



ROSSANO SARTORI **DAL MOLIN**
ORGANIZADOR

SAÚDE EM FOCO TEMAS CONTEMPORÂNEOS

VOLUME 2



editora científica

Rossano Sartori **Dal Molin**
Organizador

SAÚDE EM FOCO

TEMAS CONTEMPORÂNEOS

- Volume 2

1ª Edição

2020





Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

S255 Saúde em foco [recurso eletrônico] : temas contemporâneos:
volume 2 / Organizador Rossano Sartori Dal Molin. – Guarujá,
SP: Editora Científica Digital, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-87196-23-7

DOI 10.37885/978-65-87196-23-7

1. Saúde – Pesquisa – Brasil. I. Molin, Rossano Sartori Dal.
CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download e compartilhamento desde que os créditos sejam atribuídos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.



editora científica

CORPO EDITORIAL

Editor Chefe:	Reinaldo Cardoso
Editor Executivo:	João Batista Quintela
Editor Científico	Prof. Dr. Robson José de Oliveira
Assistentes Editoriais:	Elielson Ramos Jr. Érica Braga Freire Erick Braga Freire Bianca Moreira Sandra Cardoso
Bibliotecário:	Maurício Amormino Júnior
Jurídico:	Dr. Alandelon Cardoso Lima - OAB/SP-307852

Conselho Editorial

Prof. Dr. Robson José de Oliveira - Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Alberto Martins Cordeiro - Universidade Federal do Pará
Prof. Me. Ernane Rosa Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Rossano Sartori Dal Molin - FSG Centro Universitário
Prof. Dr. Carlos Alexandre Oelke - Universidade Federal do Pampa
Prof. Me. Domingos Bombo Damião - Universidade Agostinho Neto, Angola
Prof. Dr. Edilson Coelho Sampaio - Universidade da Amazônia
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa - Universidade do Estado Do Pará
Prof. Me. Reinaldo Eduardo da Silva Sale - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof. Me. Patrício Francisco da Silva - Faculdade Pitágoras de Imperatriz
Prof. Me. Hudson Wallença Oliveira e Sousa - Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação
Profª. Ma. Auristela Correa Castro - Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª. Drª. Dalízia Amaral Cruz - Universidade Federal do Pará
Profª. Ma. Susana Martins Jorge - Ferreira - Universidade de Évora, Portugal
Prof. Dr. Fabrício Gomes Gonçalves - Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Erival Gonçalves Prata - Universidade Federal do Pará
Prof. Me. Gevair Campos - Faculdade CNEC Unai
Prof. Esp. Flávio Aparecido de Almeida - Faculdade Unida de Vitória
Prof. Me. Mauro Vinicius Dutra Girão - Centro Universitário Inta
Prof. Esp. Clóvis Luciano Giacomet - Universidade Federal do Amapá
Profª. Drª. Giovanna Faria de Moraes - Universidade Federal de Uberlândia
Profª. Drª. Jocasta Lerner - Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. André Cutrim Carvalho - Universidade Federal do Pará
Profª. Drª. Gardene Paiva Magalhães - Centro Universitário UNINOVAFAPÍ
Prof. Esp. Dennis Soares Leite - Universidade de São Paulo
Profª. Drª. Silvani Verruck - Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Me. Osvaldo Contador Junior - Faculdade de Tecnologia de Jahu
Profª. Drª. Claudia Maria Rinhel Silva - Universidade Paulista
Profª. Drª. Silvana Lima Vieira - Universidade do Estado da Bahia
Profª. Drª. Cristina Berger Fadel - Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª. Ma. Graciete Barros Silva - Universidade Estadual de Roraima

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01 14

ENVELHECIMENTO HUMANO E DESENVOLVIMENTO DA DOENÇA PERIODONTAL

Evandro Franco da **Rocha**; Amanda Beltrame **Seibel**; Amanda Natália **Nogueira**; Valéria Campanelli Franco da **Rocha**

CAPÍTULO 02 24

EPIDEMIOLOGIA DOS ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS NO ESTADO DO PIAUÍ - BRASIL

Silmara Ferreira de **Oliveira**; Nilsa Araújo **Tajra**; Beatriz Sousa **Santos**; Giovana da Rocha Leal **Dias**; Magda Rogéria Pereira **Viana**

CAPÍTULO 03 33

EXERCÍCIO FÍSICO SUPERVISIONADO NA DISAUTONOMIA COM PROTOCOLO ESPECÍFICO: ESTUDO DE CASO

Andrea Stopiglia Guedes **Braide**; Alexandre Melo **Karbage**; Artur Paiva dos **Santos**; Cristine Mayara Cavalcante **Camerino**; Márcia Cardinalle Correia **Viana**; Mikaelle Kelly Alves dos **Santos**; Ronaldo Vasconcelos **Távora**

CAPÍTULO 04 43

EXPECTATIVAS E PERCEPÇÕES DAS PUÉRPERAS ACERCA DA VIVÊNCIA DO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Talita Monteiro Gonçalves **Pinto**; Tiago Caetano **Martins**; Leonardo dos Santos **Moreira**; Hercules de Oliveira **Carmo**

CAPÍTULO 05 54

FATORES QUE INFLUENCIAM NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: REVISÃO INTEGRATIVA

Francisco José do **Nascimento Júnior**; Antonia Edilene Correia de **Sousa**; Antonielle Carneiro **Gomes**; Álvaro Farias Nepomuceno **Carneiro**; Andréa Luiza Ferreira **Matias**; Cristianne Kércia da Silva **Barro**; Herlenia da Penha Oliveira **Cavalcante**; Ismênia Maria Marques **Moreira**; Nathalie Barreto Saraiva **Vilar**; Verilanda Sousa **Lima**

CAPÍTULO 06 72

FOTOPROTEÇÃO E CÂNCER DA PELE: AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS DE ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE EM SALVADOR - BA

Amanda Freitas **Coelho**; Annelise Lisboa **Peixoto**; Caroline Santos **Silva**; Adriele Natiane da Costa **Silva**; Ivonise **Follador**; Maria Alice Sant'anna **Zarife**

CAPÍTULO 07 91

GRUPOS DE SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SUMÁRIO

Cosme Rezende **Laurindo**; Marta Libanório **Sette**; William Ávila de Oliveira **Silva**

CAPÍTULO 08 104

HUMANIZAÇÃO “PARA” SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS PROPOSTAS CURRICULARES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS (UNIFAL-MG)

Claudia **Gomes**; Julia Oliveira **Comonian**; Jaqueline Santos **Barboza**

CAPÍTULO 09 119

IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Beatriz de Pinho **Vilar**; Samara Haddad Simões **Machado**

CAPÍTULO 10 125

INCIDÊNCIA DA DIABETES *MELLITUS* TIPO 2 E SEUS IMPACTOS BIOPSISSOCIAIS NA INFÂNCIA

Leonardo Bruno Melo **Reis**; Anna Luiza Cardoso **Oliva**; Ana Célia Guedes Roque **Ferreira**; Kimberly Morais **Pinho**; Lucas Teles **Guerra**; Maria Izabel de Azevedo **Ferreira**; Larissa Rafaella Pereira **Torres**; Georgina de Castro **Guimarães**; Francine Araújo **Magalhães**

CAPÍTULO 11 133

INDICAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM TDAH

Carolina Soares **Silvério**; Ana Virgínia Aragão Dantas **Parente**

CAPÍTULO 12 144

INFECÇÃO SIMULTÂNEA POR CITOMEGALOVÍRUS E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL RETARDANDO O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO PRECOCE

Igor de Jesus Pereira da Silva **Lima**; Maria Luisa de Oliveira **Franklin**; Amâncio Ferreira **Estrela Filho**; Carlos Henrique da Silva **Franco**; Fábio Arcoverde Coutinho de **Meneses**; Kaio Danillo Veloso **Leal**; Catarina Fernandes **Pires**; Roberta Oriana Assunção Lopes de **Sousa**; Luiza de Sá Urtiga **Santos**; Maira Cristine de **Sousa**; Simone Soares **Lima**

CAPÍTULO 13 152

INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS À DRENAGEM TORÁCICA EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA AMAZÔNIA LEGAL

Maycon Pelosato **Duarte**; Ledne Luiz Dalla **Rosa**; Erick Marques **Pinheiro**; Isabela Kerber **Alves**; Aline Arcari **Santos**

CAPÍTULO 14 165

MELATONINA E SEU POTENCIAL TERAPÊUTICO NO CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

SUMÁRIO

Márcia Bandeira **Bringel**; Tarciana Cecília Cavalcanti **Carneiro** Leão; Fernanda Moreira **Ribeiro**; Thais Ranielle Souza de **Oliveira**

CAPÍTULO 15 177

METODOLOGIA DE RASTREAMENTO ADMINISTRATIVO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Leisson Domingues **Pinheiro**; Nazaré do Socorro Lopes de **Souza**; Claudete Ferreira **Quintino**; Paola Alejandra Valenzuela **Reyes**; José Batista Luz **Neto**

CAPÍTULO 16 186

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS: AVANÇOS E DESAFIOS NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Kellyne Quaresma **Mourão**; Karollyne Quaresma **Mourão**; Kelly Cristine Quaresma **Mourão**; Amanda Maritsa de Magalhães **Oliveira**

CAPÍTULO 17 195

O CONHECIMENTO E A ACEITABILIDADE DOS PAIS E RESPONSÁVEIS FRENTE À VACINAÇÃO CONTRA O PAPILOMAVÍRUS HUMANO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Eliane **Silva**; Ana Claudia de Almeida **Varão**; Larissa Silva **Oliveira**; Maria Beatriz Pereira da **Silva**; Maria Cleilda Araújo **Santos**; Naylanny Gonçalves Torres **Cunha**; Paulo Henrique **Vieira**; Railda Rodrigues **Lima**

CAPÍTULO 18 204

O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM ACIDENTES ELÉTRICOS: A ATUAÇÃO PRIMÁRIA AO TRABALHADOR COM QUEIMADURAS

Paulo Henrique Vieira de **Macedo**; Maria Beatriz Pereira da **Silva**

CAPÍTULO 19 213

O EFEITO DA ORIENTAÇÃO PREVENTIVA MULTIPROFISSIONAL EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS

Daniel Leonardo **Ferreira**; Elvi Cristina Rojas **Fonseca**; Ana Luiza Rosa **Lucas**; Adryelle Cristina Ferreira **Silva**; Sarah Santiago **Lenci**; Sarah Gazarra Ferreira **Silva**; Fausto Jorge de **Almeida Júnior**; Flávia Hermano Rodrigues dos **Santos**; Isabela de Paula **Rezende**; Jussara da Cruz **Jardim**; Roberta Garcia Leal Veiga **Gonçalves**; Elisabete Aparecida Mantovani Rodrigues de **Resende**

CAPÍTULO 20 227

O PAPEL DO PSICÓLOGO E A DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DO SOFRIMENTO E DO CUIDADO EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES HEIDEGGERIANAS

Cleison Guimarães **Pimentel**

CAPÍTULO 21 246

SUMÁRIO

O TOQUE PELA VIDA - NOVEMBRO AZUL: UM CUIDADO COM A SAÚDE DO HOMEM DE JATAÍ, GO

Thalia Rissa **Silva**; Francisco Inácio de Assis **Neto**; Gustavo Albertini de **Souza**; Mathias Rezende **Macedo**; Rafael Caetano **Ataides**; Vinícius Gonçalves de **Souza**; Wheulla Macedo Silva **Ramos**; Ana Paula da Silva **Perez**

CAPÍTULO 22 253

O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) E AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM SALA DE AULA

Luciana Teles **Moura**; Katiane Pedrosa Mirandola **Silva**

CAPÍTULO 23 263

OFICINA DE PRIMEIROS SOCORROS COM PROFISSIONAIS E PACIENTES DE UM AMBULATÓRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carliane da Conceição Machado **Sousa**; Hiugo Santos do **Vale**; Jaqueline da Cunha **Morais**; Sara Sabrina Vieira **Cirilo**; Mariana Rodrigues da **Rocha**; Raquel dos Santos Lima **Santos**; Marcos Alexandre Lima da **Costa**; Soray de Oliveira **Vieira**; Fabrina Ravenna Saraiva da **Silva**; Helton Pereira dos **Santos**

CAPÍTULO 24 272

OS DIREITOS DAS PARTURIENTES

Thayná Cristina de **Melo**; Rossano Sartori **Dal Molin**

CAPÍTULO 25 281

PADRÃO ELTROCARDIOGRÁFICO E CONCENTRAÇÃO PLASMÁTICA DE TNF- α EM RATOS SUPLEMENTADOS COM NICOTINA

Carlos Alberto **Silva**; Bruno Ferreira Gonçalves e **Silva**

CAPÍTULO 26 291

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM COLELITÍASE ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE CIRURGIA

Lucas Naves **Lemos**; Rafael Morais Fernandes **Tavares**; Carlos Augusto de Mattos **Donadelli**

CAPÍTULO 27 305

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE MORTE MATERNA NA CIDADE DE MANAUS POR: CAUSA, ESCOLARIDADE E RAÇA, NO PERÍODO DE 2011 A 2015

Alexsandro Sampaio de **Oliveira**; Dayson José **Jardim Lima**; Nadionara Costa **Menezes**

CAPÍTULO 28 321

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DAS PESSOAS ATENDIDAS EM UM DISPOSITIVO

SUMÁRIO

DE CONSULTÓRIO NA RUA DO RIO DE JANEIRO, BRASIL

Patricia dos Santos da **Costa**; Nádia Cristina Pinheiro **Rodrigues**; Mônica Kramer de Noronha **Andrade**;
Vinícius Rodrigues Fernandes da **Fonte**; Césio Sotero dos **Santos**; Raíssa Valéria Branco **Bahia**; Raquel
Martins da **Silva**; Raissa Tereza Casseb **Oliveira**; Norma Maria **Gomes**

CAPÍTULO 29 338

PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO LITORAL DO PIAUÍ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA PELAS LENTES DO PET-SAÚDE/INTERPROFISSIONALIDADE

Alexia Jade Machado **Sousa**; Thalia Ariadne Pena **Aragão**; Isaac Vasconcelos **Barbosa**; Joyce Maria
Araújo **Cavalcante**; Kerolayne de Castro **Fontenele**; Shacha de Brito Vêras Brejal **Pereira**; Beatriz de
Oliveira **Nobre**; Geovania Vieira de **Brito**; Cláudio Ângelo **Ventura**; Francisco Jander de Sousa **Nogueira**

CAPÍTULO 30 347

PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Daniele Socorro de Brito Souza **Paiva**; Heliana Helena de Moura **Nunes**; Sônia Fátima da Silva **Moreira**;
Maria Goreth Silva **Ferreira**

CAPÍTULO 31 362

PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES VISUAIS ENTRE CAMINHONEIROS NO ESTADO DO PARÁ NO ANO DE 2018

Rafael **Scherer**; Giovanni Vielmond Borges da **Silva**; Ana Caroline Coelho **Gomes**; Marcio Lima da **Costa**;
Vivian Danielle Bastos da Silva **Gonçalves**; Nathalia Pereira **Scherer**; Willian Brendon Ferreira **Santos**;
Raissa Tereza Casseb **Oliveira**; Nicholas Fernandes **Mota**; Luiz Ricardo Cruz **Neves**

CAPÍTULO 32 370

PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE APLICADA À SÍNDROME DA MORTE SÚBITA DO LACTENTE

Isabella Barbosa **Coelho**; Karen Helaine Mendes **Bertolini**

CAPÍTULO 33 375

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS À QUIMIOTERAPIA INFUSIONAL

Caroline **Marsilio**; Fernanda **Formolo**; Rossano Sartori **Dal Molin**

CAPÍTULO 34 384

PROBIÓTICOS: COMO UMA MICROBIOTA INTESTINAL SAUDÁVEL AJUDA A COMBATER INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS VIRAIS AGUDAS, SIMILARES À COVID-19

Diego Lisboa **Rios**; Silvia de Siqueira **Costa**; Rodrigo César de Oliveira **Sanches**; Vidyleison Neves
Camargos; César da Silva Santana **Moura**; Thiago Araújo **Andrade**; Pedro Gontijo **Carneiro**; Cássio

SUMÁRIO

Siqueira Souza **Cassiano**; Welington Ribeiro Aquino **Marques**; Patricia Costa Lima da **Silva**

CAPÍTULO 35 401

PROCESSO DE MELHORIA NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO NA PREVENÇÃO DE LESÃO NASAL SECUNDÁRIA AO USO DE VNI/CPAP

Albérica de Cássia da Silva **Pereira**; Ademilton de Freitas **Santos**; Tayná Rafaelle Lopes Pereira da **Silva**

CAPÍTULO 36 412

RELAÇÃO DA MANCHA VINHO-DO-PORTO COM A SÍNDROME DE STURGE-WEBER: REVISÃO INTEGRATIVA

Victor Fernando Costa Macedo **Noronha**; Sylvia Kathariny Farias **Andrade**; Beatriz Guimarães **Ramos**; Evlyn Karolayne Bispo **Andrade**; Thayna Brunelly Dorea **Martins**; José Aderval **Aragão**

CAPÍTULO 37 423

REMANESCENTES DO ÚRACO: UMA REVISÃO DA LITERATURA DIRECIONADA À ABORDAGEM CIRÚRGICA

Larissa Rafaella Pereira **Torres**; Lara Vivian Paixão **Fernandes**; Diane Emereciana da Mata **Borges**; Cássio **Costa**

CAPÍTULO 38 433

SAÚDE MENTAL E APLICAÇÃO PENAL: DESTINO DE PRESOS CONSIDERADOS INIMPUTÁVEIS

João Paulo Silva **Machado**; Gabriel Roberto Baena **Rodrigues**; Igor Nascimento **Batista**; Luigi Ferreira e **Silva**; Marina Fleury de **Figueiredo**; Raphaela Ferreira de **Souza**; Mauro Marcelo Furtado **Real**

CAPÍTULO 39 446

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: EM BUSCA DA INTEGRALIDADE NAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Marcos Aurélio **Maeyama**; Marceli Maria **Rissi**; Marlon Alexandro Steffens **Orth**; Luise Lüdke **Dolny**; Luana Gabriele **Nilson**

CAPÍTULO 40 464

SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DA LÓGICA MANICOMIAL À REFORMA PSIQUIÁTRICA

Gleice Camila Gaia **Barbosa**; Jéssica Pinheiro da **Silveira**; Arina Marques **Lebrego**

CAPÍTULO 41 476

SEGURANÇA DO PACIENTE NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RELACIONADA AO CATETER VESICAL DE DEMORA: ELABORAÇÃO DE *BUNDLE*

Regiane Camarão **Farias**; Camilla Cristina Lisboa do **Nascimento**; Marcelo Williams Oliveira de **Souza**

SUMÁRIO

CAPÍTULO 42 484

SEPSE POR COLANGITE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA REGIÃO DO TRIÂNGULO MINEIRO: RELATO DE CASO

Tháíssa Hávilla Rezende **Duarte**; Ana Pereira **Reis**; Beatriz Modesto **Prata**; Calebe Pereira **Reis**; Danielle Cristina Gonçalves **Ferreira**; José Lúcio Rodrigues **Júnior**; Laura Santos **Machado**; Raimundo Emanuel Nascimento Rodrigues **Júnior**; Stefan Vilges de **Oliveira**

CAPÍTULO 43 498

SÍFILIS EM GESTANTES NO ESTADO DO PIAUÍ ENTRE OS ANOS DE 2013 A 2017

Vítor Antônio Rocha **Monteiro**; Larissa Freire **Gomes**; Joana Elisabeth de Sousa Martins **Freitas**

SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

CAPÍTULO 44 523

Frederico Marques **Andrade**; Lanuza Borges **Oliveira**; Maria Cecília Dias **Corrêa**; Camila Bretas **Santos**; Julia de Oliveira e **Silva**; Luiz Fernando Abasse **Maciel**; Rafael Jose Capuchinho **Rocha**; Ícaro Amorim **Monteiro**; Daniela Oliveira Lima **Magalhães**; Tatiane Amélia **Ferreira**

CAPÍTULO 45 534

SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE: UMA REVISÃO NARRATIVA

Paula Ananda Chacon **Inês**; Edson Alves **Margarido**; Ana Carolina Valadão **Oliveira**

CAPÍTULO 46 546

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE SEQUELADA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carlíane da Conceição Machado **Sousa**; Hiugo Santos do **Vale**; Jaqueline da Cunha **Moraes**; Sara Sabrina Vieira **Cirilo**; Mariana Rodrigues da **Rocha**; Raquel dos Santos **Lima**; Soray de Oliveira **Vieira**; Marcos Alexandre Lima **Costa**; Beatriz Aguiar da **Silva**; Francidalma Soares Sousa **Carvalho Filha**

CAPÍTULO 47 555

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APLICADA A PACIENTE COM CIRROSE HEPÁTICA APÓS REALIZAÇÃO DE PARACENTESE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Dinah Alencar Melo **Araujo**; Matheus Henrique da Silva **Lemos**; Monaliza Sousa dos **Anjos**; Maria de Fátima Sousa Barros **Vilarinho**; Tamires da Cunha **Soares**; Ticianne da Cunha **Soares**; Daniel de Souza **Lira**; Tálison Vieira da **Silva**

CAPÍTULO 48 564

SITUAÇÃO VACINAL ANTIPNEUMOCÓCICA EM PACIENTES COM DIABETES ATENDIDOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO DISTRITO FEDERAL - BRASIL

SUMÁRIO

Fernanda Silveira **Tavares**; Lucy de Oliveira **Gomes**; Raíssa Pereira **Fernandes**; Flaviane Alves do Prado **Romani**; Gislane Ferreira de **Melo**; Lara Benigno Porto **Dantas**; Thais Cabral Gomes **Lauand**; Hermelinda Cordeiro **Pedrosa**

CAPÍTULO 49 576

SITUAÇÃO VACINAL DE ACADÊMICOS DE MEDICINA E SUA PERCEPÇÃO SOBRE A VACINAÇÃO

Vanessa Maria Oliveira de **Mello**; kaik Brendon dos Santos **Gomes**; Vilma Leite de Sousa Pires **Albuquerque**; Jocileide Sales **Campos**

CAPÍTULO 50 592

TECNOLOGIA ASSISTIVA E SUA INFLUÊNCIA NO SISTEMA CARDIOVASCULAR DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA POR LESÃO MEDULAR

Gabriel Donato **Amorim**; Cristiana Pittella **Cassino**; Roberto Ramos **Barbosa**; Luiz Fernando Machado **Barbosa**; Andressa Silva **Ferreira**; Maryah Cuzzuol **Alves**; Ranielli **Prasser**; Roberta Ribeiro Batista **Barbosa**

CAPÍTULO 51 602

TERAPIA PSICOBÍOTICA: USO DE PROBIÓTICOS NO EQUILÍBRIO IMUNOLÓGICO

Karina Teixeira **Magalhães Guedes**

CAPÍTULO 52 611

TRATAMENTO DA SÍNDROME COMPARTIMENTAL: ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

