

COLETÂNEA SAÚDE NA AMAZÔNIA

ENSINO E PERSPECTIVAS



ORGANIZADORES

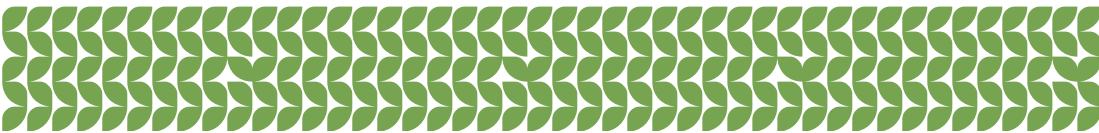
FABIO BIASOTTO FEITOSA

DANIEL DELANI

EDSON DOS SANTOS FARIAS



AMPLLA
EDITORA



2022 - Editora Ampla
Copyright © Editora Ampla
Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares
Design da Capa: Editora Ampla
Diagramação: Higor Costa de Brito

Coletânea Saúde na Amazônia: Ensino e Perspectivas está licenciado sob CC BY 4.0.



Esta licença exige que as reutilizações deem crédito ao criador. Ele permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais.

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Editora Ampla. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Editora Ampla.

ISBN: 978-65-5381-009-9

DOI: 10.51859/ampla.csa099.1121-0

Editora Ampla

Campina Grande – PB – Brasil
contato@amplaeditora.com.br
www.amplaeditora.com.br



2022





CONSELHO EDITORIAL

Andréa Cátia Leal Badaró – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará
Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará
Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará
Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia
Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe
Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista
Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande
Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires
Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas
Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará
Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande
Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba
Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais
Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano
Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí
Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará
Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador
Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará
Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura
Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande
Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso
Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas
Italan Carneiro Bezerra – Instituto Federal da Paraíba
Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará
Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas
João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina
João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas
João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo
Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife
Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará
Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis
Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia
Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador
Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará
Lucas Araújo Ferreira – Universidade Federal do Pará
Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará
Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário
Luciana de Jesus Botelho Sodrê dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão
Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central
Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande
Marcelo Alves Pereira Eufrazio – Centro Universitário Unifacisa
Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará
Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz
Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia
Marina Magalhães de Moraes – Universidade Federal de Campina Grande
Michele Antunes – Universidade Feevale





Milena Roberta Freire da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais
Natan Galves Santana – Universidade Paranaense
Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso
Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Paula Milena Melo Casais – Universidade Federal da Bahia
Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão
Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos
Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará
Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras
Renan Gustavo Pacheco Soares – Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns
Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará
Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande
Sabrynna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais
Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará
Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia
Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria
Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca
Tatiana Paschoalette Rodrigues Bachur – Universidade Estadual do Ceará
Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba
Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras
Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology
Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande
Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima
Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande
Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz
Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande





2022 - Editora Ampla
Copyright © Editora Ampla
Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares
Design da Capa: Editora Ampla
Diagramação: Higor Costa de Brito

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Coletânea saúde na Amazônia [livro eletrônico]: ensino e perspectivas / organização Fabio Biasotto Feitosa, Daniel Delani, Edson dos Santos Farias. -- Campina Grande : Editora Ampla, 2022.
114 p.

Formato: PDF
ISBN: 978-65-5381-009-9

1. Cuidados médicos. 2. Ensino - Áreas de serviço de Saúde. I. Feitosa, Fabio Biasotto. II. Delani, Daniel. III. Farias, Edson dos Santos. IV. Título.

CDD-610

Sueli Costa - Bibliotecária - CRB-8/5213
(SC Assessoria Editorial, SP, Brasil)

Índices para catálogo sistemático:

1. Medicina : Ensino 610

Editora Ampla
Campina Grande - PB - Brasil
contato@ampllaeditora.com.br
www.ampllaeditora.com.br



2022



PREFÁCIO


É uma satisfação apresentar a “**Coletânea Saúde na Amazônia: Ensino e Perspectivas – 2022**”, que no formato de e-book traz reflexões sobre as práticas de cuidado, ensino e formação em saúde. É fruto do trabalho contínuo de investigação de um grupo de docentes e discentes preocupados com as práticas de saúde e a formação em saúde em Rondônia.

Qualificar os processos de ensino e de aprendizagem em saúde é, sem sombra de dúvidas, desafiador para a instituição formadora, docentes e profissionais de saúde. Os resultados dessas investigações e suas reflexões podem contribuir para melhorar as práticas sanitárias e o ensino em saúde. Por isso, este e-book constitui um importante elo de comunicação entre a pesquisa e o ensino, bem como entre a universidade e a comunidade. Busca-se, assim, promover a saúde com o intuito de empoderar os indivíduos e torná-los ativos no processo de cuidado, por meio do ensino e de orientações qualificadas, centradas na pessoa e em bases científicas. As intervenções educativas, quando utilizadas adequadamente, favorecem o vínculo entre profissionais de saúde e usuário, além de facilitar o repasse de informações e assimilação do conhecimento

Estratégias de promoção de saúde são complexas e necessitam de atenção dos profissionais no planejamento de intervenções inovadoras, que de fato contribuam para melhorar a saúde e a qualidade de vida da população a que se destina.

Esta coletânea, de seis capítulos, discute temáticas que circundam a grande área da Saúde e faz interface pertinente com outra área fundamental para transformações das práticas de saúde, que é a área do Ensino. A obra em apresentação reforça a proposta da **Editora Amplla** em proporcionar e-book de qualidade, mas também que centrem atenção na interdisciplinaridade e interprofissionalidade. Destaca-se a necessidade de ampliarmos a discussão acerca das práticas de ensino em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Sem mais delongas, o Capítulo 1 – **MORTALIDADE MATERNA EM UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA OCIDENTAL**, de autoria de Kátia Fernanda Alves Moreira, Lerissa Nauana Ferreira, Arlindo Gonzaga Branco Junior, Maria Berenice Alho Tourinho, Evelyn Iris Leite Morales Conde e Ivanice Fernandes Barcellos Gemelli.



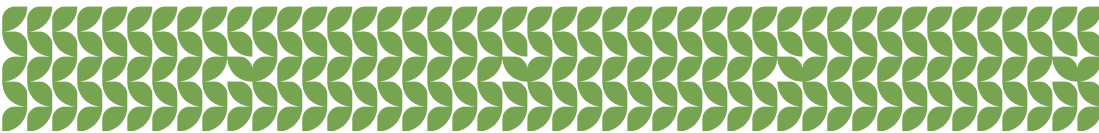


Caracteriza a mortalidade materna e sua distribuição em Porto Velho-RO no período de 2012 a 2017. A maioria dos óbitos ocorridos neste período poderia ser evitado diante de ações mitigadoras das falhas na assistência à mulher durante a gravidez, parto e puerpério. Torna-se imprescindível a consolidação de políticas públicas voltadas à saúde da mulher, o que nos leva a refletir sobre a formação e o ensino em saúde.

Em seguida, a qualidade de vida de hipertensos é discutida em **QUALIDADE DE VIDA DE HIPERTENSOS ACOMPANHADOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO VELHO – RO**, de autoria de Kátia Fernanda Alves Moreira, Marcos Antônio Sales Rodrigues, Halison Cerqueira Cauper, Adriana Tavares Hang, Adriana Dias Silva e Jandra Cibele Rodrigues De Abrantes Pereira Leite. Visa avaliar a qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial que frequentam o grupo HiperDia em uma unidade básica de saúde de Porto Velho-RO. Apesar da qualidade de vida se mostrar satisfatória, as mulheres deste estudo, pertencentes a faixa etária de 60 anos ou mais, apresentam maiores riscos à hipertensão descontrolada. Isto é, baixo nível de escolaridade, sobrepeso/obesidade e sedentarismo, aliados aos níveis pressóricos elevados e não controlados mesmo com uso de medicação. Há necessidade de acompanhamento desses indivíduos com ações interprofissionais, com orientação e informações detalhadas de forma individualizada e centrada na pessoa.

O próximo capítulo trás uma discussão sobre a educação interprofissional e as práticas colaborativas em saúde entre os preceptores, com o título **PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS DE PRECEPTORES VINCULADOS A UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DA REGIÃO NORTE**, de autoria de Kátia Fernanda Alves Moreira, Lerissa Nauana Ferreira, Edson dos Santos Farias, Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes, Paulo Renato Vitória Calheiros e Cleson Oliveira de Moura. Busca verificar as características de prontidão para o trabalho interprofissional dos preceptores do PET-Saúde e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, vinculados a uma universidade pública da Região Norte. Nas dimensões analisadas, os profissionais apresentaram zona de conforto, o que significa uma boa disponibilidade desses profissionais para a educação interprofissional. Apesar disso, em algumas assertivas os profissionais encontram-se em zona de alerta, o que sinaliza a necessidade de





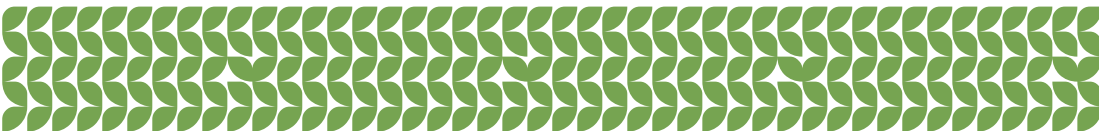
capacitações e investimento nas discussões sobre interprofissionalidade com esses profissionais de saúde.

Qualidade de vida (QV) é tema, outra vez, no Capítulo 4 – Qualidade de vida da pessoa idosa no contexto da estratégia de saúde da família: precisamos investigar a qualidade do sono? De autoria de Kátia Fernanda Alves Moreira, Lerrissa Nauana Ferreira, Karla da Silva Guimarães Rocha, Daniel Delani, Silvia Teixeira de Pinho e Tatiane Gomes Teixeira. O estudo descreve a QV entre os idosos assistidos por uma equipe de saúde da família na Zona Leste de Porto Velho-RO, comparando os participantes segundo qualidade de sono autorreferida. Idosos que dormem bem apresentam melhor QV em todos os domínios do instrumento SF-36, em comparação aos idosos que avaliam seu próprio sono como regular, ruim ou péssimo. Portanto, as equipes de saúde da família podem pactuar estratégias e trabalhar de forma colaborativa entre si e com idosos/famílias, desenvolvendo planos terapêuticos individualizados, que promovam autonomia e independência desses idosos, incentivando a promoção de um envelhecimento ativo e reforçando a necessidade de uma boa qualidade do sono, para se alcançar uma maior qualidade de vida nessa faixa etária.

No presente e-book, temos ainda o Capítulo 5 – **ESTRESSE E COPING EM ACADÊMICOS DA ÁREA DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA**, de autoria de Fabio Biasotto Feitosa, Gabrielle Selleri Bezerra, Mayra Rodrigues Leite, Micheli Caren Franco Souza, Yara Nascimento Soares e Neffretier Cinthya Rebello André dos Santos Clasta. Nele são apresentados os resultados de uma pesquisa sobre estresse em estudantes universitários da Região Norte do país, realizada de 2016 a 2018. Embora o nível de estresse nesses estudantes tenha se manifestado em níveis moderados, foram identificadas estratégias de coping potencialmente mais eficazes no gerenciamento do estresse do que outras investigadas. Além disso, foram registradas as diferentes situações da vida acadêmica em que o estresse tende a surgir e que demandam *coping*, alertando os profissionais da educação para a necessidade de dar atenção à qualidade dos relacionamentos interpessoais nas atividades didáticas da universidade.

Por fim, mas não menos importante, o Capítulo 6 – **PRESSUPOSTOS DA GRUPOTERAPIA: UM MODELO TEÓRICO PARA A REDUÇÃO DE DANOS**, de autoria de Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos, Fabio Biasotto Feitosa, Adriana





Dias Silva e Neffretier Cinthya Rebello André dos Santos Clasta. Nele é apresentada a fundamentação conceitual e a estrutura de um programa de grupoterapia chamado “Grupo Terapêutico Narrativas e Identidades”. Trata-se de um modelo teórico para subsidiar os terapeutas de grupo na missão de conduzir sessões de forma sistemática, organizada, acolhedora, mantendo a coesão grupal, dinâmica e que suscite mudanças terapêuticas esperadas em cada participante. Acredita-se que o modelo apresentado pode facilitar o planejamento e a condução do grupo, em especial, em indivíduos com problemas relacionados à dependência química.

Os capítulos apresentados sustentam e direcionam as discussões, para reflexões sobre as práticas de saúde, pesquisa e ensino/formação em saúde, que são princípios basilares, para os processos pedagógicos em cursos da área de saúde em uma universidade pública gratuita e de qualidade.

Que a multiplicidade de olhares, reflexões das práticas de saúde contidas no presente e-book, seja capaz de aguçar nos leitores uma infinidade de inquietações, diálogos e perspectivas. Portanto, desejo que vocês, discentes, docentes, pesquisadores em geral, profissionais de saúde e demais interessados sobre ensino e formação em saúde, recebam com carinho esta obra.

Tenham leituras valiosas!

Professora Dra. Kátia Fernanda Alves Moreira
Universidade Federal de Rondônia – UNIR





SUMÁRIO

CAPÍTULO I - MORTALIDADE MATERNA EM UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA OCIDENTAL	12
CAPÍTULO II - QUALIDADE DE VIDA DE HIPERTENSOS ACOMPANHADOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO VELHO - RO	28
CAPÍTULO III - PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS DE PRECEPTORES VINCULADOS A UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DA REGIÃO NORTE.....	43
CAPÍTULO IV - QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PRECISAMOS INVESTIGAR A QUALIDADE DO SONO?	61
CAPÍTULO V - ESTRESSE E COPING EM ACADÊMICOS DA ÁREA DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA.....	80
CAPÍTULO VI - PRESSUPOSTOS DA GRUPOTERAPIA: UM MODELO TEÓRICO PARA A REDUÇÃO DE DANOS	100
SOBRE OS ORGANIZADORES	113



CAPÍTULO I

MORTALIDADE MATERNA EM UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA OCIDENTAL



MORTALIDADE MATERNA EM UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA OCIDENTAL

DOI: 10.51859/AMPLLA.CSA099.1121-1

Kátia Fernanda Alves Moreira ¹
Lerissa Nauana Ferreira ²
Arlindo Gonzaga Branco Junior ³
Maria Berenice Alho Tourinho ⁴
Evelyn Iris Leite Morales Conde ⁵
Ivanice Fernandes Barcellos Gemelli ⁶

¹ Professora do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

² Enfermeira Residente em Saúde da Família. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

³ Professor do Departamento de Medicina. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

⁴ Professora do Departamento de Ciências Sociais. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

⁵ Professora do Departamento de Ciências Contábeis. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

⁶ Professora do Departamento de Medicina. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a mortalidade materna e sua distribuição em Porto Velho-RO no período de 2012 a 2017. **Material e métodos:** Estudo quantitativo, observacional e descritivo, utilizando as bases de dados secundárias do Sistema de Informação de Mortalidade cedidos pela Agência de Vigilância em Saúde de Rondônia. A população foi composta por mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos residentes na capital, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2017. Os dados foram tabulados em planilha eletrônica, em seguida, foram processados no *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 17. Para as análises, os dados foram considerados para cada ano individualmente, assim como também a variação em dois triênios – de 2012 a 2014, de 2015 a 2017. **Resultados:** A Razão de mortalidade materna foi entre 56,3 e 91,5/100.00 nascidos vivos. A principal causa de morte no triênio 2012-2014 foram causas infecciosas relacionadas à gravidez, parto ou puerpério (26,1%), seguidas de Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, parto e puerpério (13%) e Eclampsia (13%). No triênio 2015-2017, a principal causa de morte encontrada foi a Embolia de origem obstétrica (22,2%), seguida das causas infecciosas relacionados à gravidez, parto e puerpério (16,7%) e infecção puerperal (16,7%). **Conclusão:** A maioria dos óbitos ocorridos neste período poderiam ser evitados diante de ações mitigadoras das falhas na assistência à mulher durante a gravidez, parto e puerpério. Torna-se imprescindível a consolidação de políticas públicas voltadas à saúde da mulher.

Palavras-chave: Mortalidade materna. Saúde da mulher. Causa de morte.

1. INTRODUÇÃO

A morte materna durante a gravidez, parto ou pós-parto serve como importante indicador da qualidade de um sistema de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a taxa de mortalidade materna (TMM) como “o número anual de mortes femininas por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou seu manejo (excluindo causas acidentais ou incidentais) durante a gravidez e o parto ou dentro de 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, expresso por 100.000 nascidos vivos, por um período de tempo especificado”. E a razão de mortalidade materna (RMM) é definida como o número de mortes maternas durante um determinado período por 100.000 nascidos vivos durante o mesmo período. Ela retrata o risco de morte materna em relação ao número de nascidos vivos e captura essencialmente o risco de morte em uma única gravidez ou um único nascido vivo (WHO, 2021).

Em 2000, todos os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) assinaram o compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que visavam abordar os determinantes sociais da saúde e os resultados prejudiciais à saúde associados (WHO, 2018). A redução da mortalidade materna e o acesso a serviços de saúde reprodutiva estavam entre os principais objetivos dos ODM. Após o fim dos ODM (2015), a ONU desenvolveu Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que estão comprometidos com a melhora da saúde e o desenvolvimento para todos os países membros. A redução da mortalidade materna continua a ser uma das prioridades do ODS 3: “Garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades”. A meta global é reduzir a mortalidade materna para 70 por 100.000 nascidos vivos até 2030 (UNITED NATIONS, 2019).

São 810 mortes de mulheres a cada dia, em todo o mundo, por causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto, segundo dados do relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS); sendo que 94% de todas as mortes maternas ocorrem em países de baixa e média renda (WHO, 2019). Esse tipo de mortalidade é um evento sentinela usado globalmente para monitorar a saúde materna, a qualidade geral dos cuidados de saúde reprodutiva e o progresso que os países fizeram em direção às metas internacionais de desenvolvimento (GELLER et al.,

2018). Possui expressiva relevância à saúde pública, refletindo, portanto, o desenvolvimento humano de um país, a desigualdade de uma nação, por ser reflexo da pobreza e da exclusão social (RODRÍGUEZ-AGUILAR, 2018).

A mortalidade materna é maior nos países em desenvolvimento, como o Brasil, se comparados com nações desenvolvidas, devido à falta de assistência médica adequada, alta prevalência de doenças infecciosas, maior taxa de fecundidade total e devido à falta de acesso ao sistema de saúde (GIRUM; WASIE, 2017). Mais de 70% destas mortes são causadas por hemorragia, infecção, aborto inseguro, distúrbios hipertensivos da gravidez e parto distócico. Entre as ocorrências, estão as condições nutricionais e cuidados inadequados, o apoio social insuficiente, falta de acesso oportuno, baixo *status* das mulheres e analfabetismo; fatores fortemente associados às mortes maternas (FREITAS-JÚNIOR, 2020). Além disto, o efeito da morte materna no grupo social menos favorecido tem efeitos multiplicadores, pois envolve, na maioria dos casos, o impacto econômico e a interrupção do desenvolvimento social normal dos órfãos (RODRÍGUEZ-AGUILAR, 2018).

A mortalidade materna evitável deve ser entendida como um componente de direitos humanos. As mortes maternas, pelo Tratado Internacional de Direitos Humanos, representam violações dos direitos das mulheres à vida, cabendo aos Estados promoverem o mais alto padrão de saúde, a igualdade e a não discriminação (UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS, 2018). No contexto da formação em saúde, faz-se necessário que os currículos universitários destaquem a gravidade da mortalidade materna evitável para que os futuros profissionais percebam o seu papel, enquanto formadores de opinião, na perspectiva de assegurar à mulher uma maternidade segura como elemento constitutivo da justiça social (FREITAS-JÚNIOR, 2020).

No Brasil, em 2015, as principais causas de óbitos maternos foram transtornos hipertensivos durante a gravidez, parto e puerpério, complicações no trabalho de parto e do parto, complicações predominantemente do puerpério e as afecções obstétricas sem especificação (LEAL et al., 2018). Em geral, as causas diretas relacionadas às complicações obstétricas de gravidez, trabalho de parto, manejo do parto e os períodos pós-parto, em países em desenvolvimento, são responsáveis por 80% das mortes maternas (WHO, 2019). Enquanto as causas

indiretas relacionadas a condições de saúde preexistentes, que podem ser agravadas pelas demandas fisiológicas da gravidez, são responsáveis por 20% das mortes maternas (DEPUTY et al., 2018).

Com base no exposto, o objetivo desse estudo é caracterizar as causas de mortalidade materna, no período de 2012 a 2017, em Porto Velho-RO, município com 428.527 habitantes (IBGE, 2010). Destaca-se a relevância da pesquisa por estimar a RMM da capital de Rondônia, além de contribuir para traçar o perfil da mortalidade materna, oferecendo subsídios para nortear ações de promoção e prevenção da saúde reprodutiva da mulher.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma análise transversal de dados secundários retirados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (MS, 2001), cuja população foi de mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos, consideradas no Brasil como mulheres na idade fértil (MIF), registradas no SIM e residentes no município de Porto Velho-RO, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2017. Para o cálculo da RMM, foi utilizado o número de nascidos vivos obtido através do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc (MS, 2001). Foram utilizadas as bases de dados secundários cedidos ao Centro de Pesquisa e Estudo em Saúde Coletiva (CEPESCO) pela Agência de Vigilância em Saúde de Rondônia (AGEVISA).

Todas as variáveis do SIM acerca de mortalidade materna foram incluídas, sendo elas: faixa etária, raça/cor, escolaridade e estado civil; o momento de ocorrência do óbito; local de ocorrência e o tipo de causa obstétrica (direta/indireta/não especificada). Foram excluídas variáveis cujos dados inexistiam ou estavam incompletos em mais de 50% das participantes, e esta avaliação foi efetuada por cada ano do estudo. A variável pôde ser reinserida se no ano posterior os dados estavam presentes e completos em mais de 50% da amostra.

Após a coleta, os dados foram tabulados em planilha eletrônica, em seguida, foram processados no *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 17. Foram levados em conta dados específicos de cada ano, assim como também a variação, considerando dois triênios – de 2012 a 2014, de 2015 a 2017. Os dados foram descritos em tabelas e apresentados em frequências absolutas e relativas,

bem como por nível descritivo. Para cálculo de razão de mortalidade materna, foi utilizado o número de óbitos maternos, dividido pelo total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período x 10⁵. Para classificação em baixa, média, alta e muito alta, foram utilizados os parâmetros da OMS.

Os dados foram descritos em tabelas e apresentados em frequências absolutas e relativas e por nível descritivo. A razão de mortalidade materna é calculada através da seguinte equação:

$$RMM = \left(\frac{\text{número de óbitos maternos}}{\text{total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período}} \right) \times 10^5$$

A RMM é considerada muito alta quando a mortalidade materna for igual ou superior a 150 óbitos maternos por 100.000NV. É considerada alta entre 50 e 149 óbitos maternos por 100.000NV. Média entre 20 e 49 óbitos por 100.000NV. É considerada baixa quando for menor do que 20 óbitos maternos por 100.000NV (WHO/UNICEF, 1996). O presente estudo é vinculado ao subprojeto “Morbidades em Porto Velho”, e constitutivo do projeto matriz intitulado “Estudo sobre morbidades em Rondônia: a assistência, a formação e o ensino em discussão”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia (CEP/UNIR) sob parecer nº 2.548.115.

3. RESULTADOS

No presente estudo, foram registrados um total de 1.084 óbitos de mulheres em idade fértil (Tabela 1).

Tabela 1 - Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) em Porto Velho-RO, de 2012 a 2017

Ano	N	%
2012	177	20,9
2013	191	23,7
2014	186	22,6
2015	167	19,1
2016	189	21,3
2017	174	18,6
Total	1084	

Fonte: SIM, 2019.

Em contexto geral, a RMM no município de Porto Velho-RO, conforme a OMS, foi classificada como de alta mortalidade, pois permaneceu com um quantitativo de óbitos entre 56,3 a 94,8/100.00NV durante os seis anos de estudo (Tabela 2).

Tabela 2 - Óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna em Porto Velho-RO, de 2012 a 2017

Ano	Óbitos maternos	Nascidos vivos	RMM
2012	8	8739	91,5
2013	7	9748	71,8
2014	8	8941	89,5
2015	5	8878	56,3
2016	8	8435	94,8
2017	5	8580	58,3
Total	41	53321	

Fonte: SIM, 2019.

A tabela 3 apresenta resultados com relação ao perfil demográfico e socioeconômico das participantes. Houve predomínio de mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos (43,9%), com 8 a 11 anos de estudo (51,2%), raça preta/parda (70,3%) e casadas (31,7%).

Tabela 3 - Perfil demográfico e socioeconômico de óbitos maternos em mulheres residentes em Porto Velho-RO, no período de 2012 a 2017

	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
Idade	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
15 a 19 anos	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0	1	12,5	1	20
20 a 29 anos	4	50,0	4	57,1	4	50	1	20	4	50,0	1	20
30 a 39 anos	3	37,5	1	14,3	3	37,5	4	80	3	37,5	3	60
40 a 49 anos	1	12,5	2	28,6	0	0	0	0	0	0,0	0	0
Escolaridade												
Sem escolaridade	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0	0
1 a 3 anos	1	11,1	2	28,6	1	10,0	1	1	2	22,2	0	0
4 a 7 anos	3	33,3	1	14,3	1	10,0	0	0	0	0,0	2	40
8 a 11 anos	3	33,3	2	28,6	6	60,0	4	50	5	55,6	1	20
12 anos ou mais	0	0,0	2	28,6	0	0,0	0	0	1	11,1	2	40
Ignorado	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0
Cor da pele												
Branca	3	33,3	2	28,6	0	0,0	0	0	4	44,4	1	20
Parda/Preta	5	55,6	5	71,4	7	70,0	4	50	4	44,4	4	80
Indígena	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0	0	0,0	0	0
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1	0	0,0	0	0

	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
Situação conjugal												
Solteira	2	22,2	3	42,9	2	20,0	0	0	0	0,0	0	0
Casada	3	33,3	1	14,3	2	20,0	1	1	4	44,4	2	40
Divorciada	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0
Viúva	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0	0	0,0	0	0
Outro	1	11,1	3	42,9	3	30,0	4	50	3	33,3	1	20
Ignorado	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0	1	11,1	2	40

Fonte: SIM, 2019.

A principal causa de morte encontrada neste estudo, no triênio 2012-2014, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (Tabela 4), se deu por causas infecciosas relacionadas à gravidez, parto ou puerpério (O23 a O23.9, O75.3, O86 a O86.8, O98.3, O98) (26,1%), ou seja, uma causa obstétrica indireta, seguida de Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, parto e puerpério (13%) e Eclampsia (O15; 13%). No triênio 2015-2017, a principal causa de morte encontrada foi a Embolia de origem obstétrica (O88; 22,2%), que é causa direta de óbito materno, seguida das causas infecciosas relacionados à gravidez, parto e puerpério (16,7%) e infecção puerperal (16,7%).

