alimentação, higiene oral e genital, vestuário, cama/cadeira de rodas e cadeira de rodas/vaso sanitário. 33% eram parcialmente dependentes para o banho, passagem da cama para ortostase, cadeira de rodas/carro e nenhum dos amputados entrevistados desse nível eram independentes para subir e descer escadas, sendo assim 66% deles apresentaram dependência parcial e a restante dependência total para tal atividade.

No nível desarticulação de joelho foi expresso 100% de independência em alimentação, higiene oral e genital, passagem da cama/cadeira de rodas, cama/ortostase e cama/vaso sanitário. Eram parcialmente

dependentes somente para o banho, vestuário e cadeira de rodas/carro e a única dependência encontrada foi para subir e descer escadas. O nível Transtibial proximal apresentou 100% de dependência parcial para todas as atividades de vida diária, exceto subir e descer escadas o qual se apresentou dependente.

O nível de amputação Transtibial médio teve 100% de independência para alimentação, higiene oral e genital, passagem da cama para a cadeira de rodas e cadeira de rodas/vaso sanitário. 33% eram parcialmente dependentes para o banho, cama/ortostase, cadeira de rodas/carro e em relação a subir e descer escadas 33% eram dependentes, 16% semidependentes e o restante conseguia subir e descer de forma independente.

O nível Transtibial distal apresentou 100% de independência para alimentação, higiene oral e genital como também na passagem de posturas da cama para cadeira de rodas, cama para ortostase e cadeira de rodas para o vaso sanitário, sendo parcialmente dependente para o banho, vestuário, cadeira de rodas/carro e subir e descer escadas.

Os entrevistados que apresentara maior dependência ou dependência parcial para as atividades de vida diária tinham mais de 60 anos de idade. Nenhum paciente apresentou lesões abertas, edema e espículas ósseas com ou sem dor na região da amputação, 15% apresentou lesões dermatológicas e 5.0% neuromas. 75% possuíam dor ocasional e 15% dor constante na região. 70% disseram que tinham a sensação do membro fantasma e 60% de dor fantasma.

Os domínios do WHOQOL-BREF estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Relação da porcentagem das respostas na escala de Likert com os domínios (percentual).

Escala de Likert	Domínio Físico (%)	Domínio Psicológico (%)	Domínio Relações sociais (%)	Domínio Meio ambiente (%)
1 (muito ruim)	-	-	5	-
2 (ruim)	5	5	-	-
3 (nem ruim/nem boa)	70	50	10	30
4 (boa)	25	45	70	65
5 (muito boa)	-	-	15	5

Ao analisar os resultados do questionário WHOQOL-BREF pode-se identificar que a resposta média sobre a QV geral (que compõe as perguntas número 1 e 2) foi de 3. No domínio físico e psicológico a média ficou em 3 e nos domínios sobre as relações sociais e meio ambiente a média foi de 4.

Dos 20 entrevistados, 70% deles, incluindo todos os amputados com 60 anos ou mais tiveram o domínio físico em 3 (nem ruim/nem boa), 25% tiveram a percepção de 4 (boa) e 5% relatou percepção 2 (ruim). No domínio psicológico 50% relataram percepção 3 (nem ruim/nem boa), 45% disseram que sua percepção era de 4 (boa) e os 5% restantes ficou em 2 (ruim). Em relação ao domínio relações sociais 70% afirmaram que suas relações são boas, 15% muito boa, 10% nem ruim/nem boa) e 5% como muito ruim. No último domínio pode-se constatar que 65% da amostra percebe esse domínio como bom, 5%

como muito bom e os 30% restantes como nem ruim/nem boa.

Por fim, no questionário número 4 sobre a percepção da amputação pelo amputado 30% dos entrevistados não acharam que sua amputação gera desconforto nas outras pessoas, porém disseram que sua amputação muda à forma com que os outros o tratam, 65% afirmaram que sua amputação é um empecilho para a realização de alguma atividade, principalmente para o lazer, 60% acharam que sua amputação o torna dependente de alguém, principalmente da família e para a atividade de vida diária banho, 40% exprimiram que sua amputação o torna diferente das outras pessoas e 25% expressaram que sua amputação o faz ser visto como um “estorvo” pela sociedade. Os resultados estão melhores expressos na Tabela 3.

Tabela 3 – Porcentagem das respostas obtidas com o questionário sobre a Percepção da Amputação.

Respostas (%)	Você acha que sua amputação é incômoda/gera desconforto em outras pessoas?	Você acha que sua amputação é um empecilho para a realização de alguma atividade?	Você acha que sua amputação muda a forma de como os outros o tratam?	Você acha que sua amputação o torna dependente de alguém?	Você acha que sua amputação o torna diferente das outras pessoas?	Você acha que sua amputação o faz ser visto como um “estorvo” pela sociedade?
SIM	70	65	30	60	40	25
NÃO	30	35	70	40	60	75
TALVEZ	-	-	-	-	-	-

DISCUSSÃO

Na pesquisa houve predomínio do sexo masculino sobre o feminino, essa condição pode ser vista em vários estudos, como por exemplo, um estudo feito sobre satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação

de membros inferiores, onde foi constatado que 75% da amostra eram do sexo masculino.¹⁵

A maior dependência ou dependência parcial nas atividades de vida diária foi evidenciada nos indivíduos com mais 60 anos de idade e os níveis mais dependentes foram os acima no joelho. Essa relação da idade com a dependência foi demonstrada

no estudo que destaca a dependência funcional em amputados de membros inferiores cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. Foi evidenciado que a independência funcional varia de acordo com o nível da amputação e com a faixa etária visto que a maior dependência é apresentada nos indivíduos de maior faixa etária.¹⁶

Diante dos resultados obtidos pode-se observar 95% dos participantes que fizeram fisioterapia antes de receber a prótese estão a utilizando hoje em dia, o que pode sugerir que os pacientes que fizeram fisioterapia antes da protetização têm maiores chances de se adaptarem a ela e assim substituir o membro perdido podendo voltar as suas atividades normais e ter melhor QV. A importância da protetização em relação à QV é corroborada com o estudo realizado com amputados transtibiais unilaterais sobre sua QV antes e após a protetização. De acordo com o estudo, houve uma considerável melhora na QV dos amputados após a protetização e também houve melhora na autoestima, independência e socialização.¹⁷

No presente estudo, 65% dos amputados entrevistados disseram que a amputação é um empecilho para a realização de alguma atividade, principalmente o lazer. Chini e Boemer¹⁸ destacam que a não realização de atividades cotidianas, ou a realização com auxílio, leva o paciente a sentimentos de inferioridade, baixa-autoestima e preocupação. O estudo ainda destaca que a dependência preocupa e assusta o amputado e ela é motivo de insegurança, medo e infelicidade, principalmente para as pessoas idosas que ficam dependentes para as atividades de vida diária e tudo isso foi demonstrado no presente estudo, pois 60% dos participantes tinham a percepção de ser dependente de alguém, principalmente para o banho e 25% acharam que a amputação o faz ser visto com um “estorvo” para a sociedade. Isso tudo claramente afeta a maneira de como o amputado pensa sobre si e como isso pode interferir na sua QV, como foi exposto por Chini e Boemer,¹⁸ a pessoa que sofre uma amputação a relação do corpo com o mundo é transformada, pois uma parte do corpo não mais existe e é silenciada. Neste estudo mencionado, os pacientes expressavam feições de desânimo, dor, angústia e medo, e esses gestos comunicavam a dificuldade de viver com essa cirurgia mutilante.

Em relação ao questionário WHOQOL-BREF estudos como o realizado por Milioli et al.¹⁹ sobre a QV em pacientes submetidos a amputação no

hospital público de Porto Alegre/RS, mostrou que no domínio físico, aproximadamente 35% dos pacientes relataram esse domínio como nem ruim/nem boa o que contradiz os 70% dessa classificado encontrada no nosso estudo. Uma das explicações seria a amostra do estudo feito pelo autor citado ser quase 10% menor que a nossa amostra. O único domínio que teve resultados semelhantes foi o domínio meio ambiente onde 30% no nosso estudo e 32% no estudo feito pelo autor relataram QV nesse domínio nem ruim/nem boa.

Com a realização do estudo foi possível exprimir a importância para entender qual a percepção o amputado tem de si e como isso pode interferir no melhor agenciamento de QV. Na alteração do corpo há uma infinidade de sentimentos que envolvem o amputado, pois por meio da percepção o corpo tem íntima relação com a inserção e compartilhamento com o mundo, portanto o amputado que não se sente bem consigo mesmo, que tem pensamentos negativos e que não é otimista com a sua recuperação pode interferir negativamente no tratamento fisioterapêutico.

Compreende-se desse modo que o fisioterapeuta olhe para a pessoa amputada de modo a ver além do tratamento motor e partir disso oferecer um tratamento direcionado a singularidade da pessoa e a singularidade da experiência por ela vivida. Portanto diversos fatores interferem na QV dos amputados como a dependência para a realização das atividades de vida diária e a percepção negativa em relação a sua amputação. E diante dos resultados obtidos com a pesquisa a fisioterapia pré e pós protetização é essencial para tornar o amputado independente e assim melhorar sua QV.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que os pacientes amputados de membro inferior que realizam fisioterapia não acharam que sua amputação gera desconforto nas outras pessoas, mas é considerada um empecilho para a realização de alguma atividade. Além disso, apresentam uma qualidade de vida nem ruim/nem boa para aspectos físicos e psicológicos e boa para aspectos sociais e ambientais.

REFERÊNCIAS

1. Gabarra LM, Crepaldi MA. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. 2009;30(1):59-72.

2. Haleem S, Yousaf S, Hamid T, Nagappa S, Parker MJ. Characteristics and outcomes of hip fractures in lower limb amputees. *Injury* 2021;52(4):914-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2020.10.017>
3. Geber B, Figueiredo EA, Assis IM, Lopes JM, Isolani LF, Pereira NM, et al. Comparação dos desfechos nos pacientes submetidos à amputação ou ao salvamento de membro como tratamento do osteossarcoma: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 2020;12(11):e4731. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e4731.2020>
4. Ziegler AP, Dalenogare JF, Carpes AP, Machado DS, Silva FS, Mota LM. Fisioterapia na reabilitação de amputado transfemoral unilateral: relato de caso. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde* 2019;2(2):106-10. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/rips.v2i2.14519>
5. Bruurmijn ML, Pereboom IP, Vansteensel MJ, Raemaekers MA, Ramsey NF. Preservation of hand movement representation in the sensorimotor areas of amputees. *Brain* 2017;140(12):3166-78. doi: <https://doi.org/10.1093/brain/awx274>
6. Fitzgibbons P, Medvedev G. Functional and Clinical Outcomes of Upper Extremity Amputation. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2015;23(12):751-60. doi: <https://doi.org/10.5435/jaaos-d-14-00302>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa amputada. Ministério da Saúde 2013; 1:36. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf Acesso em: 21 abr. 2021
8. Agne JE, Cassol CM, Bataglioni D, Ferreira FV. Identificação das causas de amputações de membros no hospital universitário de Santa Maria. *Saúde* 2004;30(1-2):84-9. doi: <https://doi.org/10.5902/223658346398>
9. Chamlian TR, Varanda RR, Pereira CL, Resende JM, Faria CC. Perfil epidemiológico dos pacientes amputados de membros inferiores atendidos no Lar Escola São Francisco entre 2006 e 2012. *Acta Fisiátrica* 2013;20(4):219-23. doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20130036>
10. Luz JP, Ruaro JA, Ruaro MB, Kerppers II, Melo SA, Fréz AR. Fisioterapia em pacientes com amputação transtibial: revisão sistemática. *ConScientiae Saúde* 2016;15(1):154-60. doi: <https://doi.org/10.5585/conssaude.v15n1.5589>
11. Suckow BD, Goodney PP, Nolan B., Veeraswamy RK, Gallagher P, Cronenwett JL, et al. Domains that determine quality of life in vascular amputees. *Annals of Vascular Surgery* 2015;29(4):722-30. doi: <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2014.12.005>
12. Wurdeman SR, Stevens PM, Campbell JH. Análise da Mobilidade de Amputados (MAAT I): A qualidade de vida e a satisfação estão fortemente relacionadas a mobilidade de pacientes com próteses de membros inferiores. *Prosthetics and Orthotics International* 2017;42(5):498-503. doi: <https://doi.org/10.1177/0309364617736089>
13. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MM, Silva CM. Iniciativa STROBE?: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3):559-65. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
14. Kluthcovsky ACG, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2009;31(3):1-12. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>
15. Diogo MJD. Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2003;13(6):395-9.
16. Santana FM, Silva L, Félix MDS, Cavalcante EG, Barbosa JS. Dependência funcional em amputados de membros inferiores cadastrados nas unidades básicas de saúde. ID online 2014;8(22):84-94. doi: <https://doi.org/10.14295/online.v8i22.265>
17. Vasconcelos TB. Avaliação da qualidade de vida de pacientes amputados transtibiais unilaterais antes e após a protetização. *Fisioterapia Brasil*. 2017;12(4):291-7. doi: <https://doi.org/10.33233/fb.v12i4.927>
18. Chini GCDO, Boemer MR. A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2007;15(2):330-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000200021>
19. Milioli R, Vargas MAO, Leal SMC, Montiel AA. Qualidade de vida em pacientes submetidos à amputação. *Revista de Enfermagem da UFSM* 2012;2(2):311-9. doi: <https://doi.org/10.5902/217976924703>