Paula Lavigne de Sousa **Costa**; Andrey de Almeida **Carneiro**; Amanda Freitas Teixeira da **Silva**; Bernardo Felipe Santana de **Macedo**; Matheus Benedito Sabbá **Hanna**; Caroline Lobato **Pantoja**; Fábio Brito **Braga**; Tabata Valéria Leão **Barros**; Andrew Silva **Matos**

CAPÍTULO 53 622

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Felipe Santana e **Silva**; Francidalma Soares Sousa **Carvalho Filha**; Raimundo Nonato Silva **Gomes**; Maria Luiza Carvalho **Paixão**; Núbia Oliveira da **Silva**; Rafael Carvalho de **Maria**; Diana Mota **Sousa**; Andréa dos Santos **Gonçalves**; Janaína Almeida de **Aquino**; Juliana Santos **Andrade**

CAPÍTULO 54 634

USO DA FISIOTERAPIA AQUÁTICA NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMIPELVECTOMIA INTERNA

Kyvia Naysis de Araujo **Santos**; Laysa Silva e **Oliveira**; Alanna Carvalho **Gomes**; Dayane Silva **Carvalho**; Welson Wesley da Costa **Silva**

CAPÍTULO 55 645

SUMÁRIO

USO DE DIÁRIOS REFLEXIVOS NO APRENDIZADO DE MÉDICOS RESIDENTES EM HOSPITAL ONCOLÓGICO NO PARÁ

Fernanda de Nazaré Cardoso dos Santos **Cordeiro**; Herbert Paulino **Cordeiro**; Brenda Nazaré Gomes **Andriolo**; José Antonio Cordero da **Silva**

CAPÍTULO 56 658

VANTAGENS DO USO DO SISTEMA CAD/CAM EM RESTAURAÇÃO ONLAY: RELATO DE CASO

Luiz Ricardo Gomes de Caldas **Nogueira Filho**; Luiz Ricardo Gomes de Caldas **Nogueira**; Maria Fernanda Limeira **Feitosa**; Igor Montenegro **Galvão**; Christianne Tavares Velozo **Telles**; Diana Santana de **Albuquerque**

SOBRE O ORGANIZADOR..... 669

“ Envelhecimento humano e desenvolvimento da doença periodontal

Evandro Franco da **Rocha**

FURB

Amanda Beltrame **Seibel**

FURB

Amanda Natália **Nogueira**

FURB

Valéria Campanelli Franco da **Rocha**

FURB

RESUMO

Objetivo: Analisar através da literatura especializada as alterações que ocorrem no periodonto decorrentes do processo de envelhecimento. **Métodos:** Revisão narrativa através da análise da literatura publicada em artigos de periódicos. **Resultados:** Com o avanço da idade, diversas alterações celulares ocorrem no corpo humano: diminuição da resposta inflamatória e retardo na regeneração e cicatrização dos tecidos. No periodonto, ocorre a diminuição do número de fibras do ligamento periodontal, diminuição da vascularização e da capacidade de cicatrização do osso alveolar. A imunosenescência também possui um papel importante no desenvolvimento da doença periodontal. Idosos com periodontite apresentam aumento de mediadores pró- inflamatórios e neutrófilos. Apesar da quantidade de células inflamatórias ser semelhante em jovens e idosos a resposta inflamatória destes últimos ocorre de maneira deficiente, podendo deixá-los mais susceptíveis à doença periodontal. Entretanto isto pode não ser determinante para o desenvolvimento da doença, pois a periodontite pode ser resultado da exposição prolongada ao longo da vida a periodontopatógenos. **Considerações finais:** O envelhecimento celular pode não ser a causa para o desenvolvimento da doença periodontal. A soma de múltiplos fatores como a exposição prolongada ao biofilme, associação a doenças sistêmicas, comprometimento motor e imunológico, exposição a substâncias químicas como álcool e tabaco podem contribuir.

Palavras-chave: Periodontite; Envelhecimento; Periodonto.

INTRODUÇÃO

Tem-se como definição que a doença periodontal é uma enfermidade inflamatória que ocorre no periodonto, tendo como principal fator etiológico a placa bacteriana, sendo uma progressão da gengivite não tratada, que tem como consequência a destruição do cemento, ligamento periodontal e osso alveolar, causando perda de inserção e podendo resultar na perda do dente (NOVAK MJ e NOVAK KF, 2011).

A doença periodontal tem afligido as populações desde os primórdios, tendo histórico em antigas civilizações, começando a ser realmente estudada por volta de 1800. Porém, há cinco décadas, ainda se acreditava que a doença era inevitável, progressiva e culminava com a perda dental. Hoje, sabe-se que a doença tem tratamento e pode ser modificada por diversos fatores sistêmicos e fatores extrínsecos ao organismo (OFFENBACHER S et al., 2008).

Entre 1990 e 2010, a doença periodontal foi classificada como a sexta mais prevalente no mundo, aumentando com o avanço da faixa etária. Na América Latina, atinge uma grande parte da população, difere na proporção quanto à condição socioeconômica, e é maior a partir da quarta década de vida. No Brasil, como no resto do mundo é mais incidente na faixa etária acima dos 60 anos (ARAUJO MG e KUKEKAVA F 2007; GOMES et al., 2010; FECHINI BRA e TROMPIERE N, 2012; KASSEBAUM NJ et al., 2014).

No panorama mundial atual, tem ocorrido uma mudança na pirâmide etária da população. Tem diminuído o número de crianças e aumentado a quantidade de idosos. Essa mudança tem como principal consequência a elevação da expectativa de vida, proporcionada, entre outros fatores, pelo melhor acesso aos serviços de saúde (KANSO S, 2015).

Além do crescimento da população de idosos, estes estão conservando seus dentes por mais tempo, e as diversas alterações que ocorrem no organismo com o envelhecimento tornam-se relevantes e determinantes de diversas patologias sistêmicas que podem afetar a saúde bucal. Também se manifestam alterações celulares que podem ser consideradas fatores de risco para a ocorrência e desenvolvimento da periodontite, associadas a fatores modificadores externos. Um idoso com doença periodontal pode sofrer prejuízos em sua nutrição, dificultando o seu desempenho em atividades normais do dia a dia, diminuindo drasticamente sua qualidade de vida (ACEVEDO RA et al., 2001, GOMES SGF et al., 2010; FECHINI BRA e TROMPIERE N, 2012).

Diante disso, o objetivo deste trabalho foi analisar as mudanças que ocorrem no periodonto decorrentes do processo de envelhecimento humano, e se estas podem ser um fator de risco para a incidência da doença periodontal.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Existem fatores chamados predisponentes que atuam modificando o fator etiológico principal, no caso o biofilme microbiano, e alteram o curso da doença periodontal. Um destes fatores predisponentes é o comprometimento da imunidade celular, observada no sistema imune do idoso, associada à condição de má nutrição que muitas vezes o acompanha (ACEVEDO RA et al., 2001).

Entretanto em pesquisas, animais idosos tiveram uma maior imunidade adaptativa contra periodontopatógenos, mas a sua resposta inflamatória apresentou-se reduzida, o que poderia aumentar a susceptibilidade à periodontite e levando a uma maior ausência de dentes. Ebersole JL et al. (2016) avaliaram mudanças na expressão de inflamação de alguns genes relacionados ao envelhecimento durante a saúde e a periodontite. A expressão de genes relacionados à inflamação, não mudou com a idade em tecidos gengivais saudáveis, porém notaram-se mudanças na expressão gênica quando a mucosa foi constantemente exposta a bactérias, alterando a resposta imune, associada ao envelhecimento, levando à infecção persistente e inflamação crônica. Por fim a perda precoce dos dentes causou um aumento significativo no nível circulante de corticosterona, supressão dos osteoblastos para a formação óssea e a ativação dos osteoclastos induzindo reabsorção óssea, o que prejudica a homeostase dinâmica da formação e reabsorção óssea, levando à redução da força óssea com o avançar da idade (KURAHASHI M et al., 2015; WU Y et al., 2016).

Trabalhando com metabolismo ósseo, Lossrdrorfer S et al., (2010) compararam parâmetros de diferenciação, resposta celular e fatores locais envolvidos na regulação do metabolismo ósseo alveolar em células do ligamento periodontal, em pacientes de diferentes idades, e observaram que, com o avanço desta, ocorre uma diminuição dos genes marcadores de osteoblastos, e a exposição ao hormônio paratireoideano (PTH) indicou uma queda considerável na produção de osteocalcina. Portanto, as células do ligamento periodontal de indivíduos mais velhos apresentam um fenótipo menos diferenciado e uma resposta reduzida ao PTH, o que sugere uma habilidade comprometida para a manutenção do equilíbrio do tecido e uma limitação na capacidade de reparo com o avanço da idade.

Os pacientes idosos apresentam também alterações nos tecidos bucais como ligamento periodontal, que apresenta diminuição na vascularização, na atividade mitótica e no número de fibras; mudanças no osso alveolar, que pode apresentar diminuição da vascularização e capacidade de cicatrização, e no cemento, que aumenta de espessura conforme o avanço da idade (ACEVEDO RA et al. 2001), porém o contato direto da cavidade oral com o ambiente externo e os fatores de risco, tornam difícil distinguir entre os efeitos causados por fatores ambientais e os efeitos do envelhecimento intrínseco.

Embora a doença periodontal esteja associada ao tempo, e o próprio envelhecimento

parece ser responsável pela doença, a mesma é influenciada por múltiplos fatores que foram encontrados associados à prevalência e incidência da doença periodontal (HUTTNER AE et al. 2009). Huttner AE et al. (2009) indicaram também em seu estudo uma redução das taxas de proliferação e quimiotaxia das células do tecido periodontal, como um evento intrínseco ao envelhecimento podendo influenciar o equilíbrio da saúde periodontal. Também o aumento da responsividade das células do ligamento periodontal ao estímulo bacteriano (LPS) e o estresse mecânico, poderiam resultar na liberação de citocinas pró-inflamatórias, responsáveis pela perda óssea exacerbada em idosos.

Por outro lado, Hebling E (2012) não encontrou alterações funcionais nas células do tecido periodontal durante o processo de envelhecimento embora existam alterações anatômicas e funcionais. Os efeitos do envelhecimento sobre os tecidos periodontais e as alterações biomoleculares das células do periodonto poderiam exacerbar a perda óssea em idosos com periodontite, efeitos estes possivelmente associados a alterações na diferenciação e proliferação de osteoblastos e osteoclastos; aumento da resposta das células periodontais à microbiota oral e tensão mecânica levando à secreção de citocinas envolvidas na perda óssea; e alterações sistêmicas endócrinas em idosos.

Oliveira MB et al. (2012) forneceram um estudo sintetizado sobre a influência da placa dental sobre a saúde bucal de idosos de 80 anos ou mais. E concluíram que idosos apresentam elevados índices de placa e cálculo; apresentam também aumento do índice CPOD, com predominância de dentes perdidos, em concordância com o estudo de López R et al. (2017) que relacionaram envelhecimento, doença periodontal e cáries e a vulnerabilidade dos idosos a essas doenças, concluindo que ainda existe uma grande quantidade dessas doenças para esse grupo.

Os maus hábitos de higiene dos idosos leva a um alto índice de doença periodontal que resulta em prejuízos para a saúde oral e sistêmica e somados a todos estes fatores, existe uma degradação do periodonto, ocasionando uma grande quantidade de raízes expostas aumentando a incidência de cáries radiculares nesses pacientes (REAL ISC et al. , 2011).

Öztürk VO et al. (2016) realizaram estudos para investigar os níveis do gene que está ligado à resposta inflamatória mediante uma bactéria (TREM-1) no fluido do sulco gengival crevicular e os níveis de periodontopatógenos no biofilme dental de uma população idosa. Os resultados permitiram aos autores concluir que a gravidade da periodontite em idade avançada poderia ser simplesmente resultado do efeito inflamatório cumulativo da exposição prolongada à microrganismos, e não diretamente à quantidade de genes ligada à resposta inflamatória.

Os mediadores inflamatórios foram também estudados por Preshaw et al. (2017) que demonstraram que a produção de mediadores pró-inflamatórios e neutrófilos, em pessoas

com periodontite, aumentam em indivíduos mais velhos quando comparados aos mais jovens. Não está claro como o mecanismo imunológico muda com o avançar da idade para aumentar a suscetibilidade dos indivíduos à estas doenças.

O aumento da quantidade de idosos nos últimos anos é incontestável, bem como a maior expectativa de vida da população. Estes idosos, estão mantendo seus dentes por mais tempo em boca, o que resulta no aumento da incidência da doença periodontal. Quanto à incidência, os homens são os mais acometidos pela enfermidade, e, foram encontrados índices em que cerca de 60% dos idosos acima de 70 anos possuíam bolsas periodontais acima de 6mm, e 70% deles não tinham metade dos seus dentes presentes, mesmo afirmando que não possuíam nenhum problema bucal (OGAWA H et al., 2002; QUEIROZ CM et al., 2008; LÓPEZ R et al., 2017).

Há várias hipóteses para explicar o aumento da prevalência de doença periodontal em idosos. Dentre elas estão as alterações celulares e teciduais que ocorrem com o passar da idade, os hábitos de higiene que estas pessoas tiveram ao longo da vida e a imunosenescência, que sugere uma desregulação do sistema imunológico devido ao envelhecimento. O elevado índice de doença periodontal em indivíduos senis tem repercussão na saúde oral e sistêmica podendo levar a perdas dentárias, halitose, dificuldade de mastigação, subnutrição e risco de disseminação de bactérias por via venosa. É inegável a relação entre as condições sistêmicas dos idosos e sua saúde periodontal, sendo influenciadas diretamente por seus hábitos e o consumo frequente de álcool e tabaco (ACEVEDO RA et al., 2001; REAL ISC et al., 2011; DARBY I, 2015; LÓPEZ R et al., 2017).

Quanto às alterações celulares em tecidos e sistemas do corpo humano, pode-se destacar no sistema cardiovascular, respiratório, musculoesquelético e na resposta imunológica. Certas alterações também ocorrem na cavidade bucal, como a diminuição da regeneração tecidual e do número de fibras do ligamento periodontal e a redução da quimiotaxia das células. Também o aumento da responsividade das células do ligamento periodontal ao estímulo bacteriano (LPS) e o estresse mecânico, somadas à deficiência na vascularização e na capacidade de cicatrização do osso alveolar, são fatores responsáveis pela perda óssea exacerbada em idosos. Fatores genéticos também devem ser avaliados, como o encurtamento dos telômeros, que participa da replicação do DNA na multiplicação das células, porém, sofre um encurtamento a cada divisão, podendo causar função prejudicada em fibroblastos, células ósseas, células epiteliais e leucócitos além de resultar em menos células-tronco funcionais (FECHINI BRA e TROMPIERE N, 2012; OLIVEIRA MB et al., 2012; JÖNSSON D, 2013).

A imunosenescência pode ter um papel importante no desenvolvimento da periodontite. Pessoas idosas com doença periodontal apresentam aumento de mediadores pró-inflama-

tórios e neutrófilos. Embora a quantidade de células inflamatórias seja semelhante em jovens e idosos a resposta inflamatória destes últimos ocorre de maneira deficiente, podendo deixá-los mais susceptíveis à doença periodontal. A supressão de osteoblastos e produção de osteoclastos associada à dificuldade de regeneração e alterações hormonais, como, por exemplo, o hormônio paratireoideano, nos idosos, gera uma exacerbação da perda óssea e, consequentemente, perda dental. Portanto, estas alterações imunológicas poderiam prejudicar a relação simbiótica entre bactérias orais e o hospedeiro levando à infecção persistente e inflamação crônica (ACEVEDO RA et al., LOSSRDORFER S et al., 2001; KURAHASHI M et al., 2015; WU Y et al., 2016; EBERSOLE JL et al., 2016; PRESHAW PM et al., 2017, EBERSOLE J.L. et al., 2018).

Em contrapartida, alguns autores defendem a hipótese de que não há alterações funcionais nas células do tecido periodontal, e o envelhecimento unicamente não causa a periodontite nem influencia no desenvolvimento desta, então, a periodontite poderia resultar simplesmente da exposição prolongada a periodontopatógenos ao longo da vida, onde, fatores como doenças sistêmicas, medicamentos e fatores retentivos de biofilme precisam estar interligados para ocorrer à doença. Todavia, sabe-se que o envelhecimento causa alterações biomoleculares que podem acelerar a perda óssea em uma periodontite pré-existente. Idosos com doença periodontal, associada a alterações sistêmicas como diabetes, cardiopatias, nefropatias, apresentam maior risco de mortalidade se comparados à pacientes saudáveis (REAL ISC et al., 2011; HEBLING E, 2012; CHEN Y et al., 2015; ÖZTÜRK VO et al., 2016).

Divergindo desta hipótese, alguns estudos recentes envolvendo animais e alta tecnologia mostraram uma relação direta entre a doença periodontal e a idade, e encontraram associação de alterações genéticas relacionados a interleucinas com a severidade da doença periodontal. Porém, indicam que o envelhecimento celular isoladamente não é a causa para o desenvolvimento da periodontite, e sim, a soma de múltiplos fatores como exposição prolongada à placa bacteriana associada a doenças sistêmicas, fatores retentivos de biofilme, comprometimento da capacidade motora, substâncias químicas como álcool e tabaco e o comprometimento imunológico (REAL ISC et al., 2011; NAKAMA DM et al., 2012; FERNANDES-COSTA AN et al., 2013; DARBY I, 2015; EBERSOLE JL et al., 2016; RUKMINI J.N., et al. 2018).

Existe um aumento na incidência da doença periodontal em indivíduos idosos que pode ser correlacionada a alguns fatores, como a exposição prolongada a periodonto patógenos, o comprometimento da capacidade motora, que pode dificultar a remoção mecânica do biofilme, ou mesmo, medicamentos e fatores modificadores externos e substâncias químicas como álcool e cigarro. A senescência, que leva ao comprometimento do sistema imunológico, diminuição da capacidade de regeneração celular e alterações fisiológicas e morfológicas

na cavidade bucal, necessita de mais estudos com enfoque nestas alterações a nível celular, para que se possa comprovar uma correlação direta destas com o desenvolvimento da doença periodontal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora não se possa comprovar uma relação direta entre o envelhecimento e o surgimento da periodontite, algumas alterações sistêmicas e teciduais, fatores retentivos de biofilme e limitações da capacidade motora dos idosos, podem levar ao agravamento desta. Torna-se imprescindível um desenvolvimento metodológico que contemple as diversas variáveis envolvidas. Porém um dos fatores que pode ter limitado as pesquisas sobre o assunto é a tecnologia atualmente insuficiente para a realização destas, ou a busca de hipóteses incorretas pelos pesquisadores, impossibilitando que se estabeleça com exatidão esta correlação.

REFERÊNCIAS

- ACEVEDO RA et al. Tratamento periodontal no paciente idoso. Revista da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo, 2001; 6(2):57-62.
- ARAUJO MG, KUKKAVA F. Epidemiologia da doença periodontal na América Latina. Revista de Periodontia, 2007; 17(2):7-13.
- CHEN Y et al. Periodontal Disease and Risks of Kidney Function Decline and Mortality in Older People: A Community-Based Cohort Study. American Journal Kidney Disease, 2015; 66(2):223-230.
- DARBY I. Periodontal considerations in older individuals. Australian Dental Journal, 2015; 60(1):14-19.
- EBERSOLE JL, et al. Age and Periodontal Health - Immunological View. Current Oral Health Reports, 2018; 5(4):229-241.
- EBERSOLE JL, et al. Effects of aging in the expression of NOD-like receptors and inflammasome-related genes in oral mucosa. Molecular Oral Microbiology, 2016; 31(1):18-32.
- FECHINE BRA, TROMPIERI N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Revista Científica Internacional, 2012; 20(7):106-132.
- FERNANDES CAN, et al. As Principais Modificações Orais que ocorrem durante o Envelhecimento. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 2013; 17(3):293-300.
- GOMES SGF, et al. Aging and the periodontium. Brazilian Journal of Oral Sciences, 2010, 9(1):1-6.
- HEBLING E. Effects of Human Ageing on Periodontal Tissues. Periodontals diseases – A clinician's Guide, In Tech, 2012. p. 343- 356.
- HUTTNER AE et al. Effects of human aging on periodontal tissues. Special Care in Dentistry, 2009; 29(4):149-155.

- JÖNSSON D. Tissue senescence and periodontal disease - A reciprocal association? *Archives of oral biology*, 2013; 58(7):753- 754.
- KANSO S. Processo de envelhecimento populacional - um panorama mundial. VI Workshop de Análise Ergonômica do Trabalho; III Encontro Mineiro de Estudos em Ergonomia; VIII Simpósio do Programa Tutorial em Economia Doméstica. Belo Horizonte; 2013.
- KASSEBAUM NJ. Global Burden of Severe Periodontitis in 1990-2010: A Systematic Review and Metaregression. *Journal of Dentistry Research*, 2014, 93(11):1045-1053.
- KURAHASHI M et al. Tooth Loss Early in Life Accelerates Age-Related Bone Deterioration in Mice. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 2015; 235(1):29-37.
- LÓPEZ R et al. Ageing, dental caries and periodontal diseases. *Journal of Clinical Periodontology*, 2017; 44 (Suppl. 18): S145– S152.
- LOSSDÖRFER S et al. Aging affects the phenotypic characteristics of human periodontal ligament cells and the cellular response to hormonal stimulation in vitro. *Journal of Periodontal Research*, 2010; 45(6):764-771.
- NAKAMA DM et al. Polimorfismo no gene IL-10 (-627) em idosos portadores de doença periodontal. *Com Scientiae Saúde*, 2012; 11(3):369-376.
- NOVAK MJ, NOVAK KF. Periodontite Crônica. In: NEWMAN, M.G.; TAKEI, H.H.; KLOKKEVOLD, P.R.; CARRANZA, F.A. (Editores). *Carranza: Periodontia clínica*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p. 164-168.
- OFFENBACHER S et al. Rethinking periodontal inflammation. *Journal of Periodontology*, 2008; 79(8):1577-1584.
- OGAWA H et al. Risk factors for periodontal disease progression among elderly people. *Journal of Clinical Periodontology*, 2002; 29:592-597.
- OLIVEIRA MB et al. Influência da placa dental sobre a saúde bucal de idosos de 80 anos ou mais. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 2012; 13(1):53-56.
- ÖZTÜRK VO. Impact of aging on TREM-1 responses in the periodontium: a cross-sectional study in an elderly population. *BMC Infectious Diseases*, 2016; 16(1):429.
- PRESHAW PM et al. Age-related changes in immune function (immune senescence) in caries and periodontal diseases: a systematic review. *Journal of Clinical Periodontology*, 2017; 44(18):153-177.
- QUEIROZ CM et al. Avaliação da condição periodontal no idoso. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e pescoço*, 2008; 3:156 - 159.
- RAMOS LR et al. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 1987; 21(3):211-224.
- REAL ISC et al. As doenças orais nos idosos – Considerações Gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 2011; 52(3):175-180.
- RUKMINI JN, et al. Effect of Menopause on Saliva and Dental Health. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 2018; 8(6):529-533, 2018
- WU Y. et al. Effect of Aging on Periodontal Inflammation, Microbial Colonization, and Disease

Susceptibility. Journal of Dental Research, 2016; 95(4):460-466.