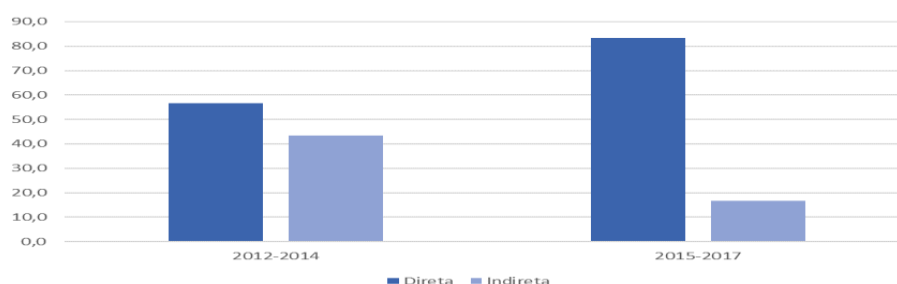
Tabela 4 - Mortalidade Materna segundo a causa da morte nos triênios de 2012 a 2017 em Porto Velho-RO

	2012 a 2014		2015 a 2017	
	N	%	N	%
Causa obstétricas diretas				
Aborto espontâneo	-	-	1	5,6
Falha de tentativa de aborto	2	8,7	-	-
Hipertensão gestacional c/proteinúria significativa	2	8,7	1	5,6
Eclampsia	3	13	1	5,6
Infecção do trato geniturinário na gravidez	1	4,3	2	11,1
Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitos	1	4,3	-	-
Descolamento prematuro da placenta	1	4,3	1	5,6
Anormalidades da contração uterina	-	-	1	5,6
Hemorragia pós-parto	-	-	1	5,6
Infecção puerperal	-	-	3	16,7
Embolia de origem obstétrica	2	8,7	4	22,2
Outros produtos anormais da concepção	1	4,3	-	-
Causas obstétricas indiretas				
Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, parto e puerpério	3	13	-	-
Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte, mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério	6	26,1	3	16,7
Outras doenças maternas COP que compliquem a gravidez, parto e puerpério	1	4,3	-	0
Total	23	100	18	100

Fonte: SIM, 2019.

Durante o primeiro triênio estudado, 56,5% dos óbitos maternos foram por causas obstétricas diretas e 43,5% indiretas. Já no segundo triênio, 83,3% foram por causas obstétricas diretas, enquanto 16,7% foram por causas obstétricas indiretas (Figura 1).

Figura 1 – Percentual de óbitos maternos por causas obstétricas diretas e indiretas durante os triênios de 2012-2014; 2015-2017



Fonte: SIM, 2019

4. DISCUSSÃO

As mortes de mulheres negras e pardas, resultantes de 70,3% dos óbitos no período de estudo, devem ter a investigação aprofundada, pois estas compõem um grupo de risco (MARTINS; SILVA, 2018). A questão da mortalidade materna negra deve ser analisada pelos determinantes sociais da saúde bem como à fragilidade da assistência, baseada na vulnerabilidade e discriminação institucional vivenciada, que comprometem a inserção desses sujeitos nos serviços públicos de saúde e implicam a disparidade entre a taxa de mortalidade em mulheres negras e brancas (SILVA et al., 2019).

As mulheres negras estão desproporcionalmente sujeitas a moradias inseguras, escolaridade básica, falta de transporte acessível e falta de apoio do parceiro, pois, segundo Lister et al. (2019), os homens negros têm maior probabilidade de serem encarcerados.

Além disto, as análises devem focar não apenas o aspecto racial da morte materna negra, mas levando também em consideração o impacto de gênero. Deve-se aprofundar mais o preconceito e a discriminação como fatores de resultados maternos ruins (MCCORKELL; MCDONALD; SATPATHY, 2020).

Observa-se nos resultados do triênio 2012-2014 que a principal causa de mortalidade materna são as doenças infecciosas e parasitárias (DIP), destacando-se as três principais: Tuberculose, Hepatites Virais e doenças pelo HIV. Estudo na África Subsaariana aponta que a incidência de tuberculose na população em geral se correlacionou significativamente com a RMM (GIRUM; WASIE, 2017), o que é similar ao triênio estudado.

Um estudo realizado sobre mortes maternas na África do Sul, de 2007 a 2015, apresenta dados semelhantes aos resultados desta investigação, em que as doenças infecciosas e parasitárias maternas foram as principais causas de morte em 2007 (18,2%), sendo a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida a principal causa de morte em 2011 (16,4%) e 2012 (15,5%), naquele país (BOMELA, 2020).

Para situar a região Norte do Brasil, o estado do Amazonas, por exemplo, em 2013, contabilizou 50% de óbitos maternos por Doenças Infecciosas e Parasitárias (MEDEIROS et al., 2018). Como foco destes escritos, os dados da capital de Rondônia, no triênio 2012-2014, mostram que a maioria das mortes (26,1%) ocorreu por doenças infecciosas e parasitárias (DIP); percentual preocupante, pois as mulheres grávidas e os recém-nascidos estão, particularmente, sob risco dessas doenças, cuja maioria é prevenível, sendo consideradas possíveis contribuintes à mortalidade materna.

Já no que se refere ao triênio 2015-2017, a principal causa de morte foi a Embolia de origem obstétrica (22,2%), seguida de infecção puerperal (16,7%), sendo estas causas diretas de óbito materno, e Doenças Infecciosas e Parasitárias maternas classificáveis em outra parte, mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério (16,7%).

Sobre estes dados, um estudo realizado em Caruaru, interior do estado de Pernambuco, apresenta resultado semelhante ao recorte dos anos de 2015 a 2017 da investigação portovelhense, ao observar a embolia como uma das principais causas de mortes obstétricas diretas (SANTOS, 2016). Já a pesquisa realizada no Maranhão, por Portela, Araújo e Monte (2015), nos anos de 2006-2010, a infecção puerperal representou o terceiro lugar de óbitos, de acordo com os dados daquele estudo.

Ao observar as taxas de óbitos por embolia em países desenvolvidos, os Estados Unidos apresentam a embolia pulmonar em cerca de 9 a 11% das mortes

relacionadas à gravidez nos últimos 20 anos, permanecendo entre as dez principais causas, com base em dados nacionais do Sistema de Vigilância de Mortalidade na Gravidez (PMSS) do CDC (CREANGA et al., 2017).

Quanto aos eventos tromboembólicos relacionados à gravidez, a taxa de incidência é de 3 pessoas por 1.000 cesarianas, inferindo, também, que a cesariana está associada a um aumento, de quatro vezes, do risco de incidência de tromboembolismo venoso (TEV) em comparação com o parto vaginal (BLONDON et al., 2016).

A gravidez e o pós-parto representam períodos de risco muito alto de tromboembolismo venoso. A embolia pulmonar (EP) ainda é uma das três principais causas de morte materna direta na maioria dos países desenvolvidos (PEROTTO; ZIMMERMANN; LÖTSCHER, 2020). Na Suíça, a morte materna por tromboembolismo foi a terceira causa mais comum de morte (0,38/100.000 nascidos vivos). As mulheres grávidas são cinco vezes mais propensas a desenvolver tromboembolismo venoso do que aquelas que não estão grávidas e, portanto, correm maior risco de embolia pulmonar (DEVIS; KNUTTINEN, 2017). O risco é particularmente alto durante o período pós-parto. Portanto, a avaliação do risco de tromboembolismo venoso é vital (HESLEHURST et al., 2018).

No Brasil, dentre as causas obstétricas diretas, as mortes maternas associadas às doenças hipertensivas, mais especificamente classificados pela CID-10 no grupo de edema, proteinúria e distúrbios hipertensivos na gravidez, parto e puerpério (O12-O16), estão entre as principais causas de morte materna (FERNANDES et al., 2015). Os dados desta pesquisa se distanciam da causa principal brasileira e se aproximam dos resultados do estado da Paraíba, em que apresenta óbito por infecção puerperal e embolia de origem obstétrica. Por serem causas evitáveis, se relacionam com problemas nos processos de trabalho de atenção à saúde da mulher, desde o pré-natal, até o parto e puerpério (SILVA et al., 2019), significando que os profissionais que atendem as gestantes e puérperas necessitam de educação permanente em serviço sobre estes temas.

A qualificação profissional e a implementação de protocolos específicos na Rede de atenção à saúde da mulher são uma estratégia a ser seguida, visando diminuir a mortalidade materna que, em sua maioria, é por causas diretas e

evitáveis. Scarton et al. (2020) orientam que as condutas dos profissionais devem ser monitoradas pelos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente estudo mostrou que as causas obstétricas diretas possuem índices maiores que as causas obstétricas indiretas, em ambos os triênios analisados. Este achado não é surpreendente, pois cerca de 15% de todas as gestações terminaram em complicações obstétricas (WHO; UNICEF; UNITED NATIONS, 2015).

Apesar do avanço na redução da mortalidade materna, nos últimos 25 anos, o Brasil não alcançou a meta do milênio de apresentar a RMM igual ou inferior a 35 mortes por 100 mil NV (IBGE, 2010).

Em Porto Velho-RO, nos últimos 15 anos, embora existam ações referentes à educação das cidadãs e para ampliação dos serviços de cuidados pré-natais, estas não foram suficientes para a diminuição da RMM por causas evitáveis.

Os achados deste estudo levam a inferir que a permanência dos óbitos maternos evitáveis se deve ao fato de acesso inadequado aos serviços de atenção à saúde, desde o pré-natal, parto e puerpério, além das condições concretas da vida das mulheres que têm se agravado nos últimos anos com a crise econômica do país.

Além disto, é necessário investir constantemente na qualificação dos profissionais de saúde em toda a rede de atenção à saúde da mulher, bem como fortalecer o comitê de mortalidade materna em Porto Velho-RO, que é bastante incipiente o que dificulta a melhora dos registros de subnotificações de morte materna e redução na razão de mortalidade materna real.

A melhoria das condições de saúde da mulher é um desafio. Identificar presença de complicações obstétricas durante a gestação e os desfechos maternos e perinatais são importantes componentes a serem monitorados, a fim de avaliar a qualidade da assistência ao parto na rede pública de saúde (REIS et al., 2021).

Esses aspectos exigem, de fato, uma assistência ao pré-natal e ao parto de qualidade, à qualificação dos Comitês de Morte Materna, componente vital de qualquer sistema de vigilância, para rastrear o número de mortes e fornecer informações sobre a causa da morte, fatores contribuintes subjacentes e ações que contribuam para prevenir futuras mortes evitáveis.

Além disto, conforme Ruas et al. (2020), são necessários a mobilização de movimentos sociais, o controle social, e ações dos profissionais de saúde e gestores para acelerar a promoção de políticas públicas de alto impacto e intervenções

adequadas para melhorar os serviços de saúde materno-infantil e redução da mortalidade materna.

PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Em relação aos limites, a interpretação dos resultados deste estudo foi baseada nos dados do SIM, a partir das declarações de óbito (DO). Um limite relevante é a subnotificação, que se refere à omissão de informações na declaração de óbito, bem como o preenchimento inadequado de algumas variáveis que constam como “ignorados”, gerando uma subinformação, que pode dificultar análises mais fidedignas. A subinformação se refere ao erro no preenchimento da declaração de óbito, atestado por desconhecimento, omitindo a causa da morte, o que dificulta o cálculo dos indicadores e limita a qualidade da informação em saúde e a interpretação dos dados.

Mesmo diante dessas limitações, ainda assim, o estudo alcançou o seu objetivo, na medida em que permitiu caracterizar os problemas relacionados às mortes maternas, incluindo as principais causas em dois triênios no município de Porto Velho-RO, sendo estes 2012-2014 e 2015-2017. Faz-se necessário a realização de estudos futuros a fim de investigar, de forma detalhada, a ocorrência desses óbitos em Porto Velho-RO e no estado de Rondônia, focando outras situações-problemas, bem como, outros contextos.

5. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu caracterizar o perfil dos óbitos maternos, nos anos de 2012 a 2017, o qual em todos os anos a RMM foi considerada alta. Em relação ao perfil socioeconômico das mulheres, foi encontrado com maior frequência a faixa etária de 20 a 29 anos, a escolaridade de 8 a 11 anos de estudo, raça preta/parda e estado civil casada.

Verificou-se nos triênios estudados, que entre 2012 e 2014, a causa de morte materna mais frequente foi por Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério, e dentre essas, foram identificadas como causa associada a Tuberculose, as Hepatites Virais e a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida. Esse dado demonstrou que o manejo da gestante portadora de doenças infecciosas esteve

deficiente, uma vez que se trata de causas evitáveis de óbito materno, não mencionadas em estudos recentes de outras regiões do Brasil.

Já no período 2015-2017, a causa prevalente foi a Embolia de origem obstétrica, também evitável, expressando a necessidade de se investigar assistência ao parto. Portanto, infere-se que possa existir falha na assistência à mulher durante a gravidez, parto e puerpério; sendo necessário a consolidação de políticas públicas voltadas à saúde da mulher e de medidas de prevenção e promoção à saúde, como também, a realização de mais estudos sobre a temática.

Cumprir destacar que não foi observada redução significativa da RMM no município de Porto Velho-RO, no recorte temporal analisado. O que implica no questionamento sobre a eficácia das medidas materializadas para diminuição da mortalidade materna.

Embora não discutidos neste trabalho, cumpre salientar que os resultados apresentados se direcionam a entraves que impossibilitam a redução da RMM no município, entre os quais, a carência do planejamento familiar, a assistência pré-natal, parto e puerpério inadequados, o que acarretam precariedade no atendimento às gestantes e puérperas.

REFERÊNCIAS

BLONDON, M. et al. Risks of Venous Thromboembolism After Cesarean Sections: A Meta-Analysis. **CHEST**, v. 150, n. 3, p. 572–596, 2016.

BOMELA, N. J. Maternal mortality by socio-demographic characteristics and cause of death in South Africa: 2007–2015. **BMC Public Health**, v. 20, n. 157, p. 1–20, 2020.

CREANGA, A. A. et al. Pregnancy-Related Mortality in the United States, 2011-2013. **Obstetrics and Gynecology**, v. 130, n. 2, p. 366–373, 2017.

DEPUTY, N. P. et al. Prevalence and Changes in Preexisting Diabetes and Gestational Diabetes Among Women Who Had a Live Birth - United States, 2012-2016. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v. 67, n. 43, p. 1201–1207, 2018.

DEVIS, P.; KNUTTINEN, M. G. Deep venous thrombosis in pregnancy: incidence, pathogenesis and endovascular management. **Cardiovascular Diagnosis and Therapy**, v. 7, n. Suppl 3, p. S309–S319, 2017.

FERNANDES, B. B. et al. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe, p. 192–199, 2015.

FREITAS-JÚNIOR, R. A. DE O. Avoidable maternal mortality as social injustice. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 607–614, 2020.

GELLER, S. E. et al. A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. **Reproductive Health**, v. 15, n. 98, p. 1–13, 2018.

GIRUM, T.; WASIE, A. Correlates of maternal mortality in developing countries: an ecological study in 82 countries. **Maternal Health, Neonatology and Perinatology**, v. 3, n. 19, p. 1–6, 2017.

HESLEHURST, N. et al. Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. **BMC medicine**, v. 16, n. 89, p. 1–25, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

LEAL, M. DO C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915–1928, 2018.

LISTER, R. L. et al. Black Maternal Mortality-The Elephant in the Room. **World journal of gynecology & womens health**, v. 3, n. 1, p. 1–8, 2019.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Epidemiological profile of maternal mortality. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 1, p. 677–683, 2018.

MCCORKELL, L.; MCDONALD, A.; SATPATHY, S. **Spring 2020 Journal: Mitigating Black Maternal Mortality** *Berkeley Public Policy Journal*, 2020. Disponível em: <<https://bppj.berkeley.edu/2020/04/13/spring-2020-journal-mitigating-black-maternal-mortality/>>. Acesso em: 22 jan. 2021

MEDEIROS, L. T. et al. Mortalidade materna no estado do amazonas: estudo epidemiológico. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, p. e26623, 2018.

PEROTTO, L.; ZIMMERMANN, R.; LÖTSCHER, K. C. Q. Maternal mortality in Switzerland 2005–2014. **Swiss Medical Weekly**, v. 150, p. 1–8, 2020.

REIS, R. DOS S. et al. Caracterização epidemiológica da mortalidade materna no estado do amazonas/ Epidemiological characterization of maternal mortality in amazon state. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 9964–9979, 2021.

RODRÍGUEZ-AGUILAR, R. Maternal mortality in Mexico, beyond millennial development objectives: An age-period-cohort model. **PLOS ONE**, v. 13, n. 3, p. e0194607, 2018.

RUAS, C. A. M. et al. Profile and spatial distribution on maternal mortality. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 385–396, 2020.

SANTOS, E. C. M. DOS. **Perfil epidemiológico da mortalidade materna na iv regional de saúde de pernambuco**. Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva—Recife: Universidade de Pernambuco, 2016.

SCARTON, J. et al. Mortalidade materna: causas e estratégias de prevenção. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, p. e67953081–e67953081, 2020.

SILVA, S. C. M. et al. Diagnóstico da situação de morte materna. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, p. 1–13, 2019.

UNITED NATIONS. **HealthUnited Nations Sustainable Development**, 2019. Disponível em: <<https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>>. Acesso em: 15 jan. 2022

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS. **Human Rights Committee, General Comment 36. Call for Comments on Article 6 - Right to life**. 2018. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/en/hrbodies/ccpr/pages/gc36-article6righttolife.aspx>>. Acesso em: 23 jan. 2021.

WHO; UNICEF; UNITED NATIONS. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015**. 2019. Geneva: World Health Organization, 2015.

WHO. World Health Organization. **Monitoring the health SDG goal: Indicator of overall progress - Maldives**New DelhiWHO, , 2021. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342581>>. Acesso em: 15 jan. 2022

WHO. World Health Organization. **Millennium Development Goals (MDGs)**. Governamental. 2018. Disponível em: <[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))>. Acesso em: 15 jan. 2022.

WHO. World Health Organization. **Maternal mortality**. 2019. Governamental. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

CAPÍTULO II

**QUALIDADE DE VIDA DE HIPERTENSOS
ACOMPANHADOS EM UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE PORTO VELHO - RO**



QUALIDADE DE VIDA DE HIPERTENSOS ACOMPANHADOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO VELHO – RO

DOI: 10.51859/AMPLA.CSA099.1121-2

Katia Fernanda Alves Moreira¹
Marcos Antônio Sales Rodrigues²
Halison Cerqueira Cauper³
Adriana Tavares Hang⁴
Adriana Dias Silva⁵
Jandra Cibele Rodrigues de Abrantes Pereira Leite⁶

¹ Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

² Enfermeiro. Residente em Saúde da Família da Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

³ Enfermeiro. Mestrando em Saúde da Família. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

⁴ Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

⁵ Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

⁶ Enfermeira. Professora do Departamento de Medicina. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de pessoas com Hipertensão Arterial que frequentam o grupo HiperDia em uma unidade básica de saúde de Porto Velho-RO.

Método: Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo, realizado em uma unidade de saúde localizada na Zona Leste do município de Porto Velho-RO. Foram incluídos no estudo usuários acompanhados pelas equipes matutinas, maiores de 18 anos, alfabetizados, com capacidade de comunicação verbal e de ambos os sexos, totalizando 60 hipertensos. Optou-se pelo “Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial” por seu aspecto breve em relação ao tempo para resposta. Os dados foram expressos em médias e desvios-padrão, para as variáveis contínuas, e em frequências e percentuais, para as variáveis categóricas. **Resultados:** Observou-se que as médias de pontuação se apresentaram baixas, no domínio mental (mediana de 4), somático (mediana de 3) e no de qualidade de vida (mediana de 0) para ambos os sexos, indicando qualidade de vida satisfatória na amostra. Entretanto, o domínio mental ainda foi o que apresentou média mais distante de zero, mesmo com pontuações baixas. **Conclusão:** Apesar da qualidade de vida se mostrar satisfatória, as mulheres deste estudo, pertencentes a faixa etária de 60 anos e mais, apresentam maiores riscos à hipertensão descontrolada. Isto é, baixo nível de escolaridade, sobrepeso/obesidade e sedentarismo, aliados aos níveis pressóricos elevados e não controlados mesmo com uso de medicação. Há necessidade de acompanhamento desses indivíduos com ações interprofissionais, com orientação e informações detalhadas de forma individualizada e centrada na pessoa.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Atenção Primária à Saúde. Qualidade de Vida.

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais, caracterizada por uma pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg (PHILIP et. al., 2021; BARROSO et. al., 2020). Para Ezzati (2018), esta doença será a responsável pela maior redução em anos perdidos de vida na comparação com as questões relacionadas à desnutrição e às doenças infecciosas.

Segundo o estudo pioneiro de análise global das tendências na prevalência, detecção, tratamento e controle da hipertensão nos países do mundo, desenvolvido pelo *NCD Risk Factor Collaboration*, o número de pessoas de 30 a 79 anos com hipertensão dobrou no período de 1990 a 2019, ultrapassando a prevalência de hipertensão em 50% para mulheres em dois países e homens em nove países, na Europa Central e Oriental, Ásia Central, Oceania e América Latina (NCD-RisC, 2021).

No Brasil, a hipertensão foi o fator de risco mais prevalente entre os brasileiros adultos com 30 anos ou mais (40,7%). Foi fortemente associada ao processo de envelhecimento (razão de prevalência, RP 3,51), obesidade (RP 1,73), doenças cardíacas (RP 1,67) e acidente vascular cerebral (RP 1,86), conforme Marques et al. (2019).

Qualidade de vida é uma percepção individual subjetiva. No campo de saúde, o conceito de qualidade de vida é usado como um alvo para pesquisa e prática clínica. Compreender a qualidade de vida centrado na pessoa ajuda na melhora dos sintomas e na terapêutica adequada da hipertensão. O impacto da doença na saúde pode ser medido usando alguns instrumentos validados no Brasil, buscando estimar o impacto físico e psicossocial que a enfermidade acarreta para as pessoas acometidas (SUJANA et al., 2021).

A HAS é uma patologia que exige mudanças no estilo de vida, como adoção de hábitos saudáveis, prática regular de atividade física, consultas periódicas nos serviços de saúde, dentre outras. Modificações no estilo de vida, como dietas para redução de peso, exercícios regulares, bem como ingestão restrita de álcool e sal, mostraram efeitos positivos sobre a pressão arterial (VALENZUELA et al., 2021).

Para enfrentar com eficácia a carga da hipertensão, o modelo tradicional de tratamento da doença baseado em consultas periódicas deve ser complementado por uma abordagem moderna centrada na pessoa e não na hipertensão. Além disto, é preciso envolver na gestão de cuidados de saúde do usuário a família, e os profissionais de saúde que, de forma colaborativa, elabora o plano terapêutico individualizado para influenciar e apoiar a decisão em saúde do usuário (OMBONI, 2019), visando sua qualidade de vida.

Diante do exposto, nota-se que o aumento do número de pessoas hipertensas e sua qualidade de vida são desafios para a saúde coletiva particularmente em Porto Velho-RO. Em virtude disso se faz necessário conhecer as características da população com HAS com o intuito de criar, programar e fortalecer ações de saúde que visem à manutenção e melhora da qualidade de vida dos hipertensos, assim como aprimorar os processos de trabalho das equipes de saúde da família e núcleos de apoio à saúde da família do município, para o desenvolvimento de respostas efetivas às demandas requeridas por esses indivíduos (LOPES et al., 2020).

Além disso, é preciso fomentar um processo de formação em saúde, tanto nos serviços como nas escolas formadoras, preparando esses profissionais e estudantes às necessidades e realidades das populações presentes nos serviços de saúde, a fim de aprimorar repostas às complexas demandas trazidas por esses usuários que compõem as subpopulações, como os portadores de condições crônicas, com ênfase nas pessoas que convivem com a HAS. Dessa forma, a pesquisa teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de pessoas com Hipertensão Arterial que frequentam o grupo HiperDia em uma unidade básica de saúde (UBS) de Porto Velho-RO.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo, transversal, relacionado aos usuários hipertensos acompanhados por uma equipe de saúde da família (eSF) e que são acompanhados pelas equipes matutinas. O estudo foi realizado em uma UBS localizada na Zona Leste do município de Porto Velho-RO. A amostra estudada ocorreu de forma intencional, no período de fevereiro a junho de 2021, com a ida do pesquisador a UBS às sextas-feiras do período matutino, para coleta de dados.

Foram incluídos no estudo os usuários maiores de 18 anos, alfabetizados, com capacidade de comunicação verbal e de ambos os sexos. Os usuários com problemas associados ao uso de álcool ou outras drogas, os que têm diagnóstico psiquiátrico de doença mental e mulheres grávidas ou em período de lactância, foram excluídos do estudo, como também aqueles que possuíam somente Diabetes Mellitus. Dessa forma, participaram do estudo 60 usuários hipertensos.

Antes da entrevista, foram mensurados peso e altura dos usuários, seguidos pela aferição da pressão arterial, a qual foi medida três vezes consecutivas com intervalo mínimo de 3 minutos entre as mensurações, seguindo o protocolo. Os valores da PA foram estratificados conforme os estágios de HAS, seguindo as diretrizes brasileiras de hipertensão, em controlados (PA < 140/90 mmHg), hipertensão estágio 1 (PAS entre 140-159 e PAD entre 90-99); estágio 2 (PAS entre 160-179 e PAD entre 100-109) e estágio 3 (PAS ≥ 180 e PAD ≥ 110) (BARROSO et al., 2021).

Posteriormente, foi aplicado um questionário aos participantes face a face para o qual é dividido em duas partes: dados sociodemográficos, no qual foram coletados sexo, data de nascimento, idade, endereço, telefone, nível de escolaridade, renda familiar, profissão/ocupação, estado civil, cor/raça.

Na segunda parte do questionário, os usuários foram questionados acerca da ingestão de sal, consumo de bebida alcoólica e tabaco, prática de atividade física entre outras variáveis relevantes.

Para avaliar a qualidade de vida (QV) de usuários hipertensos, optou-se pelo “Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial” (MINICHAL) por seu aspecto breve em relação ao tempo para resposta. O MINICHAL foi traduzido e adaptado transculturalmente para o Brasil, MINICHAL-BRASIL (SCHULZ et al., 2008). É composto por 17 questões e dois domínios: Estado Mental e Manifestações Somáticas. A última questão tem como objetivo verificar como o usuário avalia que a hipertensão e o seu tratamento têm influenciado na sua QV.