Recebido em: 31/05/2021

Aceito em: 29/07/2021



Capacidade funcional e força muscular em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise

Functional capacity and muscular strength in patients with chronic kidney failure in hemodialysis

Larissa Santos de Oliveira¹, Thiago Dipp¹

1 - Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

Objetivo: verificar a associação entre a capacidade funcional e a força muscular em pacientes com insuficiência renal crônica. **Método:** estudo do tipo quantitativo, descritivo transversal. Foi avaliada a distância percorrida no Teste de Caminhada de Seis Minutos, o número de repetições no Teste Sentar e Levantar em trinta segundos, a força muscular respiratória e a força de preensão palmar. **Resultados:** a distância percorrida no Teste de Caminhada de Seis Minutos não apresentou diferença dos valores previstos e associou-se com o número de repetições no Teste de Sentar e Levantar. As medidas de força de preensão palmar, pressão inspiratória e expiratória máximas apresentaram redução em relação aos valores de referência. Foram identificadas associações da força de preensão palmar dos membros com e sem a fistula arteriovenosa com as pressões respiratórias máximas. **Conclusão:** pacientes com insuficiência renal crônica sofrem impacto na função física com comprometimento predominante na força muscular ventilatória e periférica.

thiogodipp@hotmail.com

Palavras-chave:
Insuficiência Renal
Crônica; Força muscular;
Capacidade Funcional;
Fisioterapia.

ABSTRACT

Objective: to verify the association between functional capacity and muscle strength in patients with chronic kidney disease. **Method:** quantitative, cross-sectional study. The distance covered in the Six-Minute Walk Test, the number of repetitions in the Sit and Stand Test in 30 seconds, respiratory muscle strength and handgrip strength were evaluated. **Results:** the Six-Minute Walk Test showed no difference from the predicted values and was associated with the number of repetitions in the Sit-to-Stand Test. The measures of handgrip strength, maximum inspiratory and expiratory pressure showed a reduction in relation to the reference values. Associations of handgrip strength of limbs with and without arteriovenous fistula with maximum respiratory pressures were identified. **Conclusion:** patients with chronic kidney disease suffer an impact on physical function with a predominant impairment in ventilatory and peripheral muscle strength.

Keywords:
Chronic Kidney Diseases;
Muscle Strength;
Functional Capacity;
Physical Therapy.



INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, a doença cardiovascular representa o maior impacto na saúde mundial, com 30% das mortes mundiais. A doença renal crônica (DRC) é um dos principais causas de evento cardiovascular e, em seu estágio avançado, é a denominada Insuficiência Renal Crônica (IRC), gera necessidade de terapia de substituição da função renal, como a hemodiálise (HD).¹⁻⁴

A IRC é onerosa e tem alta prevalência no país. No ano de 2000, quase 42.700 brasileiros estavam em tratamento dialítico, sendo a prevalência mundial de 13%.⁵⁻⁷ É considerada um grave problema de saúde pública na população idosa ou em pacientes com comorbidades, especialmente Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).⁸⁻¹⁰

A IRC é a soma de alterações fisiológicas anormais causadas por uma agressão irreversível aos rins por mais de três meses, enfatizando a síndrome urêmica, induzindo à perda proteica e distúrbios metabólicos. Suas complicações envolvem as funções dos sistemas cardiovascular, pulmonar, neuromuscular e ósseo, dentre outras, sujeitando os indivíduos a uma queda progressiva da qualidade de vida, perda de funcionalidade e maior mortalidade.^{10,11}

A sarcopenia é a perda de massa muscular e é acentuada na população com IRC devido às restrições alimentares, acidose metabólica, perdas proteicas, inflamação e redução da atividade física.^{12,13} Estes indivíduos frequentemente apresentam perda de 40-50% na capacidade de exercício.¹⁴ Na situação pré-diálise, há diminuição de força em extensores de membros inferiores de 31% nos homens e de 47% nas mulheres.¹⁵ No processo de envelhecimento, a partir dos trinta anos de idade, a perda anual é de 1% a 1,5% da massa muscular e acompanhada por uma redução de 3% da força; assim, a sarcopenia é muito mais intensificada que a perda de massa muscular.^{4,13} O declínio constante de força muscular sistêmica, o aumento da fadiga e da fraqueza são consideráveis preditores de mortalidade em pacientes com IRC.^{5,16}

A identificação precoce de pacientes em hemodiálise vulneráveis à incapacidade funcional e sarcopenia é uma ferramenta importante para distinguir fatores ligados à saúde, como quedas, fraturas, hospitalizações e mortalidade.^{17,18} Por isso esta pesquisa tem como objetivo verificar a associação entre a capacidade funcional e a força muscular em pacientes com IRC.

MÉTODO

Estudo do tipo quantitativo, descritivo transversal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Ritter dos Reis – UNIRITTER/RS sob o parecer nº 2.297.053 recomendações da resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. Todos os participantes foram incluídos por conveniência após convite oral e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados nos meses de outubro e dezembro de 2017. A população estudada foi composta por pacientes com IRC em HD e a amostra foi proveniente da Clínica Renal Vita Rim – Porto Alegre/RS.

Foram incluídos no estudo indivíduos adultos (>18 anos), de ambos os sexos, em tratamento dialítico convencional (> 3 meses), com frequência semanal de 3x, com taxa de redução de ureia > 65% ou Kt/V $\geq 1,2$.^{19,20} Foram excluídos pacientes com déficit cognitivo ou visual, presença de angina instável, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, arritmias cardíacas graves, marcapasso, HAS não controlada (PAS >200mmHg e PAD >100mmHg no basal), glicemia descompensada (>300mg/dL), doença vascular periférica em membros inferiores (como trombose venosa profunda), sequela neurológica incapacitante, infecções sistêmicas agudas, portadores de problemas ortopédicos que impediam realização dos testes físicos.^{3,21} Foi consultado o prontuário eletrônico dos pacientes para a coleta da idade, altura, peso seco, pressão arterial, frequência cardíaca (FC), tempo de tratamento, patologia de base e demais comorbidades associadas.

Avaliação da Capacidade Funcional

A capacidade funcional foi avaliada por meio da distância percorrida no Teste de Caminhada de Seis Minutos (DTC6).²² O teste consiste na caminhada em velocidade máxima suportada pelo paciente sobre uma pista plana de 30 metros, sem ajuda. Foram dados estímulos verbais padronizados por minuto, para motivar o paciente. Foi registrada a distância percorrida em metros ao final do tempo. O paciente foi instruído a interromper o teste se sentisse desconforto (cansaço, dispneia, taquicardia, tonturas) ou saturação periférica de oxigênio (SpO₂) <85%.²³ Antes e após o teste foram monitorados a pressão arterial, FC, frequência respiratória (FR), SpO₂, além

da percepção subjetiva de esforço (escala de BORG modificada). A avaliação foi realizada previamente na segunda ou terceira sessão de HD da semana.²⁴ Os valores atingidos foram comparados aos valores enunciados pela equação sugerida por Iwama *et al.*²⁵

Avaliação da Força Muscular de Membros Inferiores

Para avaliação da força muscular realizou-se o Teste de Sentar-se e Levantar em 30 segundos (TSL). O paciente foi posicionado em uma cadeira de 45cm de altura, com as costas eretas, punhos cruzados junto ao peito, com os pés afastados na linha dos quadris e apoiados no chão. Ao comando do avaliador, o paciente se eleva e retorna à posição inicial, repetidamente, durante 30 segundos.²⁸ Foi registrado o número de repetições realizadas e os resultados foram comparados com os próprios valores de referência de testes de Fullerton Rikli e Jones.²⁷

Avaliação da Força de Preensão Palmar

Para a avaliação da força de preensão palmar (FPP) foi usado um dinamômetro (Camry, modelo EH101, Guangdong®, China), conforme recomendação da Sociedade Americana de Terapeutas da Mão. O paciente permaneceu em sedestação, com os quadris e joelhos a 90° de flexão, cotovelo flexionado a 90°, antebraço e punho em posição neutra enquanto o pesquisador orientava o teste. Foram realizadas três medidas, com intervalo de 30 segundos.²⁹ Os valores médios encontrados foram comparados com os valores de referência descritos por Caporrino *et al.*³⁰

Avaliação da Força Muscular Respiratória

A verificação das pressões inspiratória e expiratória máximas foi realizada utilizando o manovacuômetro digital, integrado por um transdutor MVD-300 (Microhard System, Globalmed®, Porto Alegre, Brasil), com capacidade de ± 300 cm H₂O. O paciente estava em sessão dialítica no momento da coleta, posicionado na poltrona com quadris e joelhos flexionados a 90°. Foi solicitando ao paciente esforço máximo da expiração e da inspiração, com palavras de incentivo como “puxe o mais forte que puder!”, “mais forte!”. O teste foi realizado cinco vezes com intervalo de 1 minuto, mensurando apenas os valores que não houvesse variação acima de 10%¹⁴. Os valores

obtidos foram comparados com a equação de valores previstos de Pessoa.³¹

Avaliação Antropométrica

A circunferência abdominal (CA) foi alcançada utilizando uma fita métrica sem elástico, contornando a região abdominal, sem contração muscular e sem compressão tecidual, com o paciente na posição anatômica, 2cm acima da cicatriz umbilical. E na circunferência do quadril (CQ), foi contornado a região de maior volume do quadril com uma fita métrica sem elástico, sem comprimir a região.³²

A massa corporal foi verificada por meio de uma balança digital com tolerância máxima de 150 Kg (Cauduro, Brasil, São Paulo). A estatura dos indivíduos foi aferida usando uma fita métrica fixada a uma parede. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado usando a fórmula $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{altura}^2$ (cm).³²

Análise estatística

Os dados contínuos foram apresentados em média \pm desvio padrão, foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk* para verificar a distribuição dos dados e o teste *t Student* para comparação de médias. As associações entre as variáveis foram analisadas pelo teste de *Pearson* ou *Spearman*, quando necessário. As análises foram realizadas no *software* SPSS 21.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) e foi adotado nível de significância estatística com $p < 0,05$.

RESULTADOS

Os 61 indivíduos participantes possuíam em média $52 \pm 15,2$ anos de idade, sendo 62% (n= 38) do sexo masculino, 91,8% (n= 56) apresentavam HAS, 21,3% (n= 13) tinham DM e 75,4% (n= 46) faziam uso do fármaco eritropoetina. A Tabela 1 apresenta as características da amostra.

A idade apresentou associação positiva com IMC ($r = 0,0426$; $p = 0,001$); CA ($r = 0,565$; $p < 0,001$) e massa corporal ($r = 0,423$; $p = 0,001$). O Tempo de Tratamento em Hemodiálise teve uma associação negativa e fraca com o peso corporal ($p = 0,024$; $R = -0,289$). Na Tabela 2, estão demonstrados os valores das variáveis físicas.