ROCHA, E. F. DA; SEIBEL, A. B.; NOGUEIRA, A. N.; ROCHA, V. C. F. DA. Envelhecimento humano e desenvolvimento da doença periodontal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 26, p. e775, 18 jul. 2019. Artigo original.

“

Epidemiologia dos acidentes por animais peçonhentos no Estado do Piauí - Brasil

Silmara Ferreira de **Oliveira**
UNINOVAFAPÍ

Nilsa Araújo **Tajra**
UNINOVAFAPÍ

Beatriz Sousa **Santos**
UNINOVAFAPÍ

Giovana da Rocha Leal **Dias**
UNINOVAFAPÍ

Magda Rogéria Pereira **Viana**
UNINOVAFAPÍ

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os acidentes por animais peçonhentos (AAP) tem impacto na saúde pública tanto pelo número de casos quanto pela gravidade apresentada, podendo conduzir à morte ou incapacidade para a pessoa acometida. **OBJETIVO:** Determinar o perfil epidemiológico dos casos de AAP registrados no estado do Piauí no período de 2006 a 2017. **MÉTODOS:** Estudo epidemiológico descritivo de abordagem quantitativa. A base de dados utilizada foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram verificadas as variáveis: casos por ano, sexo, faixa etária, tipo de acidente, classificação final e evolução. **RESULTADOS:** Entre janeiro de 2006 a dezembro de 2017 foram notificados 19.201 casos de AAP, sendo o ano de 2017 com o maior número de casos 3841 (20,004%), seguido dos anos de 2016 com 2842 (14,801%) e 2013 com 2387 (12,432%). O sexo masculino prevaleceu em todos os anos com 10650 casos (55,466%). Quanto a faixa etária, a prevalência deu-se entre as idades de 20-39 anos com 6559 casos, (34,160%) e 40-59 anos com 5193 casos (27,045%). Mais da metade dos AAP foram causados por escorpião, com 12393 casos (64,543%), mas a grande maioria de todos os acidentes foram leves, com 14054 casos (73,194%). Além disso, 17122 (89,172%) evoluíram com cura e 61 casos (0,318%) evoluíram com óbito por este agravo. **DISCUSSÃO:** Observou-se um aumento progressivo no número de casos de AAP no Piauí com o passar dos anos. Houve prevalência de casos em homens e predominantemente em adultos jovens, representando o risco a que este grupo está submetido. A prevalência dos AAP causados por escorpiões demonstra semelhança com dados nacionais. Apesar da grande maioria evoluir com cura, a taxa de óbitos observada é superior a média nacional. **CONCLUSÃO:** Embora grande parte dos AAP sejam de classificação leve, o tipo de acidente e a ocorrência de óbitos observada trazem um dado importante para subsidiar medidas de controle, prevenção e orientar o planejamento da assistência a esses casos.

Palavras-chave: Animais Peçonhentos; Epidemiologia; Doenças e Agravos de Notificação Compulsória.

INTRODUÇÃO

Os acidentes por animais peçonhentos (AAP) constituem sério problema de saúde desde os mais remotos tempos, sobretudo nos países tropicais (WHO, 2007). Nos últimos anos houve piora no quadro de morbimortalidade no Brasil, com elevação dos casos, atingindo principalmente indivíduos das regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2019).

O desenvolvimento econômico e tecnológico de toda a sociedade, a pressão exercida sobre o ambiente, pela exploração humana direta dos recursos, tem ocasionado inúmeras alterações de paisagem, expondo assim, cada vez mais a população ao risco da ação de inúmeros agentes etiológicos. Tais ações predispõem o ser humano ao risco de AAP, intensificados pela ausência de um planejamento urbano adequado, pelos ritmos biológicos animais, seu comportamento no ambiente, bem como a natureza das atividades humanas e a sobreposição de uso do espaço pelo homem e esses animais, que propiciam o ambiente ideal para os encontros homem-animal (GONÇALVES et al., 2007).

Em todo o mundo existe uma grande diversidade de espécies de animais, dentre eles, as espécies de animais peçonhentos ou venenosos. Animais peçonhentos são capazes de produzir ou transformar o veneno que possuem e injetá-lo mediante uma ameaça nos seus predadores ou no homem. No Brasil, os animais peçonhentos de interesse clínico são serpentes, escorpiões, aranhas, lepidópteros (mariposas e suas larvas), himenópteros (abelhas, formigas e vespas), coleópteros (besouros), quilópodes (lacrarias), peixes, cnidários (águas-vivas e caravelas), entre outros (OLIVEIRA; COSTA; SASSI, 2013).

A gravidade desses acidentes está relacionada ao número de ocorrências e com o índice de morbidade e mortalidade que causam, especialmente em zonas rurais onde há maior exposição da população a áreas de risco e dificuldades do acesso aos serviços de saúde para o fornecimento da soroterapia (OLIVEIRA et al., 2015).

Em todo o Brasil, o número de acidentes por animais peçonhentos vem crescendo, inclusive nas grandes capitais, em virtude principalmente de desequilíbrio ecológico ocasionado por desmatamento e alterações climáticas ocorridas ao longo de vários anos. Esses fatores, aliados ao crescimento urbano desordenado, geram a sobreposição de uso do espaço pelo homem e por esses animais que acabam buscando abrigo e alimento nas cidades. A ocupação das áreas peri ou intradomiciliares pelos animais peçonhentos nas grandes cidades vem alterando o perfil desses acidentes, que antes eram quase que exclusivamente rurais (MACHADO, 2016).

No Brasil, estes acidentes tem impacto na saúde pública tanto pelo número de casos registrados, quanto pela gravidade apresentada, podendo conduzir à morte ou incapacidade temporária ou definitiva para a pessoa acometida. Pela importância destes acidentes no Brasil, o Ministério da Saúde criou na década de 1980 o Programa Nacional de Controle de

Acidentes por Animais Peçonhentos e, a partir de 1993, instituiu a notificação compulsória deste agravo no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (BRASIL, 2009).

Apesar da frequência dos AAP no país, ainda se percebem lacunas em relação ao conhecimento desse agravo por parte dos profissionais que trabalham diretamente com esses acidentes e um melhor conhecimento da gravidade e mortalidade devido aos acidentes levaria a uma melhor gestão, com expectativa de redução das taxas de letalidade (TAVARES et al., 2017). Soares; Sachett (2019) reforçam que a notificação dos AAP é refletida na melhor distribuição de soro e no planejamento da assistência em saúde, uma vez que através do conhecimento da realidade do agravo, é possível realizar estratégias que subsidiem o melhor manejo no atendimento a esse tipo de acidente a fim de evitar complicações.

Os AAP são um problema que afeta as mais diversas localidades e esferas sociais. A frequência dos acidentes por esse tipo de animal no estado do Piauí é elevada se comparada com outras pesquisas realizadas voltadas a essa temática. Diante de sua prevalência, torna-se evidente a importância de investigações regionais e locais, sendo fundamental para a melhorias no atendimento médico e para o desenvolvimento de atividade de vigilância em saúde, objetivando o controle e prevenção desses acidentes. Este estudo objetivou determinar o perfil epidemiológico dos casos de AAP registrados no estado do Piauí no período de 2006 a 2017.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de cunho observacional e de abordagem quantitativa baseado em dados secundários referentes aos casos de AAP registrados no estado do Piauí, entre o período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2017.

Os dados foram coletados por meio eletrônico através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no estado do Piauí, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), utilizando o programa TABNET. As variáveis analisadas foram casos por ano, sexo, faixa etária, tipo de acidente, classificação final e evolução. Os dados coletados foram analisados e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

Após coleta, procedeu-se a tabulação e análise dos dados através de estatística descritiva simples no programa Microsoft Office Excel e apresentou-se em forma de tabelas, utilizando os dados das variáveis em percentual de ocorrência de acordo com as variáveis do estudo. A discussão dos dados foi feita com base na produção científica disponível em meio eletrônico sobre a temática da pesquisa.

Em razão da utilização de dados existentes em um banco de dados de domínio público, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em

concordância com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Entre janeiro de 2006 a dezembro de 2017 foram notificados 19.189 casos de AAP no estado do Piauí. O ano de 2017 obteve o maior número de casos notificados entre os anos analisados, totalizando 3829 casos e correspondendo a 19% do total, seguido dos anos de 2016 com 2842 casos (14%) e 2013 com 2387 casos (12%).

O sexo masculino prevaleceu com maioria em todos os anos estudados, sendo encontrado um total de 10643 casos (55%). Quanto a faixa etária, a prevalência deu-se entre as idades de 20 a 39 anos com 6556 casos (34%), seguido de 27% em pessoas com 40 a 59 anos, com 5190 casos.

Dentre os tipos de acidentes, mais da metade foram por escorpião, com 12381 casos (64%), seguido das serpentes com 2521 casos (13%).

A grande maioria dos AAP foram enquadrados como acidentes leves, com 14042 casos (73%), e moderados com 3529 casos (18%). Além disso, 17111 (89%) evoluíram com cura e 61 casos (0,3%) evoluíram com óbito por este agravo.

Tabela 1. Distribuição dos casos de acidentes por animais peçonhentos, segundo características sociodemográficas e clínicas no período de 2006 a 2017.

Variável	N= 19.201	%
Sexo		
Feminino	8550	44,529
Masculino	10650	55,466
Ignorado/Branco	1	0,005
Faixa etária (anos)		
< 1	371	1,932
1 a 4	937	4,880
5 a 9	969	5,047
10 a 14	964	5,020
15 a 19	1505	7,838
20 a 39	6559	34,160
40 a 59	5193	27,045
60 a 64	880	4,583
65 a 69	707	3,683
70 a 79	865	4,505
≥ 80	248	1,292
Ignorado/Branco	3	0,016
Tipo de acidente		
Serpente	2521	13,130
Aranha	863	4,495
Escorpião	12393	64,543
Lagarto	146	0,760
Abelha	1781	9,276
Outros	982	5,114

Ignorado/Branco	515	2,682
Classificação final		
Leve	14054	73,194
Moderado	3531	18,390
Grave	207	1,078
Ignorado/Branco	1409	7,338
Evolução		
Cura	17122	89,172
Óbito por agravo notificado	61	0,318
Óbito por outra causa	1	0,005
Ignorado/Branco	2017	10,505

Fonte: Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 202

DISCUSSÃO

Conforme os dados coletados na pesquisa, observou-se um aumento progressivo no número de casos de AAP no Piauí com o passar dos anos. Isso também foi observado em todo o país, onde número de casos aumentou consideravelmente no mesmo período (BRASIL, 2019).

Corroborando com as afirmativas anteriores, existem estudos que revelam o aumento de casos de AAP através dos anos, relacionando este fato ao crescimento da população (KOTVISKI et al. 2015). Além disso, o desequilíbrio ambiental e as condições climáticas e pluviométricas podem afetar direta e indiretamente o número de AAP (MARTINS et al., 2011, BUSATO et al., 2014)

Houve prevalência de casos em homens, demonstrando semelhança com a literatura, a exemplo de Bredt; Lichteneker (2014) que encontraram resultados semelhantes em sua pesquisa. Isso reforça a prevalência dessa população entre os casos de AAP, representando o risco a que este grupo está submetido. Barroso; Wolff (2010) também relataram a predominância das ocorrências de AAP em indivíduos do sexo masculino, e em idade adulta.

O maior número de casos em pessoas do sexo masculino tem sido descrito com frequência como perfil de exposição e de ocorrência de AAP. O predomínio do sexo masculino nestes acidentes relaciona-se, provavelmente, à maior frequência com que esse grupo exerce atividades externas, como aquelas ligadas à agricultura (MESCHIAL et al., 2013).

A faixa etária foi de casos predominantemente em adultos jovens, sendo a população economicamente ativa a mais frequentemente acometida. De acordo com Meschial et al. (2013), existe uma maior casuística no grupo etário em que se concentra a força de trabalho e representa a população economicamente ativa. Similarmente, em uma pesquisa realizada por Bochner; Struchiner (2002) analisando a epidemiologia dos acidentes ofídicos ocorridas nos últimos 100 anos no Brasil, demonstrou que a população mais atingida foi trabalhadores

rurais do sexo masculino da faixa etária produtiva de 15 a 49 anos.

No entanto, é importante que os casos de AAP em crianças e em idosos também sejam analisadas com cautela, pois representam maior gravidade. Neste estudo, a segunda faixa etária mais acometida são as crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, que devido aos seus hábitos de vida podem estar vulneráveis ao frequentar locais de risco, aumentando assim a probabilidade desse tipo de acidente.

A grande maioria dos AAP foram causados por escorpiões, demonstrando semelhança com dados nacionais e alguns estudos regionais (OLIVEIRA; COSTA; SASSI, 2013). A maior frequência do escorpionismo, segundo alguns autores, se dá pela adaptação deste animal ao ambiente domiciliar e peridomiciliar, podendo ser encontrados escondidos dentro ou próximo das casas, dispondo de farta alimentação e provocando acidentes (BRASIL, 2006; BARBOSA, 2015).

Outros trabalhos trazem causas diferentes entre a prevalência dos AAP. Uma pesquisa feita com dados de 2007 a 2013 no município de Ouro Preto, Minas Gerais avaliando a epidemiologia de acidentes por animais peçonhentos mostrou que de 412 envenenamentos, 308 foram causadas por aranhas, 78 por escorpiões e 26 por serpente (EVANGELISTA; AZEVEDO, 2016). Outro estudo realizado no estado do Rio Grande do Norte com dados notificados no SINAN mostrou que de 15.694 casos de acidentes por animais peçonhentos, 65,4% foram causados por escorpiões, 13,5% foram casos de ofidismo, 5,2% foram causados por abelhas, 3,8% foi por araneísmo, 1% causado por lagartas e 6,4% causados por outros animais incluindo besouros, vespas, formigas, etc. (BARBOSA, 2015).

Outra pesquisa feita em Mato Grosso demonstrou que de 68 acidentes por animais peçonhentos notificados no SINAN entre 2007 a 2013, as serpentes foram responsáveis por 64,7% do total de casos e os outros 27,9% foram causados por escorpião (SANTANA; SUCHARA, 2015). Essas análises corroboram com o presente estudo por mostrarem que o ofidismo e o escorpionismo estão entre os principais acidentes relacionados aos animais peçonhentos.

Normalmente as internações decorrentes destes acidentes acontecem com menor frequência, uma vez que a maioria dos casos é considerada como acidentes leves (WHO, 2007). Isso foi demonstrado nesse estudo em que a grande maioria dos casos de AAP foram enquadrados como acidentes leves.

No entanto, D'Agostine; Chagas; Beltrame (2011), relatam que muitas vezes a real gravidade do caso não é possível de ser estabelecida nos primeiros momentos, visto que existe a ocorrência de sequelas tardias decorrentes dos AAP.

Apesar da grande maioria dos casos evoluir com cura, a taxa de óbitos observada é superior à média nacional. De acordo com o último boletim epidemiológico, a letalidade na-

cional está em 0,2%, e a mais elevada foi encontrada para o Piauí, com 1,8%, demonstrando a gravidade da situação na região estudada (BRASIL, 2019).

CONCLUSÃO

O presente estudo, baseado no banco de dados do SINAN, apresentou limitações, sobretudo em relação ao elevado percentual de “ignorados” nas variáveis estudadas. A provável subnotificação dos casos leva a suposição de que estes dados estejam subestimados. Mesmo frente às limitações constatadas foi possível determinar a situação e a distribuição dos AAP no Piauí no período de 2006 a 2017.

Embora grande parte dos AAP sejam de classificação leve, o tipo de acidente e a ocorrência de óbitos observada trazem um dado importante para subsidiar medidas de controle e prevenção. Frente aos achados, percebe-se que os AAP são um crítico problema de saúde pública e que necessita ser enfrentado e reconhecido pelos profissionais de saúde no que se refere a importância de notificação para gerar uma ação, propiciar ações de prevenção do acidente e reabilitação ao mesmo, principalmente, em pacientes graves onde as sequelas trazem debilidades temporária ou definitiva com reflexos no meio econômico, médico e social.

Dessa forma, é primordial a implementação e intensificação de atividades educativas e preventivas relacionadas aos animais peçonhentos pelas secretarias de saúde dos municípios, direcionadas à população local, visando a conscientização dos mesmos para a adoção de medidas preventivas, objetivando a redução significativa desses acidentes. Além disso, é de suma importância orientar o planejamento da assistência a esses casos, estabelecendo protocolos favorecendo a gestão do impacto desses eventos e a distribuição do antiveneno em diferentes regiões do país.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, I. R. Aspectos clínicos e epidemiológicos dos acidentes provocados por animais peçonhentos no estado do Rio Grande do Norte. *Revista Ciência Plural*. 2015;1(3):2-13.

BARROSO, L.; WOLFF, D. Acidentes causados por animais peçonhentos no Rio Grande do Sul. *Engenharia Ambiental - Espírito Santo do Pinhal*, v. 9, n. 3, p. 078-086, jul/set. 2012.

BRASIL. Acidentes por animais peçonhentos. Ministério da Saúde, 2014 - Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/20/Informe-Epidemiologico-animais-pe-onhentos---.pdf>

BRASIL. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Boletim Epidemiológico. Acidentes de trabalho por animais peçonhentos entre trabalhadores do campo, floresta e águas, Brasil 2007 a 2017. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Volume 50, Nº 11, Mar. 2019

BOCHNER, R.; STRUCHINER, C. J. Acidentes por animais peçonhentos e sistemas nacionais de

informação. Cad. de Saúde Pública.v.18. n.3. p.735-746. 2002.

BREDT, C. S.; LITCHTENEKER, K. Avaliação Clínica e Epidemiológica dos acidentes com animais peçonhentos atendidos no Hospital Universitário do Oeste do Paraná 2008-2012. Revista do Médico Residente. 2014. v. 16, n. 1.

D'AGOSTINE, F. M.; CHAGAS, F. B.; BELTRAME, V. Epidemiologia dos acidentes por serpentes no município de Concórdia, SC no período de 2007 a 2010. Evidência. 2011; 11(1):51-60

EVANGELISTA, G. F.; AZEVEDO, C. S. Arachnidism, scorpionism and ophidism in Ouro Preto Municipality, Minas Gerais State, Brazil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical v. 49, n. 6, p. 786–789, 2016. D

GONÇALVES, E.S, et al. O uso do monitoramento espaço-temporal da expansão urbana no diagnóstico de áreas passíveis de risco epidemiológico peçonhento em Guarulhos-Estado de São Paulo, Brasil. Anais XIII Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto, Florianópolis, Brasil, 2007. p. 3171-3178.

KOTVISKI, B. M. et al. O escorpionismo em Ponta Grossa, Paraná, e o conhecimento da população acerca desse agravo. Publicações UEPG Ciências Biológicas e Saúde, v. 21, n. 2, p. 133-143, 2015.

MACHADO, C. Um panorama dos acidentes por animais peçonhentos no brasil. Journal Health NPEPS. 2016; 1(1): 1-3.

MARTINS, F. J. et al. Perfil dos acidentes causados por aranhas na área de abrangência sanitária do município de Juiz de Fora – MG. Rev. APS, v. 14, n. 3, jul.- set, 2011.

MESCHIAL et al. Internações hospitalares de vítimas de acidentes por animais peçonhentos. Rev Rene. 2013; vol.14, n.2, p.311-9.

OLIVEIRA, N. R. et al. The epidemiology of envenomation via snakebite in the State of Piauí, Northeastern Brazil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical v. 48, n. 1, p. 99–104, 2015.

OLIVEIRA, H. F. A.; COSTA, C. F.; SASSI, R. Relatos de acidentes por animais peçonhentos e medicina popular em agricultores de Cuité, região do Curimataú, Paraíba, Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2013, v. 16, n. 03 [Acessado 15 Julho 2020], pp. 633-643.

SANTANA, V. T. P.; SUCHARA, E. A. Epidemiologia dos acidentes com animais peçonhentos registrados em Nova Xavantina - MT. Rev. Epidemiol Control Infect v. 5, n. 3, p. 141–46, 2015.

SOARES, F. G. S.; SACHETT, J. A. G. Caracterização dos acidentes com animais peçonhentos: as particularidades do interior do Amazonas. Scientia Amazonia, v. 8, n.3, CS29-CS38, 2019

TAVARES, A. V. et al. The epidemiology of snakebite in the Rio Grande do Norte State, Northeastern Brazil. Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo v. 59, n. 52,p. 1–10, 2017.

WHO. Rabies and envenomings: a neglected public health issue. Geneva: World Health Organization; 2007. Report of a Consultative Meeting.

WHO. Rabies and envenomings: a neglected public health issue: report of a consultative meeting. Geneva: WHO; 2007.

“

Exercício físico supervisionado na disautonomia com protocolo específico: estudo de caso

| Andrea Stopiglia Guedes **Braide**

Mikaelle Kelly Alves dos **Santos**

| Alexandre Melo **Karbage**

Ronaldo Vasconcelos **Távora**

| Artur Paiva dos **Santos**

| Cristine Mayara Cavalcante **Camerino**

| Márcia Cardinalle Correia **Viana**

RESUMO

Introdução: A definição de disautonomia é qualquer desordem ou transtorno no sistema autonômico (SNA). A mais comum delas é a síncope vasovagal que é caracterizada por uma perda súbita e breve da consciência, associada à incapacidade de manutenção do tônus postural, com recuperação total e espontânea. A disautonomia afeta a qualidade de vida dos indivíduos ao aumentar os níveis de ansiedade e restringir suas atividades de vida diária já que pode ser desencadeada em situações como estresse, calor intenso, vista de sangue ou posição ortostática prolongada. Várias medidas têm sido propostas para o tratamento da síncope, como uso de betabloqueadores, maior ingestão de sódio e a prática de exercícios físicos supervisionados. **Justificativa:** O treinamento físico é um forte aliado para os indivíduos que sofrem de doença neurocardiogênica ou disautonomia podendo ter grande impacto em suas vidas ao melhorar a sintomatologia recorrente e consequentemente, sua qualidade de vida. **Objetivo:** Analisar a repercussão de um protocolo de exercício físico elaborado para tratar a pessoa diagnosticada com síncope vasovagal por meio de um caso clínico. **Metodologia:** Compreendeu o relato de um paciente do sexo feminino, acometida por síncope vasovagal, submetida a um protocolo de exercícios físicos, com duas sessões semanais, com duração de 50 minutos cada uma, em dias alternados, totalizando 8 sessões. Utilizaram-se exercícios do tipo: aeróbicos, resistidos, ortostáticos e atividades de educação em saúde. **Resultados:** A paciente persistiu por todo programa assiduamente apresentando interrupção dos eventos sincopais, maior segurança para atividades ora comprometidas e Tilt teste negativo após o término do protocolo. **Conclusão:** Observou-se que a aplicabilidade deste protocolo de exercícios, nesta pessoa acometida pela disautonomia mostrou-se capaz de extinguir o quadro sintomatológico, diminuir gradativamente os desmaios e o mal estar além de gerar segurança na retomada das atividades de vida diária e laboral com autonomia e, consequentemente melhora da qualidade de vida desta pessoa. A reavaliação clínica após execução do protocolo foi realizada pelo médico assistente e foi decisiva para a avaliação de efetividade do protocolo.