As respostas dos domínios estão distribuídas em uma escala de frequência do tipo *Likert* e têm quatro opções de respostas de 0 (Não, absolutamente) a 3 (Sim, muito). Na somatória dos pontos pode variar de 0 a 48, sendo que quanto mais próximo de zero maior a qualidade de vida (SCHULZ et al., 2008; SOUTELLO et al.,

2015). Os dados foram expressos em médias e desvios-padrão, para as variáveis contínuas, e em frequências (n) e percentuais (%), para as variáveis categóricas.

O artigo é vinculado ao subprojeto “Morbidades em Porto Velho”, constitutivo do projeto matriz intitulado “Estudo sobre morbidades em Rondônia: a assistência, a formação e o ensino em discussão”, aprovado pelo CEP/UNIR sob o parecer n. 2.548.115.

3. RESULTADOS

Chama a atenção o perfil socioeconômico, pois a grande maioria dos indivíduos está na faixa etária de 61 a 70 anos (35%), do sexo feminino (63,33%), escolaridade dessas pessoas não chega ao ensino fundamental completo (71,67%), economicamente ativos (68,33%), porém com renda menor que um salário-mínimo (81,67%). Além disso, 80% dos participantes se declaravam pretos ou pardos e 38,33% referiram estado civil viúvo (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica acompanhados por equipes de saúde da família, em uma unidade básica de saúde da Zona Leste de Porto Velho – RO, 2021

Variáveis	Amostra	
	n	%
Idade		
≤ 50 anos	4	6,67
51 a 60 anos	11	18,33
61 a 70 anos	21	35,00
> 70 anos	13	21,67
Sexo		
Feminino	38	63,33
Masculino	22	36,67
Escolaridade		
Nunca estudou	4	6,67
Ensino Fundamental incompleto	43	71,67
Ensino Fundamental completo	5	8,33
Ensino Médio incompleto	1	1,67
Ensino Médio completo	8	13,33
Ensino Superior	1	1,67
Cor da pele		
Branco	8	13,33
Pretos/pardos	48	80,00
Outros	5	8,33
Situação conjugal		
Casado/União estável	19	31,67
Viúvo	23	38,33
Divorciado	5	8,33
Solteiro	15	25,00
Ocupação		
Economicamente ativo	41	68,33
Economicamente inativo	21	35,00

Renda			
	Até 1 salário	49	81,67
	2 a 3 salários	10	16,67
	Maior que 3 salários	1	1,67
	Total	60	100,00

Com relação aos fatores de risco que podem contribuir para o surgimento de complicações ou aos eventos agudos relacionados à HAS, pode-se observar que a maior parte dessa população referiu diagnóstico de hipertensão há menos de cinco anos (38,33%), no qual 35,00% realizaram três consultas ou mais no último ano. Outro fator relevante foi que 48,33% faziam uso de duas ou mais medicações e 53,33% não possuíam histórico familiar de pessoas que vivem com hipertensão ou doenças cardiovasculares.

Com relação aos fatores modificáveis foi constatado que boa parte da amostra não recebeu informações sobre HAS (50%), não faziam parte do grupo de HiperDia (73,33%) ou mesmo não praticavam atividade física (71,67%). Entretanto, foram obtidas respostas positivas em relação a regulação da ingestão de sal (73,33%), não ingestão de bebida alcoólica (81,67%), não fumantes (91,67%) e uso correto das medicações (80%), assim como 53,33% não apresentaram/apresentam quadro de dislipidemia (Tabela 2).

Tabela 2 - Controle dos fatores de risco para agudização de HAS em uma amostra da população de área coberta pela Estratégia de Saúde da Família na Zona Leste de Porto Velho - RO, 2021

Variáveis/Perguntas	Amostra	
	n	%
Tempo de diagnóstico de HAS		
1 a 5 anos	23	38,33
6 a 10 anos	18	30,00
Mais de 10 anos	15	25,00
Não soube informar	4	6,67
Consultas realizadas no último ano		
Uma	17	28,33
Duas	8	13,33
Três ou mais	21	35,00
Nenhuma	14	23,33
Realizou exames laboratoriais no último ano?		
Sim	42	70,00
Não	20	33,33
Recebeu informações sobre HAS?		
Sim	30	50,00
Não	30	50,00
Participante do grupo de HiperDia?		
Sim	16	26,67
Não	44	73,33

Variáveis/Perguntas	Amostra	
	n	%
Possui outras comorbidades?		
Sim	21	35,00
Não	39	65,00
Histórico familiar para HAS/doenças cardiovasculares		
Sim	28	46,67
Não	32	53,33
Regula a quantidade de sal na comida?		
Sim	44	73,33
Não	18	30,00
Ingere bebida alcoólica?		
Sim	11	18,33
Não	49	81,67
Pratica atividade física?		
Sim	19	31,67
Não	43	71,67
Faz uso correto das medicações?		
Sim	48	80,00
Não	14	23,33
Quantidade de medicamentos		
Nenhum	7	11,67
Um	24	40,00
Dois ou mais	29	48,33
Fumante?		
Sim	5	8,33
Não	55	91,67
Diabético?		
Sim	17	28,33
Não	45	75,00
Apresenta/apresentou colesterol elevado?		
Sim	28	46,67
Não	32	53,33
Total	60	100,00

Quando avaliado o IMC como parâmetro nutricional, a média obtida foi de $28,01 \pm 6,01 \text{ kg/m}^2$ no público feminino e $28,68 \pm 5,92 \text{ kg/m}^2$ no masculino, o que caracteriza estágio de sobrepeso desses indivíduos. Além disso, na avaliação da pressão arterial, houve maior frequência de indivíduos com elevação dos valores sistólicos e diastólicos, o que caracteriza HAS não controlada.

Observou-se que a maior parte da parcela feminina apresentou elevação de PAS (38,33%) e PAD (28,33%), já a masculina apresentou 21,67% valores elevados de PAS e apenas 15% houve elevação da PAD. Quando estratificados em graus de hipertensão, houve maior frequência de hipertensos no grau 1 (Tabela 3).

Tabela 3 - Índice de massa corporal e estratificação da amostra populacional, segundo os valores para pressão arterial para pessoas com diagnóstico de hipertensão, do território com cobertura da Estratégia de Saúde da Família, na Zona Leste de Porto Velho – RO, 2021

Variáveis	Feminino				Masculino			
	Média (DP)				Média (DP)			
IMC (Kg/m ²)	28,01±6,01				28,68±5,92			
Variáveis	Feminino				Masculino			
Amostra	PAS		PAD		PAS		PAD	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Hipertensão não controlada	23	38,33	17	28,33	13	21,67	9	15,00
Hipertensão controlada	14	23,33	20	33,33	9	15,00	13	21,67
Graus de hipertensão								
Controlados	14	23,33	20	33,33	9	15,00	13	21,67
Hipertensão grau 1	13	21,67	10	16,67	8	13,33	0	0,00
Hipertensão grau 2	7	11,67	6	10,00	4	6,67	6	10,00
Hipertensão grau 3	3	5,00	1	1,67	1	1,67	3	5,00
Total	37	61,67	37	61,67	22	36,67	22	36,67

A partir da aplicação do MINICHAL-BRASIL na avaliação da qualidade de vida, observou-se que as médias de pontuação se apresentaram baixas, no domínio mental (mediana de 4), somático (mediana de 3) e no de qualidade de vida – QV (mediana de 0) para ambos os sexos, indicando qualidade de vida satisfatória na amostra.

Entretanto, o domínio mental ainda foi o que apresentou média mais distante de zero, de 5,52±4,32 para a parcela feminina e de 5,55±4,44 para a parcela masculina da amostra, mesmo com pontuações baixas (Tabela 4).

Tabela 4 - Estratificação da qualidade de vida segundo os domínios do instrumento MINICHAL-BRASIL para pessoas diagnosticadas com hipertensão, na Estratégia de Saúde da Família, Porto Velho – RO, 2021

Domínios	Feminino				Masculino			
	Média (DP)	Mediana	Intervalo		Média (DP)	Mediana	Intervalo	
			Mín	Máx			Mín	Máx
Mental	5,52±4,32	4	0	18	5,55±4,44	4	0	15
Somático	3,59±2,59	3	0	10	3,63±2,84	3	0	13
QV	0,46±0,66	0	0	2	0,43±0,65	0	0	3

4. DISCUSSÃO

Constatou-se que a maior parte da amostra se encontrava na faixa etária de 60 a 70 anos. Os estudos vêm apontando que 50% dos indivíduos de 50 a 60 anos de idade já possuem o diagnóstico de hipertensão, chegando a um percentil de 70% a 75% em pessoas acima de 60 anos. Boa parte da população com HAS são do sexo feminino, demonstrando que as mulheres apresentam menor qualidade de vida, principalmente em contextos socioeconômicos desfavoráveis (BERNARDO et al., 2020), como nesse estudo.

Com relação às questões de renda e escolaridade, essa pesquisa evidenciou que a maior parte vive com renda que chega a um salário, e não concluíram o Ensino Fundamental. Populações com menores níveis socioeconômicos e baixos anos de estudo estão mais suscetíveis a complicações devido a HAS e piora da qualidade de vida. Visto que, nesse contexto, podem emergir possíveis dificuldades na compreensão e efetividade do tratamento, assim se configurando como obstáculos às ações de promoção à saúde, a baixa apreensão de informações pode interferir no curso dessas condições, impactando na adesão ao tratamento e na redução de complicações futuras (AMARAL et al., 2018).

Quanto ao histórico e fatores que podem influenciar os desdobramentos negativos sobre os quadros desses usuários, a hipertensão, quando não tratada, associada ao estilo de vida sedentário e hábitos que degradam a saúde, proporcionam o contexto favorável para o surgimento de eventos cardiovasculares, que podem comprometer a qualidade de vida a longo e curto prazos. Dessa forma, estudos apontam que os fatores modificáveis como a ausência de acompanhamento e uso de polifarmácia se configuram como fatores de risco para desdobramentos negativos futuros que afetam a qualidade de vida (SANTOS et al., 2018; DANTAS; RONCALLI et al., 2019).

Ademais, comportamentos como má alimentação, consumo excessivo de sal e dislipidemia são evidenciados na literatura em associação a eventos cardiovasculares, como obstrução de vasos sanguíneos e infarto agudo do miocárdio (SANTOS et al., 2018). Além disso, o consumo de álcool e o tabagismo são comportamentos que acarretam o aumento das cifras pressóricas e agravos cardiovasculares, de forma que se acredita que atuem sinergicamente no

desenvolvimento da doença (KUAN et al., 2021; NAN et al., 2021). Tais fatores de risco associados ocasionam efeito cumulativo, constituindo o cenário para desfechos de saúde negativos e aumento da taxa de mortalidade por eventos cardiovasculares agudos.

Dessa forma, o acompanhamento integral por meio de trabalho em equipe é evidenciado como uma forte estratégia para alcançar o cuidado necessário. Visto ser um problema que demanda competências específicas das diversas profissões de saúde, requer o trabalho interprofissional das equipes de APS junto aos profissionais dos demais níveis de atenção e do NASF, bem como a inclusão dos usuários no processo decisório de seu acompanhamento (LOPES et al., 2020).

Os indivíduos pesquisados encontravam-se em grande parte acima do peso e com valores pressóricos fora dos intervalos considerados seguros pelas atuais evidências científicas. O sobrepeso é uma variável que constantemente aparece em populações com diagnóstico de HAS, atuando na redução da qualidade de vida, principalmente na população feminina. A constante elevação dos valores pressóricos, PAS >140 mmHg e PAD >90 mmHg e índice de massa corporal elevado (IMC), configuram em obstáculos para manutenção ou melhora da qualidade de vida (LI et al., 2021).

Dessa forma, a literatura demonstra que os valores constantemente elevados das pressões sistólicas e diastólicas são resultantes de diversos comportamentos adotados pelo indivíduo durante a vida e que também determinam o curso do tratamento. O uso da medicação para redução das cifras pressóricas é de grande relevância, porém seus efeitos são potencializados se aliado à mudança de estilo de vida e controle dos fatores de risco modificáveis na vida dessas pessoas (DANTAS; RONCALLI, 2019).

No que diz respeito à avaliação da qualidade de vida pelo MINICHAL-BRASIL, apesar das baixas pontuações para o instrumento, o domínio mental encontra-se com as pontuações médias mais elevadas em relação ao somático. Tal dado foi obtido na amostra de hipertensos avaliada nesta pesquisa. Evidencia-se que eventos produtores de ansiedade e estresse podem estar relacionados negativamente sobre o domínio mental (ROTOLI et al., 2019).

Outro fator relevante está relacionado à maior parcela deste estudo ser composta por mulheres. Estas, por sua vez, são avaliadas com baixos escores de

qualidade de vida de modo geral, pouco maior em relação ao quantitativo masculino da amostra. Esse fenômeno de um maior quantitativo de mulheres com condições crônicas é evidenciado em outras literaturas, devido ao aumento da expectativa de vida do público feminino e maior procura dessas por serviços de saúde (ROTOLI et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2020).

A manutenção da qualidade de vida se reveste de extrema importância devido ao aumento da expectativa de vida e à mudança do perfil epidemiológico da população. Por meio da sensibilização e educação desses usuários para os riscos de agravos por essas condições de saúde, pode-se modificar fatores que contribuem para o agravo e complicações de seus quadros de saúde, de modo a evitar desdobramentos negativos que comprometem e degradam seu modo de viver, reduzindo sua qualidade de vida (ROTOLI et al., 2019).

LIMITAÇÕES E FORTALEZAS

Nosso estudo apresenta algumas limitações que merecem atenção. O pequeno tamanho da amostra; o desenho transversal que permite explorar algumas associações e preditores de QV de hipertensos, mas não permite a causalidade. Além disso, o estudo forneceu melhores informações sobre os fatores que podem prejudicar a QV e pode ser utilizado por futuros pesquisadores em Porto Velho-RO, onde a pesquisa foi realizada. No entanto, devemos ressaltar que este foi um estudo realizado em hipertensos acompanhados por equipes de saúde da família em Porto Velho-RO, entendendo que o mesmo é inédito.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se observar que a qualidade de vida dos hipertensos acompanhados na UBS estudada foi satisfatória, entretanto os fatores de vida desses indivíduos ainda chamam a atenção como o estilo de vida que pode trazer comprometimentos futuros.

O estudo constatou o que outras pesquisas em nível internacional e nacional já discutem. Que fatores como sexo, idade e outras morbidades ou multimorbidades, além do sedentarismo e nutrição inadequada, afetam a saúde física e mental. O fato de a hipertensão arterial *per se* não ser uma doença sintomática pode explicar esses resultados: a grande maioria dos participantes deste estudo não enxerga a HAS e seu

tratamento/acompanhamento como fator que pode comprometer suas atividades e, logicamente, sua qualidade de vida.

Apesar da qualidade de vida se mostrar satisfatória, as mulheres deste estudo, pertencentes a faixa etária de 60 anos ou mais, apresentam maiores riscos à hipertensão descontrolada. Isto é, baixo nível de escolaridade, sobrepeso/obesidade e sedentarismo, aliados aos níveis pressóricos elevados e não controlados mesmo com uso de medicação.

A Estratégia de Saúde da Família – ESF, assim como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pode contribuir ainda mais no acompanhamento desses indivíduos através de ações interprofissionais, usando técnicas de educação em saúde e implementação de grupos com essa população para uma boa comunicação, orientação e informações detalhadas sobre tratamento e sinais e sintomas, de forma individualizada e centrada na pessoa.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. A. et al. O perfil socioeconômico e clínico de pacientes matriculados no programa hiperdia em Belém (PA). **Revista Saúde Pesquisa**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 377-83, 2018. Disponível em: <vista do o perfil socioeconômico e clínico de pacientes matriculados no programa hiperdia em Belém (PA) (unicesumar.edu.br)>. Acesso em em: 10 set 2021.

BARROSO, W. K. S. et al. Brazilian Guidelines of Hypertension – 2020. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 116, n. 3, p. 516–658, 25 mar. 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/en/article/brazilian-guidelines-of-hypertension-2020/> Acesso em 11 set 2021.

BERNARDO, M. R. et al. Perfil sociodemográfico de pacientes hipertensos de uma Unidade de Saúde de Belém-PA. **Revistas Artigos.com**, v. 17, n. esp, p. 1-11, 2020. Disponível em: < Vista do perfil sociodemográfico de pacientes hipertensos de uma unidade de saúde de Belém-Pará (acervomais.com.br)>. Acesso em: 9 set 2021.

DANTAS, R. C. O.; RONCALLI, A. G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Cienc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 24, v. 1, p. 295-306, 2019. Disponível em: <SciELO - Brasil - Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde>. Acesso em: 11 set 2021.

EZZATI, M. Contributions of mean and shape of blood pressure distribution to worldwide trends and variations in raised blood pressure: a pooled analysis of 1018 population-based measurement studies with 88.6 million participants. **Int J Epidemiol.**, London, v.47, n.3, p. 872-883i, 2018. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6005056/> Acesso em 25 mar 2020.

KUAN, V. et al. Association of Smoking, Alcohol Consumption, Blood Pressure, Body Mass Index, and Glycemic Risk Factors With Age-Related Macular Degeneration: A Mendelian Randomization Study. **JAMA Ophthalmology**, Chicago, v. 139, n. 12, p. 1299–1306, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2021.4601> Acesso em 09 set 2021.

LI, Y. et al. Changes in the prevalence of obesity and hypertension and demographic risk factor profiles in China over 10 years: two national cross-sectional surveys. **The Lancet Regional Health – Western Pacific**, London, v. 15, p. 100227, 2021.

LOPES, O. C. A. et al. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. e20190145, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/zB5Npy99wyPDGX4jXzdNDYp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 7 jan 2022.

MARQUES, A. P. et al. Prevalence of arterial hypertension in Brazilian adults and its associated factors and activity limitations: a cross-sectional study. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 137, n. 4, p. 312–321, 2019. Disponível em: <https://abccardiol.org/en/article/brazilian-guidelines-of-hypertension-2020/> Acesso em: 10 set 2021.

NAN, X. et al. The interactive association between sodium intake, alcohol consumption and hypertension among elderly in northern China: a cross-sectional study. **BMC Geriatrics**, v. 21, n. 1, p. 135, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02090-4> Acesso 15 set 2021.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. **The Lancet**, London, v. 398, n. 10304, p. 957-980, 2021.

OMBONI, S. Connected health in hypertension management. **Frontiers in Cardiovascular Medicine**. Lausanne, v. 6, n. 76, p. 1-17, 2019.

OLIVEIRA, H. S. B. et al. Aplicação do MINICHAL em um grupo de idosos hipertensos vinculados ao setor de saúde suplementar. **PAJAR**, Porto Alegre, v. 8, p. 1-8, 2020.

PHILIP, R. et al. Variation in hypertension clinical practice guidelines: a global comparison. **BMC Med**, v. 19, n. 117, p. 1-13, 2021.

ROTOLI, A. et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. e20180303, 2019.

SANTOS, L. B. et al. Risco cardiovascular em usuários hipertensos da atenção primária à saúde. **Revista de Enfem UFPE Online**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1303-9, 2018.

SCHULZ, R.B. et al. Validation of the short form of Spanish hypertension quality of life questionnaire” (MINICHAL) for Portuguese (Brasil). **Arq Bras Cardiol.**, São Paulo, v.90, n.2, p.127-31, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0066-782x2008000200010&script=sci_arttext&tlng=en Acesso em 01 abr 2020.

SOUTELLO, A.L.S. et al. Quality of Life on Arterial Hypertension: Validity of Known Groups of MINICHAL. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.104, n.4, p.299-307, Apr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 abr 2020.

SUJANA, M. et al. Overview on Quality of Life in Patients with Hypertension. **International Journal of Advanced Research in Biological Sciences**, Barbados, v. 8, n. 6, p. 31–6, 2021.

VALENZUELA, P. L. et al. Lifestyle interventions for the prevention and treatment of hypertension. **Nature Reviews Cardiology**, v. 18, n. 4, p. 251–275, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41569-020-00437-9> Acesso em 12 set 2021.

CAPÍTULO III

**PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS DE
PRECEPTORES VINCULADOS A UMA
UNIVERSIDADE PÚBLICA DA REGIÃO NORTE**



PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS DE PRECEPTORES VINCULADOS A UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DA REGIÃO NORTE

DOI: 10.51859/AMPLLA.CSA099.1121-3

Kátia Fernanda Alves Moreira¹
Lerissa Nauana Ferreira²
Edson dos Santos Farias³
Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes⁴
Paulo Renato Vitória Calheiros⁵
Cleson Oliveira de Moura⁶

¹ Docente do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

² Enfermeira. Residente em Saúde da Família, Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

³ Docente do Departamento de Educação Física. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

⁴ Docente do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

⁵ Docente do Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

⁶ Docente do Departamento de Medicina. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

RESUMO

Objetivos: Verificar as características de prontidão para o trabalho interprofissional dos preceptores do PET-Saúde e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família vinculados a uma universidade pública da Região Norte. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo de natureza descritivo-exploratória com abordagem quantitativa, realizado em 2019 e 2020 com preceptores do PET-Saúde e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, ambos os programas de uma universidade pública da Região Norte. Participaram do estudo 23 preceptores e foi utilizada a amostragem de conveniência. A coleta ocorreu através de questionário com dados sociodemográficos e da escala *The Readiness for Interprofessional Learning Scale*. **Resultados:** A idade dos participantes variou de 30-40 anos (43,5%); a maioria do sexo feminino (91,3%), na função de preceptoria pela primeira vez (73,9%) e nunca recebeu capacitação para a função (69,6%). Na dimensão “Trabalho em equipe e colaboração”, foi encontrada uma média de $4,793 \pm 0,69$, e na dimensão “Identidade profissional”, a média obtida de $416 \pm 1,30$. E na dimensão “Atenção Centrada na Pessoa”, houve uma média de $4,58 \pm 0,90$. **Conclusão:** Nas três dimensões, os profissionais apresentaram zona de conforto, o que significa uma boa disponibilidade desses profissionais para a educação interprofissional. Apesar disso, em algumas assertivas, os profissionais encontram-se em zona de alerta, o que sinaliza a necessidade de capacitações e investimento nas discussões sobre a temática com esses profissionais de saúde.

Palavras-chave: Práticas Interdisciplinares. Preceptoria. Atenção Primária à Saúde.

1. INTRODUÇÃO

Conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN (COSTA et al., 2018), os profissionais de saúde devem desenvolver as seguintes competências gerais: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente, que são comuns aos 10 cursos da área da saúde (MATIA et al., 2019) e com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS).

As competências gerais e específicas, aliadas as habilidades e atitudes são domínios que precisam ser desenvolvidos e consolidados na formação dos profissionais, através de metodologias inovadoras críticas e problematizadoras das realidades, visando à atenção integral à população em seus territórios (PEIXOTO et al., 2019).

É fundamental formar os profissionais de saúde para o desempenho de sua função, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Os serviços de APS de qualidade previnem e tratam várias condições de saúde agudas e crônicas, por ser o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde – SUS (FAVA; LAPÃO, 2021). A formação em saúde integrada à APS visa atender as necessidades de saúde dos usuários nos diferentes níveis de atenção, produzindo resultados positivos às necessidades das pessoas e impactando também nos processos de qualificação (PEIXOTO et al., 2019).

A qualidade e o impacto de modelos de atenção centrando na APS são importantes para impulsionar a mudança de políticas e fortalecer os sistemas de saúde. Neste contexto, os cuidados de saúde de qualidade são seguros, eficazes, centrados nas pessoas, equitativos, eficientes, oportunos, integrados (WHO, 2018) e interprofissionais.

Uma APS eficaz requer os cuidados de saúde nos territórios onde as pessoas residem e deve incluir a colaboração interprofissional entre os membros da equipe para melhorar os resultados em saúde, haja vista que a formação em saúde é ainda predominantemente centralizada em hospitais e nos grandes centros (MÜLLER; COUPER, 2021).

Para que esse movimento de mudança na formação em saúde se efetive, faz-se indispensável que os sujeitos implicados sejam dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que possibilitem a sua interação e atuação

colaborativa, promovendo e executando ações integrais de saúde que beneficiem indivíduos e comunidades (MARTINS, 2020), particularmente na formação de residentes, e de alunos de graduação bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

As residências multiprofissionais em saúde (RMS) são propostas inovadoras na educação em saúde, apresentando uma estrutura curricular-pedagógica baseada na problematização da realidade dos serviços, visando solucionar problemas simples e complexos circunscritos ao processo saúde-doença-cuidado, levando ao estímulo/formação de profissionais críticos e reflexivos (SILVA; DALBELLO-ARAÚJO, 2019).

O PET-Saúde, por outro lado, é um Programa estratégico do Ministério da Saúde que visa mudanças no processo de formação da graduação em saúde, buscando a aproximação entre teoria e prática, contribui para a integração ensino-serviço, favorece a educação permanente dos profissionais de saúde e dos preceptores dos grupos PET-Saúde, o fortalecimento da APS e a consolidação do SUS (CHRIGUER et al., 2021). Além disto, amplia processos de educação interprofissional (EIP) e de práticas interprofissionais colaborativas (PIC).

Avançar em propostas indutoras no ensino e na formação como as RMS e o PET-Saúde para transformação das práticas de saúde exige quebra do paradigma de ensino-aprendizagem e das práticas de saúde, considerando que ainda há muitos profissionais com formação e práticas pautadas no modelo tradicional, biomédico, alinhados aos ideais do Relatório Flexner (CHIANCA-NEVES; LAUER-LEITE; PRIANTE, 2020).

Sabe-se que o processo de ensino-aprendizagem em saúde com vistas à integralidade da atenção e em consonância com os princípios do SUS e atributos da APS necessita da existência de um profissional de saúde instrumentalizado e habilitado para acompanhar os alunos em formação. Dito de outra forma, com conhecimentos sobre abordagens interdisciplinares e interprofissionais, além da abordagem pedagógica para saber ensinar e poder avaliar os alunos sob sua responsabilidade (COSME; VALENTE, 2020), ou seja, o preceptor. Muitos desses profissionais dos diversos níveis de atenção à saúde fazem o acompanhamento de alunos de graduação, residentes e/ou bolsistas do PET-Saúde, tanto na assistência quanto na gestão.

Grande parte desses preceptores não têm formação pedagógica e habilidades interprofissionais e interdisciplinares para alavancar as transformações no processo formativo, com foco na APS, na integralidade da atenção e na interprofissionalidade, o que demonstra a fragilidade das práticas colaborativas no cotidiano dos serviços e reforça a atenção e o ensino fragmentados e pautados no núcleo da formação específica de cada profissão (ARNEMANN et al., 2018).

Nesta compreensão, o preceptor deve ser um profissional experiente na prática e com aptidão pedagógica, que auxilia o aluno a adquirir as competências necessárias para o trabalho na APS, por meio de orientação e apoio construtivos (EBU ENYAN; BOSO; AMOO, 2021), visando as práticas colaborativas.