Não houve diferença entre os valores atingidos nos testes físicos e os previstos para a distância percorrida no DTC6 ($p > 0,05$). Ainda, este apresentou associação positiva e forte com o número

Tabela 1 – Perfil antropométrico, hemodinâmico e funcional dos pacientes

	n = 61
Idade (anos)	52 ± 15,2
IMC (Kg/m ²)	25,1 ± 4,5
Tempo de Tratamento (meses)	60 (30 – 96)
PAS (mmHg)	145,1 ± 19,7
PAD (mmHg)	86,9 ± 12,4
FC (bpm)	78 ± 12
CA (cm)	94,2 ± 13,9
CQ (cm)	99,3 ± 8,8

IMC= Índice de massa corporal; PAS= Pressão arterial sistólica; PAD= Pressão arterial diastólica; FC= Frequência cardíaca; CA= Circunferência abdominal; CQ= Circunferência do quadril.

Tabela 2 - Resultados dos testes físicos de pacientes com IRC em HD

	n = 61
Número de repetições no TSL	9 ± 3
DTC6 (m)	536,6 ± 162,2
DCT6 prevista (m)	564,8 ± 34,2
PP FAV+ (Kg)	23,2 ± 8,4
PP FAV+ previsto (Kg)	34,9 ± 5,5
PP FAV+ (%)	66,5 ± 20,9
PP FAV- (Kg)	26,4 ± 8,7
PP FAV- previsto (Kg)	38,8 ± 6,1
PP FAV- (%)	68,5 ± 20,1
PI _{máx} (cm/H20)	70,3 ± 51,9
PI _{máx} previsto (cm/H20)	86,3 ± 13,6
PI _{máx} (%)	80,6 ± 54,4
PE _{máx} (cm/H20)	88,8 ± 33,9
PE _{máx} previsto (cm/H20)	121,2 ± 29,1
PE _{máx} (%)	76 ± 29,8

TSL= Teste Senta e Levanta; DTC6= Distância percorrida no Teste de Caminhada de Seis Minutos; PP= Preensão Palmar; HG FAV+= Força do membro não dominante, com fistula arteriovenosa; HG FAV- = Força do membro dominante, sem fistula arteriovenosa; PI_{máx}= Pressão Inspiratória Máxima; PE_{máx}= Pressão Expiratória Máxima.

Tabela 3 – Associação da força muscular respiratória e força de preensão palmar

	HG FAV+	HGFV-
PI _{máx}	p= 0,044; R= 0,259	p= 0,003; R= 0,372
PE _{máx}	p= 0,004; R= 0,363	p= 0,001; R= 0,403

de repetições no TSL ($r= 1,000$; $p<0,001$).

Para a análise da FPP em relação aos valores de referência em pacientes com IRC em HD, foram adotadas as seguintes condições: o membro dominante foi adotado como o membro sem a fistula arteriovenosa (HG FAV-) enquanto que a mão não-dominante foi adotado como o membro com a fistula arteriovenosa (HG FAV+). As medidas de ambos permaneceram abaixo do previsto por Caporrino *et*

*al.*³⁰ Houve fraca associação com a força de PP no membro sem a FAV com o n° de repetições no TSL ($r= 0,266$; $p= 0,039$).

A força muscular respiratória apresentou valores abaixo do previsto, mas sem diferença estatística na PI_{máx}. Os valores de PE_{máx} apresentaram redução estatística em relação aos valores previstos ($p<0,05$). Tanto a PI_{máx} quanto a PE_{máx} apresentaram associação com os valores

de FPP, como demonstrado na Tabela 3. As demais variáveis não apresentaram associação.

DISCUSSÃO

Conforme o objetivo do estudo, foi demonstrado que os pacientes que hemodiálise apresentam valores adequados para a capacidade funcional e força muscular inspiratória, entretanto, apresentaram redução na FPP e na força muscular expiratória. Ainda, a capacidade funcional se relacionou positivamente com a força muscular de membros inferiores e a força da musculatura ventilatória com a força de membros superiores. A idade, o predomínio do sexo masculino e o sobrepeso são características comumente observados em pacientes com IRC, concordando diretamente com o Censo Nacional de Diálise de 2018. Nesta pesquisa, 40,9% dos pacientes estava acima do peso adequado, semelhante aos valores apresentados (41%) no censo.⁷ Johansen e Lee⁸ associaram o IMC alto a eventos cardiovasculares na população dialítica.

Dentre as doenças de base estão a HAS e a DM como as mais prevalentes. No presente estudo, 91,8% dos pacientes apresentavam HAS e 21,3% apresentavam DM. No estudo de Abro *et al.* (2018)¹⁴, também houve elevada prevalência (76,8% e 37,4% para HAS e DM, respectivamente). A anemia também é prevalente em razão da sensibilidade renal a alterações no nível de oxigênio sanguíneo estar deteriorada e, o uso contínuo do fármaco eritropoietina recombinante induz a produção de hemoglobinas, melhora a sobrevida, o apetite e a sensação de dispneia.³³ Silva *et al.* encontraram prevalência de 70% de uso de eritropoietina em pacientes com IRC, como em nosso estudo (75,4%).²⁶

A HD e a IRC deterioram substancialmente o sistema musculoesquelético, principalmente nos membros inferiores, por alterações dos mecanismos na perfusão muscular, débito cardíaco e aumento no estado catabólico mediado por diversos fatores como acidose metabólica, excesso de angiotensina II, corticosteroides e redução nos níveis de atividade física contribuindo fortemente para a redução de funcionalidade.¹⁶

A queda da capacidade funcional resulta em um estilo de vida degradante, afetando tarefas simples de vida diária, como caminhar e se levantar, essenciais para a independência funcional.^{24,34} Quanto a DTC6, não foi encontrada diferença estatística (536,6 ± 162,2

vs. 564,8 ± 34,2 metros) ($p=0,96$). Fatores como uma distância maior percorrida e o uso de uma fórmula de predição mais atual, como a proposta por Iwama *et al.*,²⁶ poderiam explicar o alcance dos valores atingidos em relação aos valores preditos neste estudo.³⁵

Na IRC, existe disfunção do metabolismo mitocondrial. A atividade das células satélites da musculatura esquelética está deteriorada, prejudicando a regeneração muscular. O hipercatabolismo é um dos fatores importantes de atrofia muscular em indivíduos com IRC, tendo em consideração que estes pacientes apresentam grandes concentrações de marcadores inflamatórios (proteína C reativa, interleucina-6 e fator de necrose tumoral alfa), induzindo o bloqueio da síntese proteica.^{2,5} No estudo de Tamaki *et al.*,³⁶ usando camundongos nefrectomizados, foram encontradas expressivas reduções mitocondriais em camundongos jovens, mesmo com a força e o volume muscular preservados, evidenciando *deficit* mitocondrial antes do surgimento da disfunção musculoesquelética.

No presente estudo, os pacientes atingiram 9 ± 3 repetições no TSL o que demonstra o impacto da IRC sobre a força muscular de membros inferiores. Encontramos forte associação do resultado do TSL com a DTC6 ($r=1,000$; $p=0,000$). No estudo de Dipp *et al.*,²⁸ o número de repetições no TSL associou-se com a força muscular respiratória e com a idade, demonstrando o comprometimento muscular global do paciente em diálise.

Pinto *et al.*³⁷ identificam reduções da FPP do membro dominante para brasileiros. Os nossos achados corroboram com tais dados porque também demonstramos reduções dessa variável. Embora tenham sido identificadas associações de fraca a moderada, os estudos apontam para um comprometimento global da função muscular em pacientes dialíticos.

Um dos padrões observados nesta população é a disfunção muscular ventilatória. No presente estudo houve redução de 18,5% da P_{Imax} (70,3 ± 51,9 vs. 86,3 ± 13,6; $p=0,021$). Zanini *et al.* (2016)³⁸ apontam o mesmo padrão de comprometimento da P_{Imax}, com reduções de 54% (61 ± 24,2 vs. 112,8 ± 17,3) e 64% em uma amostra composta apenas por homens.³⁹ Quanto a P_{E_{max}}, no presente estudo foi identificada redução em 26,8% (88,8 ± 33,9 vs. 121,2 ± 29,12; $p=0,038$), o que corrobora com diversos estudos que demonstraram reduções de 14,2%,²⁸ 24,2%³⁸ e até 50,5%.³⁹

A rotina de tratamento do paciente em

hemodiálise inclui grandes períodos de inatividade física e de recuperação da sessão dialítica. Alguns pacientes ainda precisam se deslocar para outros municípios para realizarem o tratamento. Isso pode ser uma barreira na participação e disponibilidade para a realização dos testes físicos. O delineamento do estudo limita a análise das variáveis relacionando causa-efeito. O levantamento do estado nutricional poderia ser um fator que contribuísse na discussão dos dados encontrados na amostra avaliada.

Características da IRC incluem a deterioração da função muscular com predominância nas fibras do tipo II. A redução nos valores encontrados em movimentos que requerem o acionamento rápido das unidades motoras musculares para a geração de tensão (para a FPP, para o ato de sentar-se e levantar e para puxar o ar para dentro dos pulmões) demonstram o grande impacto da IRC e da hemodiálise. O processo sarcopênico exacerba a atrofia das fibras musculares do tipo II. Cansaço, fraqueza muscular, artralgia e dispnéia precoce são alguns dos sintomas que levam o indivíduo a um estilo de vida sedentário. Associado a isso está a redução na proporção de fibras do tipo I e diminuição do potencial oxidativo, contribuindo para maior risco de mortalidade cardiovascular.^{19,40}

CONCLUSÃO

Pacientes com IRC em HD sofrem impacto na função física com reduções mais significativas na força muscular periférica e ventilatória. São levados para um declínio constante da independência funcional, interferindo diretamente nas atividades de vida diária e na qualidade de vida. Estratégias de promoção da saúde, prevenção de agravos dialíticos e criação de políticas públicas se fazem necessário frente a este panorama.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília. 2014;1:1-37.
2. Groussard C, Rouchon-Isnard M, Coutard C, Romain F, Malardé L, Lemoine-Morel S, Martin B, Pereira B, Boisseau N. Beneficial effects of an intradialytic cycling training program in patients with end-stage kidney stage. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2015;40(6):550-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1139/apnm-2014-0357>
3. Schardong J, Dipp T, Bozzeto CB, da Silva MG, Baldissera GL, Ribeiro RC, Valdemarca BP, do Pinho AS, Sbruzzi G, Plentz RDM. Effects of intradialytic neuromuscular electrical stimulation on strength and muscle architecture in patients with chronic kidney failure: randomized clinical trial. *Artificial Organs* 2017; 41(11):1049-58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/aor.12886>
4. Carvalho AS, Alves TC, Abdalla PP, Venturini ACR, Leites PDL, Machado DRL. Composição corporal funcional: breve revisão. *Cad Edu Fís Esp* 2018;16(1):235-46. doi: <https://doi.org/10.36453/2318-5104.2018.v16.n1.p235>
5. Souza VA, Oliveira D, Mansur HN, Fernandes NMS, Bastos MG. Sarcopenia na doença renal crônica. *J Bras Nefrol* 2015;37(1):98-105. doi: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20150014>
6. Thomé FS, Sesso RC, Lopes AA, Lugon JR, Martins CT. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2017. *J Bras Nefrol* 2019;41(2):208-14. doi: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0178>
7. Neves PDMM, Sesso RCC, Thomé FS, Lugon JR, Nascimento MM. Brazilian Dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade. *J Bras Nefrol* 2020;42(2):191-200. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0234>
8. Johansen KL, Lee C. Body composition in kidney disease. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2015;24(3):268-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MNH.0000000000000120>
9. Kohl LM, Signori LU, Ribeiro RA, Silva AMV, Moreira PR, Dipp T, Sbruzzi G, Lukrafka JL, Plentz RDM. Prognostic value of the six-minute walk test in end-stage renal disease life expectancy: a prospective cohort study. *Clinics* 2012;67(6):581-6. doi: [http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2012\(06\)06](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2012(06)06)
10. Ferrari F, Helal L, Dipp T, Soares D, Soldatelli Â, Mills AL, Paz C, Tenório MCC, Motta MT, Barcellos FC, Stein R. Intradialytic training in patients with end-stage renal disease. *J Nephrol* 2020;33(2):251-66. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s40620-019-00687-y>
11. Valenzuela PL, de Alba A, Pedrero-Chamizo R, Morales JS, Cobo F, Botella A, González-Gross M, Pérez M, Lucia A, Marín-López MT. Intradialytic exercise: One size doesn't fit all. *Front Physiol* 2018;9(844):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fphys.2018.00844>
12. Dipp T, Pereira GA, Segatto K, Baugarten MCS, Giendruczak V, Plentz RDM. Quality of life as a predictor of hospitalization in patients with chronic kidney disease on hemodialysis: a retrospective cohort study. *Clin Biom Res* 2019;39(3):209-15. doi: <https://doi.org/10.22491/2357-9730.93552>
13. Moorthi R, Avin K. Clinical relevance of sarcopenia in chronic kidney disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2017;27(3):219-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MNH.0000000000000318>
14. Abro A, Delicata LA, Vongsanim S, Davenport A. Differences in the prevalence of sarcopenia in peritoneal dialysis patients using hand grip strength and appendicular lean mass. *Eur J Clin Nutr* 2018;72(7): 993-99. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/s41430-018-0238-3>
15. Dipp T, Macagnan FE, Schardong J, Fernandes RO, Lemos LC, Plentz RDM. Short period of high-intensity inspiratory muscle training improves inspiratory muscle strength in patients with chronic disease on hemodialysis: a randomized controlled trial. *Brazi J Phys Ther* 2020;24(3):280-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjpt.2019.04.003>
16. Deligiannis A. Exercise rehabilitation and skeletal muscle benefits in hemodialysis patients. *Clin Neph* 2004;61(1):46-50.