Palavras-chave: Disautonomia Primária; Terapia; Síncope Vasovagal; Exercício; Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

A definição de síncope neurocardiogênica ou vasovagal é de uma disautonomia com perda súbita e breve da consciência, associada à incapacidade de manutenção do tônus postural, com recuperação total e espontânea. Gerada comumente por situações de estresse, alterações bruscas de temperatura, vista de sangue, punção venosa, desidratação, períodos de ortostase prolongados e dor intensa podem gerar os episódios sincopais (KUHMMER; LAZZARETTI, 2008).

Sintomas que antecedem um desmaio, chamados de pródromos, são geralmente mal-estar, calor, tontura, náuseas, perda de força e parestesia nos membros que evoluem com um escurecimento visual podem indicar o começo de um episódio (KUHMMER; LAZZARETTI, 2008).

Por poder ser gerada em situações diversas, a síncope torna-se um fator limitante na qualidade de vida, aumentando os níveis de ansiedade e restrições nas atividades de vida diária.

A incidência da síncope varia de 21% a 35% podendo ocorrer em adultos e crianças de ambos os gêneros (ANGELIS; JACOMINI, 2007). Segundo Gudkova (2016), há uma maior prevalência em indivíduos com idade entre 20 e 69 anos. Nos Estados Unidos 6% das admissões hospitalares são por episódios sincopais (GOLDCHLEIGER; EPSTEIN, 2003).

A fisiopatologia da síncope neurocardiogênica não foi totalmente esclarecida, mas deve-se basicamente a uma insuficiência nos reflexos compensatórios responsáveis por manter os níveis de pressão arterial na posição ortostática (LIESHOUT, 1997). A resposta vasovagal é constituída pelo desenvolvimento de bradicardia e vasodilatação decorrente de um aumento na atividade simpática sobre o sistema cardiovascular, no qual o principal estímulo de interrupção é a ativação dos mecanorreceptores localizados no ventrículo esquerdo. Esses mecanorreceptores são estimulados em situações onde o retorno venoso se encontra diminuído, como na posição ortostática ou hipovolemia (HACHUL, 2005).

Geralmente a síncope é desencadeada quando o indivíduo está em posição ortostática. Por consequência uma quantidade de sangue se desloca para região inferior do corpo, devido a ação da gravidade, os pressorreceptores arteriais são desativados e a atividade simpática é aumentada levando a um aumento da frequência cardíaca e vasoconstricção periférica com o objetivo de regular a pressão arterial (MICHELLINI, 2015). Alguma falha nesse mecanismo provoca retenção do sangue nas regiões inferiores do corpo provocando uma diminuição do enchimento cardíaco. O aumento da contração cardíaca com o ventrículo vazio ativa os mecanorreceptores (ELLENBOGEN, 1997). Este estímulo desencadeia a resposta vagal responsável pela bradicardia e hipotensão que geram a síncope neurocardiogênica (GULLI; COOPER, 2005).

Várias medidas têm sido propostas para o tratamento da síncope, como o tratamento farmacológico, através do uso de betabloqueadores que tem como ação a diminuição da hipertonia simpática sobre o coração, minimizando o reflexo de bradicardia e vasodilatação severa, porém nem sempre é eficaz em diminuir a frequência e a intensidade dos episódios sincopais (GARDENCHI; HACHUL, 2004).

Quanto ao tratamento não farmacológico as indicações recentes por meio de exercícios físicos são poucas e de baixa adesão, mas com orientações sobre os possíveis fatores desencadeantes, aumento da ingestão de hidratos salina e uso de meias elásticas. Com o aumento da procura pelos Programas de Fisioterapia para reabilitação cardiovascular, é proporcionado um condicionamento postural ao indivíduo por meio de exercícios ortostáticos, aeróbios e resistidos.

O treino postural passivo, também chamado de *tilt training* tem se mostrado eficaz na redução dos sintomas e desaparecimento da síncope em alguns casos (HERDY, 2011). Segundo Ector e Di Girolamo (1999), a exposição prolongada do sistema cardiovascular ao estresse gravitacional apresenta um efeito terapêutico devido a um condicionamento do sistema de regulação postural através de um programa de reabilitação.

Durante o programa de reabilitação, o exercício físico aeróbio aumenta significativamente o volume de plasma e uma redução nos níveis de vasopressina circulante (GARDENCHI; HACHUL; NEGRÃO, 2004). Segundo Gava et al. (1998) o treinamento físico diminuirá o tônus simpático responsável pelos mecanismos do reflexo de Bezold-Jarisch. No caso de treino com exercícios resistidos (do tipo contra- resistência) o objetivo é aumentar a massa muscular, melhorando assim o retorno venoso pelo mecanismo de bomba muscular.

Nesse estudo buscou-se saber qual a repercussão de diferentes tipos de protocolos de exercícios físicos sobre as variáveis clínicas em um indivíduo diagnosticado com disautonomia.

O treinamento físico pode ser um forte aliado como tratamento não farmacológico para os portadores da doença neurocardiogênica ou disautonomia e o presente estudo se mostra relevante pela escassez de literatura sobre o assunto com carência significativa sobre a evidência do tema exposto e que poderá ter grande impacto na vida dos indivíduos acometidos pela diminuição da qualidade de vida dos mesmos.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso, com abordagem quantitativa e experimental, realizado em uma Clínica Escola de Fisioterapia da cidade de Fortaleza- CE. O trabalho obedeceu aos princípios éticos e legais da resolução 466/12, iniciado após a aprovação pelo Conselho de Ética e Pesquisa com o protocolo de nº 66533317.9.0000.5049, esclarecimento e assinatura

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela participante.

Participou do estudo uma paciente acometida pela síncope vasovagal, com 30 anos de idade e profissionalmente ativa.

Os procedimentos efetuados durante o estudo foram a aplicação de um protocolo combinado de exercícios físicos (aeróbico, resistido e ortostático) e registro de dados extraídos de acordo com o instrumento utilizado. Inicialmente realizou-se a anamnese da paciente onde foram coletados os dados relevantes a identificação, queixa principal, história da doença e investigação do contexto sócio-cultural, antecedentes familiares, medicamentos utilizados e hábitos de vida. Em seguida realizou-se o exame físico seguido da verificação de sinais vitais e testes funcionais para execução do protocolo: Repetição Máxima (1RM) para cálculo da carga a ser utilizada no treino resistido, teste de caminhada dos seis minutos (TC6) para mensuração da capacidade funcional (CF) da paciente e a manuvacuometria (PImax e PE-max) para descartar fraqueza dos músculos respiratórios como fator incapacitante durante a realização dos exercícios.

Após a avaliação inicial, a paciente foi submetida a um programa de exercícios físicos combinados duas vezes na semana em dias alternados com duração de 60 minutos cada sessão, totalizando 8 atendimentos. Concomitantemente ao treino físico foi realizado um programa com atividades diversas abordando educação em saúde voltado para hábitos de vida e realização de manobras específicas ao diagnóstico de disautonomia, com objetivo de abortar uma possível síncope ou diminuir a sintomatologia causada pelos pródromos. Para essa prática de educação utilizou-se como estratégia um folder ilustrativo elaborado especificamente com finalidade de orientar e informar.

Cada atendimento constava de rigor ao protocolo seguindo: alongamentos ativos para preparação das fibras musculares, exercício ortostático com aumento gradual de tempo, exercício aeróbico com duração mínima de 30 minutos (acontecendo de forma progressiva a cada atendimento) e exercícios resistidos de forma sequencial para flexão e abdução de ombro, flexão de cotovelo, flexão e abdução de quadril e extensão de perna (repetições progressivas chegando a 15 por exercício/atendimento). Os atendimentos eram então finalizados com exercícios respiratórios e relaxamento muscular global.

A análise dos dados se deu pela observação dos valores comparativos mensurados no primeiro, quarto e oitavo atendimentos. Os dados foram apresentados ao longo do tempo em valores absolutos.

RESULTADOS

Os dados hemodinâmicos iniciais coletados durante as sessões estão descritos nas tabelas a seguir. Na Tabela 1, observa-se melhora da Pressão Arterial (PA) durante os aten-

dimentos. A Tabela 2 apresenta a evolução das variáveis durante os exercícios aeróbicos. Houve melhora da pressão arterial e da saturação periférica de oxigênio (SatO2).

Tabela 1. Dados hemodinâmicos iniciais da paciente

	1º atendimento	4º atendimento	8º atendimento
Frequência Cardíaca	73 bpm	82 bpm	73 bpm
Pressão Arterial	90x60mmHg	90x70 mmHg	10x70 mmHg
SpO2	96%	98%	97%

SpO2= saturação periférica de oxigênio. bpm = batimentos por minuto. mmHg = milímetros de mercúrio.

Tabela 2. Dados da paciente após os exercícios aeróbicos

	1º atendimento	4º atendimento	8º atendimento
Frequência Cardíaca	101	98	87
Pressão Arterial	170x60mmHg	100x80 mmHg	100x80 mmHg
SpO2	96%	98%	99%

Aeróbicos= mínimo de 30 minutos.

Na Tabela 3 estão as variáveis coletadas após os exercícios resistidos com resultado de melhora na pressão arterial e da frequência cardíaca (FC).

Tabela 3. Dados da paciente após os exercícios resistidos

	1º atendimento	4º atendimento	8º atendimento
Frequência Cardíaca	97 bpm	94 bpm	107 bpm
Pressão Arterial	110x70mmHg	120x60 mmHg	120x80 mmHg
SpO2	98%	99%	98%

Resistido= flexão e abdução de ombro, flexão de cotovelo, flexão e abdução de quadril e extensão de perna.

A Tabela 4 demonstra a sintomatologia apresentada durante o treino ortostático progressivo realizado pela paciente. Nota-se a ausência dos sintomas mesmo com aumento do tempo de ortostase.

Tabela 4. Evolução da sintomatologia apresentada durante o treino ortostático

	1º atendimento	4º atendimento	8º atendimento
Duração do treino	5 minutos	20 minutos	30 minutos
Sintomas	1 e 2	1	0

0= ausência de sintomas. **1**= sudorese. **2**= parestesia.

DISCUSSÃO

Herdy (2011) diz que os exercícios aeróbicos regulares devem ser invariavelmente

recomendados para indivíduos com síncope vasovagal pois são efetivos ao diminuir a sintomatologia que essa condição clínica acarreta. Infelizmente o acervo literário científico é pobre quando se busca sobre o assunto e mesmo internacionalmente ainda muito pouco se discorre ou executa com este diagnóstico clínico.

Em nosso estudo de caso, observamos que os exercícios aeróbicos melhoraram a pressão arterial (PA) e a saturação periférica de oxigênio (SatO2) da paciente em avaliação, provavelmente devido ao aumento do volume sanguíneo e melhora do retorno venoso o que consequentemente aumenta a pressão arterial e a frequência cardíaca.

Quando se descreve o papel dos exercícios resistidos na síncope vasovagal Herdy (2011) ressalta que essa categoria de exercícios gera um efetivo aumento da sensibilidade dos barorreceptores arteriais o que diminui a ocorrência de desmaios causados pela súbita queda pressórica. Para Velten et al. (2019) a possibilidade de melhora da hipotensão pode ser ressaltada com a melhora sintomática já que ao executar o protocolo existe um estímulo clínico sistêmico que pode sustentar a ideia de prevenir o desmaio com a elevação basal da pressão arterial.

O aumento pressórico arterial também pode ser visto em nosso estudo durante a prática dos exercícios físicos resistidos possivelmente graças ao aumento da massa muscular dos membros superiores e inferiores e do volume sanguíneo.

Gregório Júnior (2014), afirma que o treino ortostático é um tipo de exercício provocativo que avalia a suscetibilidade à síncope vasovagal, já que reproduz a hipotensão e bradicardia neuromediadas, responsáveis pela síncope.

O aumento gradual do tempo de treino ortostático até a margem dos 30 minutos e a diminuição da sintomatologia associada à permanência prolongada na posição ortostática, nos demonstrou melhora da sensibilidade barorreflexa e melhora na execução das atividades de vida diária inclusive as laborais/profissionais, resultando numa melhora da qualidade de vida declarada pela paciente em estudo de forma otimista.

Esse resultado pôde ser observado após a aplicabilidade do protocolo de exercícios físicos combinados e supervisionados durante 8 atendimentos de acordo com programação, sem interrupção e rigor na sua execução.

Após seis meses a paciente foi reavaliada pelo médico arritmologista assistente que apontou como fator positivo a melhora do quadro clínico e resposta negativa para os exames específicos do diagnóstico inicial. Isso corrobora com o relato da paciente que reforça a eficácia percebida após a finalização do treino com protocolo.

Gregório Júnior (2014), afirma que a prática de atividade física é considerada a primeira linha de tratamento não-farmacológico para pacientes com síncope vasovagal. Quando associado às respostas do caso em estudo, os frutos de indicação deste protocolo para novos

casos encaminhados foram notórios não só pelo médico assistente deste caso, mas pelos especialistas na área da cardiologia que souberam de tal resultado compartilhado informalmente. Foi possível introduzir o protocolo aqui apresentado como forma de tratamento no serviço de Fisioterapia especializada em Reabilitação Cardiovascular para tratar este diagnóstico ainda tão pouco explorado pela literatura, com pouquíssimos estudos científico na área.

Estimulamos a partir deste estudo de caso, que os espaços de tratamento cardiológico e serviços de fisioterapia cardiovascular possam utilizar-se de tal tratamento como forma de otimização da recuperação condição sintomatológica desagradável e melhora da reinserção laboral e social com qualidade e segurança..

CONCLUSÃO

Neste estudo proposto, utilizamos como estudo piloto um caso clássico de diagnóstico sobre a síncope vasovagal onde a comprovação de seu por exames e sintomatologia clínica evidenciada. Neste período de início do projeto proposto, ainda havia um encaminhamento pequeno gerando uma amostra mínima. Optamos por avaliar o protocolo na forma de estudo de caso e trazendo os resultados encontrados de forma eficaz.

Em nosso estudo, foi satisfatória a resposta do relato de caso possibilitando a observação que a prática de exercícios físicos combinados e supervisionados pode melhorar a pressão arterial, a frequência cardíaca e a sintomatologia de indivíduos com síncope vasovagal desde os primeiros atendimentos. A melhora desses parâmetros pode sim aumentar a capacidade funcional e melhorar inicialmente a qualidade de vida já que interfere de forma positiva nas atividades diárias. Ao diminuir os sintomas que geralmente reclusam esse indivíduo de suas atividades cotidianas e muitas vezes laborais afastando-o do que precisa ou gosta de fazer, encontrar uma saída através da atividade física supervisionada pode ser mais eficiente e prazerosa. A partir da resposta observada, reavaliação clínica favorável do médico assistente e dos benefícios gerados pela aplicação do protocolo, a equipe definiu como propósito dar continuidade ao estudo que vem cada dia mais procurado após diagnóstico diferencial.

Entre as categorias profissionais e avaliação do resultado do trabalho pela equipe, já está sendo percebida a diminuição dos custos de tratamento medicamentoso, redução do afastamento laboral ou escolar pela diminuição ou desaparecimento dos episódios sincopais e incentivo da prática do exercício físico preventivo. Com isso, o que se espera também é um crescente na indicação de pacientes com Síndrome Vasovagal encaminhados para tratar com eficácia este transtorno neurogênico de forma não farmacológica.

REFERÊNCIAS

- ABOIM, Sofia. Narrativas do envelhecimento: ser velho na sociedade contemporânea. *Tempo soc.*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 207-232, jun. 2014.
- AFFELDT, Ângela Beatriz; SILVEIRA, Mariângela Freitas da; BARCELOS, Raquel Siqueira. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. *Revista Epidemiologia e Serviços em Saúde*, Brasília, v. 24, n. 1, p.79-86, jan./mar. 2015.
- ALENCAR, Danielle Lopes de et al. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3533- 3542, ago. 2014.
- BIASUS, Felipe; DEMANTOVA, Aline; CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações sociais do envelhecimento e da sexualidade para pessoas com mais de 50 anos. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p.319-336, jul. 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde (BR), Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. DST no Brasil [Internet]. [acessado 2017 jul 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>
- COELHO, Daniella Nunes de, et al. Percepção de Mulheres Idosas sobre Sexualidade: Implicações de Gênero e no Cuidado de Enfermagem: *Rev. Rene*. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 163-173, out./dez.2010.
- DEBERT, Guita Grin. *A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Fapesp, 1999.
- DORNELAS NETO, Jader et al. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p.3853- 3864, jan. 2015.
- GREGÓRIO JUNIOR, A. A influência do exercício físico nos parâmetros de média e da variabilidade da pressão arterial e nos sintomas dos pacientes com síncope vasovagal. 2014. 50 fls. Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharelado em Educação Física, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2014.
- HERDY, Arthur Haddad. O Papel dos Exercícios na Síndrome Vasovagal. *Rev Derc.*, Santa Catarina, v. 1, n. 17, p.10-10, out. 2011.
- LUTHER, Vera P.; WILKIN, Aimee M.. HIV Infection in Older Adults. *Clinics In Geriatric Medicine*, v. 23, n. 3, p.567-583, ago. 2007.
- MANTOVANI, Efigênia Passarelli; LUCCA, Sérgio Roberto de; NERI, Anita Liberalesso. Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.203-222, fev. 2016.
- Micheline, Lisete Compagno. Regulação da pressão arterial: mecanismos neuro- hormonais. In: Aires MM, organizador. *Fisiologia*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015. p. 571-93.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A.. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- NERI A.L. Atitudes em relação à velhice: questões científicas e políticas. In: Freitas EV, et al, editores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.1316-23.
- OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de; PAZ, Leidijany Costa; MELO, Gislane Ferreira de. Dez anos de

epidemia do HIV- AIDS em maiores de 60 anos no Distrito Federal – Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 16, n. 1, p.9-30, nov. 2013.

POYNTEN, I. Mary; GRULICH, Andrew E.; TEMPLETON, David J. Sexually transmitted infections in older populations. Current Opinion In Infectious Diseases, v. 26, n. 1, p.80-85, fev. 2013.

RODRIGUES, Patrícia Cruz; ANDRADE, Shirley Barros Conceição; FARO, Ana Cristina Mancussi e. ENVELHECIMENTO, SEXUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA: revisão da literatura. Estudo Interdisciplinar Envelhecimento, Porto Alegria, v. 13, n. 2, p.205-220, maio 2008.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 25, n. 4, p.585-593, out./dez. 2008.

VELTEN, Ana Paula Costa et al. Fatores associados à hipotensão ortostática em adultos: estudo ELSA-Brasil. Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 35, n. 8, 2019. e00123718. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00123718>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123718>.

“

Expectativas e percepções das puérperas acerca da vivência do trabalho de parto e parto

Talita Monteiro Gonçalves **Pinto**

ESC

Tiago Caetano **Martins**

ESC

Leonardo dos Santos **Moreira**

FEHIAE

Hercules de Oliveira **Carmo**

EEUSP

RESUMO

Objetivo: analisar às expectativas e às percepções das puérperas acerca da vivência do trabalho de parto e parto em duas cidades no interior dos estados de São Paulo e de Minas Gerais. **Métodos:** estudo de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, realizado em duas Unidades de Saúde da Família (ESF) em distintas cidades, uma localizada no interior do Vale do Paraíba, no estado de São Paulo e a outra, Sul do estado de Minas Gerais, no período de maio a setembro de 2019. As informações das participantes foram identificadas com nomes fictícios, tabuladas nos programas da Microsoft Excel® e Word 2013, e examinada de acordo com a análise temática. **Resultados:** participaram do estudo 30 puérperas, sendo: 15 de São Paulo e 15 de Minas Gerais. A partir dos relatos, observou-se uma fragilização no planejamento familiar, no processo de parturição, aumento de parto cesárea devido a flexibilidade do agendamento para o nascimento e relatos de um parto sem sofrimento e dor. Os achados também apontaram que as puérperas estudadas tiveram a autonomia dificultada, o desejo ofuscado e procedimentos desnecessários realizados. **Conclusão:** faz-se necessário rever determinadas práticas, discutir ações inerentes a assistência humanizada nestes lugares estudados, dialogar a respeito da implementação e reajustes de novos métodos, pois trabalhando com assistência adequada, levará um aumento da expectativa e satisfação durante o trabalho de parto e parto.

Palavras-chave: Gestante; Humanização; Enfermagem; Parto; Assistência.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um evento crucial do ciclo biológico da mulher, devendo-se, portanto, considerá-la um fenômeno natural. Neste contexto, faz-se necessário salientar, que é preciso compreender que, embora ocorram diversas modificações fisiológicas, estas são essências, visto que, participam da manutenção da gestação, do desenvolvimento embrionário e fetal, do parto e, conseqüentemente, do processo de lactação ⁽¹⁾.

O processo de separação placentária mãe e filho no parto interrompem um momento em que ambos eram somente um. Assim, o parto e o nascimento de um filho são considerados um dos acontecimentos mais importantes na vida de uma mulher ⁽²⁾.

Com o decorrer do tempo, ambos têm passado por diversas transformações, uma delas é a transição do parto domiciliar para o parto hospitalar ⁽³⁾. Após essa modificação ocorrida no processo de parir, a mulher passou a sofrer com o declínio da sua autonomia, sendo submetida a procedimentos intervencionistas cada vez mais abusivos, sem os devidos esclarecimentos pelos profissionais, caracterizando assim, uma assistência desumanizada ⁽⁴⁾.

Entre as décadas de setenta e oitenta do século passado, houve uma mobilização internacional no sentido de avaliar a assistência ao parto. Os principais assuntos em pauta discutidos foram: os elevados índices de cesáreas e a excessiva medicalização do processo de parto sem evidências científicas em vários lugares do mundo. Pontos importantes considerando que, há bem pouco tempo o parto era um processo fisiológico ⁽⁵⁾.

Pensando em uma melhor assistência às parturientes, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no Brasil, estabeleceram um novo modelo de assistência obstétrica, no qual caracteriza a mulher como protagonista do processo de parir, valorizando uma assistência mais humanizada, que proporciona um atendimento de qualidade, articulando um acolhimento que já começa logo no pré-natal e vai até o nascimento. Tendo como principal finalidade, garantir uma assistência obstétrica integral à mulher e preservar seus direitos de escolha, sendo o parto realizado com o mínimo de intervenções possíveis, respeitando a fisiologia da mulher e sua autonomia ⁽⁶⁾.