Assim, a partir destas reflexões, o objetivo deste estudo foi verificar as características de prontidão para o trabalho interprofissional dos preceptores do PET-Saúde e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família vinculados a uma universidade pública da Região Norte.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza descritivo e transversal com abordagem quantitativa, realizado em 2019 e 2020 com preceptores do PET-Saúde e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMUSF), ambos programas da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) em que os preceptores são vinculados para esta função. Estes, trabalhavam em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS); na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) e em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A população do estudo foi constituída pelos preceptores daqueles programas. Foram incluídos na pesquisa os preceptores registrados na função ativa de preceptoria pela coordenação do PET-Saúde da UNIR e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que voluntariamente, após todos os esclarecimentos pertinentes da pesquisa, aceitaram responder ao instrumento de coleta de dados e participarem dos demais procedimentos da pesquisa.

Alguns preceptores faziam parte simultaneamente do PET-Saúde e Residência em Saúde da Família. Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que não completaram os questionários e que estavam afastados da função de preceptoria

durante a realização da coleta de dados. A amostra foi de conveniência, constituída por um total de 23 preceptores.

A pesquisa foi realizada através de questionário semiestruturado dividido em: características sociodemográficas e de formação, avaliação de processo pedagógico dos preceptores e educação permanente, dificuldades e competências da preceptoría aplicados aos preceptores. O instrumento utilizado foi o de Saldanha (2015), adaptado para esse estudo.

Na sequência, os preceptores foram solicitados a responder um questionário de avaliação da disponibilidade para a educação e prática interprofissional. Dos vários instrumentos existentes, um dos mais utilizados é o *The Readiness for Interprofessional Learning Scale* – RIPLS (PARSELL; BLIGH, 1999) ou Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional, traduzido e validado na língua portuguesa (PEDUZZI et al., 2015).

Após a validação da RIPLS para o contexto brasileiro, a escala apresenta 26 itens, distribuídos em três fatores, com opção de resposta tipo *Likert* de cinco pontos: “1. Discordo totalmente; 2. Discordo; 3. Nem concordo e nem discordo; 4. Concordo; 5. Concordo totalmente”.

O Trabalho em equipe e colaboração – TEC (fator 1), reúne quatorze itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14 e 15). Nele, exploram-se as atitudes positivas e disponibilidade para aprendizado compartilhado, trabalho em equipe, colaboração, confiança e respeito entre pares.

O segundo fator, Identidade profissional – IP (fator 2), agrupa sete itens (10, 16, 17, 18, 19, 20 e 21). Apresenta quatro itens (10, 16, 17 e 18) que remetem a atitudes negativas para aprendizagem interprofissional. Os três outros itens (19, 20 e 21) referem-se à autonomia profissional e objetivos clínicos de cada profissão. Este fator expressa atitudes em relação à identidade profissional, embora com componente competitivo.

Por fim, a Atenção centrada na pessoa – ACP (fator 3), possui cinco itens (22, 23, 24, 25 e 26), e remete à atitude positiva e disponibilidade para entender as necessidades da perspectiva do usuário com base em relações de confiança, compaixão e cooperação (PEDUZZI et al., 2015).

Os resultados dos fatores 1 e 3, excetuando a pergunta 11 do fator 1, deverão ser interpretados segundo suas médias da seguinte forma: zona de conforto (3,67 –

5,0); zona de alerta (2,34 – 3,66) e zona de perigo (1,0 – 2,33). Enquanto os resultados do fator 2 e a pergunta 11 do fator 1 são interpretadas ao reverso: zona de conforto (1,0 – 2,33); zona de alerta (2,34 – 3,66) e zona de perigo (3,67 – 5,0). Os itens classificados como zona de perigo requerem mudanças urgentes, enquanto a zona de alerta representa uma situação que necessita de aprimoramento e a zona de conforto implica em manutenção das atitudes.

Após a coleta, os dados tiveram dupla entrada em planilha eletrônica, posteriormente validada. Em seguida, foram processados no *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.

Na análise, os dados foram distribuídos em frequências absolutas e relativas dos itens relacionados aos aspectos sociodemográficos e profissionais dos preceptores. Para a análise da tendência atitudinal dos preceptores, foi utilizada a análise dos intervalos lineares proposta por Peduzzi et al (2015), conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação para a interpretação dos intervalos lineares das médias das pontuações da escala de LIKERT do questionário RIPLS

INTERVALO LINEAR DAS MÉDIAS	ATITUDES FRENTE ÀS ASSERTIVAS	CLASSIFICAÇÃO
1,00 a 2,33	Extremamente negativa	Zona de Perigo (para parar/corrigir urgente)
2,34 a 3,66	Preocupante	Zona de alerta (para ter precaução/requer aprimoramento)
3,67 a 5,00	Positiva	Zona de conforto (para seguir/manutenção das atitudes)

Os resultados foram interpretados conforme a classificação dos itens do questionário em zonas de conforto, alerta e perigo, previamente descritas.

2.1. ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho é vinculado ao projeto “Educação interprofissional e prática colaborativa entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em Rondônia”, financiado pelo PPSUS – CHAMADA FAPERO/MS-DECIT/CNPq/SESAU-RO – Nº. 001/2018, o qual foi aprovado pelo CEP/UNIR sob o parecer n. 3.605.943. Neste estudo foram cumpridas as diretrizes e normas da Resolução 466/2012 que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

3. RESULTADOS

Participaram da pesquisa um total de 23 preceptores do PET-Saúde e Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Desse total, 9 preceptores faziam parte das duas preceptorias, 7 eram preceptores apenas do PET-Saúde e 7 da REMUSF. Dentre eles, 21 eram do sexo feminino (91,3%) e 2 eram do sexo masculino (8,7%). A idade dos participantes variou de 30-40 anos (43,5%) e > 40 anos (34,5%), sendo que de 20 a 30 anos foi encontrado um total de 2 preceptores (8,7%). Em relação às profissões, a maioria dos preceptores que participou do estudo foi de enfermeiros, 16 (69,6%). Também participaram da pesquisa 1 médico, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 psicólogo, 1 médico veterinário e 1 administrador, cada um com frequência relativa de 4,3%. Por esta razão, as análises feitas através da RPLS foram divididas em profissionais da enfermagem e outros profissionais.

Sobre a formação, a maioria (69,6%) apresentou tempo de formação de >10 anos, formação em instituição pública (60,9%), especialização *Latu Sensu* (47,8%) e com tempo de atuação no serviço há > 10 anos (52,2%).

Tabela 1 - Características dos preceptores que participaram da pesquisa. Porto Velho, RO, 2020 (n=23)

Sexo	n	%
Feminino	21	91,3
Masculino	2	8,7
Idade	n	%
20-30	2	8,7
30-40	11	47,8
> 40	10	43,5
Profissão	n	%
Enfermagem	16	69,6
Medicina	1	4,3
Assistência Social	1	4,3
Fisioterapia	1	4,3
Nutricionista	1	4,3
Psicologia	1	4,3
Medicina Veterinária	1	4,3
Administração Hospitalar	1	4,3
Tempo de formação (em anos)	n	%
≤ 10 anos	7	30,4
> 10 anos	16	69,6
Tipo de instituição	n	%
Público	14	60,9
Privada	9	39,1

Pós-graduação	n	%
Doutorado	1	4,3
Mestrado	5	21,7
Especialização Latu Sensu	11	47,8
Residência	5	21,7
Tempo de atuação no serviço	n	%
<10 anos	10	43,5
> 10 anos	12	52,2

Sobre o perfil profissional dos preceptores que participaram da pesquisa, quando questionados se já tiveram experiência como preceptor de alunos ou profissionais de saúde, a maioria respondeu que não (73,9%). Quanto ao tempo de preceptoria, 95,7% era preceptor há mais de um ano. O processo de seleção da maioria foi por convite (65,2%). Sobre o motivo de terem entrado para a preceptoria, 56,5% participantes responderam que foi pela identificação com o ensino. A maioria deles não recebeu capacitação ou curso para exercer a preceptoria (69,6%). Participaram do planejamento das atividades dos alunos nas UBS junto à instituição de ensino 39,1% dos preceptores entrevistados. Sobre a contribuição na formação profissional dos alunos, 95,7% participantes responderam que sim, contribuem.

Tabela 2 - Perfil profissional dos preceptores que participaram da pesquisa. Porto Velho, RO 2020

Você já teve experiência como preceptor de alunos ou profissionais de saúde?	n =23	%
Sim	6	26,1
Não	17	73,9
Tempo de preceptoria	n = 23	%
< 1 ano	8	34,8
> 1 ano	15	65,2
Processo de seleção	n = 23	%
Convite	15	65,2
Prova	5	21,7
Entrevista	1	4,3
Outros	2	8,7
Qual foi o motivo pelo qual aceitou ser preceptor?	n =22	%
Proposta de integrar o serviço e a comunidade	9	39,1
Identificação com o ensino	13	56,5
Foi oferecido algum processo de capacitação para preparação para preceptoria?	n = 23	%
Sim	7	30,4
Não	16	69,6
Você participou do planejamento das atividades dos alunos na UBS junto à instituição de ensino?	n = 23	%
Sim	14	60,9
Não	9	39,1

Você acha que, como preceptor, tem contribuído na formação profissional dos alunos sob sua supervisão?	n = 23	%
Sim	22	95,7
Não	1	4,3

Ao realizar as análises da escala *Readiness Interprofessional Learning Scale* (RIPLS), houve os seguintes resultados:

Sobre a dimensão “Trabalho em equipe e colaboração” foi encontrada uma média entre os preceptores de $4,793 \pm 0,69$, zona de conforto (Tabela 3). Quando se analisou essa dimensão por suas assertivas e por categoria profissional (Quadro 2), verificou-se que em 14 questões os enfermeiros encontram-se na zona de conforto. O mesmo resultado foi obtido quando se analisou os demais profissionais. Os enfermeiros demonstraram um escore de $4,78 \pm 0,73$ e os demais profissionais de $4,81 \pm 0,59$.

Em relação ao Trabalho em Equipe e Colaboração, obtivemos um resultado positivo em relação às assertivas. Tanto profissionais enfermeiros como outros profissionais apresentaram zona de conforto para o trabalho interprofissional. O que indica atitudes positivas, que precisam ser mantidas por esses profissionais.

Quanto à dimensão “Identidade profissional”, foi encontrado um escore de $4,16 \pm 1,30$ (zona de conforto). Nessa dimensão, os preceptores enfermeiros apresentaram um escore de $4,21 \pm 1,25$ (Tabela 3), correspondente à zona de conforto. Apesar de a maioria das assertivas se manter na zona de conforto, a assertiva D19 obteve uma média de $2,88 \pm 1,71$, indicando zona de alerta (Quadro 2). Os outros profissionais apresentaram média de $4,02 \pm 1,42$, correspondendo à zona de conforto. Nessa dimensão os outros profissionais tiveram duas assertivas, D19 e D21, com escore de $2,71 \pm 1,80$ e $3,57 \pm 1,51$ respectivamente, indicando zona de alerta. Isso significa que é necessária uma maior reflexão desses profissionais com o trabalho interprofissional e de equipe.

Na dimensão Identidade Profissional (IP), a questão 19 “Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional”, verifica-se que há competição entre as profissões.

Na questão 21 “Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente”, as profissões encontram-se na zona de alerta, o que traz a reflexão da fragmentação do trabalho e isolamento das profissões refletindo, assim, na qualidade do atendimento e da convivência no trabalho.

Tabela 3 - Escore médio e desvio-padrão para as Dimensões Trabalho em Equipe e Colaboração, Identidade Profissional e Atenção Centrada na Pessoa entre os preceptores participantes da pesquisa, Porto Velho, RO 2020

Profissão	N	M	DP
Dimensão 1	23	4,79	0,69
Enfermagem	16	4,78	0,73
Outras profissões	7	4,81	0,59
Dimensão 2	23	4,16	1,30
Enfermagem	16	4,21	1,25
Outras profissões	7	4,02	1,42
Dimensão 3	23	4,58	0,90
Enfermagem	16	4,53	0,97
Outras profissões	7	4,71	0,71

Referente à dimensão “Atenção Centrada na Pessoa”, obteve-se uma média de $4,58 \pm 0,90$. Quando analisado apenas a enfermagem, a média apresentada é de $4,53 \pm 0,97$ e os demais profissionais $4,71 \pm 0,71$ (Tabela 3).

Quadro 2 – Escores atribuídos às respostas dos preceptores referentes às questões da escala RIPLS

1. Trabalho em equipe e colaboração – TEC		
DIMENSÕES	ENFERMEIRO	Outros profissionais
D1	4,88	5,00
D2	4,88	5,00
D3	4,88	4,71
D4	4,50	5,00
D5	4,75	4,43
D6	5,00	4,71
D7	4,88	5,00
D8	4,63	5,00
D9	4,75	4,71
D10	5,00	5,00
D11	4,86	5,00
D12	5,00	4,71
D13	4,63	5,00
D14	4,88	4,43
D15	4,13	4,34
2 – IDENTIDADE PROFISSIONAL – IP		
DIMENSÕES	ENFERMEIRO	Outros profissionais
D16	4,88	5,00
D17	4,25	4,43
D18	4,88	4,67
D19	2,88	2,71
D20	4,38	3,86
D21	4,00	3,57

(continua)

3 – ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA – ACP		
DIMENSÕES	ENFERMEIRO	Outros profissionais
D22	4,50	5,00
D23	4,88	5,00
D24	3,88	4,43
D25	4,75	4,43
D26	4,63	4,71

4. DISCUSSÃO

Os achados sobre sexo foram semelhantes a outro estudo, onde a maioria dos participantes também era do sexo feminino, o que demonstra uma tendência de feminização das profissões da saúde, propiciada pela expansão dos níveis de escolaridade e mudanças no perfil econômico que ocorreram no país, abrindo as oportunidades no mercado para a mulher (DANTAS et al., 2019).

Os achados em relação à ausência de capacitação para a função de preceptoria são preocupantes, pois, em um estudo realizado por Autonomo et al. (2015), foi apontado que as funções estabelecidas para os preceptores ultrapassam a perspectiva do cuidado e se expressavam em atividades que requerem também conhecimentos do campo da educação. Assim, é preciso que a formação ou direção de como o profissional de saúde deve agir na função de preceptor deva ser mais enfatizada.

A preceptoria engloba dimensões que qualificam o ato formativo, o que indica a necessidade de uma formação permanentemente adequada e compatível com a realidade de saúde pública e com as diretrizes curriculares implementadas no contexto atual do país (SOUZA; FERREIRA, 2019).

Ceccim (2010) afirma que parte dos trabalhadores que podem ser preceptores é oriunda de graduações onde os currículos eram ou são fragmentados, organizados por disciplina e que não preparam para a docência em serviço, incluindo a orientação de pesquisa. Sendo, dessa forma, fundamental que exista um preparo do profissional que exercerá a função de preceptor, fato esse não observado nos achados da pesquisa.

Segundo Peduzzi e Agreli (2018), é necessário que mesmo com sua formação específica, os profissionais de saúde se encontrem abertos às diferenças e ao compartilhamento em suas ações em saúde, uma vez que trabalhando em equipe desenvolvem entre si uma relação de respeito mútuo.

Neste estudo, não houve seleção para preceptoria. A maioria se tornou preceptor por amizade com o docente, ou porque o professor conhece a prática assistencial ou de gestão daquele profissional e o convidou a ser preceptor, sem, contudo, avaliar sua qualificação pedagógica no processo ensino-aprendizagem ou o exercício da docência em serviço (OLIVEIRA; OLIVEIRA; FONSECA, 2021).

Com relação ao trabalho em equipe colaborativo (TEC), as respostas dos preceptores deste estudo alcançaram escores altos ($4,79 \pm 0,69$), o que denota possibilidades de uma interação e comunicação entre os membros da equipe. Sabe-se que, além da interação, algumas outras dimensões do TEC são: comunicação assertiva (SCHMIDT et al., 2021); horizontalidade nas relações, sem hierarquia e com respeito mútuo aos membros da equipe; objetivos comuns, colaboração, reconhecimento e manejo de conflitos, dentre outros, com vistas à produção do cuidado (CARNEY et al., 2019), centrado na pessoa, para minimizar os eventos adversos.

Se os preceptores deste estudo estão provocando essa competência entre residentes de saúde da família, alunos do PET-Saúde, articulando-se aos demais profissionais e comunidade, haverá uma grande contribuição para as práticas colaborativas interprofissionais nos espaços formativos onde esses preceptores e alunos se inserem.

A dimensão identidade profissional (IP) também obteve um bom escore nesse estudo ($4,16 \pm 1,30$), demonstrando que os preceptores estão mais abertos às práticas colaborativas. Entretanto, algumas questões alcançaram escore de alerta para todas as profissões com graduações distintas.

Os escores obtidos nesta dimensão demonstram que os profissionais, particularmente os enfermeiros, por ser a categoria mais representativa no estudo, tiveram uma prontidão mais positiva para entender sua identidade profissional em relação às demais.

A identidade profissional (IP) é uma internalização dos padrões, valores e comportamentos esperados para uma profissão; é um componente de um processo de aprendizagem em comunidades. Para Wenger, Mcdermott e Snyder (2002), é a experiência de “tornar-se” que é socialmente negociada nas comunidades.

Em nossos resultados, a positividade para essa dimensão não foi para todas as perguntas. Em algumas questões, houve escore de alerta, significando que, apesar

da colaboração ser reconhecida para alguns aspectos, as profissões da saúde continuam enfrentando dificuldades na prática colaborativa real.

Na prática interprofissional, os profissionais de saúde reconstróem suas identidades, transformando-as em interprofissionais (IMAFUKU; NAGATANI; YAMADA, 2022), com o exercício da clínica ampliada na produção do cuidado.

Pelo bom escore desta dimensão com os preceptores deste estudo, é possível que eles sejam capazes de influenciar a criação da identidade interprofissional entre os residentes e alunos de graduação, sem necessariamente abandonar a identidade de sua formação específica. O que se espera é que aprendam a trabalhar colaborativamente para atender às necessidades de saúde dos usuários e comunidade, prestando o cuidado interprofissional (PARKER; DOLCE, 2017).

Para Peduzzi e Agreli (2018), a colaboração é caracterizada pela comunicação efetiva interprofissional, com usuários e população na construção de parcerias. Além disso, a colaboração requer o desejo em cooperar/contribuir com o trabalho exercido pelo outro e pode se dar, tanto no micro contexto das equipes, quanto de forma mais abrangente, no cenário das RAS e comunidade.

É importante frisar o resultado positivo em relação à dimensão Atenção Centrada na Pessoa. Sua adoção implica em mudanças nas relações profissionais e, também, nas relações pessoais dos profissionais de saúde, enfatizando a importância da atenção centrada no usuário/família e na mutualidade, com estabelecimento de metas compartilhadas, tomada de decisão compartilhada e com um objetivo comum (JANSSEN et al., 2020).

Por isso, apesar do resultado positivo nessa dimensão, é necessário que sejam implementadas maneiras de aproximar os preceptores da temática interprofissionalidade, uma vez que, ao analisar essa dimensão com algumas assertivas verificadas na dimensão IP, permite-se inferir que há possibilidades de interferência na qualidade do atendimento, pela competição e concorrência entre as categorias profissionais.

Segundo Ferreira, Dantas e Valente (2018), é preciso uma maior aproximação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde, para fortalecer seus vínculos e assim ser possível uma melhor aparelhagem nos campos de prática, para que ali aconteçam fenômenos de ensino-aprendizagem de qualidade. Portanto, é essencial que existam capacitações para os profissionais de saúde, em especial aos

preceptores, que estarão diretamente envolvidos com a formação dos novos profissionais de saúde.

4.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações desse estudo incluem: estudo transversal, portanto, não há causalidade entre variáveis, limitando a generalização; amostra de conveniência, e pouca adesão dos preceptores de outras profissões ao estudo, que não enfermeiros, o que pode ter gerado alguns vieses para a interpretação da escala RIPLS. Outra limitação é a falta de estudos publicados sobre aplicação da RIPLS em Rondônia e na Região Norte.

Contudo, os dados apontam para escores positivos nas três dimensões analisadas da RIPLS para os preceptores vinculados à residência multiprofissional em saúde da família e ao PET-Saúde de uma universidade pública da Região Norte. Esse pode ser um primeiro passo para o ensino de práticas colaborativas nos cenários onde esses preceptores se inserem.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo atendeu ao objetivo de verificar as características de prontidão para o trabalho interprofissional dos profissionais preceptores do PET-Saúde e das Residências em Saúde de uma universidade pública da Região Norte.

Foi confirmado neste estudo que grande parte dos preceptores não tem formação específica para essa função, que estão como preceptores pela primeira vez, e que geralmente são convidados para a função, o que é uma fragilidade do exercício da preceptoria, principalmente porque são vinculados a uma instituição pública de ensino superior.

Além disso, o estudo avaliou a disponibilidade para aprendizagem interprofissional com auxílio da RIPLS, onde foi encontrado, nas três dimensões analisadas (trabalho em equipe e colaboração, identidade profissional e atenção centrada na pessoa), resultados na zona de conforto, o que significa uma boa disponibilidade desses profissionais para a educação interprofissional. Apesar disso, em algumas assertivas, os profissionais encontravam-se em zona de alerta, o que sinaliza a necessidade de capacitações e investimento nas discussões sobre a temática com esses profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ARNEMANN, C. T. et al. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. suppl 2, p. 1635–1646, 2018.

AUTONOMO, F. R. DE O. M. et al. A Preceptorial na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 316–327, 2015.

CARNEY, P. A. et al. The benefits of interprofessional learning and teamwork in primary care ambulatory training settings. **Journal of Interprofessional Education & Practice**, v. 15, p. 119–126, 2019.

CECCIM, R. B. PREFÁCIO - Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Eds.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

CHIANCA-NEVES, M. G. B.; LAUER-LEITE, I. D.; PRIANTE, P. T. As concepções de preceptores do sus sobre metodologias ativas na formação do profissional da saúde. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 36, p. e207303, 2020.

CHRIGUER, R. S. et al. O PET-Saúde Interprofissionalidade e as ações em tempos de pandemia: perspectivas docentes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, n. suppl 1, p. e210153, 2021.

COSME, F. S. M. N.; VALENTE, G. S. C. Educação permanente na práxis de preceptorial em Atenção Básica de Saúde. **Research, Society and Development**, Itajubá-MG, v. 9, n. 8, p. e653984490–e653984490, 2020.

COSTA, D. A. S. et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1183–1195, 2018.

DANTAS, L. DOS S. et al. Perfil de competências de preceptores para a Atenção Primária em Saúde. **Revista da ABENO**, Londrina, v. 19, n. 2, p. 156–166, 2019.

EBU ENYAN, N. I.; BOSO, C. M.; AMOO, S. A. Preceptorship of Student Nurses in Ghana: A Descriptive Phenomenology Study. **Nursing Research and Practice**, v. 2021, p. 1–8, 2021.

FAVA, V. M. D.; LAPÃO, L. V. Towards Universal Health Coverage in Brazil: analysis of programs to expand the supply of doctors in primary health care. **Journal of Global Health Reports**, v. 5, p. e2021007, 2021.

FERREIRA, F. D. C.; DANTAS, F. DE C.; VALENTE, G. S. C. Nurses' knowledge and competencies for preceptorship in the basic health unit. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. suppl 4, p. 1564–1571, 2018.

IMAFUKU, R.; NAGATANI, Y.; YAMADA, S. Complexities of interprofessional identity formation in dental hygienists: an exploratory case study. **BMC Medical Education**, v. 22, n. 8, p. 1–12, 2022.

JANSSEN, M. et al. Competencies to promote collaboration between primary and secondary care doctors: an integrative review. **BMC Family Practice**, v. 21, n. 179, p. 1–13, 2020.

MARTINS, A. P. L. Perfil dos profissionais da Atenção Básica no Município de Araranguá/SC. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, Itajubá-MG, v. 9, n. 8, p. e261985668, 2020.

MATIA, G. DE et al. Development and Validation of an Instrument to Evaluate General Competences in Health Area Courses. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 1 suppl 1, p. 598–605, 2019.

MÜLLER, J.; COUPER, I. Preparing Graduates for Interprofessional Practice in South Africa: The Dissonance Between Learning and Practice. **Frontiers in Public Health**, v. 9, p. 1–11, 2021.

OLIVEIRA, L. M.; OLIVEIRA, S. R. DOS S. M.; FONSECA, M. DA C. V. Da assistência à docência: narrativas de médicos sobre os múltiplos caminhos que os tornaram preceptores. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 45, n. 1, p. e004, 2021.

PARKER, J. L.; DOLCE, M. C. Defining the Dental Hygienist's Role in Improving Population Health through Interprofessional Collaboration. **Journal of dental hygiene: JDH**, v. 91, n. 2, p. 4–5, 2017.

PARSELL, G.; BLIGH, J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). **Medical Education**, v. 33, n. 2, p. 95–100, 1999.

PEDUZZI, M. et al. Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 7–15, 2015.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. suppl 2, p. 1525–1534, 2018.

PEIXOTO, M. T. et al. Medical education in Primary Healthcare: a multiple-approach experience to teaching, service and community integration practices. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, n. suppl 1, p. e170794, 2019.

SCHMIDT, J. et al. Does interprofessional team-training affect nurses' and physicians' perceptions of safety culture and communication practices? Results of a pre-post survey study. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 341, p. 1–10, 2021.

SILVA, C. A. DA; DALBELLO-ARAUJO, M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1240–1258, 2019.

SOUZA, S. V. DE; FERREIRA, B. J. Preceptoria: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. **ABCS Health Sciences**, v. 44, n. 1, 2019.

WENGER, E.; MCDERMOTT, R. A.; SNYDER, W. **Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge**. 1ª edição ed. Harvard: Harvard Business Review Press, 2002.

WHO, W. H. O. **Quality in primary health care**WHO, , 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326461/WHO-HIS-SDS-2018.54-eng.pdf>>

CAPÍTULO IV

**QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA NO
CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: PRECISAMOS INVESTIGAR A
QUALIDADE DO SONO?**



QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PRECISAMOS INVESTIGAR A QUALIDADE DO SONO?