17. Ferrari F, Sacramento MS, Diogo DP, Santos CAN, Motta MT, Petto J. Physical exercise in individuals in hemodialysis: benefits and best indications – systematic review. *J Phys Res* 2018;8(3):404-19. doi: <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v8i3.1933>
18. Kim M, Yabushita N, Kim MK, Matsuo T, Okuno J, Tanaka K. Alternative items for identifying hierarchical levels of physical disability by using physical performance tests in women aged 75 years and older. *Ger Geront Int* 2010;10(4):302-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0594.2010.00614.x>
19. Hall RK, Luciano A, Pieper C, Colón-Emeric CS. Association of kidney disease quality of life (KDQOL-36) with mortality and hospitalization in older adults receiving hemodialysis. *BMC Nephrol* 2018;19(1):1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12882-017-0801-5>
20. Cheema B, Abas H, Smith B, O’Sullivan A, Chan M, Patwardhan A, Kelly J, Gillin A, Pang G, Lloyd B, Singh MF. Progressive exercise for anabolism in kidney disease (PEAK): A randomized, controlled trial of resistance training during hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2007;18(5):1594-601. doi: <http://dx.doi.org/10.1681/ASN.2006121329>
21. National Kidney Foundation. (NKF-KDOQI) 2006: update: clinical practice guidelines and recommendations, [s.l,s.n], 2006.
22. Sachetti A, Dal’Acqua AM, Lemos FA, Naue WS, Santos LJ, Bianchi T, Dias AS. Efeitos da estimulação elétrica neuromuscular sobre a mobilidade diafragmática de pacientes críticos: ensaio clínico randomizado. *Rev Conscientiae Saúde*. 2017;16(2):224-33.
23. ATS Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166(1):111-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm.166.1.at1102>
24. Dourado VZ, Vidotto MC, Guerra RLF. Equações de referência para os testes de caminhada de campo em adultos saudáveis. *J Bras Pneumol* 2011;37(5):607-14. doi: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000500007>
25. Silva TCL, Costa EC, Guerra RO. Resistência aeróbia e força de membros inferiores de idosos praticantes e não-praticantes de ginástica recreativa em um centro de convivência. *Rev Bras Ger Gerontol* 2011;14(3):535-42.
26. Iwama AM, Andrade GN, Shima P, Tanni SE, Godoy I, Dourado VZ. The Six-minute walk test and body weight-walk distance product in healthy Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res* 2009;42(11):1080-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-879X2009005000032>
27. Rikli FE, Jones CJ. The reliability and validity of a 6-minute walk test as a measure of physical endurance in older adults. *J Aging Phys Act* 1998;6(4):363-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00008483-200005000-00003>
28. Dipp T, Silva AMV, Signori LU, Strimban TM, Nicolodi G, Sbruzzi G, Moreira PR, Plentz RDM. Força muscular respiratória e capacidade funcional na insuficiência renal terminal. *Rev Bras Med Esp* 2010; 16(4):246-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S1517-86922010000400002>
29. Eichinger FLF, Soares AV, Carvalho Júnior JM, Maldaner GA, Domenech SC, Borges Júnior NG. Força de preensão palmar e sua relação com parâmetros antropométricos. *Cad Bras Ter Ocup* 2015;23(3):525-32. doi: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoA0610>
30. Caporino FA, Faloppa F, Santos JBG, Réssio C, Soares FHC, Nakachima LR, Segre NG. Estudo populacional da força de preensão palmar com dinamômetro Jamar. *Rev Bras Ortop* 1998; 33(2):150-55.
31. Pessoa IS, Hourri Neto M, Montemezzo D, Silva LA, Andrade AD, Parreira VF. Predictive equations for respiratory muscle strength according to international and Brazilian guidelines. *Braz J Phys Ther* 2014;18(5): 410-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0044>
32. Rezende FAC, Rosado LEFPL, Ribeiro RCL, Vidigal FC, Vasques ACJ, Bonard IS, Carvalho CR. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* 2006;87(6):728-34. doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2006001900008>
33. Nascimento MC, Abreu CLC, Costa RN, Moura WC, Delgado IF. A eritropoetina recombinante. *Universitas: Ciências da Saúde, Brasília*. 2013;11(1):43-55. doi: <https://doi.org/10.5102/ucs.v11i1.1980>
34. Santos R, Tribess S, Meneguci J, Bastos LLAG, Damião R, Virtuoso Júnior JS. Força de membros inferiores como indicador de incapacidade funcional em idosos. *Motriz* 2013;19(3):S35-S42. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-65742013000700006>
35. Barros P, Fuzari HKB, Medeiros AIC, Marinho PEM. Fatores preditores da capacidade funcional em pacientes com doença renal crônica sob hemodiálise. *ConScientiae Saúde* 2019;18(2):149-55.
36. Tamaki M, Miyashita K, Wakino S, Mitsuishi M, Hayashi K, Itoh H. Chronic kidney disease reduces muscle mitochondria and exercise endurance. *Kid Inter* 2014;85(6):1330-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/ki.2013.473>
37. Pinto AP, Ramos CI, Meireles MS, Kamimura MA, Cuppari L. Impacto da sessão de hemodiálise na força de preensão palmar manual. *J Bras Nefrol* 2015;37(4):451-57. doi: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20150072>
38. Zanini SC, Sperotto MC, Ferreira JS, Piovesan F, Leguisamo CP. Força muscular respiratória e capacidade funcional de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Fisiot Brasil* 2016;17(5):457-63. doi: <https://doi.org/10.33233/fb.v17i5.681>
39. Posser S, Cecagno-Zanini SC, Piovesan F, Leguisamo CP. Functional capacity, pulmonary and respiratory muscle strength in individuals undergoing hemodialysis. *Fisioter Mov* 2016;29(2):343-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.029.002.AO13>
40. Rondelli R, Corso SD, Simões A, Malaguti C. Métodos de avaliação da fadigabilidade muscular periférica e seus determinantes energético-metabólicos na DPOC. *J Bras Pneumol*. 2009;35(11): 1125-35. doi: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009001100011>

Recebido em: 22/05/2021

Aceito em: 16/09/2021



Entre lutos e pandemias: uma revisão narrativa

Griefs and pandemics: narrative review

Marcella Ricardo da Silva Simonetti¹, Giovanna da Conceição Gomes¹, Karla Gomes Nunes¹

1 - Universidade Católica de Minas Gerais - PUC, Betim, MG, Brasil

RESUMO

Introdução: em uma pandemia milhares de pessoas sofrem o processo do luto, a perda do ente querido mobiliza significativamente o bem-estar levando, por vezes, o comprometimento da sua saúde mental de curto a longo prazo. O luto em pandemias pode influenciar toda a estrutura social e psíquica principalmente quando não há espaço para socialização e apoio emocional, já que há a instalação do distanciamento social, da interrupção dos habituais ritos da cultura ocidental e falta de protagonismo do luto devido a quebra de um vínculo próximo. **Método:** foi feito um levantamento bibliográfico do período de 2019 a 2021 nas bases de dados Bireme e EBSCO, sendo usados os descritores luto, enlutados, pandemia e covid-19 e as correspondentes em inglês e espanhol, sendo selecionados 25 artigos, que após leitura dos resumos foram reduzidos a 7, que abordavam diretamente o assunto do presente trabalho. **Resultado e Discussão:** os artigos demonstraram que está incluído no processo de luto a complexidade e a subjetividade, assim como, a necessidade do tempo para uma reorganização interna do enlutado. Os rituais fúnebres tendem a amenizar a dor da perda, no entanto, em momentos em que esses rituais estão proibidos e mudanças intensas acontecem ao entorno do luto, torna-se importante pensar e discutir sobre a complicação desse sentimento de enlutamento bem como preparar o sistema de saúde para auxiliar as pessoas que desenvolverem o luto complicado. **Conclusão:** a pandemia de COVID-19 trouxe mudanças drásticas nas circunstâncias que cercam a morte e o luto, deixando milhões de pessoas em condições adversas para a elaboração da perda de seus entes queridos, isso tende a se tornar um problema de saúde pública ao longo dos próximos anos sendo, portanto, um assunto que deve ser discutido com prioridade, principalmente levando-se em consideração as circunstâncias brasileiras em que temos um número avassalador de mortes e um governo pouco colaborativo e des-cuidado, além de poucas pesquisas ao entorno do tema.

Palavras-chave:
Luto; Pandemias;
COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: in a pandemic, thousands of people suffer the grieving process. The loss of a loved one significantly mobilizes well-being, and sometimes leads to short- and long-term impairment of their mental health. Mourning in a pandemic can influence the entire social and psychic structure, especially when there is no space for socialization and emotional support, as there is the installation of social distancing, the interruption of the usual rites of Western culture and lack of protagonist in mourning due to the breakdown of a close bond. **Method:** a bibliographic survey was carried out from 2019 to 2021 in the Bireme, EBSCO and Lilacs databases, using the descriptors mourning, mourner, pandemic and covid-19 and the corresponding descriptors in Portuguese and Spanish, with 25 articles being selected. After reading of the abstracts, they were reduced to 7 articles that directly addressed the subject of the present study. **Background and Results:** the articles demonstrated that complexity and subjectivity are included in the grieving process, as well as the need for time for an internal reorganization of the mourner. Funeral rituals tend to ease the pain of loss, however, at times when these rituals are prohibited and intense changes take place around grief, it is important to think and discuss the complication of mourning as well as prepare the system to help people who develop complicated grief. **Conclusion:** the articles demonstrated that complexity and subjectivity are included in the grieving process, as well as the need for time for an internal reorganization of the mourner. Funeral rituals tend to ease the pain of loss, however, at times when these rituals are prohibited and intense changes take place around grief, it is important to think and discuss the complication of mourning as well as prepare the system to help people who develop complicated grief.

Keywords:
Bereavements;
Pandemics; COVID-19.