Infelizmente, mesmo com as propostas da OMS e do PHPN, a realidade do parto nos hospitais tem-se tornado cada vez mais intervencionista ⁽⁷⁾. O Brasil é o país que detém a segunda maior taxa de cesáreas no mundo, correspondendo à 55%, perdendo apenas para a República Dominicana, onde a taxa é de 56% ⁽⁸⁾.

O estudo de Navarro (2018) verificou-se que essas taxas chegaram a 52% na rede pública e 88% na suplementar, sendo a grande maioria agendada para 36 a 38 semanas de gestação. Entretanto, este tipo de procedimento tem colocado em maior risco a vida da mãe e do bebê, acarretando significativas complicações tais como: infecções, hemorragias, prematuridade dentre outros ⁽⁹⁾.

Neste contexto, o parto humanizado retoma a ideia que a mulher é protagonista de todo o processo de parturição, e que a intervenção cirúrgica não deveria ser uma escolha trivial, mas sim, utilizada com parcimônia.

À vista disso, humanizar o nascimento é garantir uma assistência respeitosa e de qualidade para o binômio e, entender que o nascimento é um evento social e humano, e não apenas médico ⁽¹⁰⁾. Pois possibilita a mulher liberdade dos movimentos e posições adequadas e confortáveis, bem como, participação ativa durante o trabalho de parto e parto, respeitando-a e permitindo sua autonomia e protagonismo, dentro de suas possibilidades ^(10,11).

A literatura afirma que, ao considerar a humanização relacionada ao parto, alguns cuidados merecem especial consideração, como: o acolhimento e cuidado pela equipe de saúde, o empoderamento da mulher para o trabalho de parto e parto, a inclusão da mulher na tomada de decisões, e a concepção da gravidez e do nascimento como processos saudáveis e fisiológicos ⁽¹²⁾.

O conceito de atenção humanizada do parto, envolve o entendimento de que, ele é um evento no qual a díade (mãe/bebê) são protagonistas em detrimento da equipe de saúde, e que, em um momento de tamanha importância e repleto de significados, deve-se colocar ao lado da mulher e da família, em uma posição de quem escuta e apoia antes da que intervém ⁽¹³⁾.

Diante deste contexto, o objetivo do presente estudo foi: “analisar as expectativas e às percepções das puérperas acerca da vivência do trabalho de parto e parto em duas cidades no interior dos estados de São de Paulo e de Minas Gerais”.

Partindo desta perspectiva, propôs-se a apresentar as expectativas, anseios e vivências a vivência do trabalho de parto e puerpério.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, realizado entre os meses de maio a setembro de 2019.

Aspecto éticos

Inicialmente os serviços públicos de saúde foram contatados e convidados a participar do estudo, nesta ocasião foi apresentado o projeto, os pesquisadores, os objetivos e as perspectivas da pesquisa, além do termo de consentimento livre e esclarecido para caso de aceite e participação.

Após obtenção do consentimento dos serviços, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Teresa D'Ávila e obteve parecer favorável nº3.281.761, em 24 de abril de 2019.

Participantes

Os sujeitos participantes da pesquisa foram puérperas cadastradas em duas Unidades de Saúde da Família, em distintas cidades, uma localizada no Vale do Paraíba no interior do estado de São Paulo, e a outra, no Sul do estado de Minas Gerais, Brasil.

Foram incluídas mulheres com idade a partir de 18 anos, com condições clínicas satisfatórias para responder os questionários, estando ciente e em concordância com a participação na pesquisa. Em contrapartida, foram utilizados como critérios de exclusão puérperas não cadastradas nas unidades no momento da coleta de dados.

Coleta de dados

Para coleta de dados, foi elaborado dois instrumentos, sendo: um questionário para perfil sócio-demográfico, e outro com perguntas estruturadas e semiestruturadas, relacionadas ao processo de parturição.

O processo da coleta de dados ocorreu primeiramente com apresentação do projeto e convite à participação, seguido do consentimento livre e esclarecido da população em estudo.

Na oportunidade também foi explicado quanto ao anonimato, e dos possíveis em participar da pesquisa. Sendo assim, foi salientado que a participação era voluntária, e que poderia não participar da pesquisa ou deixá-la a qualquer tempo, sem nenhum prejuízo ou sanção.

Análise dos dados

As informações das participantes foram identificadas com nomes fictícios, tabuladas nos programas da Microsoft Excel® e Word 2013, e examinada de acordo com a análise temática de Minayo ¹⁴.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 30 participantes, 16 delas (53%) revelaram ser mães solteiras, e assumiram a responsabilidade de ter um filho sem a presença do pai biológico. Em contrapartida, 14 delas (47%) são casadas e dividiram os papéis da gestação e pós-parto com o companheiro. Com relação as faixas etárias dos dois grupos, 16 possuíam idade inferior a 30 anos e 14 acima de 30 anos quando engravidaram. Já em relação a renda familiar, percebeu-se que entre as mulheres pesquisadas a média de salário foi de R\$ 1.000,00.

Quanto ao número de gestação, 17 delas eram primigestas e 13 multigestas. Percebe-se que o número de filhos tem-se mantido linear a literatura, onde as famílias preferem

ter entre um ou dois filhos, sendo que para o serviço paulista a maior proporção foi de um filho (80%) e para o mineiro foi de dois filhos (47%).

Na variável gravidez não planejada, foi possível observar que, no total 63% das participantes, não programaram a gestação, e 37% tiveram planejamento pré- concepção. A gravidez quando não planejada pode acometer vários aspectos da vida de uma mulher, até mesmo no período do pré-natal.

Em seus estudos, Brito (2015), enfatiza que uma mãe que não aceita a gravidez por não estar planejada, pode rejeitar a fazer todos os cuidados referentes ao recém-nascido, tais como: o uso regular das medicações e vitaminas inerentes ao crescimento fetal, pode ingerir substâncias exógenas e drogas que podem levar a um abortamento ¹⁵.

Das 30 puérperas, 25 responderam que tiveram o atendimento pré-natal realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e cinco pela rede particular. Aos serem questionadas sobre o apoio recebido pela família no período gestacional, 29 responderam que obtiveram e, apenas uma não teve nenhum.

Percepção sobre o parto

Quando questionadas quanto o tipo de parto que foram submetidas, 73% puérperas de SP e 60% de MG declararam que foi o parto cesárea, 73% puérperas de SP e 87% de MG revelaram que tinham preferências para um dos tipos de parto, entretanto, a escolha não foi mantida em 47% das puérperas de SP e 47% de MG.

Nota-se, que o tipo de parto ainda continua sendo um desafio cercado de muitos tabus entre as mulheres e os profissionais. Várias são as orientações e incentivos ao parto normal por diversas organizações de saúde materna e infantil, onde enfatizam os benefícios que um parto fisiológico pode contribuir tanto para a mãe, quanto para o bebê ¹⁶.

Quanto aos procedimentos realizados para a preparação do parto normal, as puérperas afirmaram que: 60% foram submetidas à tricotomia, 10% a enema, 60% cardiotocografia, 60% toque vaginal, 10% foi utilizado fórceps, 10% utilização de anestesia, 40% episiotomia, 20% ocorreu manobra de Kristeller e 20% escolheu a posição para o nascimento.

Em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo. Algumas práticas recomendadas nesta lista de classificação incluem: não realizar enema de forma rotineira e tricotomia perineal, bem como realização de cardiotocografia contínua, excesso de exame vaginal digital e pressão manual do útero para “facilitar” o parto ¹⁷.

Quando indagadas sobre a possibilidade de ter a presença do acompanhante durante

o parto, 53% das puérperas de SP e 40% de MG revelaram que não tiveram esta oportunidade. No Brasil, desde abril de 2005 entrou em vigor a Lei ministerial nº 11.108, que garante o direito à presença de acompanhante durante o período integral, desde o trabalho de parto, parto e pós-parto, no Sistema Único de Saúde”

Diante dos achados apontados, percebe-se que as puérperas estudadas tiveram autonomia dificultada, o desejo ofuscado e procedimentos desnecessários realizados. Cabe ressaltar que, compete a equipe de assistência ao parto e nascimento, proporcionar ao binômio uma experiência prazerosa, respeitosa, com apoio moral, física e emocional, valorizando o momento tão importante e esperado na vida dessa mulher e familiares ¹⁶.

Percepção sobre o pós-parto

Na percepção do pós-parto, as puérperas (93% das puérperas de SP e 80% de MG) revelaram que a amamentação da primeira hora foi respeitada. O aleitamento materno é muito importante para o bebê principalmente em seus 6 primeiros meses de vida, o ideal é até os 24 meses mas em alguns casos as mães não conseguem amamentar durante muito tempo ¹⁸.

Já relacionados aos sintomas após o parto, as puérperas afirmaram que: 67% tiveram dor, 10% se sentiram tristes, 17% com sentimento de solidão, 37% com vontade de chorar sem motivo, 37% dificuldades para amamentar, 30% sentiram mudanças repentinas de humor, 30% tiveram sentimentos de conformação de que era assim mesmo estar com um bebê, 23% tiveram perda de apetite, 40% ansiedade e 7% dificuldade de concentração.

A assistência ao parto e nascimento no Brasil tem sofrido diversas mudanças positivas. No entanto, ainda nos deparamos com situações críticas e ao mesmo tempo desafiadoras.

Um parto é um mergulho para dentro de si, um encontro inexorável com as questões mais íntimas e subjetivas nas águas revoltas e escuras do inconsciente. Todavia, é um pulo no oceano de palavras que nos circundam, nos envolvem e nos dão significado¹⁰.

Com o passar do tempo e com o desenvolvimento acelerado da obstetrícia moderna, as mulheres perderam contato com sua capacidade de parir. Praticamente houve um esquecimento de como um parto normal se desenrola ¹⁰. Assim, é de suma importância que a mulher seja empoderada e motivada em todo processo de parturição e isso engloba suas escolhas, desejos e protagonismo.

Por isso, é muito importante que a mulher e familiares sejam bem instruídos sobre todo processo, desde o pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto. Quando questionadas sobre “O que falaram para você sobre o parto normal no pré-natal? ”. As puérperas revelaram que:

“Que iria sentir muita dor, mais era o mais recomendado” (Samanta)

“Que era um parto mais doloroso, mas o mais desejado pelas mulheres” (Rafaela)
“A recuperação era mais rápida” (Renata)
“Um parto bom tanto para mim quanto para o meu filho” (Rita)
“Recuperação mais rápido e menos sofrimento no pós-parto” (Carolina)
“Orientaram que seria mais doloroso, recuperação rápida e um parto no momento certo de nascimento” (Tamires)
“Fazer caminhada e esperar o tempo certo do nascimento” (Tayna)
“Que era bom e melhor” (Silvia) “Não orientaram nada” (Jessica)
“Recuperação melhor” (Thayna)
“Que é o desfecho natural de uma gravidez e mais indicado” (Mara)
“Melhor parto, recuperação rápida” (Juliana)

A preferência do parto normal é pelo fato da recuperação mais rápida, um parto mais saudável e natural para a mãe e o bebê, respeitando a fisiologia do nascimento sem adiantar o período da gestação e trazendo qualquer complicação após o parto e nascimento ¹⁹. No entanto, em muitos casos ocorre o medo da dor, a falta de conhecimento dos programas ofertados pelo SUS, acarretando medo do parto normal, e assim, a mãe prefere não sentir dor e sim, opinar pelo parto cesárea, por não ter o conhecimento da humanização, com o trabalho da diminuição da dor na hora do parto entre outros. E isso corrobora com o aumento cada vez mais da taxa de parto ²⁰. Quando questionadas sobre “O que falaram para você sobre o parto cesárea no pré-natal?”. As puérperas revelaram que:

“Que eu não sentiria dor nenhuma e que seria rápido o parto” (Benadete)
“Que eu tomaria anestesia e teria que ficar de repouso depois” (Joice)
“Não me informaram nada específico só me falaram que o pós-operatório seria ruim e com muita dor” (Natalia)
“Um parto com mais complicações no pós-parto” (Pamela)
“Que seria um parto mais tranquilo e não iria sentir dor” (Maria Helena)
“Que era um parto tranquilo e sem dor” (Ariane)
“A cesaria é indicada quando a gestante tem alguma complicação na hora do parto” (Lucia)
“Cirurgia, que é um risco, recuperação mais demorada” (Claudia)
“Não pode fazer esforço, repouso por mais tempo” (Jessica)
“Só é feito quando é parto de emergência” (Gisiane)
“Somente se não conseguisse ter normal” (Fabricia)
“Dificuldade maior na recuperação” (Daiana)

É importante salientar que as medidas voltadas para a assistência e humanização no momento do parto, contribuem de forma efetiva para minimização da dor, e consequentemente, diminuem as chances de intervenções em todo processo do trabalho de parto e parto²¹. Sendo assim, humanizar a assistência ao parto e nascimento, não é a preconização da via de parto, mas sim, o cuidado, acolhimento e respeito ao momento de um ciclo novo na vida de uma mulher.

CONCLUSÃO

Este estudo se propôs a investigar as percepções da puérpera acerca do trabalho de parto e parto, levando em consideração o contexto em que estavam inseridas, além de verificar o atendimento e garantia dos princípios da humanização do pré e pós-parto.

Os resultados apontaram um aumento de parto cesárea, pela flexibilidade do agendamento para o nascimento e relatos de um parto sem sofrimento e dor, e não pelo fato de ser um parto de emergência, necessitando deste tipo de procedimento.

Evidenciou-se o aumento do não planejamento familiar, com relatos de não ser o momento exato para ampliação familiar naquele exato momento. Na maioria dos casos pelo fato da idade, situação financeira, conjugal, e carreira, e assim adiando planejamentos que seriam realizados antes da gravidez.

Percebeu-se que considerando o modelo de atenção prestada à mulher em trabalho de parto e parto, muito se avançou, porém, é necessário que se faça valer os direitos obtidos por lei, principalmente, do acompanhante no parto, visto que a política de atenção a gestante descreve que o nascimento deve ser compartilhado com alguém de sua preferência, trazendo tranquilidade no parto. Existe ainda, muita falta de informação as parturientes e seus respectivos acompanhantes, quanto aos seus direitos e deveres, e cabe à toda a equipe de assistência ao parto e nascimento este papel.

Um dos achados mais preocupantes, é a diminuição do parto normal, pois muitas mulheres relatam não ser orientadas adequadamente sobre o parto normal no pré-natal e pelas equipes de saúde, desconhecendo os programas e os procedimentos para a humanização do parto, e as novas metodologias utilizadas para a diminuição da dor no momento do nascimento, sem o uso farmacológico.

Em suma, é importante e faz-se necessário discutir sobre as ações pertinentes às práticas de humanização do parto e nascimento nos locais citados deste estudo.

Diante do relatado, conclui-se que, embora exista recomendações e incentivos, bem como, evidências científicas comprovando que a assistência humanizada e de qualidade proporciona melhorias e desfechos positivos, ainda existe a necessidade de capacitação e aprimoramento dos profissionais envolvidos no parto, permitindo uma maior incorporação e

modificação nos serviços de saúde do nosso país.

REFERÊNCIAS

- Briquet R, Guarieto A (atualizador). *Obstetrícia Normal*. 1. Ed. Barueri: Manole; 2011.
- Wrobel LL, Ribeiro STM. A prática do parto humanizado no SUS: estudo comparativo. *Maringa: Acta Sci Health Sci*; 2006 . p. 17-22.
- Oliveira JDG. Atuação do enfermeiro obstetra na assistência à parturiente: percepções do profissional Graduação em Enfermagem - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Santa Cruz; 2015.
- Silva IA, et al. Percepção das puérperas acerca da assistência de enfermagem no parto humanizado. *Rev Uningá*; 2017. p. 37-43.
- Maia, MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2010. p. 189.
- Pavanatto A, Alves LMS. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras. *Rev Enferm UFSM*; 2014.
- Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca FIOCRUZ. Projeto Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento; 2014.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 56 recomendações para tentar diminuir as cesáreas, 2018. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas>. Acesso em: 20 de julho 2020.
- Ramagnolo AN, et al. Realidade obstétrica do Brasil. *Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*; 2018.
- Balaskas J. *Parto Ativo: guia prático para o parto normal*. 3. Ed. São Paulo: Aquariana/Ground; 2015.
- Pereira ALF. Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro. *Rev Mineira de Enfermagem*. Belo Horizonte; 2006. p. 233-239.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF; 2001.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.
- Brito CNO, et al. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. São Paulo: *Rev Saúde Pública*; 2015. p. 33-49.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.
- Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria

de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília; 2017. 51 p.: il.

WHO. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018.

Lamônaco AFS, Sant’Anna LR, Borges MS. Aleitamento Materno e Qualidade de Vida. Saúde da Mulher: qualidade de vida, prevenção, tratamento e cura. Rosalinda Asenjo Lopes Berti (Org.). Uberlândia: Assis; 2017.

Melchiori LE, et al; Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. Interação em Psicologia. Curitiba; 2009.

Telisetal SMP. Uso de medicamentos na internação para o parto: coorte de nascimentos de Pelotas. São Paulo: Rev. Saúde Pública; 2015. p. 51-53.

Moreira LS, Ballesteros, KB, Jacob, LMS, Silveira, C. Uso de métodos não farmacológicos no controle da dor no trabalho de parto e parto: revisão integrativa. Jaguariúna: Rev Intellectus; 2017. p. 98-108.

“

Fatores que influenciam na qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca: revisão integrativa

Francisco José do **Nascimento Júnior**
FAMETRO

Antonia Edilene Correia de **Sousa**
FAMETRO

Antonielle Carneiro **Gomes**
UVA

Álvaro Farias Nepomuceno **Carneiro**
UECE

Andréa Luiza Ferreira **Matias**
ESTÁCIO

Cristianne Kércia da Silva **Barro**
UNIFOR

Herlenia da Penha Oliveira **Cavalcante**
UNIFOR

Ismênia Maria Marques **Moreira**
UECE

Nathalie Barreto Saraiva **Vilar**
UNIFOR

Verilanda Sousa **Lima**
UNIFESP

RESUMO

Este estudo objetivou analisar a produção científica de enfermagem sobre a insuficiência cardíaca, no período de 2005 a 2015. Trata-se de uma revisão integrativa que usou como descritores: enfermagem, insuficiência cardíaca e qualidade de vida dos pacientes. Foram considerados apenas artigos escritos em português, disponíveis na íntegra nas bases de dados LILACS e SCIELO. A busca bibliográfica ocorreu entre dezembro de 2015 e janeiro de 2016. Foram selecionadas seis publicações, todas da base de dados SCIELO, com uma predominância de estudos que abordam em sua temática fatores que possam influenciar a qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. Encontrou-se que os fatores que influenciam na qualidade de vida do paciente com insuficiência cardíaca envolvem: a presença dos diagnósticos de enfermagem Débito Cardíaco Diminuído e Volume de Líquidos Excessivo foram inferidos de acordo com os sinais e sintomas identificados nessa população e devem ser prioritários na elaboração do plano assistencial para essa clientela, a falta de acompanhamento domiciliar, os hábitos do sono, o não acompanhamento do paciente com instrumentos específicos, a falta de implementação de estratégias de educação em saúde, a falta de adesão no controle do peso para minimizar complicações e favorecer à promoção da saúde. O enfermeiro como um educador em saúde deve favorecer para o incentivo desses pacientes para a prática de comportamento saudável para direcionar a uma maior qualidade de vida, visto que são pacientes com grande número de reinternações hospitalares o que compromete sensivelmente sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca; Qualidade de Vida; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é a incapacidade do coração de bombear sangue em quantidade suficiente para satisfazer as necessidades de oxigênio e nutrientes dos tecidos.

A IC pode ser aguda, tendo início rápido ou mudança clínica de sinais e sintomas, resultando na necessidade urgente de terapia. A IC aguda ou insuficiência cardíaca congestiva (ICC) pode ocorrer pelo agravamento de uma IC pré-existente, podendo levar a uma IC crônica descompensada (SMELTZER; BARE, 2011).

Estudos de prevalência estimam que 23 milhões de pessoas no mundo tenham IC e que dois milhões de novos casos são diagnosticados anualmente. O aumento na incidência de IC está relacionado aos avanços terapêuticos no tratamento do infarto agudo do miocárdio, da hipertensão arterial e mesmo da IC, o que ocasiona maior sobrevida e, consequentemente, aumento da prevalência e de internações hospitalares por essa síndrome, gerando altos custos para países cuja população idosa é crescente. Por isso, a IC é reconhecida na atualidade como um importante problema de saúde pública (SBC, 2012).

Há no Brasil cerca de dois milhões de pacientes com IC, sendo diagnosticados 240 mil casos por ano. Dados da Fundação Seade revelam que, em 2006, a IC ou etiologias associadas com IC foram responsáveis por (6,3%) dos óbitos no Estado de São Paulo. Em (42%) dos casos, não foi possível determinar a etiologia, sendo observada cardiomiopatia em (23%) destes, hipertensão arterial em (14%), doença isquêmica em (9%), doença de Chagas em (8%), choque cardiogênico em (1%), doença pericárdica em (0,04%), amiloidose em (0,1%), doença de Chagas aguda em (0,006%), e outras cardiopatias em (3%) (SBC, 2012).

Sabe-se que não existe uma causa única para a IC, no entanto, existem fatores que aumentam a probabilidade de sua ocorrência, denominados fatores de risco cardiovascular. Os principais fatores de risco são a hipertensão arterial, a dislipidemia, o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade, a hereditariedade e o estresse (SMELTZER; BARE, 2011).

No último censo (2010), observou-se um crescimento da população idosa no Brasil e, portanto, um potencial crescimento de pacientes em risco ou portadores de IC. As projeções indicam que, em 2025, o Brasil terá a sexta maior população de idosos, aproximadamente, 30 milhões de pessoas (15% da população total). Isso deve resultar na multiplicação dos casos de IC e dos gastos com essa síndrome (SBC, 2012).

A IC não progride de forma lenta, ao contrario, segue uma série de etapas abruptas de piora, que evoluem até a descompensação aguda. Entretanto, quando as condições precipitantes são controladas e o tratamento é intensificado, os pacientes podem permanecer estáveis por meses ou anos.

O tratamento é uma das principais dificuldades desses pacientes, pois muitos não conseguem ter uma boa adesão. O tratamento acontece em períodos de curto e longo prazo.

Em curto prazo o objetivo é melhorar a hemodinâmica e aliviar os sintomas. Em longo prazo, o intuito é contribuir para melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevida do paciente, retardando, interrompendo ou revertendo à progressão da disfunção ventricular (BOCHI, 2009).

O tratamento farmacológico evoluiu significativamente nos últimos anos, porém, ainda não é totalmente satisfatório. A Reabilitação Cardíaca (RC), uma forma de tratamento não farmacológico baseada principalmente em exercícios físicos, tem mostrado inúmeros benefícios sobre a morbimortalidade e qualidade de vida em indivíduos com IC (SBC, 2012).