DOI: 10.51859/AMPLLA.CSA099.1121-4

Kátia Fernanda Alves Moreira ¹
Lerissa Nauana Ferreira ²
Karla da Silva Guimarães Rocha ³
Daniel Delani ⁴
Sílvia Teixeira de Pinho ⁴
Tatiane Gomes Teixeira ⁴

¹ Professora do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

² Graduada em Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

³ Especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

⁴ Professor(a) do Departamento de Educação Física. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

RESUMO

Objetivo: Descrever a qualidade de vida (QV) entre os idosos assistidos por uma equipe de saúde da família na zona Leste de Porto Velho-RO, comparando os participantes segundo qualidade de sono autorreferida. **Método:** Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, descritivo e transversal. A coleta de dados ocorreu de setembro de 2020 a fevereiro de 2021. Os critérios de inclusão foram: idade de 60 anos ou mais, residência na área de abrangência da UBS, acompanhamento pela equipe de saúde da família, frequentadores do grupo de educação em saúde e presença de capacidade de comunicação verbal, totalizando 74 indivíduos. Estes foram organizados em dois grupos: sono ótimo/bom (n=44) e sono regular ou ruim/péssimo (n=30). Foram utilizados dois questionários, um contendo dados sociodemográficos e aspectos relacionados ao estilo de vida e saúde; e o *Medical Outcomes Study* SF-36. Para análise e descrição dos resultados, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** Todos os domínios da QV foram estatisticamente superiores no grupo com sono ótimo/bom em comparação ao grupo com sono regular/ruim/péssimo. As maiores médias foram encontradas nos aspectos emocionais (90,91 ±29,08) para o grupo de sono ótimo/bom e nos aspectos sociais (63,33 ±30,43) para o grupo de sono regular/ruim/péssimo. Já as menores médias foram registradas no domínio aspectos físicos em ambos os grupos (sono ótimo/bom: 48,86 ±49,70; sono regular/ruim/péssimo: 20,83 ±32,88). **Conclusão:** Idosos que dormem bem apresentam melhor QV em todos os domínios do SF-36, em comparação aos idosos que avaliam seu próprio sono como regular, ruim ou péssimo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Qualidade de vida. Saúde do idoso. Sono.

1. INTRODUÇÃO

As estimativas mundiais apontam que todos os grupos etários mais jovens têm crescido menos do que o quantitativo de pessoas idosas acima de 60 anos de idade. A população com 60 anos ou mais, em 2050, atingirá dois bilhões e, em 2100, chegará a 3,1 mil milhões de pessoas idosas (ONU, 2019). No Brasil, tais mudanças no perfil etário da população também são consideráveis, sendo os idosos responsáveis pela denominada transição demográfica. Em 2030, estima-se que o país será o quinto no ranking mundial com população de idosos, ultrapassando o total de crianças entre zero e 14 anos (JORNAL DA USP, 2019).

Tais estimativas sinalizam a importância e necessidade de se conhecer de forma mais aprofundada o processo de envelhecimento humano e suas repercussões, bem como os impactos da maior longevidade da população sobre o sistema de saúde brasileiro, tendo em vista as ações de monitoramento e prevenção das condições crônicas. Em outras palavras, o aumento do número de idosos no Brasil implica na necessidade de entendermos cada vez mais sobre longevidade, envelhecimento saudável e ativo, e qualidade de vida.

O aumento absoluto e proporcional de pessoas idosas na sociedade exige debate político e implementação de ações fundamentais para proporcionar um envelhecimento saudável (RODRIGUES, 2019). A partir dos destaques da literatura, das políticas e campanhas internacionais, evidencia-se que a temática qualidade de vida (QV) têm alcançado importância crescente tanto no meio acadêmico-científico quanto nos contextos de atenção e saúde da pessoa idosa. Assim, para que o planejamento e as intervenções possam tornar-se realidade, a fim de proporcionar a melhora das condições do ambiente e da QV nos diferentes estratos populacionais (BRASIL, 2016), é essencial conhecer as necessidades da população idosa, nos seus diferentes contextos.

Entende-se que a QV é algo inerente ao sujeito e que se baseia na percepção que uma pessoa tem sobre si mesmo. Nesse sentido, a QV é entendida como variável subjetiva, não havendo concordância para sua definição na literatura. Há consenso, porém, que se trata de um conceito complexo, que envolve alguns parâmetros de âmbito individual, sociocultural e ambiental, os quais englobam aspectos de bem-estar físico, o estado psicológico, o nível de autonomia, as relações sociais, seus

dogmas pessoais e a relação com as características do meio ambiente (NAHAS, 2017).

Existem vários instrumentos que avaliam a QV, dentre eles, destaca-se o instrumento estruturado *The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* – SF-36 (TOTORO et al., 2017).

Ressalta-se que inúmeros fatores influenciam positivamente a QV dos idosos, incluindo características sociodemográficas, capacidade funcional, qualidade do sono, ausência de doença e fatores emocionais (SOUSA et al., 2019). Para viabilizar melhor compreensão acerca das relações entre as diferentes naturezas de variáveis e a QV, essas necessitam ser mensuráveis para o devido acompanhamento pelas equipes de saúde da família (eSF).

Sabe-se que a QV se relaciona ao sono, o qual é definido como um estado saudável e restaurador, naturalmente regenerativo e prazeroso (ZANUTO et al., 2015). Com o envelhecimento da população, mais atenção deve ser dada aos problemas de saúde dos idosos, particularmente as alterações que podem advir ao sono no que se refere a sua qualidade e quantidade (ALVES et al., 2020).

A duração do sono noturno pode estar relacionada à idade, sexo, nível educacional, e renda (CHAPUT; WONG; MICHAUD, 2017). Os idosos são levados a despertar várias vezes à noite, em virtude da noctúria, alterando, assim, a qualidade do sono (MATSUSHITA et al., 2017). Em idosos, o sono de má qualidade tem sido associado a ter baixo nível educacional, ter tido alguma doença nas semanas anteriores, e maior número de doenças crônicas (ZHANG et al., 2017).

A baixa qualidade do sono pode interferir na cognição, na memória, na concentração e pode levar ao surgimento de condições crônicas como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (MANZOLI et al., 2020).

Para um cuidado integral visando a QV e do sono da pessoa idosa, há necessidade que as ações sejam realizadas por meio de práticas colaborativas interprofissionais (PIC), visando atender ao idoso nas dimensões física e mental.

Há informações limitadas sobre as ações realizadas junto à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde (APS) que influenciam a saúde, a QV e o sono destes indivíduos, bem como se o cuidado e orientações são interprofissionais, visando à colaboração interprofissional (PIC). Além disto, desconhece-se em Porto Velho

estudos que avaliem a QV da pessoa idosa, utilizando o instrumento SF-36 no contexto da APS.

Desse modo, esta pesquisa se apresenta com relevância acadêmica e social por trazer um debate sobre a qualidade de vida e do sono da pessoa idosa e permitir a atuação mais fundamentada da eSF em práticas colaborativas voltadas para a prevenção de doenças e promoção do envelhecimento ativo, favorecendo, assim, a qualidade de vida dessas pessoas.

Torna-se relevante a realização de estudos que avaliem a QV e qualidade do sono em idosos participantes de grupos de educação em saúde, para identificar possíveis alterações física e mental e, diante disso, propor intervenções que promovam o envelhecimento ativo desta população. Objetiva-se com a pesquisa descrever a QV entre os idosos assistidos por uma equipe de saúde da família na zona Leste de Porto Velho-RO, comparando-os de acordo com a qualidade do sono autorreferida.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Caracteriza-se como um estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado junto a uma equipe de saúde da Zona Leste do município de Porto Velho-RO. Esse estudo foi realizado com pessoas idosas atendidas pela eSF da Unidade Básica de Saúde (UBS).

A amostra estudada ocorreu de forma intencional, que constitui-se em um tipo de amostragem não probabilística e consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população (PRODANOV, 2013).

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, residência na área de abrangência da UBS, acompanhamento pela eSF, frequentar o grupo de educação em saúde e apresentar capacidade de comunicação verbal. Foram excluídos os que não entendiam plenamente os instrumentos para coleta de dados e que não completavam a entrevista.

Foi realizado contato prévio com as enfermeiras das eSF da UBS para planejar as datas da coleta de dados, que ocorreram semanalmente às quintas-feiras nas atividades de grupo com essa população. Salienta-se que os instrumentos eram

aplicados no final das atividades. Em média, aplicavam-se cinco entrevistas com duração média de 15 minutos. A coleta de dados ocorreu de setembro de 2020 a fevereiro de 2021. Dentre os instrumentos, inicialmente, foi utilizado um questionário com questões de caráter sociodemográfico e aspectos relacionados ao estilo de vida e saúde, elaborado para esta pesquisa.

O segundo instrumento utilizado foi o *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form - SF-36*, validado no Brasil (CICONELLI et al., 1999). O SF-36 é um instrumento genérico de medida do estado de saúde que pode ser aplicado à população geral, a subgrupos da população e a grupos de usuários com doenças específicas.

Mensurar o estado de saúde de indivíduos ou de uma população é um primeiro passo importante na avaliação das necessidades de saúde e avaliação do impacto das intervenções de saúde. Os indicadores de QV são usados para medir os efeitos dos sintomas e do tratamento no estado de saúde das pessoas (LALLUKKA et al., 2018). Medir a QV é útil no planejamento de ações de saúde, preferencialmente de forma colaborativa.

O questionário SF-36 é multidimensional e composto por 36 itens, agrupados em 8 dimensões/domínios, sendo que os quatro primeiros domínios abordam o componente físico e os quatro últimos o componente mental (SILVA; PEREIRA; MILAN, 2021), conforme a Figura 1. Além disso, tem mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás.

Figura 1 - Relação entre as oito escalas e os dois componentes do SF-36



Fonte: Maxqda, 2022.

Os benefícios em trabalhar com apenas as duas dimensões ou componentes na análise dos dados do SF-36 (físico e mental) permite reduzir o número de comparações e consequentemente de inferências estatísticas na análise dos

resultados. Se não existir perda relevante de informação, há a vantagem adicional da apresentação e interpretação desses resultados se tornarem mais fáceis (SEVERO et al., 2006).

As escalas de avaliação focalizam os seguintes itens:

- **Capacidade funcional:** este componente é avaliado pela questão 3 do questionário (Anexo B), que contém 10 itens (perguntas) que verificam tanto a presença quanto a extensão de limitações da capacidade física e mental provocadas por problemas de saúde;
- **Aspectos físicos:** avaliados pela questão 4, constituída por 4 itens que verificam se problemas de saúde física interferiram no tipo e quantidade de trabalho ou de atividades diárias regulares;
- **Aspectos emocionais:** avaliados pela questão 5 composta por 3 itens que verificam se algum problema emocional interferiu no tipo e quantidade de trabalho ou de atividades diárias regulares;
- **Dor:** engloba as questões 7 e 8, que contêm 5 itens cada. A primeira questão avalia a presença e a intensidade da dor e, a segunda, o grau de interferência da dor nas atividades de vida diária da pessoa;
- **Estado geral de saúde:** avaliado pelas questões 1 e 11. A primeira com a autoavaliação geral da saúde e, a segunda é constituída por 4 itens com percepções sobre a saúde;
- **Vitalidade:** aborda 4 itens (a, e, g, i) da questão 9 que avaliam tanto o nível de energia, como o de fadiga, utilizando as expressões: “cheio de vontade”, “com muita energia”, “esgotado” e “cansado”;
- **Aspectos sociais:** abordados pelas questões 6 e 10, que avaliam se problemas de saúde afetaram as atividades sociais normais e a intensidade com que o teriam feito;
- **Saúde mental:** abordada por 5 itens (b, c, d, f, h) da questão 9 que contêm expressões como: “nervoso”, “deprimido”, “tranquilo”, “abatido” e “feliz”.

Para a obtenção dos escores de cada escala do SF-36, seguiu a metodologia proposta para o instrumento validado no Brasil (CICONELLI et al., 1999). Inicialmente, cada questão do instrumento recebeu, de acordo com a resposta assinalada, uma pontuação específica segundo a relação apresentada. A seguir, foi feita a somatória dos pontos obtidos em cada uma das oito escalas, considerando-se

as questões e itens que lhe correspondem. Os totais de escore obtidos em cada uma das oito escalas (domínios) foram finalmente convertidos para uma escala de 0 a 100, onde zero corresponde ao pior estado de saúde e 100 ao melhor.

2.1. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados das variáveis sociodemográficas e fatores relacionados à saúde foram apresentados por meio de tabelas com frequências absolutas e relativas. Também foram estimadas as médias e erro padrão dos escores de cada domínio do SF-36, no software JASP 2020 (versão 0.14.1).

Foi calculado o alfa de Cronbach pelo software JASP 2020, para avaliar a consistência interna das respostas obtidas, por meio da aplicação do questionário SF-36 aos idosos vinculados a uma equipe da Estratégia de Saúde da Família da Zona Leste de Porto Velho. Obteve-se o valor de 0,83, verificando-se, assim, a confiabilidade dos resultados obtidos, garantindo maior relevância e robustez à pesquisa realizada com os idosos. Para comparação dos grupos segundo a qualidade do sono (grupo sono ótimo/bom versus grupo sono regular ou ruim/péssimo), foi realizado o teste de Wilcoxon para amostras independentes, adotando o valor $p < 0,05$ para definição da diferença estatisticamente significativa. O software ActionStat foi utilizado para tais análises.

2.2. ASPECTOS ÉTICOS

Este artigo vincula-se ao subprojeto “Morbidades em Porto Velho”, o qual é constitutivo do projeto de pesquisa matriz denominado “Estudo sobre morbidades em Rondônia: a assistência, a formação e o ensino em discussão”, aprovado pelo CEP/UNIR sob o parecer n. 2.548.115.

3. RESULTADOS

Dos 74 idosos que participaram da pesquisa, a média de idade foi 69,81($\pm 6,37$) anos, mínimo 60 e máximo 82 anos, sendo 51,45% entre 60 e 69 anos, 37,84% de 70 a 79 anos e 10,81% com idade igual ou maior que 80 anos. Em relação ao sexo, 45,90% era do sexo feminino. Quanto à escolaridade, grande parte tinha o Ensino Fundamental (70,30%), autodeclarada como não brancos (85,20%), vivendo sem cônjuge (68,90%) e de evangélicos (52,70%), não estando aposentados

(36,50%); com renda mensal entre 1 e 2 salários-mínimos (83,70%) e morando com outros arranjos familiares, quer dizer, sem cônjuge e/ou filhos, 35,10% (Tabela 1). No estudo, esteve incluído como outros arranjos familiares: morar com amigos, com netos, irmãos, cuidadores, sobrinhos e vários idosos. O percentual de idosos que relataram esse tipo de arranjo familiar chamou a atenção dos pesquisadores.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pessoas idosas vinculadas a uma equipe de saúde da família da Zona Leste de Porto Velho-RO, segundo grupos de qualidade do sono autorreferida, 2021 (n=74)

Característica	Todos (n=74)	SONO B/O (n=44)	SONO R/R/P (n=30)
Sexo			
Masculino	44 (54,10%)	32 (72,7)	12 (40)
Feminino	30 (45,90%)	12 (27,3)	18 (60)
Idade (anos)			
Média	69,81 ±6,37	70,30 ±6,36	69,01 ±6,44
60 - 69 anos	38 (51,45)	23 (52,72)	15 (50)
70 - 79 anos	28 (37,84)	16 (36,36)	12 (40)
≥ 80 anos	8 (10,81)	5 (11,36)	3 (10)
Nível de escolaridade			
Nunca estudou	16 (21,60)	7 (15,91)	9 (30)
Básico	52 (70,30)	32 (72,73)	20 (66,67)
Médio	5 (6,80)	4 (9,09)	1 (3,33)
Superior	1 (1,40)	1 (2,72)	0
Cor/raça			
Branca	11(14,90)	6 (13,63)	5 (16,67)
Não branca	63(85,20)	38 (86,36)	25 (83,33)
Situação conjugal			
Com cônjuge	23(31,10)	18 (40,91)	5 (16,67)
Sem cônjuge	51(68,90)	26 (59,09)	25 (83,33)
Religião			
Católica	28(37,80)	18 (40,91)	10 (33,33)
Evangélica	39(52,70)	22 (50)	17 (56,67)
Outras ou sem religião	7 (9,50)	4 (9,09)	3 (10)
Renda familiar			
Menos que 1 SM	5 (6,80)	35 (75,54)	27 (90)
Entre 1 e 2 SM	62 (83,70)	5 (11,36)	2 (6,67)
≥3 SM	7 (9,50)	4 (9,09)	1 (3,33)
Com quem mora			
Sozinho	24 (32,40)	16 (36,36)	8 (26,67)
Somente com cônjuge	15 (16,20)	11 (25)	4 (13,33)
Com cônjuge e filhos	9 (12,20)	6 (13,64)	3 (10)
Outros arranjos familiares	26 (35,10)	11 (25)	15 (50)

SM = salários mínimos; Sono B/O = grupo sono bom/ótimo; Sono R/R/P = grupo sono regular ou ruim/péssimo

Sobre os aspectos relacionados à saúde dos entrevistados, o tipo de serviço que mais utilizam como primeira opção é o SUS/Unidade Básica de Saúde (94,6%). Dos idosos estudados, o mesmo percentual foi encontrado para as pessoas idosas que informam não serem tabagistas e nem etilista, respectivamente (90,54%). Em relação à atividade física, a maioria apresenta sedentarismo (79,73%) e diz ter uma qualidade do sono ótima/boa (59,50%).

Quando perguntados se tinham diagnóstico de alguma doença crônica feito por um profissional de saúde, 85,14% alegaram que sim. Em sua maioria, os idosos apresentaram multimorbidade (56,76%), sendo a hipertensão arterial a de maior frequência, inclusive como principal morbidade (apenas uma doença referida). O uso de medicamento foi confirmado por 81,08%, sendo que 66,22% usavam os medicamentos disponíveis pelo SUS e faziam uso de cinco e mais remédios ao dia (68,90%), polifarmácia. A maioria dos idosos autodeclarou positividade em relação à saúde (81,08%), Tabela 2.

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa (%) de características clínicas e de estilo de vida de pessoas idosas vinculadas a uma equipe de saúde da família da Zona Leste de Porto Velho-RO, 2021 (n = 74)

Característica	Todos (n=74) n (%)	Sono B/O (n=44) n (%)	Sono R/R/P (n=30) n (%)
Serviços de saúde utilizados como primeira opção			
SUS/Unidade básica de saúde	70 (94,59)	42 (95,45)	28 (93,33)
Consultório particular/Convênios	4 (5,41)	2 (4,55)	2 (6,67)
Tabagista			
Sim	7 (9,46)	3 (6,82)	4 (13,33)
Não	67 (90,54)	41 (93,18)	26 (86,67)
Etilista			
Sim	7 (9,46)	6 (13,64)	1 (3,33)
Não	67 (90,54)	38 (83,36)	29 (96,67)
Prática de exercícios físicos			
Sim	15 (20,27)	9 (20,45)	6 (20)
Não	59 (79,73)	35 (72,54)	24 (80)
Condições de saúde			
Morbidade	32 (43,24)	21 (47,72)	11 (36,67)
Multimorbidade	42 (56,76)	23 (52,27)	19 (63,33)
Polifarmácia			
≤ 5 remédios	9 (12,20)	5 (11,36)	4 (13,33)
≥ 5 remédios	51 (68,90)	30 (68,18)	21 (70)
Não informa	14 (18,90)	9 (20,45)	5 (16,67)

Característica	Todos (n=74) n (%)	Sono B/O (n=44) n (%)	Sono R/R/P (n=30) n (%)
Como classifica sua saúde			
Positiva	60 (81,08)	32 (72,72)	28 (93,33)
Negativa	14(18,92)	12 (27,27)	2 (6,67)

De forma geral, considerando os escores médios da população idosa brasileira (Laguardia, 2013), nesta pesquisa a QV se mostrou positiva, atingindo valores superiores à média nacional na maioria dos domínios.

Destaca-se como resultado os escores estatisticamente superiores do grupo de sono ótimo/bom, em comparação ao grupo sono regular ou ruim/péssimo em todos os domínios. Somente no domínio aspectos físicos a média do grupo sono ótimo/bom foi inferior a 70 (Tabela 3). Este também foi o domínio com menor escore atingido pelo grupo sono regular ou ruim/péssimo. Já quando observados os escores mais elevados, os grupos diferiram; enquanto o grupo de sono ótimo/bom teve o maior escore nos aspectos emocionais (90,91 ±29,08), foi nos aspectos sociais que o grupo de sono regular/ruim/péssimo registrou o escore mais alto (63,33 ±30,43).

Tabela 3 - Média ± Desvio-padrão dos valores dos domínios avaliados pelo SF-36 em pessoas idosas vinculadas a uma equipe de saúde da família da Zona Leste de Porto Velho-RO, segundo grupos de qualidade do sono autorreferida, 2021 (n = 74)

Domínios	Sono ótimo/bom (n=44) MÉDIA ±DP	Sono regular ou ruim/péssimo (n=30) MÉDIA ±DP
Capacidade funcional	71,91± 32,34	45,17 ±25,95*
Aspectos físicos	48,86 ±49,70	20,83 ±32,88*
Dor	72,73 ±29,85	51,10 ±28,64*
Estado geral de saúde	73,61 ±17,62	61,03 ±18,74*
Vitalidade	84,55 ±18,07	62,83 ±26,48*
Aspectos sociais	89,77 ±20,75	63,33 ±30,43*
Aspectos emocionais	90,91 ±29,08	60,00 ±49,83*
Saúde mental	85,73 ±19,08	58,67 ±30,74*

*Valor estatisticamente diferente do grupo Sono ótimo/bom (Teste de Wilcoxon para amostras independentes); DP= Desvio-Padrão.

4. DISCUSSÃO

Os achados desta pesquisa divergem de outros estudos, no que dizem respeito a algumas variáveis socioeconômicas e demográficas que são encontradas na sociedade brasileira. Foi identificado predomínio da população masculina e que vive com renda mensal de um a dois salários mínimos. Entretanto, a média etária segue o padrão brasileiro em torno dos 70 anos.

Alguns dos resultados diferem de estudos recentes sobre QV e perfil dos idosos, nos quais há predomínio do sexo feminino e idade maior ou igual a 70 anos (BRANDÃO et al., 2020; SILVA et al., 2021). Em relação a esse perfil, os dados apontaram para uma realidade importante sobre o sexo dos participantes: a alta participação de homens idosos (54,10%) na pesquisa. É importante destacar que se trata de uma pesquisa em grupo de idosos na APS. Provavelmente, este fator educação em saúde para a pessoa idosa seja uma motivação para a participação dos homens idosos.

A escolaridade dos participantes da amostra foi outro fator importante, visto que uma boa parte deles é analfabeta (21,60%) ou tem apenas o Ensino Fundamental, antigo ensino básico (70,30%), o que pode ser considerado baixo nível educacional. Sabe-se que os principais preditores para a capacidade de gerenciamento de medicamentos são o estado cognitivo em virtude da complexidade do regime de medicamentos (ADVINHA et al., 2021).

A escolaridade é um fator que influencia na autonomia da pessoa idosa, uma vez que quanto mais aumentam os anos de estudo completos, existe uma chance maior desses sujeitos terem suas decisões tomadas ativamente (GOMES et al., 2021). No Brasil os idosos mais pobres têm piores condições de saúde e, apesar disso, usam menos esses serviços (KRUG et al., 2018).

Outro fato importante deste estudo é que a maioria não mora sozinha. Isso pode ser um fator importante no tratamento destas pessoas, visto que o apoio familiar ou de amigos auxilia a adesão ao tratamento e no cotidiano da vivência da condição crônica.

Outro dado relevante neste estudo foi a alta proporção de sedentarismo. Já estão comprovados os benefícios da atividade física regular para essa população, com desfechos positivos na redução da mortalidade por todas as causas e doenças

cardiovasculares, uma menor incidência de doenças não transmissíveis (DCNT), uma melhoria da saúde mental e capacidade funcional, e prevenção de quedas e lesões a ela relacionadas, prevalentes nesta população (BULL et al., 2020).

Um estudo evidenciou que os idosos que permaneciam 11 ou mais horas por dia em comportamento sedentário apresentaram cinco vezes mais chances de declínio cognitivo (HORACIO; AVELAR; DANIELEWICZ, 2021). A prática de exercício físico regular tem benefícios para o estilo de vida ativo, manutenção da capacidade funcional e da autonomia física, minimizando a degeneração provocada pelo envelhecimento, com melhoria geral na saúde e na qualidade de vida dos idosos (CASSIANO et al., 2020).

Quanto às patologias, a classificação feita nesta variável foi: morbidade e multimorbidade. Foi verificado que entre as doenças autorreferidas, a hipertensão foi a principal. Esta condição crônica é um problema de saúde intimamente ligado a países de baixa e média renda, sendo responsável por 45% das mortes por doenças cardíacas e 51% das mortes por acidente vascular cerebral (OPAS, 2021). O status de HAS tem sido usado por diferentes estudos como um indicador-chave para avaliar e monitorar a saúde dos idosos (OLIVEIRA et al., 2021).

O prolongamento da expectativa de vida leva ao aumento das condições crônicas, muitas vezes, mais de uma condição, o que acarreta a necessidade de atenção à saúde pela equipe e comprometimento da capacidade funcional (AMARAL et al., 2018), e aumento da mortalidade (CAVALCANTI et al., 2017). Todos esses fatores influenciam na deterioração da qualidade de vida da pessoa idosa.

Devido ao aumento da expressão de condições crônicas com o envelhecimento, a polifarmácia é uma condição altamente prevalente entre a população idosa (MIDÃO et al., 2018), como a encontrada neste estudo. Embora a polifarmácia frequentemente se refira a medicamentos prescritos, também é importante considerar medicamentos de venda livre, suplementos e outros produtos (MASNOON et al., 2017), visando à prevenção quaternária (SCHOPF et al., 2022).

Nesse caso, cabe a equipe de saúde da família (eSF) o acompanhamento adequado de idosos que ingerem mais de cinco remédios ao dia. À medida que o indivíduo envelhece, tem maior probabilidade de desenvolver várias doenças e comorbidades que levam à polifarmácia. A ingestão de diversos medicamentos está

associada a graves reações adversas aos medicamentos devido às diferentes variações fisiológicas associadas ao envelhecimento, levando o organismo a ser mais sensível ao medicamento, tendo um efeito cumulativo de vários medicamentos no sistema renal ou hepático que levariam a interações sérias (PORTER; ARTHUR; SAVVA, 2019).

Condições crônicas associadas ao envelhecimento, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, patologia degenerativa osteoarticular, doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrilação atrial e demência, potencializam a polifarmácia, com consequente aumento nos custos de saúde, quedas e taxas de hospitalizações, reações adversas a medicamentos, reações medicamentosas, não adesão à medicação e mortalidade (PÉREZ-JOVER et al., 2018).