INTRODUÇÃO

Em 11 de março de 2020, a doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi declarada como causadora de uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo os dados da mesma instituição 80% dos indivíduos infectados desenvolvem a formas leve ou moderada da infecção, 20% manifestam a versão severa e desses, cerca de 5% desenvolvem a forma mais grave, podendo evoluir rapidamente para um quadro de síndrome respiratória aguda grave e outras complicações que podem levar ao óbito.¹

Os dados divulgados pelo Ministério da Saúde Brasileiro, em 11 de maio de 2021, mostraram que o país contabiliza mais de 15 milhões de casos da doença e cerca de 423 mil mortes causadas por ela.²

A elevada taxa de transmissibilidade do novo coronavírus e o desleixo inicial do governo Brasileiro em relação a situação fez com que o aumento dos casos fosse exponencial chegando a seu pior estágio e levando os governos estaduais e municipais a declararem, além da situação de emergência sanitária e estado de calamidade decorrentes da pandemia, medidas administrativas excepcionais para o serviço funerários, inclusive com a abreviação ou interrupção de rituais tradicionais celebrados para homenagear os mortos e confortar os indivíduos enlutados.³

Estudos recentes nos mostram que tanto a pandemia quanto as medidas adotadas para contê-la apresentam impactos diretos na saúde mental das pessoas, aumentando o risco para surgimento de sintomas de estresse, ansiedade e depressão, o que vem sendo identificado na população geral e em profissionais da saúde.⁴

Historicamente, as pandemias trazem consigo essa grande associação a perdas em massa, tanto de rotinas, conexões sociais, estabilidade financeira, quanto de vidas humanas. Milhares de pessoas têm vivenciado mudanças repentinas em todo seu contexto social, precisando lidar de imediato com a imprevisibilidade do futuro e, no meio de toda essa imersão no incerto podem perder alguém da sua rede socioafetiva em decorrência da doença de maneira bastante instantânea.³

Desde o início da pandemia, pudemos observar que várias foram as reformulações dos aspectos e experiências acerca do processo de morte e de seus rituais e isso é agravado pelo fato da cultura ocidental não ser preparada para vivenciar os processos de

perda. O certo é que luto, morte e perda são assuntos que pouco se fala, mas em um contexto como o atual ganha uma importância ímpar.³

O luto, que tem etimologia latina (*lucto*) e significa sentimentos de extrema tristeza, angústia e saudades provocados pela perda de alguma coisa ou alguém importante, é um processo natural relacionado a uma quebra de vínculos. A Psicologia há muito tempo reconhece o valor emocional e o papel estruturante da vivência deste sentimento devido à sua extrema importância para ajudar na elaboração das perdas, portanto, o luto é normal, esperado e necessário. Diante disso, temos que o processo de luto não é patológico a priori, trata-se de uma resposta emocional esperada em uma situação de perda, é um direito de todas as pessoas, independente do grau de parentesco ou de afinidade com quem partiu.⁴

Os ritos de passagem relacionados à morte fazem parte do processo natural em várias culturas e são citados desde os primórdios da humanidade, sendo conceituados como “ações simbólicas, comportamentos repetitivos, padronizados e altamente valorizados, que auxiliam o indivíduo a canalizar emoções, compartilhar com seus pares suas crenças e transmitir seus valores”⁵ de forma a marcar a transitoriedade da vida, permitindo que o enlutado confronte a perda concreta que sofreu e deflagre seu processo de luto, possibilitando a manifestação pública de seu pesar.⁵

A ausência desses rituais de despedida pode dificultar a concretização da perda. Ademais, as mortes que se dão de maneira brusca e inesperadas impossibilitam o preparo do enlutado para lidar com a situação, já que existe uma diferença significativa de temporalidade entre a morte física e a morte social e psíquica, tudo isso, gera um processo dificultoso de aceitação do luto.⁴

A pandemia do COVID-19 nos proporciona ambas as circunstâncias: proibição dos ritos de passagem e, por muitas vezes, a morte de pessoas de forma inesperada. Hoje, poucas pessoas são autorizadas a participar dos enterros de entes queridos, que ocorrem também sem o intervalo comum do velório, onde se encontra o conforto da presença de amigos e outros familiares. Em função disso, o presente artigo tem o escopo de realizar uma revisão narrativa analisando o processamento do luto alterado pela pandemia.

MÉTODO

Iniciou-se uma busca de artigos científicos, publicados apenas em periódicos científicos, de abril de 2019 a abril de 2021 nas bases de dados da Bireme (MedLine, Lilacs, IBECs, SciELO) e da EBSCO (PsycInfo, PsycArticles, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete). Os descritores utilizados para pesquisa foram compostos por “grief” or “mourning” adicionados ao operador booleano (and) com um dos seguintes termos: “pandemic” e “coronavirus infections”. Todas as quatro composições foram pesquisadas e os quatro descritores não foram pesquisados de forma isolada com os seus respectivos em inglês e espanhol.

Os critérios de inclusão foram ter as expressões utilizadas nas buscas no título ou palavras-chave e ter explícito no resumo que o texto se relaciona com luto associado a pandemia. Como também, ter como eixo principal a avaliação do luto em períodos de pandemia. Os critérios de exclusão foram não apresentar os critérios de inclusão e a duplicidade. Nessa pesquisa, não foram incluídas teses de mestrado ou doutorado. Assim, após essa condução, foi realizada a leitura completa dos sete artigos selecionados. Posteriormente, foram elaborados e apresentados os campos de discussão, resultados, metodologia e conclusão do campo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O luto é um o processo caracterizado pelo rompimento de um vínculo significativo. Como citado anteriormente, a cultura ocidental não é, em sua grande parte, preparada para os processos de perda, portanto, a morte de alguém importante muda a percepção acerca da estabilidade, segurança e controle de um mundo presumido.³

No processo do luto a pessoa enlutada passar por um estado de recolhimento. Trata-se de uma trajetória complexa e subjetiva, durante a qual é comum que ela aparente sentimentos de tristeza, crises de choro, se recuse a sair de casa e perca o interesse em atividades que antes amava. Além disso, a pessoa também pode apresentar emoções que nem sempre são racionais, mas são inerentes ao processo vivenciado, como culpa, frustração, irritabilidade, desânimo, angústia, medo e desespero.⁵

Embora dolorosa, passar por essa experiência é necessário, pois, nesse momento, o enlutado assimila

e enfrenta o acontecimento, para então reconstruir sua vida. Segundo grande parte dos psicanalistas, a vivência do luto propicia que o enlutado se reorganize, e se restabeleça psiquicamente.³

Segundo a psiquiatra suíça-americana, Elisabeth Kübler-Ross⁵, o luto se apresenta em cinco estágios, sendo eles a negação - em que o sujeito tenta inconscientemente se proteger de uma verdade inconveniente; a raiva - nesse momento o enlutado pode apresentar condutas ríspidas e desagradáveis; a barganha ou negociação - em que o enlutado negocia consigo mesmo ou com a entidade superior em que acredita na tentativa desesperada de aliviar a sua dor; a depressão - em que a pessoa se apega à dor causada pela partida do ente querido e, por fim a aceitação, em que o enlutado consegue conviver pacificamente com a perda.⁵

Obviamente as cinco fases do luto não são vividas linearmente, cada indivíduo enlutado passa por essa experiência de modo singular, de acordo com as suas competências emocionais e história de vida.⁶

Sabidamente, os ritos fúnebres tem propósitos tanto psicológicos quanto sociais, isso porque, na medida em que os enlutados demonstram os sentimentos de pesar diante de um grupo eles conseguem de certa forma assimilar alguns dos estágios do luto, reconhecendo a realidade da perda, processando a dor do luto com apoio emocional das pessoas ali presentes, e reconhecendo a necessidade de novos ajustes para o mundo, isso faz com que a pessoa se sinta mais apoiada pela sociedade ao seu redor, compartilhe de seus sentimentos e passe pelo processo de luto de maneira mais fácil.⁶

Importa mencionar que, há poucos estudos que comprovem que a execução de funeraiis ajuda na superação do luto, principalmente na sociedade Brasileira, mas os estudos norte-americanos e europeus abordados na presente revisão, sugerem de maneira enfática que a sua realização auxilia na restauração de sentimentos negativos devido à expressão de sentimentos e emoções, além da aceitação mais fácil da perda do ente através da criação de um vínculo emblemático.⁶

Em março de 2020, com o início da pandemia de COVID-19, o Brasil foi tomado por uma sensação de instabilidade emocional e medo, isso fez com que as pessoas apresentassem manifestações físicas e psíquicas inerentes a uma percepção repentina de um processo de ruptura com vida anterior, em outras palavras, o mundo experimenta um estado de

fragilidade psicológica. Como se não bastasse essa ruptura com a vida anterior, um cenário pandêmico costuma ocasionar mortes em números elevados num pequeno espaço de tempo e, em especial, nessa pandemia, como medida para conter a rápida proliferação do número de infectados, o mundo experimentou pela primeira vez a interrupção dos seus ritos fúnebres.⁶

Segundo Maria Júlia Kóvacs, em situações de desastres e emergências, como a que estamos inseridos, a chamada “morte escancarada” (que são mortes coletivas, anônimas e com corpos mutilados, dificultando o processo de despedida) se faz presente, trata-se de uma morte violenta, que invade a vida das pessoas inesperadamente de maneira descuidada, provocando exposição, banalização e vulnerabilidades e como consequência, o processo de elaboração do luto pode ser prejudicado.⁷

Os desastres e emergências são eventos que aumentam a vulnerabilidade e desamparo dos indivíduos e, portanto, favorecem o que chamamos de luto complicado, conceituado como aquele em que o enlutado se fixa em um dois estágio, como por exemplo a negação ou a depressão.⁷

Os pontos considerados complicadores do luto são, principalmente as perdas múltiplas, mortes repentinas, exposição à mídia, falta de suporte, corpos desfigurados, ausência de corpo e impossibilidade de rituais como velório e enterro.⁴ Veja, que na pandemia da COVID-19 temos pelo menos três desses complicadores presentes no cotidiano das mortes que se dão em virtude do vírus, isso porque, geralmente temos pessoas em bom estado geral que após se infectarem apresentam um quadro de piora muito rápido e, portanto, a morte dessas pessoas é inesperada e repentina, além disso devido a superlotação dos serviços brasileiros, a equipe de saúde não consegue dar o suporte esperado aos familiares nesse momento e os ritos fúnebres estão proibidos devido à questões sanitárias na maioria dos municípios.⁸

O desenrolar desta pandemia colocou o luto em um lugar de protagonismo. Geralmente, aspectos paliativos e de cuidado são sempre colocados a margem em detrimento de novas descobertas quanto a fisiopatologia da doença e seus tratamentos, no entanto, nesse momento não se sabe muito em termos científicos, não se tem um tratamento eficaz precoce, não se tem certeza sobre o que fazer e o que seria melhor para o paciente e, por consequência, nos deparamos com o sentimento de impotência e a necessidade

de aceitação. Diante dessa nova realidade, o atual estresse emocional vivenciado pelas pessoas em meio a pandemia cria um ambiente propício e potencial para o favorecimento e emergência de distúrbios psicológicos.⁸

CONCLUSÃO

Considerando a emergência do novo coronavírus, os seus impactos, como exposto, são diretamente perceptíveis. Atualmente, diante do número crescente de mortes e conseqüentemente de enlutados, da alteração dos rituais post mortem, nota-se que já se há ciência do aumento de estresse, ansiedade e depressão.² Como também, as emoções muitas vezes não conscientes de culpa, frustração, irritabilidade, desânimo, angústia, medo e desespero mais presentes, as quais, se banalizadas, podem complicar o estado de saúde do enlutado.⁵ Assim, nota-se que a condução das perdas na pandemia está imersa em estruturas complexas de mudanças biopsicossociais mais amplificadas.

No presente artigo, identificou-se como de grande importância, para os enlutados que enfrentam esse rompimento de vínculo significativo, as fases não lineares de negação, raiva, barganha/negociação, depressão e aceitação. Os sentimentos vinculados envolvem o reconhecimento da partida do ente querido e a dor do luto que tem o apoio emocional como facilitador. Em grande parte, com a pandemia, o apoio emocional institucional, comunitário e familiar, assim como os espaços de encontro e as práticas de despedida dos mortos foram inibidos, os quais ajudavam na recomposição da fragilidade psicológica envolvida no luto. Nesse contexto, cabe perceber o luto como um processo importante, reconhecendo a influência dele em vida. Nesse sentido, o apoio dos profissionais de saúde pode ser necessário para que os enlutados sobrevivam aos sentimentos difíceis. Para amenizá-los é essencial a não banalização e o acolhimento que permita dar espaço e escuta, se necessário, aos sentimentos intrínsecos do luto.