A quebra de paradigma na abordagem da IC tem demonstrado que o tratamento não farmacológico deixa de ser um simples complemento da farmacoterapia, tornando-se parte integrante e indispensável da terapêutica desta complexa síndrome, o que justifica o desenvolvimento de clínicas e programas de apoio aos pacientes com IC. A não adoção destas medidas coloca em risco a eficácia do tratamento (SBC, 2009).

A IC e seu tratamento podem ocasionar impactos negativos na qualidade de vida dos pacientes, afetando potencialmente o estado de saúde física e mental, as capacidades funcionais, o bem-estar geral, a vitalidade, a interação social e a satisfação do paciente. Conhecer os efeitos da IC, sobre cada um desses aspectos, possibilita planejar e implementar ações de enfermagem voltadas às estratégias de promoção e recuperação da saúde, resultando na melhora da qualidade de vida (ALMEIDA, 2005).

Nesse contexto, enfatiza-se que o apoio e o tratamento dessa doença têm feito da ação do enfermeiro um destaque nos últimos tempos. A inserção de enfermeiros em um ambiente que permite a prática profissional voltada para o cuidado sistematizado e assim podendo reduzir o impacto negativo dos desfechos cardiovasculares mediante suas complicações (ALMEIDA, 2005).

A base profissional da clínica de IC é constituída por médico cardiologista e enfermeira. A enfermeira coordena a rápida resposta às múltiplas solicitações e serviços para os outros membros da equipe tais como orientação psicológica, nutricional, social, farmacológica, assim como a educação do paciente/família e monitoramento contínuo destas ações. O monitoramento da aderência, complicações e sinais e sintomas de piora da IC são realizados pela enfermeira por meio de contatos telefônicos e visitas domiciliares. É também responsabilidade da enfermeira orientar sobre a necessidade de ajuste da dose de diuréticos (SBC, 2009).

Optou-se por fazer uma revisão integrativa, para entender melhor os fatores que influenciam na qualidade de vida desses pacientes. A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O interesse pela temática surgiu enquanto enfermeira de um hospital com pacientes cardiopatas. Percebendo-se o quanto a qualidade de vida desses pacientes estava comprometida, instigou-se para identificar quais os aspectos mais abordados nos estudos de enfermagem acerca dessa temática.

Espera-se que o estudo possa contribuir para a prática dos enfermeiros que atuam na cardiologia, pois os pacientes com IC necessitam de atenção e de orientação, para uma melhor adesão ao tratamento e reconhecimento da doença, melhorando sua qualidade de vida.

OBJETIVO

- Analisar a produção científica de enfermagem acerca dos fatores que interferem na qualidade de vida do paciente com insuficiência cardíaca.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, estudo que faz um aparato na literatura de produções. É a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado (WHITTEMORE, 2008).

Para a elaboração da presente revisão integrativa, as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento de uma questão inicial; levantamento bibliográfico; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos trabalhos encontrados (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; análise dos resultados encontrados; apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para guiar a pesquisa, formulou-se a seguinte questão: qual a produção de enfermagem acerca dos fatores que influenciam na qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca?

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consultas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), acessadas através do acervo da Biblioteca Virtual de Saúde - Enfermagem (BVS Enfermagem), sendo os descritores selecionados: insuficiência cardíaca, qualidade de vida e enfermagem.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos indexados nas bases de dados LILACS e SCIELO, disponíveis eletronicamente na íntegra, publicados em língua portuguesa, no período de 2010 a 2015. Foram excluídas as publicações repetidas entre as bases de dados, referentes a resumos de congressos, anais de eventos, editoriais, cartas ao editor, comentários, artigos de reflexões e opiniões, estudos de caso, relatos de experiência, monografias,

dissertações e teses. A busca ocorreu nos meses de dezembro de 2015 e janeiro de 2016. Os estudos selecionados foram fichados, com base na proposta de Ursi (2005) (ANEXO).

RESULTADOS

Utilizando a metodologia de pesquisa descrita anteriormente, foram identificados 84 artigos nas diferentes bases de dados, dos quais, 39 encontravam-se fora do período de publicação estipulado ou não estavam disponíveis eletronicamente, 27 foram rejeitados por serem relacionados a outros contextos e 12 estavam duplicados, sendo utilizados 6 artigos nessa revisão integrativa.

Os artigos selecionados para a revisão integrativa foram realizados nos estados do Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais e Maranhão. Os temas abordados foram: identificação de diagnósticos prioritários; consenso de diagnósticos; fatores que afetam a qualidade do sono; qualidade de vida após cirurgia cardíaca; benefícios de visitas domiciliares; e adesão ao tratamento não medicamentoso.

Todos os artigos selecionados para a revisão foram encontrados na base de dados SCIELO, sendo 5 estudos qualitativos e 1 revisão sistemática da literatura. Os trabalhos foram escritos por enfermeiras brasileiras, a maioria com nível de mestrado ou doutorado. Os artigos que apresentaram estudos qualitativos foram desenvolvidos com pacientes com IC, atendidos em hospitais públicos especializados em cardiologia. O Quadro 1 apresenta a distribuição e a síntese dos estudos selecionados.

Dos artigos selecionados para a revisão integrativa, os dois primeiros analisaram diagnósticos de pacientes com IC (ALITI et al., 2011; AZZOLIN et al., 2012), outros dois estudaram fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes (SANTOS et al., 2012; SILVA et al., 2012) e os dois últimos estudaram os efeitos do tratamento não medicamentoso (MUSSI et al., 2013; SACCOMANN et al. 2014). Os artigos foram sintetizados em título, revista, ano, delineamento do estudo, objetivos, resultados e conclusões, no quadro a seguir:

Quadro 1. Apresentação da síntese dos artigos selecionados na base de dados SCIELO. Fortaleza – 2015.

Titulo	Revista/Ano/Delineamento do estudo	Objetivos	Resultados	Conclusões
Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários.	Revista Gaúcha de Enfermagem/ 2011 / Estudo qualitativo.	Identificar os sinais e sintomas de pacientes admitidos por insuficiência cardíaca descompensada, visando inferir os possíveis diagnósticos de enfermagem prioritários para esses pacientes.	Dos pacientes analisados, 91,4% apresentaram dispnéia, 55,4% ortopnéia, 87,5% dispnéia paroxística noturna, 67,3% cansaço, 63,7% edema e 28,7% distensão da veia jugular. A partir do levantamento das características definidoras foi possível identificar os seguintes diagnósticos de enfermagem na população estudada: Débito Cardíaco Diminuído, Volume de Líquidos Excessivo e Padrão Respiratório Ineficaz.	Os diagnósticos de enfermagem de Débito Cardíaco Diminuído e Volume de Líquidos Excessivo foram inferidos de acordo com os sinais e sintomas identificados nessa população, o que reforça a escolha desses de como prioritários na assistência de pacientes com IC descompensada.
Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio.	Revista Gaúcha de Enfermagem/ 2012/ Estudo qualitativo	Selecionar diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados propostos na ligação NANDA-I/NOC/NIC, adequados para o cuidadomiciliar de pacientes com IC.	Os resultados deste estudo em consenso apontaram um total de seis diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, 11 intervenções com 88 atividades NIC e sete resultados com 38 indicadores NOC. Essas ligações foram utilizadas para compor um protocolo de cuidado para pacientes com IC em acompanhamento domiciliar	Este estudo obteve consenso na elaboração de um protocolo a ser implementado na prática clínica domiciliar, de acordo com as ligações descritas entre NANDA-I, NOC e NIC. A aplicação deste protocolo na prática clínica permite avaliar, com maior cientificidade, a efetividade das intervenções de enfermagem para os DEs, de acordo com a mensuração dos resultados de enfermagem
Dificuldades do sono relatadas por pacientes com insuficiência cardíaca.	Revista Latino- Americana de Enfermagem/ 2012 / Estudo qualitativo	Este estudo teve o objetivo de descrever os relatos dos pacientes sobre os fatores que causam dificuldades para dormir e a associação desses fatores com a qualidade do sono.	Dos 400 pacientes entrevistados, 274 (68,5%) foram classificados como mau dormidores e 150 (37,5%) referiram problemas de sonolência diurna e distúrbios durante o dia. A média de duração diária do sono foi de 6 horas. O tempo médio de latência do sono foi de 42 minutos. A média da eficiência do sono foi de 72%.	Estratégias de promoção e de controle dos distúrbios do sono são de extrema importância no esquema complexo que envolve o tratamento de pacientes com IC, podendo melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca: revisão sistemática.	Journal of Management and Primary Health Care/2012/Revisão sistemática.	Realizar um levantamento sobre instrumentos de qualidade de vida em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas.	Dois estudos utilizaram exclusivamente esse instrumento; dois o associaram à Classificação Funcional da New York Heart Association (NYHAC) e dois o associaram à Classificação Funcional da Canadian Cardiovascular Society (CCSC). Em três estudos (22%) foi utilizada somente a classificação funcional da NYHA, e em dois (14%) foi utilizado o Duke Activity Status Index (DASI). Os demais estudos (21%) utilizaram o Nottingham Health Profile (NHP), o Seattle Angina Questionnaire (SAQ), uma adaptação da Escala de Flanagan e avaliação por observação.	Os estudos descreveram melhoria da qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. A qualidade de vida é um aspecto importante a ser avaliado, devendo ser mensurada com instrumentos validados e confiáveis.
Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I.	Revista Latino-Americana de Enfermagem/ 2013/Estudo qualitativo.	Verificar o efeito de uma intervenção educativa de enfermagem combinada, caracterizada por visita domiciliar e contato telefônico, em pacientes com internação recente por insuficiência cardíaca descompensada, no conhecimento da doença, nas habilidades para o auto cuidado e na adesão ao tratamento, comparado ao acompanhamento convencional de pacientes no período de seis meses.	O HELEN-I é o primeiro ECR desenvolvido no Brasil que mostrou melhora no conhecimento sobre a doença, nas habilidades para o auto cuidado e na adesão ao tratamento em pacientes internados por ICD que receberam acompanhamento por meio de VD, após a alta, durante seis meses, comparados a pacientes que não receberam essa intervenção.	A abordagem de VD com reforço de orientações por telefone, durante um seguimento de seis meses, para pacientes com IC que tiveram internação recente por descompensação, resultou em melhora do conhecimento sobre a doença, mais habilidades para desempenhar o auto cuidado e mais adesão. Esses resultados indicam que essa estratégia merece ser implementada no Brasil, visando-se evitar internações não planejadas.

Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca.	Revista da Escola de Enfermagem da USP/2014/ Estudo qualitativo.	Avaliar as crenças relativas aos benefícios e às barreiras para a adesão ao automonitoramento diário do peso/edema em pacientes com insuficiência cardíaca e verificar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas sobre essas crenças.	Em síntese, os programas de educação em saúde que utilizam estratégias para identificar os benefícios e as barreiras para o autocuidado contribuem para a compreensão de que a verificação de peso diário e edema (medidas de fácil obtenção) pode alertar o paciente para os sinais de descompensação da IC e evitar a hospitalização. Essa medida traz uma contribuição relevante para a qualidade de vida desses pacientes.	Permanece como desafio a implementação de estratégias direcionadas à diminuição das barreiras, bem como ao aumento dos benefícios do automonitoramento de peso e edema. Abordagens educativas que envolvam o paciente e a família no autocuidado, permitindo expor suas barreiras, dúvidas e experiências, podem constituir medida importante para minimizar a não adesão.

DISCUSSÃO

Aliati *et al.* (2011) realizaram um estudo transversal com objetivo de identificar os sinais e sintomas de pacientes admitidos por insuficiência cardíaca (IC) descompensada, visando inferir os diagnósticos de enfermagem (DE) prioritários.

O estudo foi realizado no hospital universitário de Porto Alegre, referência no atendimento de pacientes com IC. Foram incluídos pacientes adultos com IC, em classes funcionais III e IV, conforme classificação da New York Heart Association (NYHA). A amostragem do estudo se deu por conveniência, sendo excluídos pacientes com IC após infarto agudo do miocárdio; nos três meses prévios à internação; com IC secundária a um quadro de sepse; submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, nos 30 dias prévios à internação; e com sequelas cognitivas.

As características avaliadas no estudo foram sexo, renda, escolaridade, cor, classe funcional e etiologia da insuficiência cardíaca, assim como fração de ejeção do ventrículo esquerdo. Foram questionados os motivos da internação, o número de vezes que internou, se realiza tratamento específico. Por fim, as enfermeiras avaliaram os principais sinais e sintomas apresentados no momento da admissão hospitalar.

Aliti *et al.* (2011) incluíram em sua pesquisa 303 pacientes, onde 290 (95,7%) encontravam-se em unidades de emergência. A maioria dos pacientes (69,0%) esteve internada por IC descompensada no último ano. Dos casos reincidentes, 32,0% foram internados pelo menos três vezes, 13,5% internaram-se mais do que cinco vezes e 86,1% realizaram ou realizam tratamento para tal problema.

Os principais sinais e sintomas identificados no momento da internação foram dispneia, cansaço, edema de membros inferiores, Dispneia Paroxística Noturna (DPN), ortopneia e distensão da veia jugular. A partir do levantamento dessas características foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem na população estudada: Débito Cardíaco Diminuído, Volume de Líquidos Excessivo e Padrão Respiratório Ineficaz.

Aliti *et al.* (2011) encontraram estudos de validação clínica de diagnósticos de enfermagem na IC descompensada (BARTH *et al.* 2010, 2011), reforçando a interpretação de que os resultados obtidos pelos autores sejam relevantes e consistentes para inferir que os diagnósticos de enfermagem prioritários para os pacientes admitidos com IC descompensada sejam Volume de Líquidos Excessivo e Débito Cardíaco Diminuído.

A partir dos resultados obtidos e do levantamento bibliográfico feito, Aliti *et al.* (2011) concluíram que os diagnósticos de enfermagem Débito Cardíaco Diminuído e Volume de Líquidos Excessivo foram inferidos de acordo com os sinais e sintomas identificados na população estudada, o que reforça a escolha desses DE como prioritários na assistência de pacientes com IC descompensada.

Azzolin *et al.* (2012) apresentaram um estudo de consenso realizado por seis enfermeiras especialistas em cardiologia. As pesquisadoras selecionaram, em consenso, os diagnósticos de enfermagem, as intervenções e os resultados, tendo por base a ligação proposta entre eles pelas classificações NANDA-I/NIC/NOC, com a finalidade de compor um protocolo de cuidado a pacientes com IC atendidos em visitas domiciliares realizadas por enfermeiras.

Os 7 diagnósticos de enfermagem selecionados foram: disposição para Controle Aumentado do Regime Terapêutico, Autocontrole Ineficaz da Saúde, Controle Familiar Ineficaz da Saúde, Volume de Líquidos Excessivo, Risco para Desequilíbrio de Líquidos e Fadiga.

As 11 intervenções selecionadas foram: Aconselhamento Nutricional, Assistência na Automodificação, Consulta por Telefone, Controle de Energia, Educação para a Saúde, Ensino: Medicamentos Prescritos, Ensino: Processo de Doença, Mobilização Familiar, Modificação do Comportamento, Monitoração Hídrica, Promoção do Envolvimento Familiar. Por fim, foram selecionadas 7 atividades: Conhecimento: medicação, Conhecimento: regime de tratamento, , Conservação de energia, Controle dos sintomas, Equilíbrio hídrico, Participação familiar no cuidado profissional, Tolerância à atividade.

Os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem apresentados neste estudo foram utilizados para elaborar um protocolo de atendimento a indivíduos portadores de IC (Quadro 2), no qual a avaliação não só do paciente, mas também das suas condições de vida e do seu cotidiano foram consideradas. Para tanto, a visita domiciliar foi considerada uma estratégia fundamental, que proporciona a consolidação e a operacionalização da prática profissional de enfermagem, de acordo com o modelo de atenção à saúde proposto

pelo Sistema Único de Saúde.

Quadro 1. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem selecionados por consenso de especialistas para o cuidado domiciliar do paciente com insuficiência cardíaca. Fortaleza – 2015.

Diagnósticos (NANDA-I)	Intervenções (NIC)	Resultados (NOC)
Disposição para aumentado do Regime Terapêutico	Educação para a Saúde	Conhecimento: regime de tratamento
Autocontrole Ineficaz da Saúde	Assistência na Automodificação	Conhecimento: regime de tratamento
	Modificação do Comportamento	Controle de Sintomas
	Consulta por Telefone	
	Aconselhamento Nutricional	
	Ensino: Medicamentos Prescritos	
	Ensino: Processo de Doença	
Controle Familiar Inefi- caz da Saúde	Promoção Familiar do Envolvimento	Participação familiar no cuidado profissional
	Mobilização Familiar	Conhecimento: regime de tratamento*
Volume de Líquidos Excessivo	Monitoração Hídrica	Equilíbrio Hídrico
Risco para Desequilíbrio de Líquidos		Conhecimento: medicação
Fadiga	Controle de Energia	Tolêrancia à atividade
		Conservação de energia

As autoras concluíram que o protocolo elaborado no estudo pode ser implementado na prática clínica domiciliar e que a sua aplicação possibilitará avaliar com maior cientificidade a efetividade as intervenções de enfermagem para os DE, de acordo com a mensuração dos resultados de enfermagem.

Santos et al. (2012) apresentaram um estudo transversal descrevendo relatos de pacientes com IC sobre os fatores que causam dificuldades para adormecer e a associação desses fatores com a qualidade do sono. O estudo foi realizado com amostragem por conveniência, incluindo 400 pacientes em acompanhamento ambulatorial de IC, em um hospital público especializado em cardiologia, na cidade de São Paulo. Foram excluídos do estudo os portadores de doenças oncológicas e infecciosas, com repercussão no estado geral; diabetes mellitus ou tireoidianas, sem tratamento; pacientes em pós-operatório recente (menos de 6 meses) de qualquer intervenção cirúrgica; e aqueles que já tinham sido submetidos ao transplante cardíaco.

Os 400 pacientes que participaram do estudo tinham idade entre 21 e 89 anos (idade média de 57,8 anos); 64,8% eram do sexo masculino, e 69,8% declararam conviver maritalmente; a escolaridade variou de 0 a 18 anos, com média de 6,1 anos de estudo (dp=3,9); 50,8% eram aposentados; 20% estavam desempregados e 9,8% afastados com auxílio-do-

ença. Em relação à classe funcional da IC, houve predomínio da classe funcional II (50,5%), seguida da classe funcional III (32,0%), classe funcional I (14,8%) e, finalmente, classe funcional IV (2,8%). As miocardiopatias de diversas etiologias representaram os diagnósticos médicos mais frequentes (97,8%).

Do total, 274 pacientes (68,5%/IC95% 0,64/0,73) foram classificados como maus dormidores. A média de duração diária do sono foi de 6 horas. O tempo médio de latência do sono foi de 42 minutos. A eficiência do sono foi calculada pela porcentagem do total de horas de sono dividido pelo total de horas gastas na cama. A média da eficiência do sono foi de 72%. Quanto ao uso de medicamentos para dormir, 89,5% dos pacientes relataram não usar qualquer medicamento para dormir e 7% relataram usar medicamento para dormir em pelo menos 3 dias por semana. No que se refere à sonolência diurna e distúrbios durante o dia, 150 participantes (37,5%) referiram problemas dessa natureza.

A nictúria foi o relato de dificuldade mais frequente para o total dos participantes do estudo (72,2%). Entre os “maus dormidores”, a nictúria, junto com o relato de não conseguir dormir em 30 minutos, foi o segundo relato mais frequente (77,7%). No que diz respeito à interrupção do sono durante a noite, 80% dos participantes reportaram essa dificuldade.

Os autores concluíram que as dificuldades no sono dos pacientes com IC são diversas e existe associação entre essas dificuldades e a qualidade do sono. Esses distúrbios, em sua maioria, são passíveis de intervenção do profissional de Enfermagem. Para tanto, é preciso detectar precocemente esses problemas, visando-se adotar medidas que possam controlar tais distúrbios e, assim, possam trazer benefícios aos pacientes.

Os autores ressaltam ainda que, ao trabalhar com pacientes de IC, que têm uma condição crônica e instável, o enfermeiro deve ensinar-lhes habilidades que promovam o autocuidado, bem como incentivar a adesão ao tratamento. Quando as condições da doença estão sob controle e o paciente tem boa percepção sobre seu estado, a qualidade de sono pode ser melhorada.

Silva et al. (2012) apresentaram uma revisão sistemática, de caráter exploratório e qualitativo, sobre instrumentos de qualidade de vida em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas. A coleta de dados foi feita nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO, incluindo artigos que abordaram a temática de qualidade de vida de pacientes em pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas, produzidos entre 2000 e 2010.

A revisão incluiu um total de 15 artigos realizados em hospitais de referência para cirurgia cardíaca. Houve uma predominância de estudos realizados no Brasil (10), com maior concentração dos estudos nas regiões do eixo Sul-Sudeste, escassez na região Nordeste e ausência nas regiões Norte e Centro-Oeste. Foi observada uma predominância de homens, com amostras heterogêneas. Apenas um estudo não explicitou dados relativos ao sexo.

Silva et al. (2012) encontraram diversos estudos fazendo referência ao termo qualidade de vida, entretanto, poucos utilizaram instrumentos para avaliá-la. Isto pode estar associado à popularização do termo, cada vez mais incorporado não só à linguagem dos diversos ramos da ciência, mas também ao vocabulário cotidiano.

Para Silva et al. (2012), na maioria dos estudos analisados, os instrumentos avaliativos utilizados apontaram uma melhora significativa da qualidade de vida dos pacientes após as intervenções cirúrgicas, com domínios na média superior. Entretanto, em alguns estudos a qualidade de vida foi avaliada unicamente no pós-operatório. Para afirmar de maneira segura que a qualidade de vida melhorou após a terapêutica adotada, faz-se necessária uma avaliação adequada e no mesmo nível em pré e pós-operatório.

Silva et al. (2012) finalizam afirmando que, para analisar a qualidade de vida na cirurgia cardíaca, os pesquisadores devem utilizar instrumentos de avaliação da qualidade de vida mais confiáveis, responsivos e culturalmente adaptados. Podem-se observar modificações na qualidade de vida da sociedade, entretanto, ainda se tem muito a ser estudado. Compreender todo esse contexto, observando não apenas as condições clínicas, pode proporcionar melhores perspectivas no modo de pensar e atuar em saúde, modificando a maneira de se relacionar com os pacientes, atentando para suas necessidades específicas e para promoção do seu bem-estar.

Mussi et al. (2013) apresentaram um estudo sobre o efeito de uma intervenção educativa de enfermagem em pacientes com internação recente por insuficiência cardíaca descompensada, caracterizada por visita domiciliar (VD) e contato telefônico. O estudo utilizou dois grupos de pacientes, o primeiro recebeu a intervenção educativa (GI) e o segundo, o grupo controle (GC), recebeu o acompanhamento convencional. Foi feito um levantamento com os pacientes sobre o conhecimento da doença, as habilidades para o autocuidado e a adesão ao tratamento e os resultados dos dois grupos foram comparados, para verificar a influência da intervenção.