Interessantemente, no tocante à QV da população estudada, todos os domínios avaliados pelo SF-36 foram estatisticamente superiores no grupo sono ótimo/bom em comparação ao grupo sono regular/péssimo. Outro importante achado desse estudo é que no grupo sono ótimo/bom, sete dos oito domínios alcançados no SF-36 estiveram próximos e/ou superiores à média normativa para população brasileira acima de 75 anos, a saber: capacidade funcional; Dor; Estado geral de saúde; Vitalidade; Aspectos sociais; Aspectos emocionais e Saúde mental. Apenas o domínio aspectos físicos apresentou valor inferior à média nacional (LAGUARDIA et al. 2013). Em outras palavras, os resultados sugerem que quanto melhor a qualidade do sono da pessoa idosa, maior e melhor será a sua QV.

Tal resultado corrobora os resultados descritos por Sella et al. (2020). Através de uma revisão sistemática e meta-análise, os autores identificaram 23 pesquisas que examinaram as associações entre QV e a qualidade do sono em idosos. De um total de 21.092 participantes foi observada correlação positiva entre essas duas variáveis. Ademais, a mesma correlação positiva se aplica aos principais domínios da QV, assim como observado na presente pesquisa.

Uchmanowicz et al. (2018), também encontraram resultados semelhantes ao da presente pesquisa. Em estudo que avaliou os efeitos da insônia e da sonolência diurna na QV de idosos hipertensos, os autores observaram que os problemas de sono têm um impacto negativo significativo sobre a QV dessa população, principalmente no domínio físico. A ocorrência de problemas de sono em pacientes com hipertensão é influenciada, de acordo com os autores, pela idade mais

avançada, baixa escolaridade, excesso de peso, atividade ocupacional e maior tempo de doença.

Esses achados reforçam a associação entre a qualidade do sono e a QV (como um todo e em seus domínios específicos) em idosos. Em estudos futuros, recomenda-se que seja considerada essa variável (qualidade do sono) em pesquisas que se proponham a investigar a QV na população idosa.

Apesar da alta QV evidenciada nestas análises, não se deve negligenciar os baixos escores apresentados para o domínio aspecto físico, tanto nos estudos de Sella et al. (2020), Uchmanowicz et al. (2018) e/ou na presente investigação. A definição pela OMS de QV abrange aspectos biopsicossociais do ser humano, sendo fundamental o aspecto físico para a preservação desta condição (GOMES et al., 2021). Além disso, a pessoa idosa apresenta vulnerabilidades próprias, como associada à eventual necessidade de auxílio para atividades diárias e instabilidade para locomoção, que podem impactar significativamente sua qualidade de vida e constituem estressores (SILVA et al., 2021b).

Portanto, a eSF pode pactuar estratégias e trabalhar de forma colaborativa entre si e com idosos/famílias, desenvolvendo planos terapêuticos individualizados, que promovam autonomia e a independência desses idosos, incentivando a promoção de um envelhecimento ativo e reforçando a necessidade de uma boa qualidade do sono para se alcançar uma maior qualidade de vida nessa faixa etária.

4.1. LIMITES E FORTALEZAS DO ESTUDO

É importante destacar que nossos resultados devem ser interpretados no contexto das limitações do estudo. Em primeiro lugar, a dificuldade da coleta dos dados em detrimento da pandemia da COVID-19 para alcance de uma amostra maior. Em segundo lugar, o fato de ser um estudo transversal, o que não permite inferir relações de causa e efeito entre as variáveis. Em terceiro lugar, os dados foram baseados inteiramente em entrevistas, de modo que uma estimativa imprecisa dos dados e o viés de memória são inevitáveis.

O principal ponto positivo do estudo foi a identificação de maior QV no grupo de idosos que consideram que dormem bem em comparação àqueles que consideram seu próprio sono como regular ou ruim/péssimo. O fato de tal resultado se aplicar a todos os domínios do SF-36 reforça que a variável sono impacta tanto

no componente físico quanto mental na pessoa idosa. Ressalta-se que é fundamental que tais variáveis sejam investigadas também de forma longitudinal para viabilizar uma compreensão mais ampla sobre as interações entre elas. Realidade possível, já que a presente investigação foi conduzida com idosos acompanhados por uma eSF e que participam de um grupo de idosos. Outro ponto positivo deste estudo foi o fato de a pesquisa ter como desfecho a autopercepção positiva de saúde em detrimento da negativa, diferenciando-se assim da maioria dos estudos.

5. CONCLUSÃO

Idosos que dormem bem apresentam melhor QV em todos os domínios do SF-36, em comparação aos idosos que avaliam seu próprio sono como regular, ruim ou péssimo. Portanto, além de ser uma variável de fácil avaliação, a qualidade do sono autorreferida se apresenta como uma variável que acrescenta informação importante à equipe de saúde.

Outro resultado relevante foi que em ambos os grupos o menor domínio da QV foi nos aspectos físicos, sugerindo necessidade de direcionamento do olhar da equipe de saúde para esse aspecto. No grupo de sono ótimo/bom também merecem ser destacados os altos escores médios encontrados. Com exceção do domínio aspectos físicos, todos os demais acima de 70. Tal média não foi atingida em nenhum dos domínios do grupo sono regular/ruim/péssimo.

Em síntese, os resultados da presente pesquisa apontam que uma variável acessada com pouca frequência nas rotinas de atenção em saúde - a qualidade do sono - tem forte importância para a QV da pessoa idosa. Assim, considerando que a QV se associa com diferentes parâmetros avaliativos de saúde, é importante que pesquisas futuras sejam realizadas para aprimorar o entendimento sobre o impacto do sono não somente na QV, mas em outras variáveis relacionadas à saúde da pessoa idosa.

Por fim, considerando que a melhora da QV perpassa pela necessidade da realização de avaliações sistemáticas da pessoa idosa por parte da equipe de saúde, de forma a obter informações viabilizadoras do planejamento do cuidado adequado às condições de capacidade funcional e habilidade cognitiva dos sujeitos. O presente trabalho tem como repercussão prática o indício de que a inclusão da variável

qualidade de sono nos atendimentos realizados por parte dos profissionais da saúde pode somar no planejamento do manejo do cuidado.

Também é imperativo que as ações de educação em saúde sejam planejadas e realizadas nos grupos de idosos de forma a ampliar o conhecimento sobre multimorbidades, polifarmácia, prática de atividade física regular, bem como para aprimorar o autocuidado com base no plano terapêutico traçado pela equipe de saúde de forma colaborativa. A presente pesquisa viabiliza ainda formular a hipótese de que, estratégias voltadas a melhorar a qualidade do sono dos idosos, que referem não dormir bem, têm o potencial de afetar de forma positiva e efetiva a saúde e QV desses, suposição que merece ser testada em futuras pesquisas de intervenção.

REFERÊNCIAS

ADVINHA, A. M. et al. Key factors of the functional ability of older people to self-manage medications. **Scientific Reports**, v. 11, 22196, 2021.

ALVES, H. B. et al. Alterações da qualidade do sono em idosos e sua relação com doenças crônicas/Changes in sleep quality in elderly people and their relationship with chronic disease. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 5030-5042, 2020.

AMARAL, T. L. M. et al. Multimorbidity, depression and quality of life among elderly people assisted in the Family Health Strategy in Senador Guiomard, Acre, Brazil. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 3077-3084, 2018.

BULL, F. C. et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. **British Journal of Sports Medicine**, v. 54, n. 24, p. 1451-1462, 2020.

CAVALCANTI, G. et al. Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 5, p. 634-642, 2017.

CHAPUT, J. P.; WONG, S. L.; MICHAUD, I. Duration and quality of sleep among Canadians aged 18 to 79: Minister responsible for Statistics Canada. Canadá: [s.n.]. Disponível em: <<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017009/article/54857-eng.htm>>. Acesso em: 19 jan. 2022.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. bras. reumatol**, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

JORNAL DA USP. Em 2030, Brasil terá a quinta população mais idosa do mundo. *Jornal da USP*, 2019. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/atualidades/em-2030-brasil-tera-a-quinta-populacao-mais-idosa-do-mundo/>>. Acesso em: 7 jan. 2022

KRUG, R. de R. et al. Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180004, 2018.

LAGUARDIA, J. et al. Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 04, p. 889-897, 2013.

LALLUKKA, T. et al. Association of sleep duration and sleep quality with the physical, social, and emotional functioning among Australian adults. **Sleep Health**, v. 4, n. 2, p. 194-200, 2018.

MANZOLI, J. P. B. et al. Disturbed sleep pattern (000198): content analysis in patients with acute coronary syndrome. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, p. e20180345, 2020.

MASNOON, N. et al. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. **BMC geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 230, 2017.

MATSUSHITA, C. et al. Linkage of Lower Urinary Tract Symptoms to Sleep Quality in Elderly Men with Nocturia: A Community Based Study Using Home Measured Electroencephalogram Data. **Journal of Urology**, v. 197, n. 1, p. 204-209, 2017.

MIDÃO, L. et al. Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 78, p. 213-220, 2018.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 7.ed ed. Florianópolis: Ed. do Autor, 2017.

OLIVEIRA, B. L. C. A. DE et al. Social participation and self-assessment of health status among older people in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 581-592, 2021.

ONU, União das Nações Unidas. Centro Regional de Informação para Europa Ocidental. Envelhecimento. Disponível em: <<https://unric.org/pt/envelhecimento/>>. Acesso em: 7 jan. 2022.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. Mundo tem mais de 700 milhões de pessoas com hipertensão não tratada. Governamental. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/25-8-2021-mundo-tem-mais-700-milhoes-pessoas-com-hipertensao-nao-tratada>>. Acesso em: 9 jan. 2022.

PÉREZ-JOVER, V. et al. Inappropriate Use of Medication by Elderly, Polymedicated, or Multipathological Patients with Chronic Diseases. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 2, p. e310, 2018.

PORTER, B.; ARTHUR, A.; SAVVA, G. M. How do potentially inappropriate medications and polypharmacy affect mortality in frail and non-frail cognitively impaired older adults? A cohort study. **BMJ open**, v. 9, n. 5, p. e026171, 2019.

PRODANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2 ED. ed. [s.l.] Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RODRIGUES, R. A. P. Healthy aging and the exercise of human rights. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3097, 2019.

SCHOPF, K. et al. Prevenção Quaternária: da medicalização social à atenção integral na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20210178, 2022.

SELLA, E. et al. The relationship between sleep quality and quality of life in aging: a systematic review and meta-analysis. **Health Psychology Review**, 2020.

SEVERO, M. et al. Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Med Port.*, v. 19, p. 281-288, 2006.

SILVA, R. S. O.; PEREIRA, J. N.; MILAN, E. G. P. Avaliação da qualidade de vida com o instrumento SF-36 durante a pandemia do COVID-19: Um estudo piloto. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e17210917596, 2021.

SOUSA, C. M. S. et al. Qualidade de vida dos idosos e os fatores associados: Uma Revisão Integrativa / Quality of living of elderly and associated factors: An Integrating Review. ID on line. **Revista de psicologia**, v. 13, n. 47, p. 320-326, 2019.

TOTORO, R. et al. Avaliação da qualidade de vida dos usuários de um núcleo de apoio à saúde da família -NASF. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 3, n. 1, p. 50-67, 2017.

UCHMANOWICZ, I. et al. The relationship between sleep disturbances and quality of life in elderly patients with hypertension. **Clin Interv Aging.**, v. 14, p.155-165, 2019.

ZAVECZ, Z.; NAGY, T.; GALKÓ, A.; et al. A relação entre qualidade subjetiva do sono e desempenho cognitivo em adultos jovens saudáveis: evidências de três estudos empíricos. **Scientific Reports**, v. 10, n. 4855, p. 1-12, 2020.

ZHANG, H.-S. et al. A community-based cross-sectional study of sleep quality in middle-aged and older adults. **Quality of Life Research**, v. 26, n. 4, p. 923-933, 2017.

CAPÍTULO V

ESTRESSE E COPING EM ACADÊMICOS DA ÁREA DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA



ESTRESSE E COPING EM ACADÊMICOS DA ÁREA DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

DOI: 10.51859/AMPLLA.CSA099.1121-5

Fabio Biasotto Feitosa ¹
Gabrielle Selleri Bezerra ²
Mayra Rodrigues Leite ²
Micheli Caren Franco Souza ²
Yara Nascimento Soares ²
Neffretier Cinthya Rebello André dos Santos Clasta ¹

¹ Docente do Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

² Psicóloga. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

RESUMO

O presente estudo objetivou identificar os níveis de estresse psicológico, indicar as estratégias de *coping* utilizadas e reconhecer as situações potencialmente estressoras vivenciadas pelos estudantes. O método adotado foi *quanti-quali* em duas pesquisas: a primeira, de levantamento e correlação. A segunda, de levantamento e delimitando a técnica de entrevista. Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman, a escala de estresse percebido (PSS-14), um formulário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada. Na pesquisa quantitativa, participaram um total de 194 estudantes dos cursos de saúde da Universidade Federal de Rondônia: educação física, psicologia, enfermagem e medicina. Os resultados apontaram um nível de estresse moderado entre os alunos. O valor da média de estratégias de *coping* utilizadas pelos acadêmicos esteve situado um pouco abaixo da média do instrumento, o que indica que os acadêmicos utilizavam menos estratégias de *coping* do que o instrumento prevê ser possível. Quanto às estratégias de *coping* mais utilizadas estão: confronto, e fuga e esquivas (psicologia); confronto e resolução de problemas (medicina e enfermagem); e resolução de problemas e aceitação da responsabilidade (educação física). As situações estressoras mais prevalentes foram: relação interpessoal (psicologia); relação com os professores (medicina e enfermagem) e administração do tempo (educação física). O estudo sugere a prorrogação de análises sobre o estresse na universidade, programas interventivos que auxiliem os acadêmicos na administração do estresse, bem como o desenvolvimento de políticas universitárias que avaliem e gerenciem institucionalmente os fatores produtores de estresse na academia.

Palavras-chave: Saúde. Estresse. *Coping*. Acadêmicos. UNIR.

1. INTRODUÇÃO

A trajetória universitária é transpassada por inúmeros aspectos que constituem o olhar do sujeito para a experiência vivida. As expectativas, os afetos e os temores sentidos pelos estudantes provocam inquietações durante a formação, juntamente com todo o contexto socioambiental em que esse está inserido. Dessa maneira, a formação acadêmica possui significados para além da obtenção de um diploma: é o processo de construção de um futuro profissional atuante na área da saúde. Mais do que deter um conhecimento teórico-prático, é preciso apreender o compromisso social da atividade exercida, os preceitos da humanização da saúde e a ética profissional.

O contexto acadêmico, portanto, é um espaço de transformação e crescimento. Experimentam-se intensamente variáveis que perpassam a formação, tais como a rotina exaustiva, cobranças internas e externas, relação com os professores, inserção em novos ciclos sociais, pressões constantes para obtenção de um bom rendimento, bem como consequentes sentimentos de frustração, angústias e anseios. De acordo com Tarnowsky e Carlotto (2007), nas graduações da área da saúde estão presentes incontáveis estressores decorrentes do convívio direto dos estudantes com outros indivíduos e situações potencialmente estressoras, colocando-os diante de suas particularidades, fragilidades físicas ou emocionais, seus conflitos e frustrações. Ao voltar o olhar para os cursos na área da saúde – em especial os cursos de Medicina, Psicologia, Enfermagem e Educação Física, que foram os objetos da pesquisa –, observou-se que algumas peculiaridades os marcam e norteiam a experiência dos estudantes na graduação: em primeiro, há os irrefutáveis desgastes advindos da carga horária extensa e inflexível; em segundo, há o frequente contato com questões indutoras de estresse, tais como a fragilidade da vida e a irredutibilidade da morte de pacientes.

Partindo de uma perspectiva cognitivista para a compreensão do estresse, utilizou-se a teoria transacional de Lazarus e Folkman (1984) para nortear as análises da presente pesquisa. Segundo os autores, o indivíduo sente-se estressado quando avalia que as demandas do meio ambiente excedem seus recursos pessoais, ou seja, sua capacidade de enfrentamento (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Dessa forma, um mesmo evento potencialmente estressor pode provocar reações diversas

em cada sujeito, levando em consideração as características pessoais do indivíduo frente às circunstâncias. Tendo em vista que a vivência acadêmica é percebida pelos indivíduos como uma causadora significativa de estresse, torna-se necessário pensar mecanismos para que os indivíduos, ao se compromissarem com elevados graus de responsabilidade e dedicação, não adoeçam psíquica e fisicamente. Há estudos que levantam as formas de redução da tensão dos universitários, elencando as relações interpessoais, as práticas religiosas, os esportes e a organização de sua vida pessoal (ZONTA; ROBLES; GROSSEMAN, 2006) como formas de promoção do bem-estar.

Em contrapartida, há quem não usufrua dessas estratégias, o que acaba somando pontos negativos para sua qualidade de vida (ZONTA; ROBLES; GROSSEMAN, 2006). Essas estratégias de enfrentamento do estresse são denominadas por Lazarus e Folkman (1984) como *coping*, no qual a função é administrar por meio de esforços cognitivos e comportamentais situações avaliadas pelo indivíduo como potencialmente estressoras. Essas estratégias podem ser aprendidas e usadas de acordo com a exigência do momento, visto que o foco escolhido para o uso da estratégia depende da avaliação que o sujeito faz da situação estressante. Então, as estratégias focadas na emoção tendem a ser utilizadas diante de situações avaliadas como imutáveis, enquanto as focadas no problema são utilizadas quando se avalia possibilidade de alteração do infortúnio (LAZARUS; FOLKMAN, 1980 *apud* ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Ao objetivar identificar os níveis de estresse psicológico, indicar as estratégias de *coping* utilizadas e reconhecer as situações potencialmente estressoras vivenciadas pelos estudantes de universidade federal localizada na região norte do Brasil; a pesquisa se compromete a contribuir com o desenvolvimento científico e social, bem como com a formação de qualidade dos futuros profissionais da saúde. Isto porque valoriza a teoria norteadora do estudo; bem como, ao focalizar o *locus* para o estresse gerado a partir da formação no ensino superior, passa a beneficiar o público pesquisado, semeando um solo fértil de possibilidades para a promoção do bem estar, preservação da saúde mental, potencialização da qualidade do ensino, incitação de reflexões acerca do que é ser e estar nos espaços de saúde e formação profissional, bem como fomentar um espaço que dê voz e visibilidade ao sofrimento psíquico dos acadêmicos.

2. MÉTODO

Este estudo foi construído a partir de duas pesquisas realizadas em momentos distintos. A primeira pesquisa foi norteada pela abordagem quantitativa, tendo sido realizadas pesquisa de levantamento e de correlação. No primeiro, foi selecionada uma amostra significativa da população a ser estudada e, com o uso de instrumentos, foram coletadas informações que posteriormente foram analisadas. A pesquisa correlacional, por sua vez, buscou, basicamente, conhecer as possíveis relações entre as variáveis estudadas (GIL, 2002). A segunda pesquisa foi norteada pela abordagem qualitativa, tendo sido realizada pesquisa de levantamento, delimitando para a técnica de entrevista. A pesquisa qualitativa foi realizada com entrevista semiestruturada, caracterizada pela presença de um roteiro previamente elaborado que guia o entrevistador no momento da coleta dos dados, mas não o impede de se aprofundar em elementos que, relacionados ao objetivo da pesquisa, surjam no momento da entrevista (GIL, 2002; Minayo, 2010).

2.1. PARTICIPANTES

Participaram das pesquisas estudantes dos cursos que compõem o núcleo de saúde da Universidade Federal de Rondônia (UNIR): educação física, psicologia, enfermagem e medicina. Na pesquisa quantitativa, participaram um total de 194 alunos. Dos estudantes, 31 eram do curso de educação física, sendo 22 homens e nove mulheres, com média de idade de 22,32 (DP= 4,24). Do curso de psicologia, participaram 51 estudantes, sendo nove homens e 42 mulheres, com média de idade de 22,08 (DP= 5,33). Além de 68 estudantes do curso de medicina, sendo 34 homens e 34 mulheres, com média de idade de 22,6 (DP=3,56). Por fim, do curso de enfermagem, participaram 44 estudantes, sendo oito homens e 36 mulheres com média de idade de 21,67 (DP= 3,80).

Na pesquisa qualitativa, participaram um total 40 estudantes, sendo 10 de cada curso. Do curso de educação física, cinco participantes eram homens e cinco eram mulheres, com idades entre 18 e 37 anos. Dos 10 estudantes do curso de psicologia, sete eram homens e três eram mulheres, com idades entre 17 e 42 anos. Da medicina, participaram seis homens e quatro mulheres, com idades entre 19 e 34 anos, e, por fim, da enfermagem, participaram nove mulheres e um homem, com

idades entre 19 e 23 anos. Em ambas as pesquisas, não participaram estudantes nos períodos finais por estarem realizando, majoritariamente, suas atividades fora do campus da universidade e foram excluídos da pesquisa participantes que realizaram preenchimento incompleto ou incorreto dos instrumentos aplicados.

2.2. INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados na realização da pesquisa quantitativa foram: o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, a escala de estresse percebido (PSS-14) e um formulário sociodemográfico.

Validado no Brasil por Savoia, Santana e Mejias (1996), o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (1985) é composto por 66 itens sobre pensamentos e comportamentos utilizados para enfrentar demandas internas e externas, e foi utilizado para identificar os níveis de enfrentamento. O inventário brasileiro validado consiste em oito grupos de itens representando diferentes fatores: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva. Todos os itens nas respostas foram registrados usando uma escala Likert variando de 0 a 3. Para a validação no Brasil, Savoia, Santana e Mejias (1996) se basearam na versão revisada dos 66 itens introduzida por Folkman e Lazarus (1985). Nesta validação, as correlações obtidas na consistência interna variam de 0,424 a 0,688. Através da análise fatorial, usando o método de principais fatores com rotação oblíqua, a análise estatística gerou 8 fatores que correspondem a escalas de estratégias de enfrentamento. O coeficiente de correlação obtido entre os escores totais de teste e reteste foi 0,704. Os resultados dos testes empregados mostraram que o instrumento é válido e confiável para o estudo das estratégias de *coping*, o que está em consonância com as normas comumente aceitas na psicologia.

A Escala de Estresse Percebido – PSS-14 (COHEN, 2019) é uma escala de autoavaliação com 14 itens em cinco opções de respostas tipo Likert (0=nunca a 4=muito frequentemente), que acessam a frequência com que nos últimos trinta dias o indivíduo lidou com situações inesperadas, incontroláveis ou que representaram uma sobrecarga, exigindo que avalie, por exemplo, a sua percepção de controle e o seu estado emocional diante desses eventos estressantes (COHEN; WILLIAMSON, 1988). A escala oferece um Escore Total relativo à percepção do nível pessoal de

estresse psicológico. A versão original da escala obteve índices aceitáveis de precisão e validade de critério (COHEN et al., 1983). O autor principal da PSS-14 autoriza e incentiva a pesquisa das propriedades psicométricas dessa escala em outros países (COHEN, 2019). A versão em português da referida escala, utilizada no presente estudo, é apresentada no trabalho de Feitosa, Silva e Bezerra (2015). Segundo esses autores, à semelhança do estudo original em inglês, a PSS-14 apresentou índices aceitáveis de precisão ou fidedignidade, com estabilidade temporal no teste-reteste ($r=0,79$, $p<0,001$) e boa consistência interna ($\text{Alpha}=0,85$ no teste e $\text{Alpha}=0,86$ no reteste).

Na pesquisa qualitativa, além de um formulário sociodemográfico para a descrição dos participantes, outro instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada com itens alinhados aos objetivos.

2.3. PROCEDIMENTOS

Quanto aos procedimentos adotados, na pesquisa quantitativa, o primeiro contato realizado foi com os chefes de departamento dos cursos do Núcleo de Saúde da universidade para a obtenção de autorização. Com os termos de autorização devidamente lidos e assinados, as pesquisadoras foram às salas de aula para explicar a proposta da pesquisa e realizar a coleta dos dados. Tanto a leitura e assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido quanto o autopreenchimento dos instrumentos foram realizados coletivamente. Os dados coletados foram transcritos em planilhas e tratados com testes estatísticos descritivos e de correlação com auxílio do SPSS for Windows 20.0. Para a realização da pesquisa qualitativa, primeiramente a pesquisa foi divulgada em redes sociais e conforme os estudantes demonstravam interesse em participar, as entrevistas foram sendo realizadas, individualmente. O conteúdo das entrevistas foi gravado e posteriormente transcrito e submetido à análise de conteúdo, a qual foi feita por categorização, que é uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento”, ou seja, isolam-se os elementos e os reparte procurando impor certa organização. Nesta pesquisa, o agrupamento foi segundo critério de categorização por temáticas (BARDIN, 1977). O projeto de pesquisa e o TCLE foram aprovados pelo CEP/UNIR: CAAE: 54782916.0.0000.5300.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa quantitativa e os resultados da pesquisa qualitativa são apresentados separadamente, como segue.

3.1. PESQUISA QUANTITATIVA

3.1.1. PSICOLOGIA

No que se refere ao nível de estresse dos acadêmicos de Psicologia, obteve-se uma média de 31,29 (DP= 8,09). Um estudo realizado por Feitosa, Silva e Bezerra (2015) com o objetivo de apresentar uma versão em português da PSS-14 com indicadores de precisão, mensurou os níveis do estresse de 128 estudantes universitários de um município do interior de Rondônia. Na fase de teste, obtiveram uma média de 27,3 (DP = 7,9) e na fase de reteste obtiveram uma média de 26,3 (DP = 7,7). A média dos alunos de psicologia da presente pesquisa mostrou-se relativamente maior quando comparada ao estudo de validação da escala adaptada ao Brasil. Contudo, para Coutinho (2016), é um nível médio de estresse, pois esta autora considera os seguintes escores: entre 0 e 18,6 é um nível baixo de estresse; de 18,7 a 37,2 é um nível médio de estresse e a partir de 37,3, são altos níveis de estresse para essa escala.

Em relação às estratégias de *coping* utilizadas pelos acadêmicos deste mesmo curso, obteve-se uma média de 81,57 (DP= 21,26). A amplitude dos escores do instrumento Inventário de Estratégia de *Coping* vai de 0 a 198, tendo como ponto médio 99. Quanto maior a pontuação maior será a utilização de estratégias de *coping*, logo, quanto menor a pontuação, menor será a utilização das estratégias. Sendo assim, o valor da média de estratégias de *coping* utilizadas pelos acadêmicos de psicologia esteve situado um pouco abaixo da média do instrumento, o que indica que os acadêmicos utilizam menos estratégias de *coping* do que o instrumento prevê ser possível. Com relação à frequência de utilização das estratégias de *coping*, a que obteve a maior média e, conseqüentemente, foi a mais utilizada pelos acadêmicos de psicologia para administrar o estresse, foi fuga-esquiva (X= 2,18; DP= 0,77) e as menos utilizadas foram afastamento (X= 0,90; DP= 0,47) e confronto (X= 0,90; DP= 0,50). A tabela a seguir ilustra estes resultados:

Tabela 1 – Frequência de utilização das estratégias de *coping* por fatores

	\bar{X}	Md	DP
Fator 1 – Confronto	0,90	0,83	0,50
Fator 2 – Afastamento	0,90	0,86	0,47
Fator 3 – Autocontrole	1,31	1,40	0,55
Fator 4 - Suporte social	1,27	1,17	0,65
Fator 5 - Aceitação de responsabilidade	1,54	1,57	0,48
Fator 6 - Fuga-esquiva	2,18	2,50	0,77
Fator 7 - Resolução de problemas	1,65	1,75	0,71
Fator 8 - Reavaliação positiva	1,90	1,11	0,59

Fonte: Autoria própria.