Podemos, portanto, prever que o transtorno de luto complicado tem o potencial de se tornar um problema de saúde pública que exigirá uma resposta dos serviços de saúde e equipamentos sociais, além de preparo profissional para tal, o que não está sendo pensado pelo Governo Brasileiro nesse momento, que apresenta mais um aspecto negacionista da real situação, tomando medidas como o corte de verbas

para pesquisas justamente em um momento em que elas são fundamentais.

REFERÊNCIAS

1. Rosalmeida DC, Azevedo RCS, Vieira LC, Côrtes MTF, Federmann ALP, Cucco LM, Rodrigues LR, Domingues JFR, Dantas JE, Portella IP, Cassorla RMS. O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* 2020;23(3):509-33. doi: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p509.5>
2. Crepaldi MA, Schmidt B, Noal DS, Bolze DAS, Gabarra LM. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estud Psicol* 2020;37:e200090. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>
3. Petry SE, Hughes D, Galanos A. Grief: The Epidemic Within an Epidemic. *Am J Hosp Palliat Care* 2021;38(4):419-22. doi: <https://doi.org/10.1177/1049909120978796>
4. Boland MJ. A hard time to die: grief and the coronavirus: Michael Boland. *Br J Gen Pract*. 2020 Jun 25;70(696):343. doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp20X710513>
5. Corpuz JCG. From grieving to healing: moving forward a year after COVID-19. *J Public Health* 2021;43(2):e403-e404. doi: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab099>
6. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Jul;60(1):e70-e76. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
7. Kovács MJ. Educação para a morte. desafios na formação dos profissionais de saúde e educação. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.
8. Verztman J, Romão-Dias D. Catástrofe, luto e esperança: o trabalho psicanalítico na pandemia de COVID-19. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* 2020;23(2):269-90. doi: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n2p269.7>

Recebido em: 09/06/2021

Aceito em: 29/07/2021



Assistentes sociais e o trabalho em saúde mental: um estudo sobre as ações de prevenção ao suicídio desenvolvidas no Rio Grande do Sul e a construção da prática profissional no campo do Serviço Social

*Social workers and the work in mental health: a study on suicide
prevention actions developed in Rio Grande do Sul and the construction of
professional practice in the field of Social Work*

Carlos Stavizki Junior¹

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

carlos_stavizki@hotmail.com

RESUMO

Introdução: o suicídio está entre as principais causas de óbitos no mundo e dados recentes indicam que no Brasil há uma tendência de aumento das taxas de lesões e mortes autoprovocadas. O Rio Grande do Sul se destaca como o estado com maior incidência do agravo no país. **Objetivo:** analisar os determinantes sociais relacionados ao risco de suicídio e a prática profissional de assistentes sociais na promoção de saúde mental. **Método:** realizou-se uma análise crítica dos dados quantitativos sobre suicídio nas regiões de saúde do Rio Grande do Sul, em 2020, obtidos pela base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS). Os dados foram relacionados com a revisão integrativa da literatura recente (2015 – 2020) ligada ao campo do Serviço Social e ao contexto e impactos sociais da pandemia de Covid-19. **Resultados:** os impactos das desigualdades sociais e da pobreza,

Palavras-chave: *Palavras-chave:* intensificados com a pandemia e crise econômica no Brasil, tende a aumentar as taxas de Suicídio; Prevenção; suicídio no país. **Conclusão:** é necessário que a prevenção ao suicídio incorpore intervenções interdisciplinares, não apenas no âmbito das categorias profissionais, mas, sobretudo, Saúde Mental; Serviço Social. na interrelação entre políticas públicas.

ABSTRACT

Introduction: suicide is one of the leading causes of death in the world and recent data point to an increasing trend in the rates of self-harm and death in Brazil. Rio Grande do Sul stands out as the state with the highest incidence of this grievance in the country. **Objective:** to analyze the social determinants related to suicide risk and the professional practice of social workers in the promotion of mental health. **Method:** a critical analysis of quantitative data on suicide in the health regions of Rio Grande do Sul, in 2020, obtained by the database of the Mortality Information System (SIM/DATASUS), was carried out. The data were related to an integrative review of recent literature (2015 - 2020) linked to the field of social work and the context and social impacts of the COVID-19 pandemic. **Results:** the impacts of

Keywords: *Keywords:* social inequalities and poverty, intensified with the pandemic and economic crisis in Brazil, Suicide; Prevention; tend to increase suicide rates in the country. **Conclusion:** suicide prevention must incorporate rate interdisciplinary interventions, not only within professional categories, but, above all, Mental Health; Social Work. in the interrelationship among public policies.



INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a prevenção ao suicídio vem assumindo espaço de destaque nas agendas de políticas públicas de saúde, sobretudo naquelas relacionadas à saúde mental e a práticas de intervenção interdisciplinares. Isto ocorre em paralelo ao aumento das taxas de mortalidade autoprovocada em dezenas de países, representados pelas previsões registradas em relatórios da Organização Mundial da Saúde.¹⁻³ A tendência de aumento das mortes impulsionou a implementação de políticas públicas específicas para intervenção e prevenção de casos de tentativa de suicídio, incluindo diferentes categorias profissionais neste trabalho.^{4,5}

No Brasil, o trabalho multiprofissional na saúde mental está consolidado dentro da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que contempla uma série de serviços de saúde, como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residenciais Terapêuticos (RT), Hospitais Psiquiátricos, Serviços de Urgência e Emergência, entre outros.⁶ A inclusão de assistentes sociais nas equipes técnicas destes serviços é indicada e prevista por lei, contudo existe, até hoje, barreiras à participação destes profissionais no manejo, tratamento e monitoramento de casos de ideação ou tentativa de suicídio⁷. Face a isso, considera-se a necessidade de promover a reflexão sobre o instrumental técnico-operativo desta categoria profissional, visando elencar suas capacidades de intervenção nesta problemática.^{7,8}

Neste estudo de caso, apresentam-se considerações sobre as barreiras que, historicamente, envolvem o trabalho de assistentes sociais na prevenção ao suicídio, destacando o caráter conservador das abordagens predominantemente clínicas e psiquiátricas, fortemente presentes na gestão das políticas de saúde mental no Brasil. Em especial, destacam-se as possibilidades de intervenção do Serviço Social no ambiente hospitalar, elencando atribuições profissionais que fortalecem o cuidado em saúde e tendem ao fortalecimento da interdisciplinaridade na construção de ações de prevenção ao suicídio.

Este estudo visa promover o debate sobre o fenômeno do suicídio, enfatizando as contribuições que o Serviço Social oferece para a construção de políticas públicas de prevenção. O texto está organizado em dois temas principais, sendo: primeiramente, comenta-se sobre a relação do

Estado brasileiro com a problemática do suicídio, enfatizando o contexto da pandemia de Covid-19 e os índices de mortalidade nas regiões de saúde do Rio Grande do Sul. O segundo debate focaliza nas contribuições de assistentes sociais na elaboração de políticas de prevenção ao suicídio, enfatizando limites e possibilidades. Por fim, as considerações do estudo sugerem a necessidade de inclusão do campo disciplinar do Serviço Social na elaboração, implementação e monitoramento de políticas públicas de prevenção ao suicídio. O objetivo central do estudo é analisar os determinantes sociais relacionados ao risco de suicídio e a prática profissional de assistentes sociais na promoção de saúde mental.

MÉTODO

O presente estudo trata sobre os determinantes políticos, sociais e econômicos relacionados à incidência de suicídios no Brasil, a partir de análise crítica do referencial teórico e dados epidemiológicos sobre mortalidade nas últimas duas décadas. Os dados sobre mortes autoprovocadas foram coletados a partir das bases do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), sob responsabilidade do Ministério da Saúde. Foram utilizados os limitadores de busca: a) “Regiões de Saúde”, referentes ao estado do Rio Grande do Sul; b) “Grande Grupo CID 10: Lesões autoprovocadas voluntariamente”; e c) “Grupo CID 10: Lesões autoprovocadas intencionalmente”. Não foram estabelecidos outros recortes de “Categoria CID 10” ou relacionados à faixa etária, sexo, cor, raça, escolaridade etc. As informações são referentes ao ano de 2020, devido ao objetivo de apresentar o contexto de pandemia de Covid-19.

Estes dados foram organizados com auxílio do Software Microsoft Excel® e relacionados com a revisão integrativa de trabalhos recentes (2015-2020), utilizando os seguintes descritores: “Serviço Social” OR “Assistente Social” AND “Suicídio”, nas plataformas LILACS e Portal de Periódicos da CAPES, nos meses de abril e agosto de 2021. Entre teses, dissertações e artigos, foram encontrados 24 trabalhos, selecionados segundo relevância do tema e conclusões expressas nos resumos, relacionadas com as taxas de suicídio. A análise bibliográfica seguiu o método da teoria social crítica, destacando as expressões da questão social e intervenção de assistentes sociais na problemática do suicídio.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Políticas de prevenção ao suicídio e o contexto de pandemia: o caso do estado do Rio Grande do Sul

O posicionamento do Estado brasileiro a respeito da problemática do suicídio acompanha o entendimento das principais organizações de saúde, baseando suas intervenções nas recomendações do Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde.¹ Neste sentido, compreende-se o suicídio no Brasil como um problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de mortalidade entre as populações pauperizadas e a segunda entre os mais jovens.³ No Brasil, as taxas de suicídio saltaram de 3,9 óbitos para cada 100 mil habitantes em 1999, para 6,4/100 mil habitantes em 2019, contrariando a tendência mundial de redução das taxas de mortes autoprovocadas.^{3,9} Apesar desta tendência expressar a necessidade de apoio do Estado na promoção da prevenção ao suicídio, as ações governamentais desenvolvidas até hoje foram pouco efetivas, conquistando pouco espaço nas agendas de políticas públicas.^{10,11}

Em 2006, o Ministério da Saúde do Brasil, através da Coordenação Nacional de Saúde Mental, lançou as Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio no Brasil (Portaria Nº 1.876/2006), que serve, até hoje, como um instrumento orientador para as equipes de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta portaria, o suicídio é reconhecido como “um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido” (2006, p.1).¹² Mais tarde, em 2011, o Ministério da Saúde publicou o relatório: “Prevenção do Suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram”. O documento traz, além de uma análise do fenômeno no país, estratégias de “boas práticas” referentes à prevenção ao suicídio nos municípios.¹³ Destaca-se, sobretudo, o reconhecimento das vulnerabilidades sociais da população como fator de risco para o suicídio.

[...] a desagregação e violência familiar; crianças e adolescentes nas ruas, em abandono ou vítimas de abusos e maus tratos; idosos sem convivência familiar ou que sofrem abandono e maus tratos; e pessoas que fazem uso abusivo de álcool e/ou de outras drogas. Essas situações constituem um quadro de grande vulnerabilidade em função do desenvolvimento de depressão, desesperança,

desamparo, desespero, que constituem os “4 D”, que ajudam a identificar as pessoas em situação de risco para o suicídio (p. 38).¹²

A partir deste momento, assume-se um posicionamento ampliado de saúde em relação à prevenção ao suicídio, considerando não apenas determinantes individuais ou mesmo familiares, mas um contexto socioeconômico capaz de infringir maior ou menor sofrimento à população. Neste sentido, e por recomendação do próprio Ministério da Saúde, os assistentes sociais são convidados a intervir em casos de ideação suicida e em outras demandas de saúde mental. Recordar-se, que as Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio já previam o atendimento de assistentes sociais e enfatizava o trabalho multiprofissional em casos de ideação suicida. No entanto, os conflitos presentes neste debate e a falta de sustentação teórica para a prática profissional, limitavam a participação dos assistentes sociais nestes casos.