O artigo apresenta um ensaio clínico randomizado (ECR), denominado Home Based Intervention Led by Nurse in Brazil (HELEN-I), registrado no Clinical Trials com o número NCT-01213862, cego para avaliação dos desfechos. Os ECR foram conduzidos em dois centros de referência para o tratamento de pacientes com IC, na região metropolitana de Porto Alegre, aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa de ambas as instituições: 09-111 e 4339-09. A randomização foi por sequência simples, gerada por computador. Um profissional externo ao grupo de pesquisa foi o responsável pela lista gerada para alocação dos pacientes.

O estudo incluiu pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico de IC com disfunção sistólica (fração de ejeção menor ou igual a 45%), interna-

dos por descompensação da doença. Foram excluídos aqueles que apresentaram barreiras de comunicação, diagnóstico de IC aguda secundária à sepse, miocardite, infarto agudo do miocárdio, que residissem a distância maior que 20 km das instituições ou que não tivessem possibilidade de contato telefônico. Os pacientes internados foram localizados nas unidades de internação clínica e nas emergências, por meio de busca ativa durante visitas diárias a essas unidades, pela equipe do estudo.

O grupo-intervenção (GI) recebeu acompanhamento sistemático de enfermeiros com especialidade no cuidado a pacientes com IC por meio de VD no 10º, 30º, 60º e 120º dias após a alta hospitalar, conforme protocolo, em um período de seis meses, totalizando quatro VD, intercaladas por quatro contatos telefônicos para reforço das orientações.

Durante a visita, o paciente e o acompanhante (quando presentes) foram orientados sobre a doença, o uso regular das medicações e seus efeitos, ações de cuidados não farmacológicos, como controle do peso, restrição hidrossalina, prática de atividade física, vacinação anual, bem como esclarecimentos de dúvidas dos pacientes e seus familiares. Durante essa visita, a equipe também reforçava que o paciente e acompanhante observassem oscilações como aumento de peso igual ou maior que 2 kg em uma semana, piora da dispneia aos esforços ou piora da tosse. Essas observações tinham o objetivo de ensinar os pacientes a implementar ações de autocuidado, como restrição mais acentuada de líquidos ou sal ou contato com serviço de saúde precocemente. Os contatos telefônicos foram realizados com intervalos entre 15 e 30 dias, após as VDs.

O grupo-controle (GC) manteve acompanhamento convencional nas instituições de origem, que poderia incluir consulta ambulatorial ou não. Ao final de seis meses de acompanhamento, os pacientes de ambos os grupos foram avaliados nas instituições hospitalares de referência.

Os enfermeiros intervencionistas eram cegos para o grupo de alocação dos pacientes até que todos os instrumentos no período basal fossem preenchidos. As avaliações finais de todos os pacientes e desfechos foram realizados por enfermeiro cego para o grupo em que o paciente havia sido alocado.

No período de realização do estudo, 1452 pacientes potencialmente elegíveis foram admitidos por ICD nas duas instituições de referência em estudo. Desses, 1242 foram excluídos e 10 desistiram. Foram randomizados 200 pacientes, sendo 101 para o GI e 99 para o GC. Durante o seguimento, foram observados 12 óbitos no GI e 18 óbitos no GC. Ao final do seguimento de seis meses, 151 pacientes completaram o estudo e foram analisados.

Os autores concluíram que a abordagem de VD com reforço de orientações por telefone, durante um seguimento de seis meses, para pacientes com IC que tiveram internação recente por descompensação, resultou em melhora do conhecimento sobre a doença, mais

habilidades para desempenhar o autocuidado e mais adesão ao tratamento.

Esses resultados indicam que essa estratégia merece ser implementada no Brasil, visando-se evitar internações não planejada.

Saccomann *et al.* (2014) apresentaram um artigo sobre as crenças relativas aos benefícios e às barreiras para a adesão ao automonitoramento diário do peso/edema em pacientes com insuficiência cardíaca e verificar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas sobre essas crenças.

O estudo teve uma amostra de 105 pacientes com IC que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: seguimento ambulatorial há pelo menos três meses (período mínimo necessário para a realização dos exames de caracterização clínica); uso contínuo de diuréticos e capacidade de compreensão; e comunicação. Foram excluídos os pacientes com distúrbios psiquiátricos e aqueles com história recente de eventos cardiovasculares agudos (infarto do miocárdio ou angina instável nos três meses que antecederam a coleta de dados).

Os pacientes entrevistados foram predominantemente brancos, com média de idade de 66,1 anos. A maioria era casada ou vivia em união consensual (66,7%), aposentada (75,2%), com até quatro anos de estudo (79,0%), e renda familiar mensal inferior a dois salários mínimos (82,9%). A etiologia mais evidenciada foi a hipertensiva (52,3%), seguida da isquêmica (27,7%). As comorbidades mais frequentes foram: hipertensão arterial severa (77,1%) e diabetes melito (25,7%). A maioria dos pacientes encontrava-se na CF II, segundo os critérios da NYHA (58,1%). Quanto ao controle de peso, grande parte informou mensurá-lo somente uma vez por mês (47,6%).

O estudo de Saccomann *et al.* (2014) mostrou que grande parte dos pacientes (47,6%) verificava o próprio peso corporal uma vez por mês, 13,3%, uma vez por semana e apenas 4,8% fazia este controle até três vezes por semana. A maioria não possuía balança no domicílio, o que pode ter contribuído para a baixa adesão a essa medida. A presença de balança no domicílio facilita o estabelecimento do controle de peso como rotina e pode representar fator determinante para o controle de peso diário em pacientes com IC. Os pacientes que verificavam o peso com menor frequência também perceberam mais barreiras para esse autocuidado.

As taxas de adesão ao controle diário de peso apresentaram variabilidade elevada, com taxas entre 12 e 42%. Grande parcela dos pacientes (77%) não comunicam os médicos sobre o ganho de peso e 50% não consideram importante o aumento súbito de peso. Pequena porcentagem dos pacientes com IC (5%) reconhecem o aumento de peso como sinal para admissão hospitalar, com tolerância média de espera entre três e sete dias, antes de buscar assistência médica.

Os autores afirmaram que os programas de educação em saúde que utilizam estra-

tégias para identificar os benefícios e as barreiras para o autocuidado contribuem para a compreensão de que a verificação de peso diário e edema (medidas de fácil obtenção) pode alertar o paciente para os sinais de descompensação da IC e evitar a hospitalização. Essa medida traz uma contribuição relevante para a qualidade de vida desses pacientes.

Os autores concluíram afirmando que o estudo revelou que o controle de peso foi o principal fator relacionado às barreiras percebidas para adesão a medidas não medicamentosas e, conseqüentemente, à baixa frequência do controle de peso. Grande parcela (47,6%) dos pacientes com IC realizava controle de peso somente uma vez por mês, justificado pelas barreiras apontadas como sendo desagradável e pelo esquecimento.

Saccomann et al. (2014) acrescentaram ainda que a implementação de estratégias direcionadas à diminuição das barreiras e ao aumento dos benefícios do automonitoramento de peso e edema são um desafio para os profissionais da saúde. Abordagens educativas que envolvam o paciente e a família no autocuidado, permitindo expor suas as barreiras, dúvidas e experiências, podem constituir medida importante para minimizar a não adesão.

Os artigos apresentados foram selecionados com o objetivo de analisar a atuação do profissional de enfermagem em três situações diferentes. A primeira situação seria o atendimento inicial de pacientes com IC, a segunda seria o acompanhamento contínuo desses pacientes e a terceira seria a influência de tratamentos não medicamentosos.

Para o primeiro caso, foi escolhido um primeiro artigo sobre a identificação de sinais e sintomas, para a determinação da ordem de prioridade dos pacientes, que mostrou ser possível a criação de uma ordem de prioridade, para um grupo de pacientes, sem a necessidade de realização de exames ou procedimentos mais invasivos. O segundo artigo apresentou o desenvolvimento de um protocolo de intervenções e atividades a serem realizadas a partir dos diagnósticos de enfermagem, que pode auxiliar a atuação dos profissionais de enfermagem na prática clínica domiciliar.

Para o segundo caso, foram escolhidos estudos sobre os fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com IC. O primeiro estudo abordou os problemas relacionados ao sono de pacientes com IC, enquanto o tratou da qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgias. Estes estudos mostraram que as ações educativas dos profissionais de enfermagem podem contribuir para a melhoria da vida dos pacientes.

Para o terceiro e último caso, foi escolhido mais dois artigos. O primeiro estudo abordou a influência da realização de visitas domiciliares, mostrando que este tipo de acompanhamento proporciona melhoras significativas no autocuidado dos pacientes e na adesão ao tratamento. O segundo estudo tratou das barreiras para a adesão ao tratamento não medicamentoso, e apontou as principais barreiras para a adesão e, mais uma vez, a importância da atuação dos enfermeiros na adesão ao tratamento.

Em resumo, os estudos mostraram que os profissionais de enfermagem possuem um papel fundamental para o tratamento de pacientes com IC. Ações educativas, visitas domiciliares, intervenções de enfermagem e, até mesmo, contatos por telefone podem melhorar a qualidade de vida desses pacientes, aumentar a taxa de adesão aos tratamentos e reduzir a necessidade de realização de procedimentos invasivos ou de internações não planejadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos artigos selecionados possibilitou destacar que os fatores que influenciam na qualidade de vida do paciente com insuficiência cardíaca envolvem: a presença dos diagnósticos de enfermagem Débito Cardíaco Diminuído e Volume de Líquidos Excessivo foram inferidos de acordo com os sinais e sintomas identificados nessa população e devem ser prioritários na elaboração do plano assistencial para essa clientela, a falta de acompanhamento domiciliar, os hábitos do sono, o não acompanhamento do paciente com instrumentos específicos, a falta de implementação de estratégias de educação em saúde, a falta de adesão no controle do peso para minimizar complicações e favorecer à promoção da saúde.

O enfermeiro como um educador em saúde deve favorecer para o incentivo desses pacientes para a prática de comportamento saudável para direcionar à uma maior qualidade de vida, visto que são pacientes com grande número de reinternações hospitalares o que compromete sensivelmente sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALITI, G. B.; LINHARES, J. C. C.; LINCH, G. F. C.; RUSCHEL, K. B.; RABELO, E. R. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: influência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre (RS), 2011, n.32(3) p.590-595.
- ALMEIDA, D. R. Insuficiência cardíaca: Cardiologia. In: PRADO, F. C, RAMOS, J. VALLE, J. R. *Atualizações Terapêuticas*. 22ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2005. P.150-2.
- AZZOLIN, K.; SOUZA, E. N.; RUSCHEL, K. B.; MUSSI, C. M.; LUCENA, A. F.; RABELO, E. R. Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 2012, n.33(4) p.56-63.
- BARTH, Q.C.M.; ALITI, G.; LINHARES, J.C.; RABELO, E.R. Excess fluid volume: clinical validation in patients with decompensated heart failure. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(3):540-7.
- BARTH, Q.C.M.; ALITI, G.; RABELO, E.R. Decreased cardiac output: clinical validation in patients with decompensated heart failure. *Int J Nurs Terminol and Classific*. 2010;21(4):156-65.
- BOCHI, E. A.; BRAGA, F. G. M.; FERREIRA, S. M. A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes Brasileiras de Insuficiência Cardíaca Crônica, 2009, p. 1-71.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R.C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa

para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MUSSI, C. M.; RUSCHEL, K.; SOUZA, E. N.; LOPES, A. N. M.; TROJAHN, M. M.; PARABONI, C. C.; RABELO, E. R. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2013, p.9.

PEREIRA, F. A. C. A utilização de escalas para avaliar o autocuidado na insuficiência cardíaca: revisão sistemática da literatura. *Revista Estação Científica*, 2014, n.11.

RABELO, E. R.; ALITI, G.; DOMINGUES, F. B. Insuficiência cardíaca descompensada. Programa de Atualização em Enfermagem Saúde do Adulto: Porto Alegre; 2009. v. 1. p. 91-121.

SACCOMANN, I. C. R. S.; CINTRA, F. A.; GALLANI, M. C. B. J. Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Esc. Enfermagem, USP*, 2014, n.48(1), p.18-24.

SANTOS, M. A.; GUEDES, E. S.; BARBOSA, R. L.; CRUZ, D. A. L. M. Dificuldades do sono relatadas por pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2012, n.20(4), p.7.

SILVA, L. D. C.; LINHARES, N. S.; DIAS, R. S.; SILVA, E. L. Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca: revisão sistemática. *Journal of Manag. Prim. Health Care*, 2012, n.3(2), p.96-101.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 12^a ed. Rio de Janeiro; Editora Guanabara Koogan; vol.3; 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave. *Arq. Bras. Cardiol.* 2006; p.1-75.

URSI, E. S. Prevenções de lesão de pele no perioperatório: revisão integrativa. 2005 128 P. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

WHITTEMORE, R, KNAFL, K, The integrative review: update methodology. 2005, p.546-553.

“

Fotoproteção e Câncer da pele: Avaliação dos hábitos de estudantes de medicina de uma Universidade em Salvador - BA

Amanda Freitas **Coelho**
UNIFACS

Maria Alice Sant'anna **Zarife**
UNIFACS

Annelise Lisboa **Peixoto**
UNIFACS

Caroline Santos **Silva**
UEFS

Adriele Natiane da Costa **Silva**
FAT

Ivonise **Follador**
UFBA

RESUMO

Introdução: O câncer da pele é a neoplasia de maior incidência no Brasil, a exposição excessiva ao sol é um importante fator de risco para essa patologia. A fotoproteção que inclui o uso de protetores solares tópicos, de barreiras físicas e medidas de fotoeducação, é considerado o método mais eficaz e indispensável para prevenção dessa doença. É de extrema importância incentivar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca deste tema, tanto para estimular o autocuidado quanto para que haja uma disseminação do assunto entre a população. **Objetivos:** Avaliar os hábitos de fotoproteção em estudantes de medicina de diferentes períodos do curso em uma instituição privada em Salvador, Bahia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal a partir de questionários autoaplicados disponibilizados a universitários do segundo e nono semestre do curso de Medicina, no período de Julho à Outubro de 2016. **Resultados:** Participaram do estudo 180 estudantes, 90 cursavam o segundo semestre e 90 o nono semestre, predomínio do sexo feminino, até 24 anos de idade e raça/cor parda. 35% afirmaram usar protetor diariamente, 79,3% usavam fator de proteção solar 30, 34,4% nunca reaplicavam o fotoprotetor. 61,2% preferiam expor-se entre 10 e 16 horas, 65,2% já sofreram queimadura solar e 87,2% usaram protetor solar durante a infância. **Conclusão:** Os hábitos de fotoproteção da amostra estudada ainda são inadequados em relação ao preconizado pelas sociedades de dermatologia. Estratégias educativas e campanhas sobre fotoproteção se fazem necessárias, tendo em vista que estudantes da área de saúde representam uma parcela da população vulnerável ao autocuidado inadequado.

Palavras-chave: Estudantes; Medicina; Câncer da pele; Fotoproteção.

INTRODUÇÃO

No Brasil e no mundo o câncer da pele não melanoma é a neoplasia de maior incidência e os dados epidemiológicos apontam um aumento de novos casos a cada ano. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou 176.930, sendo 83.770 homens e 93.160 mulheres para o Brasil em 2020. Apesar da sua baixa incidência, é o tipo de neoplasia maligna de maior mortalidade devido a uma alta capacidade de gerar metástases. Em 2015, foram contabilizadas 1.958 mortes, sendo 1.137 homens e 821 mulheres (INCA, 2015; 2016).

O câncer da pele tem etiologia multifatorial, sendo os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessa neoplasia a história familiar de câncer da pele, fatores fenotípicos e a exposição excessiva ao sol, devido à ação da radiação ultravioleta que pode levar a formação de mutações gênicas (Castilho, Souza, Leite, 2010). Sabe-se que exposição solar cumulativa e excessiva, principalmente nas primeiras décadas de vida, aumenta a probabilidade do aparecimento do câncer da pele. Sendo que episódios repetidos de queimadura solar é um fator de risco diretamente associado ao câncer da pele melanoma.

Estudos mostram que a população em geral, apesar de possuir o conhecimento sobre o assunto, ainda não possui hábitos adequados de fotoproteção e exposição solar. Outras pesquisas já foram realizadas com profissionais e estudantes da área de saúde e mostram que mesmo com influência do conhecimento científico essa população também apresenta hábitos inadequados de fotoproteção (Purim; Franzoi, 2014; Castilho; Souza; Leite, 2010; Lourenção; Moscardini; Soler, 2010).

Por outro lado, além do impacto social dessa doença, deve-se levar em conta o impacto econômico. Foi referido que em 2010 o sistema de saúde pública brasileiro gastou com seu tratamento uma soma da ordem de 37 milhões de reais, embora, 95% dos casos foram diagnosticados precocemente (Souza et al, 2011). Isso reforça o pensamento de tratar-se de um agravo considerado como um problema de saúde pública (Moura et al., 2017).

No entanto, sabe-se que o câncer da pele é considerado uma neoplasia que pode ser prevenida e atualmente a fotoproteção é considerado método mais eficaz e indispensável. Uso de protetores solares tópicos, de barreiras físicas e medidas de fotoeducação, as quais consistem em orientações sobre qual o melhor horário de exposição, bem como evitar exposição excessiva ao sol e uso correto dos fotoprotetores, são as principais medidas que devem ser utilizadas (Sociedade Brasileira de Dermatologia - SBD, 2013).

Diante do exposto é oportuno salientar que estratégias de educação para prevenção do câncer da pele devem ser direcionadas a profissionais e acadêmicos da área da saúde. Isto por que são tidos como uma parcela da população muito vulnerável ao autocuidado inadequado, além da importância da difusão desses conhecimentos para a população geral. Além disso, os fatores associados ao maior risco de câncer de pele podem e devem ser

modificados. Logo, essa pesquisa tem como objetivo identificar os hábitos de fotoproteção em estudantes de medicina de diferentes períodos do curso em uma instituição privada em Salvador, Bahia.

MATERIAS E MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal de caráter exploratório e analítico, em uma faculdade de Medicina em Salvador-BA.

A amostra total foi de 180 participantes. Foram selecionados estudantes recém-ingressos no curso de Medicina (Grupo A) e aqueles matriculados no período mais avançado quando da realização da pesquisa, que já cursaram a disciplina: Disfunções em Infectologia e Dermatologia, obrigatória na grade curricular da referida instituição de ensino (Grupo B). Foram excluídos aqueles estudantes matriculados no mesmo semestre das estudantes pesquisadoras e estudantes afastados por motivos pessoais ou de saúde.

A coleta de dados foi procedida por dois estudantes do sétimo semestre (quarto ano) de medicina, previamente treinados, na própria instituição, entre os horários das aulas, de forma que não compromettesse o seu andamento. Para tanto, foi empregado um questionário padronizado, auto aplicado, elaborado para essa pesquisa, com base em estudos prévios. No referido questionário não houve identificação (nome do participante ou qualquer dado que o identifique) e após ser preenchido, foi entregue aos pesquisadores em um envelope fornecido pelos mesmos. Foram investigados aspectos sociodemográficos, práticas de exposição e proteção solar.

Os dados foram digitados e analisados com a utilização de um pacote estatístico, o software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®, Chicago, IL, EUA) 20.0 e STATA versão 11.0. Foram obtidas frequências simples e relativas de todas as variáveis estudadas. Além disso, foram calculadas as prevalências das medidas de fotoproteção em toda a amostra, e em cada grupo separadamente. Foi realizada uma análise estratificada das medidas de fotoproteção entre os grupos A e B e também procedida uma estratificação do uso de protetor solar segundo a cor da pele autorreferida, bem como das práticas relacionadas à exposição ao sol em ambos os grupos estudados. Da mesma forma, foram estimadas as frequências de variáveis de exposição solar de acordo com o uso de protetor solar, medidas de fotoproteção e aplicação de protetor solar por regiões do corpo. Por fim, foram obtidas as razões de prevalência (RP) dos fatores associados à ocorrência de queimaduras solares nos estudantes. Para as análises considerou-se o intervalo de confiança de 95%, o que previa diferenças significantes quando obtidos valores de $p < 0,05$.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Salvador (CAAE: 54764116.7.0000.5033). A participação foi voluntária, mediante a assina-

tura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 180 estudantes do curso medicina de uma instituição privada de ensino em Salvador-BA. No período da coleta de dados, 90 estudantes estavam cursando o segundo semestre, denominado neste estudo como grupo A, e os outros 90 cursavam o nono semestre, denominado como grupo B.

Com relação à amostra geral (n=180), a maioria dos entrevistados era procedente de capitais (50,7%), do sexo feminino (64,4%), tinha faixa etária até 24 anos (80,0%) e considerava-se pardos (51,7%) ou brancos (41,1%). No tocante à escolaridade, 89,4% dos estudantes tinham ensino superior incompleto, 6,1% já haviam concluído outra graduação e 4,4% já realizaram pós-graduação. No que se refere à escolaridade dos pais, 35,2% referiram que o pai cursou o ensino superior completo, enquanto que 44,1% das mães também o tinham. O nível socioeconômico da amostra foi considerado alto (62% dos estudantes referiram renda familiar maior que 10 salários mínimos).

Como resultado da comparação dos dois grupos estudados (grupo A e grupo B), observou-se uma semelhança, tanto quanto os dados epidemiológicos quanto os sociodemográficos (TABELA 1).

Tabela 1. Características epidemiológicas e sociodemográficas de estudantes de Medicina. Salvador, Bahia, 2020.

CARACTERÍSTICAS	Geral (n = 180) n (%)	2o semestre (Grupo A) (n = 90) n (%)	9o semestre (Grupo B) (n = 90) n (%)
Procedência			
Capital	75 (50,7)	34 (45,3)	41 (56,2)
Interior	73 (49,3)	41 (54,7)	32 (43,8)
Sexo			
Feminino	116 (64,4)	53 (58,9)	63 (70,0)
Masculino	74 (35,6)	37 (41,1)	27 (39,0)
Cor da pele			
Amarela	7 (3,9)	2 (2,2)	5 (5,6)
Branca	74 (41,1)	32 (35,6)	42 (46,7)
Parda	93 (51,7)	52 (57,8)	41 (45,6)
Negra	6 (3,3)	4 (4,4)	2 (2,2)
Faixa etária			
Até 24 anos	144 (80,0)	86 (95,6)	58 (64,4)
25 - 29 anos	28 (15,6)	3 (3,3)	25 (27,8)
>30 anos	8 (4,4)	1 (1,1)	7 (7,8)
Escolaridade			
Ensino superior incompleto	161 (89,4)	85 (94,4)	76 (84,4)
Ensino superior completo	11 (6,1)	4 (4,4)	7 (7,8)
Pós-graduação	8 (4,4)	1 (1,1)	7 (7,8)

Escolaridade paterna			
Nunca estudou	1 (0,6)	1 (1,1)	0 (0,0)
Ensino fundamental incompleto	8 (4,5)	5 (5,6)	3 (3,4)
Ensino fundamental completo	4 (2,2)	1 (1,1)	3 (3,4)
Ensino médio incompleto	2 (1,1)	1 (1,1)	1 (1,1)
Ensino médio completo	40 (22,3)	21 (23,3)	19 (21,3)
Ensino superior incompleto	13 (7,3)	4 (4,4)	9 (10,1)
Ensino superior completo	63 (35,2)	28 (31,1)	35 (39,3)
Pós-graduação	48 (26,8)	29 (32,2)	19 (21,3)
Escolaridade materna			
Ensino fundamental completo	4 (2,2)	2 (2,2)	2 (2,2)
Ensino médio completo	34 (19,0)	19 (21,1)	15 (16,9)
Ensino superior incompleto	7 (3,9)	4 (4,4)	3 (3,4)
Ensino superior completo	79 (44,1)	41 (45,6)	38 (42,7)
Pós-graduação	55 (30,7)	24 (26,7)	31 (34,8)
Renda			
Até 2 salários mínimos	6 (3,4)	4 (4,4)	2 (2,2)
Entre 3 e 5 salários mínimos	19 (10,6)	10 (11,1)	9 (10,1)
Entre 6 e 10 salários mínimos	43 (24,0)	27 (30,0)	16 (18,0)
Mais que 10 salários mínimos	111 (62,0)	49 (54,4)	62 (69,7)

Todos os dados são apresentados como n (%), exceto se especificado.