As estratégias focadas na emoção são a reavaliação positiva, afastamento e a fuga-esquiva, já as estratégias focadas no problema são resolução de problemas, aceitação de responsabilidade, autocontrole, suporte social e confronto (PAISRIBEIRO; SANTOS, 2001). Sendo assim, as duas estratégias mais utilizadas pelos acadêmicos de psicologia são focadas na emoção, seguidas por duas estratégias focadas no problema. A estratégia mais utilizada pelos acadêmicos de psicologia foi a fuga esquiva, dado que corrobora com um estudo realizado por Hirsch et al. (2015) que tinha como objetivo identificar as estratégias de *coping* utilizados por 146 acadêmicos de enfermagem de uma universidade no Sul do Brasil. O estudo mostrou que a estratégia mais utilizada pelos acadêmicos foi a fuga da realidade ($X = 1,91$), que é considerada uma estratégia focada na emoção. A maior frequência na utilização da estratégia de fuga-esquiva pode ser um fator importante no aumento do estresse dos acadêmicos. Também se verificou que a estratégia resolução de problema ($\rho = -0,399$; $p < 0,01$), de caráter geralmente positivo, esteve associada negativa e significativamente ao estresse percebido, o que pode indicar que quanto mais o acadêmico de psicologia utilizava esta estratégia, menos estresse percebia ou quanto menos utilizava a estratégia, mais estresse percebia. Tais resultados remetem novamente ao estudo de Hirsch et al. (2015), o qual mostrou que os 146 acadêmicos de enfermagem utilizavam na maior parte das vezes a estratégia fuga da realidade, considerada de caráter negativo por ser pouco resolutiva e de baixa eficácia. Além disso, este mesmo estudo mostrou que os estudantes insatisfeitos com o curso utilizavam estratégias de *coping* negativas e centradas na emoção, enquanto os estudantes satisfeitos utilizavam, em sua maioria, estratégias positivas e focadas no problema, como planejamento/resolução. As

estratégias confronto, afastamento e aceitação de responsabilidade apresentaram correlação positiva com o estresse psicológico, porém não foi uma correlação estatisticamente significativa. As estratégias autocontrole, suporte social e resolução de problema apresentaram correlação negativa com o estresse psicológico, porém também não foi significativa. Concluiu-se que o esforço para administrar o estresse percebido em contexto acadêmico pode ser mais ou menos eficaz dependendo do tipo e da natureza das estratégias de *coping* empregadas, parecendo ser o *coping* focado no problema mais benéfico (resolução de problema).

3.1.2. ENFERMAGEM

O nível de estresse psicológico identificado nos acadêmicos de enfermagem foi de 36,77 (DP=6,32). Este valor, com base em Coutinho (2016), pode ser considerado como indicativo de um nível moderado de estresse na amostra. Em relação às estratégias de *coping* utilizadas, obteve-se uma média de 79,25 (DP=20,86). Sendo assim, o valor da média de estratégias de *coping* utilizadas pelos acadêmicos esteve situado um pouco abaixo da média do instrumento, o que indica que os acadêmicos utilizam menos estratégias de *coping* do que o instrumento prevê ser possível. A estratégia mais utilizada pelos estudantes de enfermagem foi a fuga-esquiva (2,02) e a menos utilizada foi afastamento (0,94). As estratégias da dimensão fuga-esquiva são consideradas pouco eficazes na administração do estresse, conforme discutido por Hirsch et al. (2015), sendo além disso classificadas como estratégias focadas na emoção. No entanto, os outros fatores com altos níveis de utilização pelos estudantes de enfermagem eram focados no problema e possuíam caráter positivo.

Tabela 2 – Frequência de utilização das estratégias de *coping* por fatores

	\bar{X}	Md	DP
Fator 1 – Confronto	1,00	0,92	0,51
Fator 2 – Afastamento	0,94	0,86	0,55
Fator 3 – Autocontrole	1,30	1,20	0,52
Fator 4 – Suporte social	1,08	1,00	0,60
Fator 5 – Aceitação de responsabilidade	1,55	1,50	0,44
Fator 6 – Fuga-esquiva	2,02	2,25	0,91
Fator 7 – Resolução de problema	1,47	1,50	0,68
Fator 8 – Reavaliação positiva	1,08	1,00	0,51

Fonte: Autoria própria.

Verificou-se que a reavaliação positiva ($\rho=-0,348$; $p<0,05$) esteve negativa e significativamente correlacionada com os níveis de estresse psicológico dos estudantes de enfermagem da UNIR. Esse dado mostra que quanto maior a utilização da estratégia de reavaliação positiva, menor foi o nível de estresse; ou, inversamente, menor a utilização dessa estratégia, maior o nível de estresse. As demais correlações investigadas foram baixas e não significativas.

3.1.3. EDUCAÇÃO FÍSICA

Segundo os dados obtidos com a PSS-14, o nível médio de estresse dos acadêmicos foi de 26,52 que, segundo Coutinho (2016), é um nível médio de estresse. Em uma pesquisa realizada por Borine, Wanderley e Bassitt (2015), com objetivo de compreender a relação entre qualidade de vida e estresse em acadêmicos da área da saúde de uma faculdade privada, a média do nível de estresse dos acadêmicos de educação física foi de 9,44, considerado um nível baixo em comparação com os outros cursos pesquisados no estudo citado. No entanto, neste estudo, foi utilizado um instrumento diferente para avaliar os níveis de estresse. Segundo os dados obtidos com o inventário de *coping* administrado, a média de frequência de utilização das estratégias de *coping* foi de 86,65, assim, a amostra em questão está situada um pouco abaixo da média. Isso indica que a amostra utilizava menos estratégias de *coping* do que o instrumento prevê ser possível. A estratégia mais utilizada foi a resolução de problemas e a estratégia menos utilizada foi o confronto, como na tabela a seguir:

Tabela 3 – Frequência de utilização das estratégias de *coping* por fatores

	\bar{X}	Md	DP
Fator 1 - Confronto	0,80	0,83	0,51
Fator 2 – Afastamento	1,06	1,00	0,53
Fator 3 – Autocontrole	1,65	1,60	0,60
Fator 4 - Suporte social	1,29	1,33	0,58
Fator 5 - Aceitação de responsabilidade	1,61	1,57	0,51
Fator 6 - Fuga-esquiva	1,76	1,50	1,07
Fator 7 - Resolução de problemas	1,77	1,75	0,65
Fator 8 - Reavaliação positiva	1,38	1,22	0,53

Fonte: Autoria própria.

A correlação foi significativa e positiva entre o nível de estresse e as estratégias confronto ($\rho=0,49$; $p<0,01$), afastamento ($\rho=0,36$; $p<0,05$), autocontrole ($\rho=0,38$; $p<0,05$) e fuga-esquiva ($\rho=0,40$; $p<0,05$), ou seja, quanto

mais utilizadas essas estratégias, maior o nível de estresse percebido, ou, quanto menor o nível de estresse percebido, menos estas estratégias eram utilizadas pelos acadêmicos. Esses resultados mostram que, nos momentos de estresse, algumas das estratégias de *coping* usadas por esses estudantes (confronto, afastamento, autocontrole e fuga-esquiva) tenderam a aumentar o estresse percebido. Provavelmente esses estudantes de educação física vivenciavam situações fora de seu controle, como é o caso da administração do tempo, o que foi investigado na pesquisa qualitativa, apresentada mais adiante.

3.1.4. MEDICINA

O nível de estresse nos acadêmicos de medicina foi de 30,49 (DP=21,37), dado que, baseado em Coutinho (2016), pode ser considerado de nível médio. Quanto às estratégias de *coping*, podemos considerar que o valor encontrado na amostra está abaixo do valor médio esperado no uso de estratégias de *coping*, já que a média obtida foi de 83,69 (DP= 8,92). A respeito da frequência de utilização das estratégias de *coping*, verifica-se que as estratégias mais utilizadas pelos acadêmicos foram: resolução de problemas (1,92); reavaliação positiva (1,92); fuga- esquiva (1,82) e aceitação de responsabilidade (1,68). Sendo as menos utilizadas por eles: o afastamento (0,89); confronto (0,93); suporte social (1,27) e autocontrole (1,31). Estes dados são mostrados na tabela abaixo.

Tabela 4 – Frequência de utilização das estratégias de *coping* por fatores

	\bar{X}	Md	DP
Fator 1- Confronto	0,93	0,83	0,59
Fator 2- Afastamento	0,89	0,86	0,52
Fator 3- Autocontrole	1,31	1,20	0,56
Fator 4- Suporte Social	1,27	1,17	0,61
Fator 5- Aceitação de Responsabilidade	1,68	1,71	0,55
Fator 6- Fuga-esquiva	1,82	2,00	0,95
Fator 7- Resolução de Problemas	1,92	2,00	0,74
Fator 8- Reavaliação Positiva	1,92	1,22	0,55

Fonte: Autoria própria.

Quanto à correlação entre estresse e *coping*, verificou-se que os fatores confronto ($\rho=0,540$; $p<0,001$), aceitação de responsabilidade ($\rho=0,309$; $p<0,01$) e fuga-esquiva ($\rho=0,477$; $p<0,001$) estiveram positiva e significativamente correlacionados aos níveis de estresse percebido ou psicológico;

enquanto que os fatores autocontrole ($\rho=-0,274$; $p< 0,05$) e resolução de problemas ($\rho=-0,341$; $p<0,01$) estiveram negativa e significativamente correlacionados aos níveis de estresse percebido. Os resultados com esses estudantes de medicina reforçam a noção de que estratégias focadas no problema tendem a estar acompanhadas de melhores resultados no gerenciamento do estresse.

3.2. PESQUISA QUALITATIVA

A entrevista semiestruturada, realizada com os estudantes de cursos da área de saúde, na realização da pesquisa qualitativa deste estudo, continha núcleos temáticos mais abrangentes, que categorizavam situações potencialmente causadoras de estresse para os acadêmicos. As pesquisadoras observaram a necessidade de criar ainda subcategorias dentro destes núcleos. As categorias e suas subcategorias são listadas a seguir:

- Relação com os colegas, com as subcategorias dificuldades na relação interpessoal e dificuldade na relação acadêmica;
- Relação com os professores, com as subcategorias intransigência nas decisões; problemas de comunicação; incoerência profissional; assédio moral e cobrança demasiada;
- Conteúdos, provas e trabalhos, com as subcategorias insatisfação pessoal; problemas da prática pedagógica e cobrança excessiva;
- Administração do tempo, com as subcategorias sobrecarga; procrastinação e complicações no gerenciamento do tempo;
- Instâncias burocráticas, com as subcategorias negligência laboral e falhas operacionais na burocracia;
- Permanência na universidade, com as subcategorias barreira socioeconômica e condições externas e estruturais.

Nas tabelas referentes a cada curso, listadas a seguir, estão apresentadas, em ordem decrescente, as frequências em que citações relacionadas aos respectivos temas e suas subcategorias apareceram nos relatos dos participantes. Além disso, também são citadas as estratégias de enfrentamento do estresse às quais os participantes se referiram em seus relatos. Nos relatos dos estudantes de psicologia,

houve ocorrência de 70 citações sobre situações estressoras, distribuídas entre as categorias definidas, como mostra a tabela a seguir:

Quadro 1 – Categorização das citações do curso de psicologia

NÚCLEOS TEMÁTICOS	SUBCATEGORIAS	NÚMERO DE FALAS	TOTAL DE FALAS RELACIONADAS AOS NÚCLEOS
Relação com os colegas	Dificuldades na relação interpessoal	16	21
	Dificuldades na relação acadêmica	5	
Instâncias burocráticas	Negligência laboral	6	12
	Falhas operacionais na burocracia	6	
Administração do tempo	Sobrecarga	7	10
	Procrastinação	2	
	Complicações no gerenciamento do tempo	1	
Conteúdos, provas e trabalhos	Insatisfação pessoal	5	10
	Problemas da prática pedagógica	4	
	Cobrança excessiva	1	
Relação com os professores	Intransigência nas decisões	3	9
	Problemas na comunicação	2	
	Incoerência profissional	2	
	Assédio moral	1	
	Cobrança demasiada	1	
Permanência na universidade	Barreira socioeconômica	5	8
	Condições externas e estruturais	3	

Fonte: Autoria própria.

Quanto às estratégias de enfrentamento, foi realizado um levantamento das estratégias mais utilizadas de acordo com a frequência em que apareceram nos relatos. Foi possível observar através da análise dos dados que as estratégias de *coping* não foram utilizadas com grande frequência pelos estudantes do curso de psicologia. No entanto, as mais utilizadas foram fuga-esquiva e resolução de problemas, as quais, após uma análise durante as entrevistas, foram consideradas as mais estressoras do curso em questão.

Nos relatos dos estudantes de enfermagem, observou-se que as situações potencialmente estressoras totalizaram 70 ocorrências. Dentre as seis categorias, uma destacou-se pela sua alta frequência, que foi a relacionada à relação professor-aluno, que totalizou 16 ocorrências.

Quadro 2 – Categorização das citações do curso de enfermagem

NÚCLEOS TEMÁTICOS	SUBCATEGORIAS	NÚMERO DE FALAS	TOTAL DE FALAS RELACIONADAS AOS NÚCLEOS
Relação com professores	Assédio moral	7	16
	Cobranças demais	4	
	Incoerência profissional	3	
	Intransigência nas decisões	2	
Relação com alunos	Dificuldade na relação acadêmica	12	15
	Dificuldades na relação interpessoal	3	
Dificuldades de permanência	Condições externas e estruturais	9	14
	Barreiras socioeconômicas	5	
Conteúdos a serem estudados	Problemas da prática pedagógica	7	11
	Insatisfação pessoal	2	
	Cobrança excessiva	2	
Administração do tempo	Sobrecarga	6	8
	Problemas no gerenciamento do tempo	1	
	Procrastinação	1	
Departamentos e instâncias burocráticas	Negligência laboral	5	6
	Falhas operacionais na burocracia	1	

Fonte: Autoria própria.

A estratégia de *coping* relatada como a mais utilizada pelos alunos da enfermagem foi a de resolução de problemas. Ao se deparar com alguma circunstância que causa estresse, o indivíduo repensa o que pode ser realizado para solucionar aquela situação, priorizando sua saúde mental e física.

Com a análise dos relatos dos estudantes do curso de educação física, 60 citações puderam ser identificadas e categorizadas, como mostra a tabela a seguir:

Quadro 3 – Categorização das citações do curso de educação física

NÚCLEOS TEMÁTICOS	SUBCATEGORIAS	NÚMERO DE FALAS	TOTAL DE FALAS RELACIONADAS AOS NÚCLEOS
Administração do tempo	Sobrecarga	9	14
	Complicações no gerenciamento de tempo	4	
	Procrastinação	1	
Relação com os colegas	Dificuldade na relação acadêmica	9	12
	Dificuldade na relação interpessoal	3	
Conteúdos, provas e trabalhos	Cobrança excessiva	7	12
	Insatisfação pessoal	3	
	Problemas na prática pedagógica	2	
Permanência	Condições externas estruturais	6	9
	Barreiras socioeconômicas	3	
	Intransigência de decisões	3	8

NÚCLEOS TEMÁTICOS	SUBCATEGORIAS	NÚMERO DE FALAS	TOTAL DE FALAS RELACIONADAS AOS NÚCLEOS
Relação com professores	Incoerência profissional	3	
	Assédio moral	2	
Departamento e instâncias burocráticas	Falhas operacionais na burocracia	5	5

Fonte: Autoria própria.

As estratégias mais empregadas pelos estudantes eram as de aceitação de responsabilidade e resolução de problemas, as quais, geralmente, são consideradas positivas e correlacionadas com a diminuição do estresse, o que contribui para a concepção de um curso com nível de estresse dentro da média. Citações descritas fazem menção a grande quantidade de demandas universitárias, o que dificulta a administração do tempo na vida dos estudantes para atividades extracurriculares.

No curso de medicina, o núcleo temático com maior número de situações estressoras e com mais estratégias de *coping* citadas relacionadas a ele foi relação com professores. Neste, apareceram o total de 93 falas por parte dos dez alunos que, com exceção de dois dos participantes, alegaram que a experiência de maior estresse e impacto psíquico na universidade está relacionada implícita ou explicitamente ao professor. O curso de graduação em medicina se caracteriza por cargas horárias intensas, determinadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). Essas cobranças, somadas aos demais aspectos que constroem um sujeito social e a vida externa à faculdade, como a sociabilidade, lazer, cursos extracurriculares e família, que também são demandantes de tempo e atenção, expõem os graduandos a um nível de alto estresse que pode repercutir na diminuição do rendimento acadêmico, autoestima e saúde mental. Os demais núcleos temáticos também são categorizados na tabela a seguir:

Quadro 4 – Categorização das citações do curso de medicina

NÚCLEOS TEMÁTICOS	SUBCATEGORIAS	NÚMERO DE FALAS	TOTAL DE FALAS RELACIONADAS AOS NÚCLEOS
Relação com professores	Incoerência profissional	34	93
	Assédio moral	21	
	Cobranças demasiadas	6	
	Problemas de comunicação	6	
	Intransigência nas decisões	6	

NÚCLEOS TEMÁTICOS	SUBCATEGORIAS	NÚMERO DE FALAS	TOTAL DE FALAS RELACIONADAS AOS NÚCLEOS
Conteúdos, provas e trabalhos	Cobrança excessiva	22	54
	Problemas na prática pedagógica	14	
	Insatisfação pessoal	7	
Departamento e instâncias burocráticas	Negligência laboral	20	50
	Falhas operacionais na burocracia	19	
Administração do tempo	Sobrecarga	20	50
	Complicações no gerenciamento do tempo	10	
	Procrastinação	8	
Permanência	Empecilhos afetivos	8	29
	Condições externas e estruturais	7	
	Barreiras socioeconômicas	5	
Relação com alunos	Dificuldade na relação acadêmica	13	27
	Dificuldade na relação interpessoal	6	
	Assédio sexual	1	

Fonte: Autoria própria.

Durante as entrevistas, a estratégia de confronto e a estratégia de resolução de problemas foram as mais citadas, em comparação aos outros recursos de enfrentamento. A resolução de problemas tende a ser um recurso positivo no gerenciamento do estresse. Por outro lado, o uso do confronto pode ser problemático, aumentando o estresse, conforme indicam os resultados na pesquisa quantitativa, apresentada acima.

3.2.1. BREVE SÍNTESE

Considerando as duas pesquisas, sendo a primeira quantitativa e a segunda qualitativa, ambas realizadas com os mesmo quatro cursos do Núcleo da Saúde da UNIR, foi possível concluir que os alunos do curso de psicologia percebiam como situação mais estressora a relação interpessoal com os colegas. Na primeira pesquisa, os resultados demonstraram que os alunos utilizavam o confronto como estratégia de enfrentamento mais frequente. Na segunda, a estratégia mais frequente foi a fuga-esquiva. Os estudantes de medicina percebiam a relação com os professores como o fator mais estressante. Segundo os resultados da primeira pesquisa, a estratégia mais utilizada por estes alunos era a resolução de problemas. Na segunda pesquisa, o confronto apareceu como a mais utilizada. No curso de educação física, a administração do tempo apareceu como a situação mais percebida como estressante. Como resultado da primeira pesquisa, a estratégia mais utilizada

era resolução de problemas. Como resultado da segunda pesquisa, obteve-se aceitação da responsabilidade como estratégia mais frequente. Por fim, no curso de enfermagem, a situação percebida como mais estressora foi a relação com os professores, assim como no curso de medicina. Na primeira pesquisa, concluiu-se que a estratégia mais utilizada era confronto e, na segunda, resolução de problemas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo atendido ao objetivo, foram identificadas as situações potencialmente estressoras para os acadêmicos dos cursos de saúde da UNIR: relacionamento entre alunos, relacionamento entre alunos e professores, e administração do tempo diante de demandas acadêmicas. As estratégias de *coping* que tenderam a aparecer como potencialmente mais eficazes no gerenciamento do estresse foram as focadas no problema, sobretudo, a resolução de problemas. Os resultados têm implicações para o ensino na área da saúde, especialmente por apontar as temáticas que merecem atenção especial por parte dos gestores da universidade. Resolução de problemas interpessoais e aprimoramento do planejamento pedagógico poderiam ser temáticas contempladas nas reuniões estratégicas dos conselhos universitários. Assim, tanto a saúde de estudantes quanto de docentes poderiam ser asseguradas antes do surgimento de agravos associados ao estresse. Considerar a necessidade de condições estressoras serem gerenciadas institucionalmente no ambiente acadêmico seria uma aplicação prática para os resultados do presente estudo. É importante salientar, no entanto, as limitações do presente estudo. Trata-se de estudo de correlação que não implica em causalidade e os relatos foram a percepção subjetiva de estudantes.

AGRADECIMENTOS

Apoio: PIBIC/CNPq/UNIR, PROPESQ, 2016-2018.

REFERÊNCIAS

ANTONIAZZI, A.; DELL'AGLIO, D.; Bandeira, D. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BORINE, R. C. C.; WANDERLEY, K. S.; BASSITT, D. P. Relação entre a qualidade de vida e o estresse em acadêmicos da área da saúde. **Est. Inter. Psicol.**, v. 6, n. 1, p. 100-118, jun. 2015.

COHEN, S. Dr. Cohen's Scales. Disponível em <www.psy.cmu.edu/~scohen/scales.html>. Acesso em: 10 fev. 2019.

COHEN, S.; WILLIAMSON, G. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: SPACAPAN, S.; OSKAMP, S. (Orgs.). **The social psychology of health**. Newbury Park: Sage, 1988.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, p. 385-396, 1983.

COUTINHO, L. F. B. **Avaliação e correlação dos níveis de estresse e depressão dos discentes de enfermagem**. 2016. 118 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, 2016.

FEITOSA, F. B.; SILVA, J. F. da; BEZERRA, L. A. Apresentação de uma versão em português da Escala de Estresse Percebido (PSS-14) com índices de precisão. In: Congresso de Stress da ISMA-BR (International Stress Management Association), 15., 2015, Porto Alegre, **Anais...** Porto Alegre: ISMA-BR, p. 1-11, 2015.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 21, p. 219-239, 1980.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 48, n. 1, p. 150-70, 1985.

GIL, C. A. Como classificar as pesquisas? In: ____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, p.41-58, 2002.

HIRSCH, C. D. et al. Estratégias de coping de acadêmicos de enfermagem diante do estresse universitário. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 68, n.5, set./out. 2015.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. Nova York: Springer Publishing Company, 1984

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993.

PAIS-RIBEIRO, J.; SANTOS, C. Estudo conservador de adaptação do Waysof Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. **Análise Psicológica**, v. 19, n. 4, p. 491-502, 2001.

SAVOIA, M. G.; SANTANA, P. R.; MEJIAS, N. P. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. **Psicologia USP**, São Paulo, v.7, n.1/2, p.183-201, 1996.

TARNOWSKI, M.; CARLOTTO, M.S. Síndrome de burnout em estudantes de psicologia. **Temas Psicol.** Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, 2007.

ZONTA, R.; ROBLES, A. C. C.; GROSSEMAN, S. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 30, n. 3, p. 147-153, 2006.

CAPÍTULO VI

PRESSUPOSTOS DA GRUPOTERAPIA: UM MODELO TEÓRICO PARA A REDUÇÃO DE DANOS



PRESSUPOSTOS DA GRUPOTERAPIA: UM MODELO TEÓRICO PARA A REDUÇÃO DE DANOS

DOI: 10.51859/AMPLLA.CSA099.1121-6

Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos¹
Fabio Biasotto Feitosa²
Adriana Dias Silva³
Neffretier Cinthya Rebello André dos Santos Clasta⁴

¹ Enfermeiro. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

² Docente do Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

³ Docente do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

⁴ Docente do Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

RESUMO

A literatura apresenta evidências científicas sobre os benefícios à saúde física, psicológica e social da grupoterapia. Portanto, o objetivo deste trabalho é apresentar uma proposta de grupoterapia para trabalhar com indivíduos que apresentam queixas de sofrimento psíquico/abuso de psicoativos. A metodologia é uma sistematização de uma psicoterapia de grupo, denominada “Grupo Terapêutico Narrativas e Identidades”. Os pressupostos teóricos que subsidiam a construção dos temas a serem abordados em cada sessão terapêutica são fundamentados em Campos e Feitosa (2018): Perspectiva Biopsicossocial; Política de Saúde Mental e Redução de Danos; Psicologia Popular de Jerome Bruner; Psicologia-Histórico-Cultural; Teoria Cognitiva-Comportamental; Teoria das Habilidades Sociais, Teoria das Relações Interpessoais de Peplau e Teoria Cultural do Cuidado de Leininger. A sessão de grupoterapia poderá ser conduzida por um profissional de saúde mental (psicólogo, enfermeiro, médico etc.); o conteúdo de cada sessão é previamente preparado, dividido em tópicos e sistematizado. Para sua execução, é usada roda de conversa e seguirá quatro eixos: Identidade em Bruner, Cultura, Sociedade, Valores e Deveres. As sessões serão realizadas semanalmente, com duração de uma hora, sendo um grupo aberto e com a presença de 6 a 10 integrantes. Esse trabalho apresenta um modelo teórico para subsidiar os terapeutas de grupo na tão valorosa missão de conduzir sessões de forma sistemática, organizada, acolhedora, mantendo a coesão grupal, dinâmica e que suscite mudanças terapêuticas esperadas em cada participante. Acreditamos que o modelo apresentado pode facilitar o planejamento e a condução do grupo, em especial, em indivíduos com problemas relacionados à dependência química.

Palavras-chave: Psicoterapia de Grupo. Redução do Dano. Serviços de Saúde Mental. Psicotrópicos.

1. INTRODUÇÃO

A grupoterapia consagrou-se na cultura pop pelo filme “*Ilha do Medo*”, no qual o psiquiatra *John Cawley* a utiliza na recuperação do paciente *Andrew Laeddis*. Apesar do cinema contribuir com a representatividade social e formação da identidade de grupo, há estereótipos e distorções no que seria a grupoterapia. Cabe, então, descrever que é uma técnica que tem como objetivo principal promover acolhimento, respeito, ética, confidencialidade, interação social via processo grupal; e suscitar mudanças nos comportamentos, pensamentos e emoções dos participantes do *setting* terapêutico (LASCOMBE *et al.*, 2019).