Atualmente, os assistentes sociais compõem as equipes de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹¹ no âmbito do SUS, responsável pela articulação entre hospitais, serviços de emergência, atenção primária e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e responsável pela implementação das ações e protocolos de prevenção ao suicídio nos territórios.^{9,13} Através da interdisciplinaridade, a RAPS vem qualificando o trabalho de prevenção ao suicídio no país, articulando trabalhadores e gestores em prol da implementação de políticas públicas efetivas para diminuição das taxas de suicídio no país.

A taxa de suicídio no Brasil, em 2020, foi de 6,4 mortes para cada 100 mil habitantes e o estado com maior incidência do agravo foi o Rio Grande do Sul, com uma taxa de 12,3 óbitos por 100 mil habitantes, com regiões do estado que apresentam índices até duas vezes maior.⁹ Estes dados estão disponíveis nas bases do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde do estado. Utilizou-se a base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) para fazer um levantamento de informações das 30 regiões de saúde do estado, a fim de verificar como a incidência de suicídios se distribui no território. Os dados referentes às “lesões por violência autoprovocada” foram obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Já os dados demográficos foram obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),

segundo o censo populacional de 2010. As taxas de suicídio e de tentativas de suicídio foram calculadas para cada região através da fórmula: nº de suicídios em 2020 x 100.000 / população Censo IBGE 2010.

O objetivo deste levantamento é apresentar os dados atualizados de suicídio e tentativas no estado,

considerando para análise as limitações impostas pelo período de pandemia de Covid-19 no país e no mundo. A tabela a seguir apresenta a sistematização destas informações, segundo dados das regiões de saúde do Rio Grande do Sul, em 2020.

Apesar do SIM manter os registros de óbitos,

Tabela 1 - Taxas de suicídio e tentativas de suicídio (TS) total por 100 mil habitantes, nas Regiões de Saúde do estado do Rio Grande do Sul no ano de 2020

Região de Saúde	População	Tx. Suicídio 2020	Tx. TS 2020*	
<i>Verdes Campos</i>	Região 01	436.170	14,4	82,54
<i>Entre Rios</i>	Região 02	127.467	12,6	89,43
<i>Fronteira Oeste</i>	Região 03	476.229	8,2	59,85
<i>Belas Praias</i>	Região 04	150.146	14,7	55,95
<i>Bons Ventos</i>	Região 05	220.661	10,4	30,82
<i>Vale do Paranhana e Costa Serra</i>	Região 06	226.680	15,4	75,00
<i>Vale dos Sinos</i>	Região 07	804.028	8,7	42,16
<i>Vale do Cai e Metropolitana</i>	Região 08	760.412	10,3	77,59
<i>Carbonífera/Costa Doce</i>	Região 09	405.638	9,4	42,40
<i>Capital e Vale do Gravataí</i>	Região 10	2.341.155	6,7	64,16
<i>Sete Povos das Missões</i>	Região 11	292.322	19,2	14,37
<i>Portal das Missões</i>	Região 12	156.462	16,0	83,09
<i>Diversidade</i>	Região 13	231.604	13,8	57,43
<i>Fronteira Noroeste</i>	Região 14	232.501	21,1	72,26
<i>Caminho das Águas</i>	Região 15	191.015	24,6	47,64
<i>Alto Uruguai Gaúcho</i>	Região 16	238.313	14,7	49,93
<i>Planalto</i>	Região 17	405.617	17,3	107,49
<i>Araucárias</i>	Região 18	133.661	20,2	77,06
<i>Botucaraí</i>	Região 19	119.625	25,1	74,40
<i>Rota da Produção</i>	Região 20	166.830	10,8	47,35
<i>Sul</i>	Região 21	881.813	13,3	77,23
<i>Pampa</i>	Região 22	189.963	7,9	39,48
<i>Caxias e Hortênsias</i>	Região 23	579.519	12,4	137,36
<i>Campos de Cima da Serra</i>	Região 24	99.456	18,1	81,44
<i>Vinhedos e Basalto</i>	Região 25	300.938	11,6	97,36
<i>Uva Vale</i>	Região 26	181.547	14,3	77,12
<i>Jacuí Centro</i>	Região 27	207.056	16,4	96,59
<i>Vale do Rio Pardo</i>	Região 28	345.327	19,4	85,43
<i>Vales e Montanhas</i>	Região 29	220.378	22,2	77,14
<i>Vale da Luz</i>	Região 30	125.390	19,9	121,22
Rio Grande do Sul	11.247.923 (estimativa 2020)	12,3	70,74	

* Taxa de Tentativas de Suicídio (TS), segundo a fórmula “(nº de casos de violência autoprovocada com intenção de morte x 100.000 / população)” em 2020. Fonte: DATASUS;⁹ IBGE.¹⁴

Nota-se que durante o primeiro ano da pandemia de Covid-19 no estado, as taxas de suicídio de todas as regiões de saúde, com exceção da Capital e Vale do Gravataí (Região 10) registraram índices superiores à média nacional, e em 21 delas (70% das regiões) as taxas de suicídio superaram a média estadual. Deve-se considerar que estes dados refletem uma tendência de anos anteriores, na qual o

Rio Grande do Sul manteve-se como o estado com a maior incidência do país.^{15,16} Soma-se a isto, as implicações que a pandemia impôs ao registro de óbitos e sistema de dados epidemiológicos do SUS, o que pode ter ocasionado a subnotificação de casos, sobretudo aqueles atendidos em Serviços de Urgência e Emergência (linha de frente na atenção à Covid-19).

mesmo em situações atípicas como a pandemia, é possível que as informações sobre “lesões por violência autoprovocada”, consideradas um indicador de tentativa de suicídio, tenham sofrido com a subnotificação, sendo que o registro destes casos é frequentemente realizado pelos serviços de urgência e emergência.^{7,13}

No que pese estas considerações, o fato é que o suicídio é um problema público no Rio Grande do Sul e sua alta incidência carece de um olhar mais atento do Poder Público. Sobretudo no contexto de crise que se avizinha, dada as instabilidades políticas e regressões socioeconômicas do país, somados a uma complexa situação de crise sanitária no mundo, que já causou mais de 540 mil mortes no Brasil.¹¹

Os efeitos desta crise na saúde mental da população ainda são incertos. Contudo, compreende-se que tal crise tende a piorar as condições de cuidado em saúde, caso priorizem-se, no âmbito governamental, políticas de redução dos recursos do Estado. Em condições de precarização da atenção em saúde e a piora das condições de vida e bem-estar das populações, sobretudo aquelas em vulnerabilidade social, cria-se um ambiente propício ao desenvolvimento de: depressões, ansiedade, abuso de álcool e outras drogas, ideação suicida, entre outras situações. Em 2020, ao verificar o aumento de doenças relacionadas à saúde mental em países da América Latina, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹⁷ emitiu notas incentivando os governos destes países a investirem em ações de prevenção ao suicídio.

Neste ano de 2020 nos encontramos em circunstâncias muito inesperadas e desafiadoras devido ao enfrentamento da pandemia da COVID-19. O impacto do novo coronavírus provavelmente afetou o bem-estar mental de todos. E é por isso que neste ano, mais do que nunca, é fundamental que trabalhem juntos para prevenir o suicídio (p. 2).¹⁷

Corroborando com esta compreensão, os resultados de pesquisas sobre as mudanças que a pandemia causou aos indivíduos, tendo como pressupostos as alterações de rotinas, o medo de se contaminar ou de perder alguém próximo pela doença, além da instabilidade econômica, causada pela perda de emprego e renda — estes indicadores podem ter reflexos imediatos ou à médio e longo prazo. Lima et al.¹⁸ destacam que “os impactos físicos, psicossociais,

econômicos e educacionais são incalculáveis” e afirmam que “o medo é responsável por intensificar a ansiedade e sintomas mentais em indivíduos hígidos e principalmente na população vulnerável” (p. 6). A conclusão dos autores indica a necessidade de implementação de políticas públicas eficazes para minimizar os impactos da pandemia na saúde mental dos sujeitos ou de grupos inteiros.¹⁸

Preocupada com a problemática do suicídio durante a pandemia, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em parceria com o Ministério da Saúde, lançou, em maio de 2020, a cartilha “Suicídio na pandemia Covid-19”, com indicações de ações de promoção da saúde mental nos serviços de saúde e outros espaços públicos. No documento, são elencadas situações causadas pela pandemia que aumentam o risco de suicídio, como: “isolamento social e sentimento de aprisionamento, vulnerabilidade financeira, violência doméstica, uso abusivo de álcool e outras drogas, luto e solidão” (p. 12-13).¹⁷

Com isso, reconhece-se que a pandemia de Covid-19 aumenta os riscos sociais relacionados à saúde mental, podendo, inclusive, incidir sobre as taxas de suicídio e de tentativas de suicídio no país, estados e municípios, considerando o fenômeno como um problema de saúde pública. Cabe ao poder público agir em prol de sua prevenção, considerando o suicídio como uma expressão da questão social — um reflexo das contradições sociais, históricas e econômicas das sociedades capitalistas contemporâneas. Entende-se, a partir de uma análise crítica dos dados sobre mortalidade, que as taxas de suicídio apontam para contradições inerentes ao período e modo de organização de nossa sociedade, baseado em modos de produção de intensa aceleração da acumulação de riquezas, através da superexploração do trabalho e intensificação da desigualdade social.¹⁹⁻²¹ Soma-se a isso os reflexos das crises causadas pela pandemia de Covid-19, que entre outros determinantes, vêm intensificando as expressões da questão social na maioria dos países.^{22,23}

O trabalho de assistentes sociais na prevenção ao suicídio

A promoção da saúde mental e as potencialidades de intervenção de assistentes sociais em casos de ideação e tentativa de suicídio são reconhecidas e, como exposto, representadas nos principais instrumentos de orientação sobre o tema — nacionais e internacionais. O contexto brasileiro

é marcado por avanços e retrocessos em relação à prevenção ao suicídio, mas com uma clara defasagem de investimentos públicos que garantissem a promoção em saúde baseada na qualidade de vida das populações. Pelo contrário, indicadores sociais apontam para o aumento da desigualdade social, desemprego e pobreza para milhares de famílias brasileiras.²⁴

Neste sentido, buscou-se informações através de uma revisão integrativa de trabalhos publicados nos últimos cinco anos (2015-2020), utilizando os seguintes descritores: “Serviço Social” OR “Assistente Social” AND “Suicídio”, nas plataformas LILACS e Portal de Periódicos da CAPES, nos meses de abril e agosto de 2021. Entre teses, dissertações e artigos, foram encontrados 24 trabalhos, dos quais abordavam desde a atuação profissional, como no atendimento em serviços de saúde mental; como discussões a respeito aos determinantes sociais, políticos e econômicos, e diferentes expressões da questão social, relacionadas com as taxas de suicídio dos países. No entanto, a produção científica da área do Serviço Social sobre a temática do suicídio é limitada, sustentada por alguns poucos artigos em periódicos ligados ao campo acadêmico e menos que uma dezena de dissertações e teses.^{IV}

Destacam-se, brevemente, alguns destes trabalhos: Albuquerque,²⁵ em sua dissertação sobre a relação do suicídio com o trabalho na sociedade capitalista, defendido no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), afirma que “está na natureza de nossa sociedade gerar muitos suicídios” (p. 135).²⁵ Para o autor, o tabu que envolve o suicídio até hoje é uma estratégia para inibir a discussão sobre os determinantes econômicos, sociais e culturais do suicídio (p. 135).²⁵ Nunes (2019),²⁶ em seu Trabalho de Conclusão do Curso em Serviço Social, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), apresenta considerações sobre os referenciais teóricos de assistentes sociais que trabalham em casos de ideação suicida em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Segundo o autor, as profissionais entrevistadas em sua pesquisa demonstraram ter receio de comentar o assunto, por não terem um referencial teórico sobre como intervir na problemática do suicídio (p. 64).²⁶

[...] as assistentes sociais afirmaram que em alguns momentos na prática profissional não sabiam o que fazer com a situação apresentada

no seu cotidiano de trabalho, assim, tendo que colocar o direcionamento da situação para a equipe multiprofissional do serviço como forma de apoio ou encaminhamento dentro do próprio serviço. (p. 68).²⁶