Porém, antes de se falar em grupoterapia, é necessário definir o conceito de grupo, que é um conjunto de indivíduos cuja associação se baseia no comportamento de interesses, valores, regras, ou objetivos comuns. O ser humano é um ser gregário, existindo em função de seus inter-relacionamentos grupais. Esta união não é mero somatório de indivíduos; pelo contrário, se constitui como uma nova identidade a ser (re)construída. Todos os integrantes do grupo estão reunidos em torno de uma tarefa ou função. Durante todo o seu ciclo vital, o ser humano como um ser social, participa de diferentes grupos que lhe favorece o seu desenvolvimento e crescimento psicossocial (ZIMERMAN, 2000).

Assim, a grupoterapia pode ser definida como um tratamento psicossocial no qual um determinado número de pessoas se encontra com um terapeuta com o propósito de compartilhar, obter *insights* pessoais e aprimorar o bom contato social por meio de relações interpessoais saudáveis (TOWNSEND, 2014).

A grupoterapia é uma ferramenta que amplia o olhar do problema tentando estabelecer um cuidado mais humanizado para o indivíduo e família, tratando-lhes de forma com que entendam a problemática, e que a melhora não é um trabalho só do profissional, mas um trabalho mútuo (CAMPOS; BENÍCIO; LIRA, 2017). Na grupoterapia, constrói-se o processo terapêutico através do relacionamento, vínculo e valorização da herança cultural, bem como o saber produzido pela experiência de vida de cada membro.

Historicamente, a Carta de Otawa (OMS, 1986), desde a construção dos seus pressupostos teóricos, buscou promover a saúde por meio de capacitação da comunidade e de participação coletiva, visando à integralidade do cuidado (BRASIL,

2017). Nesta interface, os processos grupais podem contribuir para o alcance de melhor qualidade de vida dos indivíduos, cuja mediação pode ser favorecida pela aprendizagem grupal (PICHON-RIVIÈRE, 2005).

Por meio das relações interpessoais, a grupoterapia é capaz de promover saúde, diálogo e troca de experiências. Townsend (2014) identifica os pontos fortes da terapia de grupo:

- Injeções de esperança: acontece quando o integrante observa o progresso de outros membros do grupo com problemas parecidos. Este vai acumulando a esperança de que seu problema também pode ser resolvido;
- Universalidade: os integrantes do grupo começam a perceber que não estão sozinhos nos problemas, preocupações, sentimentos e angústias. A ansiedade é aliviada por meio do suporte e compreensão dos outros membros do grupo que compartilham de experiências similares;
- Transmissão de informações: dá-se através do aprendizado informal, que se refere ao compartilhamento de conselhos e sugestões entre os membros;
- Altruísmo: é assimilado pelos membros do grupo por meio da reciprocidade e compartilhamento comuns. Ao se fornecer assistência e suporte emocional a outras pessoas, cria-se uma autoimagem positiva;
- Desenvolvimento de técnicas de socialização: por meio de interação e pelo *feedback* fornecido por outros membros do grupo, o indivíduo é capaz de corrigir comportamentos sociais que revelam seus problemas de adaptação e aprende novas habilidades sociais;
- Comportamento imitativo: aquele que possuiu uma habilidade psicossocial específica, pode funcionar como modelo de comportamento para os outros;
- Aprendizagem interpessoal: o grupo oferece variadas oportunidades de interação com outras pessoas. O *insight* é conseguido pela observação de como a pessoa percebe e é percebida pelos outros;
- Coesão do grupo: os membros desenvolvem um sentimento de pertencer ao grupo. Em que cada membro ou o grupo inteiro é valorizado;
- Catarse: os membros são capazes de expressar tanto sentimentos positivos quanto negativos;

- Fatores existenciais: o grupo é capaz de ajudar seus membros individualmente a assumir o controle de suas vidas e a aceitar a responsabilidade pela qualidade de suas existências;
- Superação de traumas familiares: os membros do grupo são capazes de reexperimentar conflitos familiares anteriormente que permanecem não resolvidos.

Para oferecer esses benefícios expostos acima, o terapeuta grupal deve proporcionar um ambiente harmonioso, calmo e que traga segurança a todos os que participaram das sessões. Os grupos com finalidades terapêuticas precisam de coordenação para que sua integração seja mantida. O terapeuta necessita estar equipado com uma lógica e sistematização das sessões. Porém, não é exigido deste seguir uma teoria ou escola psicológica (ZIMERMAN, 2000). Na grupoterapia, o terapeuta é livre para usar técnicas psicológicas que se adequam ao grupo/indivíduos.

Além disso, a literatura tem demonstrado que a grupoterapia, independente da abordagem teórica, proporciona o bem-estar mental, físico, psicológico e social. Por melhorar a autoimagem do integrante do grupo, aumentar a autoestima e habilidades sociais (CAMPOS; FEITOSA, 2018). A literatura também apresenta evidências científicas sobre os benefícios à saúde mental da grupoterapia. Segundo pesquisa, com amostra de pacientes com dores crônicas, submetidos à grupoterapia, foram evidenciados diminuição dos níveis das dores e bem-estar psicológico (VITORINO; TARDIVO, 2019).

Outro estudo de relato de experiência com mulheres e diagnóstico de depressão, ao participarem de sessões de grupoterapia de abordagem psicanalítica, notou-se que as próprias participantes se ajudavam umas às outras, dando motivação e força para continuarem no processo da melhora, tornando um momento confortável para ouvir diversos relatos, opiniões e discussões distintas; o que levava a uma maior harmonia entre as participantes, mesmos havendo divergências nas opiniões, porém aumentava a intimidade e o respeito entre as participantes (SILVA; MORENO; BARCELOS, 2021).

Para Habigzang *et al.* (2016), a grupoterapia foi eficaz na redução dos sintomas de depressão, ansiedade, estresse e transtorno do estresse pós-traumático em vítimas de violência sexual. Warner *et al.* (2016) concluíram que a grupoterapia

é eficaz para o tratamento da ansiedade fóbica em estudantes desde que as sessões fossem conduzidas por profissionais preparados.

Além disso, um outro estudo pôde comprovar que a grupoterapia é capaz de diminuir a depressão e aumentar o nível cognitivo em idosos (DURU ASIRET; KAPUCU, 2016). Campos, Benício e Lira (2017) relataram que a grupoterapia quando trabalhada efetivamente com indivíduos em uso abusivo de psicoativos, foi capaz de proporcionar bem-estar, empoderamento, resolução dos conflitos interpessoais e socioeconômicos; além do resgate da identidade do participante. A relação entre o uso de psicoativos, redução de danos e gestão autônoma de medicação aponta possibilidades para a troca de saberes, autonomia e protagonismo dos indivíduos por meio da interação proporcionada pelos diferentes pontos de vista geridos pelos grupos GAM - Gestão Autônoma de Medicação (CARON; FEUERWERKER; PASSOS, 2020).

Considerando-se as potencialidades da grupoterapia, a política pública de saúde mental tem estimulado a sua realização no contexto da saúde mental. Em especial nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é proposto que sejam realizadas atividades em grupos e ressocialização (BRASIL, 2002; BRASIL, 2017). Por isso, a necessidade de se trabalhar a grupoterapia com indivíduos, de forma a promover a autoestima, aliviar a ansiedade e promover seu autoconceito e resolutividade em seus conflitos, fez-se mister para a realização desse trabalho que se justifica por ser necessário prevenir, reduzir os danos e reabilitar indivíduos com uso de psicoativos. Justifica-se, ainda, por ser uma proposta de promover a esperança, autoestima, ensinando o enfrentamento positivo a despeito de situações problemas promovendo o bem-estar psicológico, mental e social.

Desse modo, este trabalho tem como objetivo: Apresentar uma proposta de grupoterapia para trabalhar com indivíduos que apresentam queixas de sofrimento psíquico/abuso de psicoativos. Para tanto, Campos e Feitosa (2018) estruturaram um modelo para se trabalhar a grupoterapia na reabilitação e prevenção do uso abusivo de psicoativos. Este se fundamenta nos pressupostos teóricos de Jerome Bruner (psicologia popular), Psicologia-Histórico-Cultural, Teoria Cognitiva-Comportamental, Teoria das Habilidades Sociais, Teoria das Relações Interpessoais de Peplau e Teoria Cultural do Cuidado de Leininger.

2. METODOLOGIA

O modelo proposto é uma sistematização de uma psicoterapia de grupo, a qual denomina-se de “Grupo Terapêutico Narrativas e Identidades”. Trata-se de desenvolvimento de tecnologia para o ensino de psicoterapia a profissionais da saúde. Os pressupostos teóricos que subsidiam a construção dos temas a serem abordados em cada sessão terapêutica são assim fundamentados:

- Perspectiva Biopsicossocial.
- Política de Saúde Mental e Redução de Danos.
- Psicologia Popular de Jerome Bruner.
- Psicologia-Histórico-Cultural.
- Teoria Cognitiva-Comportamental.
- Teoria das Habilidades Sociais, Teoria das Relações Interpessoais de Peplau.
- Teoria Cultural do Cuidado de Leininger.

Como ideologia ética e humana para condução das sessões terapêuticas, o grupo se estrutura no acolhimento, clínica ampliada, humanização relacionamento terapêutico, respeito mútuo e confidencialidade. Além de enfatizar que os sujeitos possuem potencialidades a serem reconhecidas, não estigmatizando dependência química, e suscitando mudanças de comportamentos, autocontrole, autonomia e protagonismo social.

A sessão de grupoterapia poderá ser conduzida por um profissional de saúde mental (psicólogo, enfermeiro, médico etc.). O conteúdo de cada sessão foi previamente preparado e dividido em tópicos, e cada sessão é sistematizada: tema, objetivo, início, dinâmica, desenvolvimento do tema e término.

Para sua execução, é usada roda de conversa possibilitando que cada participante narre sua experiência de vida. As narrativas são escutadas e feitas devolutivas pelos terapeutas. E seguirá os quatro grandes eixos temático, a saber: Identidade em Bruner, Cultura, Sociedade, Valores e Deveres.

O conteúdo de cada encontro é previamente preparado e dividido em tópicos, onde se desenvolve o conteúdo programático. Estes encontros são esquematizados conforme o cronograma e planejamento próprios. Para sua execução, é utilizada roda de conversa possibilitando que cada participante narre sua experiência de vida. Será possível o uso de *feedback* pelos terapeutas, aconselhamento, escutas e outras

técnicas a depender das necessidades identificadas no grupo. Como recursos materiais e físicos, são necessários: Tatames, papéis, cadeiras, projetor de imagem, ambiente com acústica e conforto térmico. As sessões são realizadas semanalmente, com duração de uma hora, sendo um grupo aberto e com a presença de 6 a 10 integrantes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A potencialidade da grupoterapia em ser intervenção psicoterapêutica eficiente para promover a autonomia, assertividade, autoestima, resiliência, inserção social, pode ser sistematizada e vivenciada por meio do modelo apresentado no Quadro 1. “Narrativas e Identidades” é um grupo aberto, funcionando periodicamente, com sessões únicas, de forma a não prejudicar participantes novos, como também aqueles que continuam a participar das sessões e tiveram o benefício psicoterápico proposto (porque cada sessão integra o todo em um *setting continuum*). O grupo “Narrativas e Identidades” consideram os participantes como sujeitos com potencialidades a serem reconhecidas, não estigmatizando a dependência química.

Quadro 1 – Apresenta as sessões planejadas da grupoterapia Narrativas e Identidade

MODELO GRUPOTERAPIA “NARRATIVAS E IDENTIDADES”		
TEMAS	SESSÕES	DESCRIÇÃO
Identidade	Quem sou?	São trabalhados o enfrentamento do estigma e o preconceito. É contada a história <i>O Patinho Feio</i> .
	De onde vim?	É resgatada a origem dos participantes, e é contada a “Parábola do Filho Pródigo”.
	Superação e motivação I	Instigam-se os participantes a superarem suas dificuldades diárias. Para tanto, é exibido o filme <i>O Peregrino</i> .
	Consciência e tomada de consciência	É trabalhada a compreensão das causas dos conflitos interpessoais e possíveis soluções para o enfrentamento.
	Enfretamento interpessoal e posicionamento	É ensinado aos participantes como enfrentar os seus problemas. Como estratégia, é pedida a divisão em grupos.
	Superação e motivação II	Motivam-se os participantes a superar suas dificuldades diárias. É exibido o filme <i>Desafiando Gigantes</i> .
	Trabalho em equipe	É desenvolvido o trabalho em equipe nos participantes. É realizada a construção de um boneco, desenvolvendo liderança, responsabilidade e companheirismo.
	Personalidade	São explorados os conceitos de personalidade e identidade, e instiga-se cada participante a falar sobre si.
	Controle das emoções	É ensinado o controle das emoções humanas por técnicas de <i>Coping</i> .
	Entendendo instinto	É trabalhado o conceito de instinto.

MODELO GRUPOTERAPIA “NARRATIVAS E IDENTIDADES”		
TEMAS	SESSÕES	DESCRIÇÃO
	Controlando a vontade e compulsão	É trabalhado o controle da vontade e compulsão.
	Onde estava, onde estou e aonde quero ir?	Instigam-se os participantes a refletirem sobre o seu desenvolvimento como seres histórico, social e cultural.
Cultura	Cultura	É permitido que cada participante contribua com os elementos pertinentes na cultura.
	Ética e valores	São explicados os conceitos de ética e valores, mostrando como são importantes para o convívio social.
	Relatividade cultural	É demonstrado que a cultura é relativa, e que pode ser modificada.
Sociedade	Definindo sociedade	É definido o conceito de sociedade, sua formação e relevância para reinserção social.
	Resgatando a convivência social	Instigam-se os participantes a valorizar o lazer, estudo, trabalho, família e demais conversões humanas.
	O trabalho e suas relações	É comentada a importância do trabalho e seu valor para o ser humano.
	O ser humano não é uma ilha	São valorizados aspectos como: comunicação, empatia, apoio social e emocional; valorizando a ideia de que os seres humanos são extremamente dependentes uns dos outros.
	Aprendendo a conviver com a diferença	É estabelecida a reflexão sobre preconceito, estigma e as violências.
Valores e deveres	Direitos e deveres	É lida com os participantes a <i>Declaração dos Direitos Humanos</i> e refletido sobre a legislação.
	Respeitando os limites	É demonstrada a relevância de se respeitar o limite das pessoas no contexto interpessoal.
Alta	Despedida	Alta aos integrantes.

Fonte: Autoria própria.

No contexto da Saúde Mental, os CAPS devem oferecer serviço de atenção psicossocial aos seus usuários, com foco na integralidade. Estes serviços constituem-se de atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas domiciliares e atendimento à família (CAMPOS; FEITOSA, 2018).

Os CAPS, em contraposição ao modelo manicomial, cujo objetivo era a abstinência da substância, sem haver melhora na qualidade de vida (TORRES;

VIDAL, 2020), visam à integração do indivíduo ao seu contexto de existência como principal estratégia de promoção à saúde (TORRES, 2021). A política de atenção integral difundida pelos CAPS reforçou a lógica da Redução de Danos (RD) como integralidade em saúde, conforme proposta pelo Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2003).

No entanto, por meio da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria 3.088/2011, o cuidado em liberdade nos CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas), superando os desafios do modelo psicossocial aos usuários de psicoativos, passa a requerer a articulação entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS); onde a Atenção Primária à Saúde (APS) e o território apresentam-se como premissas fundamentais para aceitação e inserção dos usuários na comunidade (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2018; FARINHA; SILVA, 2019; CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020; TEIXEIRA, 2021).

Para tanto, práticas de cuidado de si que desenvolvam a autonomia e protagonismo dos usuários contribuem para a redução dos efeitos dos psicoativos por meio da RD em CAPS AD (MIRANDA; EIDELWEIN, 2017). Neste sentido, os processos grupais nas suas diferentes modalidades, ao comporem tecnologias de cuidado em saúde mental no cerne de CAPS AD, apresentam evidências de alcance de bem-estar, empoderamento, resolução dos conflitos interpessoais e socioeconômicos, revelando-se como potente modalidade de cuidado para pessoas em sofrimento psíquico (RÓS *et al.*, 2020).

Indivíduos que se mantinham na grupoterapia tiveram menor recaída ao uso de psicoativos, como também se tornaram mais fortalecidos para lidarem com a culpa e frustração, melhorando seu humor e temperamento. Dessa forma, tiveram remissão da depressão secundária. Além disso, houve maior adesão dos participantes ao tratamento medicamentoso, incluídos os antidepressivos e benzodiazepínicos (CAMPOS; BENÍCIO; LIRA, 2017).

Nos CAPS, as intervenções grupais podem contribuir para os processos de trabalho e ações multiprofissionais, o que requer da formação em saúde e da educação permanente maior investimento, tanto nos pressupostos conceituais quanto técnicos que fundamentam a grupoterapia (ANDRADE; FARINHA; ESPERIDIÃO, 2020). Neste mesmo contexto, é importante salientar o desenvolvimento de competências em coordenadores de grupos, a fim de que

tenham clareza do papel da dinâmica do grupo e de seu processo, algo que também pode ser fortemente estimulado por práticas integradas de ensino-serviço quanto à promoção e difusão desta competência no âmbito dos serviços, principalmente de saúde mental (NUNES *et al.*, 2019; SOUSA *et al.*, 2020).

Tendo em vista à ampla necessidade de atuação dos profissionais, especialmente nos CAPS, no que se refere ao desenvolvimento de competência requerida pelos processos grupais, percebe-se carência das Políticas Públicas para investir na formação continuada dos profissionais, pois mesmo não sabendo, os profissionais são convocados para atuarem em grupo (VIEIRA, 2020). Os processos grupais trazem o sentido do coletivo e podem conjuntamente com o acolhimento serem ordenadores de fluxos, resolutividade e efetividade com implicações nos itinerários terapêuticos dos indivíduos e seus familiares, porém, limitações são percebidas no cerne dos serviços de saúde mental, o que é demonstrado tanto no interesse dos profissionais para atuação ou não em grupos, quanto para o fomento de atividades técnico-práticas para o manejo dos grupos (VIEIRA, 2020).

Para tanto, espaços prático-pedagógicos por meio de metodologias ativas devem ser incorporados pela formação em saúde, especialmente de saúde mental, em detrimento a um modelo biomédico e hospitalocêntrico que ainda permeia o ensino prático em saúde mental no âmbito da RAPS, reforçando uma atuação no hospital psiquiátrico e distante do território dos indivíduos e do que preconiza o modelo psicossocial. Em face às competências como saber ouvir, ser confiável, despertar confiança e esperança, tendo fé em si mesmo, em cada um, e no processo vincular, os profissionais são inquiridos à valorização de questões relacionadas à própria subjetividade para poderem se integrar nos processos grupais, onde também a subjetividade dos usuários deve ser acionada.

No entanto, estas competências não se apresentam facilitadas, porém, demonstram-se complexas, exigindo mais que formação continuada dos profissionais, algo que perpassa os condicionamentos tradicionais desta formação e requer um modelo mais potente que desmembre resistências, ative criatividade, estimule a imersão e a psicodramaticidade, além de trocas horizontais e reflexão dos sujeitos e dos grupos com as instituições por meio do diálogo, pois nesta experimentação e, aludindo-se a Bleger (2002, p.104): “Aquilo que existe para a

percepção do sujeito é aquilo cuja experiência mostrou-lhe que pode faltar” na dinâmica da coordenação grupal como experiência viva em ato!

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho apresenta um modelo teórico para subsidiar os terapeutas de grupo na tão valorosa missão de conduzir sessões de forma sistemática, organizada, acolhedora, que mantenha a coesão grupal, dinâmica e que suscite mudanças terapêuticas esperadas em cada participante. Acreditamos que o modelo apresentado pode facilitar o planejamento e a condução do grupo, em especial, em indivíduos com problemas relacionados à dependência química.

Todavia o trabalho não se esgota aqui! É necessário aprimoramento do modelo, validação e perceber como ele se comporta fora do ambiente teórico e idealizado para uma operacionalização no contexto prático e no âmbito dos serviços de saúde, especialmente dos CAPS AD!

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. M. M.; FARINHA, M. G.; ESPERIDIÃO, E. Mental Health Nursing: waiting room intervention in integral healthcare. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, Supl.1, :e20180886, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 20 de jan. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Institui os Centros de Atenção Psicossociais no Brasil. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 20 de jan. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 20 de jan. de 2022.

BLEGER, J. Psicanálise do enquadre psicanalítico. **Revista Latinoamericana de Psicoanálisis**, v. 5, p. 103-113, 2002.

CAMPOS, F. A. A. C; BENÍCIO, A. C; LIRA, C. A. Grupo terapêutico narrativa e identidades: um relato de experiência em saúde mental. *In: 19º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBENF)*, 2017, Rio de Janeiro. **Anais..** Brasília: COFEN, 2017.

CAMPOS, F. A. A. C; FEITOSA, B. **Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adulto (PDDA)**. Curitiba-PR: Editora Apriss, 2018.

CAMPOS, D. B; BEZERRA, I. C; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trab. Educ. Saúde.**, v. 18, n. 1, e0023167, 2020;

CARON, E; FEUERWRKER, L. C. M; PASSOS, E. H. GAM, Apoio e Cuidado em CAPS AD. **Revista Polis e Psiquê**, v. 10, n. 2, p. 99-121, 2020.

COSTA, P. H. A; RONZANI, T. M; COLUGNATI, F. A. B. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3233-3245, 2018.

DURU ASIRET, G.; KAPUCU, S. The Affect of Reminiscent Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer **Disease**. **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology**, v. 29, n. 1, p. 31-37, 2016.

FARINHA, M. G; SILVA, N. S. Saúde mental e projetos intervencionistas em tempos de mudanças de políticas. **Rev NUFEN.**, v. 11, n. 2, p. 1-2, 2019.

HABIGZANG, L. F. et al. Cognitive-behavioral group therapy for girls victims of sexual violence in Brazil: Are there differences in effectiveness when applied by different groups of psychologists? Effectiveness of group therapy for girls victims of sexual violence. **Anal. Psicol.**, v. 32, n. 2, p. 433-440, 2016.

LASCOMBE, Betina et al. Análise do Filme a “Ilha do Medo” sob o olhar da Psicologia Cognitiva. **Research, Society and Development.**, v. 8, n. 1, p. 01-16, 2019.

MIRANDA, D. D. S.; EIDELWEIN, C. Ações de redução de danos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD): pressupostos e práticas. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 85-96, jan./jun. 2017

NUNES, F. C. et al. Group technology in psychosocial care: a dialogue between action-research and permanent health education. **Texto Contexto Enferm.**, v. 28, e20180161, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (OMS). **Carta de Ottawa** - Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em 20 de jan. de 2022.

PICHON-RIVIÉRE, E. **O processo grupal**. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

RÓS, I. A.; FERREIRA, C. A. C.; GARCIA, C. S. Avaliação da psicoterapia de grupo em pacientes com ansiedade e depressão. **Rev. Psicol Saúde.**, v. 12, n. 1, p. 75-86, 2020.

SILVA, B. A. V. H.; MORENO, T. L. P.; BARCELOS, T. F. Caixa de lembranças: relato de experiência com um grupo de mulheres com queixa de depressão em uma clínica escola. **Vínculo**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 24-31, abr. 2021.

SOUSA, J. M. et al. Effectiveness of therapeutic groups in psychosocial care: analysis in the light of yalom's therapeutic factors. **Rev. Bras. Enferm.**, v.73, Supl. 1, :e20200410, 2020.

TEIXEIRA, P. T. F. Caps AD: a relevância dos serviços e as contribuições da psicologia. **Id onLine Rev. Mult. Psic.**, v. 15, n. 54, p.699-712, 2021.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

TORRES, M. R. S.; VIDAL, P. E. V. Clínica Psicanalítica e Segregação em Dispositivo de Internação para Usuários de Álcool e Outras Drogas. **Polêm!ca**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 43-63, dez. 2020.

TORRES, M. R. S. Redução de danos e recovery: experiência de grupo em internação psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 13, n. 36, p. 201-216, 2021.

VIEIRA, M. G. Formações e transformações- o olhar de um aspirante a grupoterapeuta. **Vínculo**, São Paulo, v. 17, n. 2, jul./dez. 2020.

VITORINO, S. S.; TARDIVO, L. S. de la P. C. Intervenção psicológica grupal em dor crônica publicadas na Psycinfo em 2018. **Vínculo**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 160-185, dez. 2019.

WARNER, M. et al. Can school counselors deliver cognitive-behavioral treatment for social anxiety effectively? A randomized controlled trial. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 57, n. 11, p. 1229-1238, nov. 2016.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SOBRE OS ORGANIZADORES



Prof. Dr. Fabio Biasotto Feitosa

Psicólogo pela Universidade Estadual Paulista – UNESP/Assis-SP, Mestre e Doutor em Treinamento de Habilidades Sociais – THS pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar/São Carlos-SP, com estágio na Universidade Técnica de Lisboa – UTL/Lisboa-Portugal, Professor Associado do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Rondônia – UNIR/Porto Velho-RO, com Pós-Doutorado em Tratamento e Prevenção Psicológica pela CAPES na *University College London* – UCL/Londres-Inglaterra. Leciona e pesquisa sobre o impacto das relações interpessoais na saúde e na qualidade de vida.



Prof. Dr. Daniel Delani

Possui graduação em Ciências Biológicas pela Faculdade de Educação de Porto Velho (2010), Pós-Graduação em Metodologia do Ensino Superior e Inovações Curriculares e em Educação e Gestão Ambiental pela Faculdade Panamericana de Ji-Paraná (2010). É mestre em Geografia Humana pela Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo - FFLCH-USP (2015) e Doutor em Geografia pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia da Fundação Universidade Federal de Rondônia - PPGG-UNIR (2019). Atualmente é Professor Adjunto I do Núcleo de Saúde (Departamento de Educação Física) da UNIR.



Prof. Dr. Edson dos Santos Farias

Graduação em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Maria/RS (1987). Especialização em Pesquisa e Ensino do Movimento Humano (1995). Mestrado em Atividade Física Relacionada à Saúde, pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). Doutorado em Saúde da Criança e Adolescente pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/ Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) (2008). Pós-doutorado em Pediatria/Ciência Aplicado a Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP/Escola Paulista de Medicina/EPM (2013). Professor Associado da Universidade Federal de Rondônia.

COLETÂNEA SAÚDE NA AMAZÔNIA

ENSINO E PERSPECTIVAS

COLETÂNEA SAÚDE NA AMAZÔNIA

ENSINO E PERSPECTIVAS



9 786553 810099