Os resultados deste trabalho evidenciam como as limitações do referencial teórico, produzido pelo campo disciplinar a respeito da problemática do suicídio, limita a intervenção de profissionais, inclusive em espaços sócio-ocupacionais da saúde mental. Ademais, Nunes²⁶ ressalta que “se dentro da área não se produz sobre essas práticas, esse movimento, ou a falta dele, faz com que os assistentes sociais busquem subsídios em outras áreas do conhecimento” (p. 69).²⁶ Reforçando esta perspectiva, Nascimento, Rocha e Silva,²⁷ afirmam que:

O Serviço Social apresenta uma baixa produção teórica nos temas relacionados ao suicídio, observando-se a necessidade de incrementar pesquisas que conduzam à produção do conhecimento, no sentido de promover o desenvolvimento e fortalecimento do arcabouço teórico da categoria profissional sobre a temática, e servir como subsídio de apoio e referência para os/as assistentes sociais que atuam em espaços sócio-ocupacionais que lidam diretamente com pessoas em crise suicida. (p. 108).²⁷

Esta afirmação baseou-se na análise de publicações nos principais periódicos da área de Serviço Social (Revista Temporalis, Serviço Social & Sociedade, Katálysis e Editora Cortez) e produções acadêmicas da área, onde encontraram, ao todo, quatro publicações sobre a temática do suicídio, entre artigos, trabalhos de conclusão de curso e dissertações. Diante disto, fica evidente que apesar da amplitude dos debates contemporâneos sobre a prevenção ao suicídio e o consenso sobre a necessidade do trabalho multi e interdisciplinar, algumas áreas disciplinares não possuem um instrumental de trabalho conclusivo e/ou conciso. Para que o debate acerca da problemática do suicídio e formas de intervenção de assistentes sociais avance, é necessário que o tema encontre abertura nas agendas de pesquisa desta categoria profissional.

Apesar disso, o debate sobre o trabalho de assistentes sociais em situações de risco de suicídio é encontrado em literaturas da área de saúde coletiva. Em publicação do Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC), vinculado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), sobre a prevenção

ao suicídio no nível local¹², realiza-se uma tentativa de instrumentalizar a intervenção de assistentes sociais, quando afirmam que:

A rotina de trabalho dos assistentes sociais, seja nos CRAS, nas unidades de saúde, ou em outras instituições, os coloca em contato constante com pessoas em situação de vulnerabilidade social e em relação ao suicídio. **Sua sensibilidade para o problema e principalmente sua capacidade de se integrar à rede local de prevenção e controle pode ser decisiva para a identificação e o encaminhamento para tratamento dessas pessoas.** (p. 38, grifo meu).¹²

Destaca-se nesta passagem a própria percepção sobre o perfil profissional do assistente social expresso no texto, considerando-o como um profissional sensível para perceber situações de ideação suicida, bem como sua capacidade de identificar e encaminhar estas situações. Apesar de não haver uma formação específica para intervenção nestes casos, considerando as Diretrizes Curriculares do Serviço Social,²⁸ este profissional possui competências para mediar o acesso aos direitos sociais em diferentes espaços sócio-ocupacionais. Ademais, aqueles profissionais que trabalham em serviços de saúde mental ou serviços de urgência e emergência possuem condições de promover a qualificação dos atendimentos e encaminhamentos, integrando a rede de saúde com outras políticas públicas.

Os assistentes sociais que atuam em serviços de urgência e emergência, nos hospitais públicos, estão numa posição especial para contribuir para o encaminhamento dos casos de tentativa de suicídio para a rede de prevenção e controle, assim como no atendimento dos familiares daqueles que se suicidaram^{7,11}. Muitos casos de tentativa de suicídio nessas unidades deixam de ser notificados, seja por falta de capacitação dos profissionais, seja por pouca compreensão da gravidade do problema e da necessidade de encaminhamento. (p. 38)¹¹. Martinelli²⁹, ao refletir sobre o trabalho de assistentes sociais em contextos hospitalares, ressalta que “o alcance do olhar do profissional eticamente comprometido transcende os muros do hospital, buscando os núcleos de apoio na família, na comunidade, lugares sociais de pertencimento onde se dá o cotidiano de vida das pessoas” (p. 503).²⁹ Não apenas no âmbito hospitalar, mas em cada espaço sócio-ocupacional, o Serviço Social é posicionado para a defesa da qualidade dos

serviços ofertados e proteção dos direitos sociais dos usuários.³⁰

Assim, considera-se que a inclusão de assistentes sociais em serviços e redes voltadas ao enfrentamento do suicídio permitem promover a sensibilização das equipes sobre os determinantes sociais do fenômeno. Ao colocar em prática suas competências profissionais, estabelecidas pelo projeto ético-político da profissão,³⁰ assumem um compromisso com a qualidade do atendimento, garantia de direitos e universalidade do acesso à saúde, assistência social, renda, segurança alimentar, entre outros determinantes capazes de reduzir a incidência de suicídios em estados e municípios brasileiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, observou-se como as taxas de suicídio de um território podem estar relacionadas aos condicionantes políticos, sociais e econômicos, assim como de suas repercussões diretas na oferta de serviços públicos de saúde mental, o que envolve também a priorização de demandas em relação a outras. Compreende-se que o suicídio se tornou uma das principais causas de mortalidade, sobretudo entre os mais jovens, e que há, devido à pandemia de Covid-19, uma tendência de aumento destas mortes em países da América Latina.^{3,5,17} Estima-se que os reflexos da atual crise poderão resultar no aumento das lesões por violência autoprovocadas, distúrbios mentais e uso de álcool, impulsionados pela piora das condições socioeconômicas em certos países (p. 3)³. Neste contexto, ressalta-se a necessidade de articulação entre diferentes políticas públicas (saúde, assistência social, educação, trabalho, moradia, cultura etc.) para a promoção da saúde e prevenção do suicídio.

Por fim, destaca-se a relevância do trabalho de assistentes sociais na prevenção e atendimento de casos de suicídio, promovendo uma interpretação ampliada sobre o fenômeno e promovendo articulações que solidifiquem a interdisciplinaridade na atenção em saúde mental. Estes profissionais possuem a competência técnica de traduzir as expressões da questão social e fornecer subsídios para que as políticas públicas sejam adequadas aos propósitos e necessidades dos usuários.^{7,8}

Agradecimentos

Agradeço o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), do Ministério da Educação, através da bolsa PROSUC/CAPES - Modalidade I.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Guidelines for the primary prevention for mental, neurological and psychological disorders: suicide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1993. 44 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58959/1/WHO_MNH_MND_93.24.pdf.
- World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Luxembourg: WHO; 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1
- World Health Organization. Preventing. Official electronic address of the entity. 2021. Disponível em: <http://www.who.int/en/>
- Organização Mundial da Saúde. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Janaína Phillipe Cecconi, Sabrina Stefanello, Neury José Botega (Tradução). Genebra: OMS; 2000.
- Organização Mundial da Saúde. Saúde Mental: juventude e saúde mental em um mundo em transformação. 2018. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2018/es/
- Brasil. Câmara dos Deputados. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [S. l.], 19 jul. 2021. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Stavizki Junior C, Viccari EM. O Serviço Social no atendimento de emergências psiquiátricas: processos de trabalho de assistentes sociais e residentes no atendimento de pacientes adolescentes com ideação e tentativa de suicídio. *Barbaroi* 2021;19;51(2):113-32. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v51i1.12913>
- Stavizki Junior C. Os riscos sobre o aumento dos casos de suicídio no contexto de Pandemia: perspectivas para a prevenção no estado do Rio Grande do Sul - Brasil. *Ágora* 2020;22(2):4-21. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/agora.v22i2.15422>
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Brasília; 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/>
- Fogaça VHB. Entre Tabus e Rupturas: terceiro setor, políticas públicas e os caminhos da prevenção do suicídio no Brasil [Tese]. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa; 2019. 303p. Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, Brasília, 14 ago. 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Prevenção do suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Porto Alegre: CORAG, 2011a. 87p. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano11/034704do1ao64.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 dez. 2011b. 230p.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br>.
- Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Boletim de Vigilância do Suicídio e Tentativa de Suicídio. Porto Alegre: Boletim de Vigilância do Suicídio; 1(1); set. 2018.
- Estado do Rio Grande do Sul. Infraestrutura Estadual de Dados Espaciais (IEDE). Secretaria Estadual de Saúde (SES). Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul. 2021. Disponível em: <https://iede.rs.gov.br/portal/home/>
- Organização Panamericana de Saúde. Pandemia de COVID-19 aumenta fatores de risco para suicídio. [internet]. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-9-2020-pandemia-covid-19-aumenta-fatores-risco-para-suicidio>.
- Lima SO, Silva MA da, Santos MLD, Moura AMM, Sales LGD, Menezes LHS de, Nascimento GHB, Oliveira CC da C, Reis FP, Jesus CVF de. Impactos no comportamento e na saúde mental de grupos vulneráveis em época de enfrentamento da infecção COVID-19: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 2020;(46):e4006. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4006>
- Kehl MR. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2009.
- Schnitmana G, Kitaokaa EG, Arouça GSS, Lira ALS, Nogueira D, Duarte MB. Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. *Rev Baian Saude Pub.* 2010;34(1):44-59.
- Silva Junior N. O mal-estar no sofrimento e a necessidade de sua revisão pela psicanálise. In.: *Patologias do Social: arqueologias do sofrimento psíquico*. In: Vladmir Safatle, Nelson da Silva Junior, Christian Dunker (Orgs.). Belo Horizonte: Autêntica, 2020.
- Greff, AP., et al. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19. [Cartilha]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2020. 24 p.
- Banerjee D; Kosagisharaf, JR; Rao STS. The dual pandemic' of suicide and COVID-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention. *Psychiatry Research*; 2021;295(1):577-83. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113577>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasil pós-Covid-19: contribuições do instituto de pesquisa econômica aplicada. 1. ed. Brasília: Ministério da Economia, 2020. 96p.
- Albuquerque, WA. A relação do suicídio com o trabalho na sociedade capitalista. [Dissertação]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2018, 145p. Mestrado em Serviço Social.
- Nunes IS. Saberes do assistente social na saúde mental:

um estudo sobre o suicídio. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2019, 94p. Bacharelado em Serviço Social.

27. Nascimento FER; Rocha MGF; Silva APL. A produção científica do Serviço Social na questão do suicídio. Santa Cruz do Sul: Barbarói 2019;54(2):102-18. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.13045>

28. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social. Caderno ABEPSS, nº 7, São Paulo: Cortez; 1997.

29. Martinelli ML. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. Porto Alegre: Serv. Soc. & Soc., 107 (3): 497-508, 2011.

30. Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética do Assistente Social. Brasília: CFESS; 1993.

Nota:

I O *Department of Mental Health and Substance Use* — setor responsável pelo monitoramento das taxas de suicídio e lesões autoprovocadas no planeta — produz, desde a década de 1990, manuais de intervenção para casos de ideação e tentativa de suicídios. Em 1999, este departamento lançou o *Suicide Prevention Program (SUPRE)*, que publicou dezenas de manuais com orientações dirigidas a grupos sociais e profissionais específicos, escolhidos segundo sua relevância para o trabalho de prevenção ao suicídio (OMS, 2006, p.24).

II A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída no Brasil pela Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, tendo como objetivo principal a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, promovendo a vinculação das pessoas com transtornos mentais e suas famílias aos serviços de Saúde Mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, um dos princípios da RAPS é garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando a assistência por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências psiquiátricas.¹³

III Dados do dia 20 de julho de 2021; Ministério da Saúde, disponível em: <https://www.gov.br/saude/>

IV Este estudo não teve como objetivo realizar uma revisão bibliográfica a respeito da problemática e nas discussões presentes no campo do Serviço Social. Limitou-se a apresentar um levantamento inicial sobre trabalhos recentes, publicados em língua portuguesa e em periódicos classificados como Qualis A, na Plataforma Sucupira.

Recebido em: 20/07/2021

Aceito em: 11/11/2021