Sobre as medidas e hábitos de fotoproteção utilizadas entre todos os estudantes dessa amostra (n=180), observou-se que apenas 35% dos estudantes afirmavam utilizar protetor solar diariamente. Como medidas de fotoproteção, utilizadas durante exposição solar, foram registradas: protetor solar (71,1%), óculos escuros (62,2%), sombra (53,9%), camisetas (33,9%), filtro labial (33,3%), chapéu ou boné (24,4%), roupas com fator de proteção especial (11,7%) e camisas de manga longa (7,2%).

Filtro com fator de proteção igual ou superior a 30 era utilizado pela maioria dos participantes (79,3%), porém 39,4% referiram nunca reaplicar o protetor solar. Com relação à aplicação do protetor solar em todo o corpo, 65% dos participantes o faziam, os demais apenas em determinadas regiões do corpo: rosto (97,2%), membros superiores (82,8%), membros inferiores (66,7%) e tronco (73,9%).

Ao comparar o grupo A e o grupo B foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no uso de medidas de fotoproteção, 81,1% dos estudantes do grupo B utilizavam óculos escuros, enquanto apenas 43,3% dos estudantes do grupo A utilizavam ($p < 0,0001$). Quanto ao uso de chapéu ou boné, 31,1% dos estudantes do grupo A referiram utilizar, enquanto apenas 17,8% do grupo B utilizavam esses acessórios ($p = 0,037$). Também se constata uma disparidade estatisticamente significativa entre os grupos A e B e a utilização do protetor solar em todo o corpo (55,6% X 74,4%, respectivamente) ($p = 0,008$). Nas demais variáveis, no entanto, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas (TABELA 2).

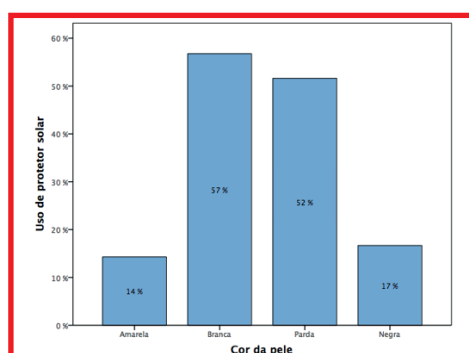
TABELA 2. Medidas de fotoproteção adotadas por estudantes de Medicina. Salvador, Bahia, 2020.

MEDIDAS DE FOTO-PROTEÇÃO	Geral (n = 180)	2o semestre (Grupo A) (n = 90)	9o semestre (Grupo B) (n = 90)	p*
Utiliza protetor diariamente				
Sim	63 (35,0)	32 (35,6)	31 (34,4)	0,876
Não	117 (65,0)	58 (64,4)	59 (65,6)	
Itens de fotoproteção				
Sombra	97 (53,9)	46 (51,1)	51 (56,7)	0,455
Óculos escuros	112 (62,2)	39 (43,3)	73 (81,1)	< 0,001
Camisetas	61 (33,9)	34 (37,8)	27 (30,0)	0,270
Chapéu ou boné	44 (24,4)	28 (31,1)	16 (17,8)	0,037
Roupas com proteção				
Especial	21 (11,7)	10 (11,1)	11 (12,2)	0,816
Filtro labial	60 (33,3)	32 (35,6)	28 (31,1)	0,527
Protetor solar	129 (71,7)	64 (71,1)	65 (72,2)	0,869
Manga comprida	13 (7,2)	6 (6,7)	7 (7,8)	0,773
FPS				
Abaixo de 15	3 (1,7)	0 (0,0)	3 (3,4)	0,279
Entre 15 e 30	33 (19,0)	19 (22,4)	14 (15,7)	
Acima de 30	138 (79,3)	66 (77,6)	72 (80,9)	
Reaplica protetor				
Após 2h	31 (17,2)	13 (14,4)	18 (20,0)	0,686
Após 3h	26 (14,4)	16 (17,8)	10 (11,1)	
Após 4h	23 (12,8)	6 (6,7)	17 (18,9)	
Após mais de 4h	29 (16,1)	16 (17,8)	13 (14,4)	
Nunca	71 (39,4)	39 (43,3)	32 (35,6)	
Protetor em todo corpo	117 (65,0)	50 (55,6)	67 (74,4)	0,008
Rosto	175 (97,2)	87 (96,7)	88 (97,8)	1,000
Membros superiores	149 (82,8)	71 (78,9)	78 (86,7)	0,167
Membros inferiores	120 (66,7)	51 (56,7)	69 (76,7)	0,004
Tronco	133 (73,9)	60 (66,7)	73 (81,1)	0,027

Todos os dados são apresentados como n (%), exceto se especificado.

* p: Valor de p

Ao estratificar o uso de protetor solar por cor da pele autorreferida, verificou-se que apenas 17% dos indivíduos de cor negra e 14% dos de cor amarela referiram fazer uso de fotoprotetor versus 57% dos indivíduos de cor branca e 52% dos de cor parda (FIGURA 1).

Figura 1. Uso de protetor solar de acordo com cor da pele entre estudantes de Medicina, Salvador, Bahia, 2020.

Dentre todos os entrevistados, 37,4% afirmaram gostar de se bronzear e 61,2% preferiam expor-se ao sol entre 10 e 16 horas, verificou-se que a maioria relatou exposição solar diária durante a semana (94,4%) e durante o final de semana (73,1%) de até 2 horas. Sobre já ter sofrido queimadura solar, 65,2% dos participantes responderam que sim.

Com relação à exposição solar e uso do fotoprotetor, 59,2% afirmaram que usavam o protetor durante a prática de esportes ao ar livre, 54,2% reaplicavam o filtro após entrar na água. Durante a infância, 87,2% dos participantes afirmaram que usavam o protetor solar.

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as práticas de exposição solar do grupo A e do grupo B (valores de $p > 0,05$) (TABELA 3).

Tabela 3. Práticas relacionadas à exposição ao solar em estudantes de Medicina. Salvador, Bahia, 2020.

PRÁTICAS	Geral (n = 180) n (%)	2o semestre (Grupo A) (n = 90) n (%)	9o semestre (Grupo B) (n = 90) n (%)	p*
Bronzeamento	67 (37,4)	28 (31,1)	39 (43,8)	0,079
Horário de exposição solar				
Antes das 10h e após 16h	69 (38,8)	36 (40,0)	33 (37,5)	0,732
Entre 10h e 16h	109 (61,2)	54 (60,0)	55 (62,5)	
Exposição diária durante a semana				
Até 2 horas	169 (94,4)	85 (94,4)	84 (94,4)	1,000
De 2 a 6 horas	10 (5,6)	5 (5,6)	5 (5,6)	
Exposição diária durante o final de semana				
Até 2 horas	128 (73,1)	61 (67,8)	67 (78,8)	0,094
De 2 a 6 horas	46 (26,3)	28 (31,1)	18 (21,2)	
Mais de 6h	1 (0,6)	1 (1,1)	0 (0,0)	
Queimadura	116 (65,2)	60 (67,4)	56 (62,9)	0,529
Uso de filtro durante prática esportiva	106 (59,2)	47 (52,2)	59 (66,3)	0,055
Reaplicação de filtro após água	97 (54,2)	45 (50,0)	52 (58,4)	0,258
Uso de filtro na infância	157 (87,2)	80 (88,9)	77 (85,6)	0,503

Todos os dados são apresentados como n (%), exceto se especificado.

* p: Valor de p

Ao estratificar as variáveis de exposição solar em relação ao uso de fotoprotetor, observou-se que as pessoas que referiram não fazer uso de protetor solar (grupo 1) se expunham ao sol preferencialmente entre dez horas da manhã e quatro horas da tarde (58%). De forma semelhante, as que referiram fazer uso do protetor solar (grupo 2) também se expunham nesse mesmo horário, porém em maior porcentagem (80%) em comparação às supracitadas.

O tempo de exposição solar diária durante a semana foi semelhante entre os dois grupos, de forma que 94% dos indivíduos do grupo 1 referiram tempo de exposição diária de até duas horas, contra 94,6% do grupo 2. Da mesma forma, o tempo de exposição solar diária de até duas horas durante o final de semana foi referido tanto pela maioria do grupo

1 (68,8%) e quanto pela maioria do grupo 2 (74,8%).

Comparando essas variáveis em relação aos grupos A e B não houve diferença estatística significativa entre nenhuma delas ($p < 0,05$) (TABELA 4)

Tabela 4. Análise da exposição solar de acordo com uso de protetor solar de estudantes de Medicina. Salvador, Bahia, 2020.

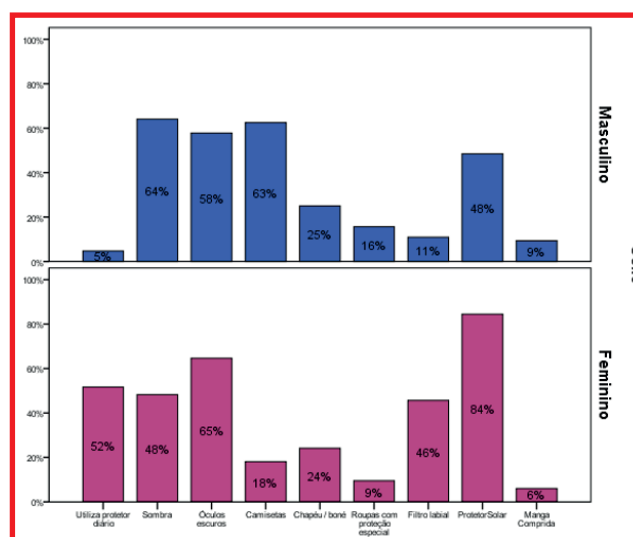
CARACTERÍSTICAS DA EXPOSIÇÃO SOLAR	Uso de protetor solar		P*
	SIM (Grupo 1)	NÃO (Grupo 2)	
Horário de exposição solar			
Antes das 10h e após 16h	48 (37,5)	21 (42,0)	0,580
Entre 10h e 16h	80 (62,5)	29 (58,0)	
Exposição diária durante a semana			
Até 2 horas	122 (94,6)	47 (94,0)	0,881
De 2 a 6 horas	7 (5,4)	3 (6,0)	
Exposição diária durante o final de semana			
Até 2 horas	33 (68,8)	95 (74,8)	0,383
De 2 a 6 horas	14 (29,2)	32 (25,2)	
Mais de 6h	1 (2,1)	- (0)	

Todos os dados são apresentados como n (%), exceto se especificado.

* p: Valor de p

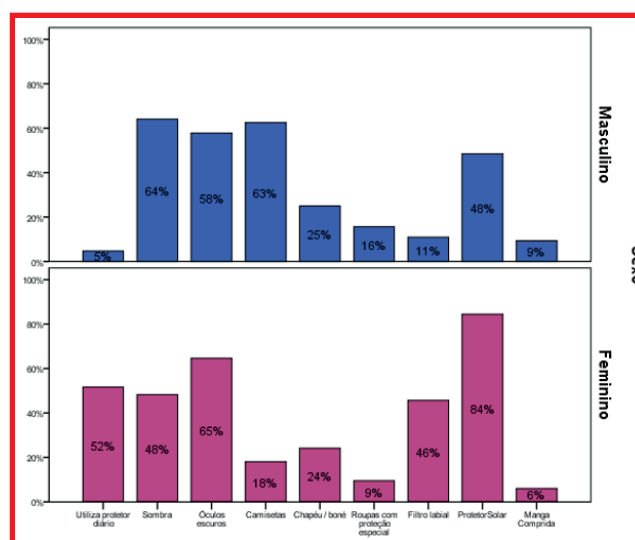
Ao estratificar as medidas de fotoproteção (fotoprotetor diário, sombra, óculos escuros, camiseta, chapéu/boné, roupas com proteção especial, filtro labial e manga comprida) em relação aos sexos feminino e masculino, observou-se que os homens fazem uso de sombra (64%), camiseta (63%), chapéu/boné (25%), roupas com proteção especial (16%) e manga comprida (6%) com maior frequência. As mulheres, por sua vez, fazem uso com maior frequência das medidas de fotoproteção: óculos escuros (65%), filtro labial (46%) e protetor solar (84%). Em relação ao uso diário de fotoprotetor, 52% das mulheres fazem uso contra apenas 5% dos homens (FIGURA 2).

Gráfico 2. Medidas de fotoproteção de acordo com sexo de estudantes em Medicina. Salvador, Bahia, 2020.



Na figura 3 observa-se que a parte do corpo em que mais se usou protetor solar foi o rosto, seguida dos MMSS, tronco e, por último, MMII em ambos os grupos do sexo feminino e masculino. No grupo das mulheres o uso no rosto foi de 98% versus 95% dos homens; o uso nos MMSS foi de 81% das mulheres e 86% dos homens; nos MMII, 72% das mulheres e 56% dos homens; e no tronco 75% das mulheres contra 72% dos homens.

Figura 3. Partes do corpo com aplicação de protetor solar de acordo com sexo em de estudantes de Medicina. Salvador, Bahia, 2020.



Legenda: MMSS: membros superiores; MMII: membros inferiores

Quanto aos fatores de risco mais associados à ocorrência de queimaduras, foi observado predominância do sexo masculino (61,21%), da cor autorreferida não negra (97,41%), não uso diário de fotoprotetor (67,24%) e não reaplicação do fotoprotetor (61,21%). Em relação ao uso de filtro solar na infância, 88,79% dos indivíduos que referiram não fazer uso do filtro nesse período relataram ocorrência de queimadura solar versus 11,21% que fizeram. A aplicação de filtro solar após entrar na água foi homogênea em relação as pessoas que utilizaram o filtro solar e tiveram queimadura e os que utilizaram e não tiveram queimadura. No entanto, só foi verificada significância estatística para a variável cor da pele ($p=0,033$) (TABELA 5).

A partir do cálculo da razão de prevalência (RP) dos fatores associados à ocorrência de queimaduras em estudantes de Medicina, destaca-se que foi verificada uma maior probabilidade em homens (18% maior) e não utilização de filtro solar em esportes ao ar livre (22% maior). Os fatores de proteção relacionados a menores índices de queimadura solar foram o uso de filtro solar na infância (14% menor), cor negra autorreferida (24% menor) e o uso de protetor solar diariamente (10% menor) (TABELA 5).

Tabela 5. Razão de Prevalência dos fatores associados à ocorrência de queimaduras em estudantes de Medicina. Salvador, Bahia, 2020.

	Histórico de Queimaduras Solares			
	SIM n (%)	NÃO n (%)	RP*	p**
Sexo				
Masculino	71 (61,21)	45 (71,43)	1,18	
Feminino	45 (38,79)	18 (28,57)	1,00	0,139
Cor da Pele				
Outros	113 (97,41)	61 (95,31)	1,00	
Negra	3 (2,59)	3 (4,69)	0,76	0,452
Uso Diário de Protetor Solar				
Sim	38 (32,76)	25 (39,06)	1,00	
Não	78 (67,24)	39 (60,94)	1,10	0,396
Reaplicação de Filtro Solar até 2 hs				
Sim	45 (38,79)	25 (39,06)	1,00	
Não	71 (61,21)	39 (60,94)	1,00	0,971
Uso de Filtro na Infância				
Não	103 (88,79)	54 (89,38)	1,00	
Sim	13 (11,21)	10 (10,62)	0,86	0,395
Filtro em Esportes ao ar livre				
Não	53 (45,69)	20 (31,25)	1,00	
Sim	63 (54,31)	44 (68,75)	1,22	0,069
Reaplicação de Filtro Solar após Entrar na Água				
Sim	53 (45,69)	29 (45,31)	1,00	
Não	63 (54,31)	35 (54,69)	1,01	0,921

* RP: Razão de Prevalência

** p: Valor de p

DISCUSSÃO

A amostra desse estudo foi composta, predominantemente, por estudantes procedentes de capitais, do sexo feminino e de faixa etária até 24 anos, raça/cor parda. Quanto aos hábitos de fotoproteção, os achados sugerem que apesar do conhecimento teórico acerca da sua importância, as práticas de autocuidado dos participantes do estudo ainda são insuficientes frente ao que é preconizado pelas sociedades de dermatologia.

O número maior de estudantes do sexo feminino reflete uma tendência atual que mostra a presença cada vez maior de médicas nas faixas etárias mais jovens (Barbosa, et al, 2007). A faixa etária, até 24 anos, está compatível com a mais comum entre os estudantes do curso de medicina no Brasil (Oliveira, Alvez, 2011; Scheffer, 2013). Quanto a autorreferência da cor parda, a presente investigação difere do perfil racial dos estudantes de medicina do Brasil, em que maioria se considera da cor branca, porém relaciona-se com o perfil da população soteropolitana, maioria de pardos e negros. É importante levar em consideração que a autorreferência da cor da pele é um dado muito controverso e subjetivo (Oliveira, Alvez,

2011; Scheffer, 2013; Lamarca, Vettore, 2012), além disso, independente do fototipo, todos os tipos de pele estão sujeitos às queimaduras e ao câncer da pele, por isso necessitam de uma proteção efetiva (Rawlings, 2006; Azulay, Azulay, 2006; Alchorne, Abreu, 2008). O alto padrão socioeconômico da amostra, renda maior que 10 salários mínimos, bem como, a alta escolaridade dos pais, refletem o perfil econômico dos estudantes de medicina no Brasil (Barbosa, et al, 2007).

No que concerne ao autocuidado associado a fotoproteção, estudos apontam que medidas comportamentais simples contribuem significativamente para a redução do risco de neoplasias cutâneas. As recomendações atuais para fotoproteção baseiam-se no uso de roupas apropriadas, protetores solares com amplo espectro e limitação da exposição solar das 10 às 16h (Gontijo, et al, 2009; Heckman, et al, 2013; Dupont, Pereira, 2012). O uso de acessórios também é referido como uma medida eficiente. Os chapéus são úteis para a proteção do couro cabeludo, orelha, cabelo, olhos, testa e pescoço e promove sombra para o rosto. Os óculos escuros previnem os diversos danos oculares provocados pela radiação UV, como cataratas, fotoconjuntivites e perda progressiva da visão (Balogn, et al, 2011; Melo, Ribeiro, 2015).

Considera-se adequado a exposição solar em horários de menor incidência de RUV (antes de 10 horas e após as 16 horas), por um tempo de até duas horas, com aplicação de filtro solar em todo corpo vinte minutos antes de expor-se ao sol e reaplicação a cada duas horas. Assim, fotoeducação se faz necessária no intuito de não somente incentivar o uso do fotoprotetor, mas também de fazê-lo de uma forma adequada (Didier, et al, 2014; Favalli, et al, 2008; Melo, Ribeiro, 2015).

Neste estudo observou-se que o fator proteção solar mais utilizado foi igual ou superior a 30, que é o número recomendado pela American Academy of Dermatology para uso diário. Pesquisas indicam que a maioria da população usa uma quantidade inadequada de filtro solar, aplicando uma camada fina, correspondente a 25 a 50% da quantidade sugerida, nesta quantidade, o fator de proteção de um produto diminui para a metade (Heckman, et al, 2013), este dado vai de encontro aos achados desta investigação - não reaplicação do protetor solar e não utilização em todo corpo, além disso, apenas 35% dos estudantes afirmaram usar protetor solar diariamente.

Adolescentes e adultos jovens possuem taxas mais baixas de proteção da pele dentre todos os outros grupos de faixa etária e tendem a aumentar a sua exposição à radiação ultravioleta à medida que avançam na idade adulta. Dados da literatura relatam que os jovens passam horas excessivas expostas ao sol, em horários inadequados e sem proteção. Além disso, outra possibilidade seria a suposição deles de estar livres de desenvolvimento de câncer da pele nesta idade. O que corrobora com essa pesquisa, que tem como amostra

uma população essencialmente jovem (Heckman, et al, 2013; Dupont, Pereira, 2012).

A preferência por horários de exposição solar entre dez da manhã e quatro horas da tarde é um dado importante, pois sabe-se que esse é período do dia considerado de alto risco para efeitos lesivos da radiação UV (Melo, Ribeiro, 2015; Zink, 2014). A preferência por esses horários de exposição ao sol, pode estar relacionado às atividades sociais dessa população composta por uma maioria jovem (Castilho, Souza, Leite, 2010; Costa, Weber, 2004). Entretanto, a maioria dos indivíduos relatou exposição diária durante a semana e durante o final de semana de até duas horas. Acredita-se que esse achado se deve a uma característica comum da população estudada - curso de turno integral e pouco tempo para atividades de lazer. Essa constatação é corroborada pelo estudo realizado por Didier e colaboradores, em 2014 (Didier, Campello, Brum, 2014), no qual os estudantes da área da saúde, em comparação aos das outras áreas, referiram se expor por menos tempo ao sol (Didier, Campello, Brum, 2014; Melo, Ribeiro, 2015; Zonta, Robles, Grosseman, 2006).

Ao comparar os grupos de diferentes semestres quanto às medidas de fotoproteção não foram encontradas diferenças significativas. Pode-se inferir que isso ocorreu por se tratar de uma população homogênea, de características sociodemográficas semelhantes. Além disso, a literatura corrobora com este, identificando exposição solar desprotegida e fotoproteção irregular em população de médicos e estudantes de medicina (Purim, Franzoi, 2014; Castilho, Sousa, Leite, 2010; Petry, et al, 2008; Purim, Wroblevski, 2014).

A profissão médica parece implicar um conjunto de fatores estressores, com os quais se começa a conviver já como acadêmico. Os estudantes de medicina estão condicionados à efeitos danosos a sua qualidade de vida em função da sobrecarga de estudo, prejuízo ao sono, mudanças alimentares, redução do tempo para a família e o lazer, o que pode interferir no autocuidado deste subgrupo, o que possivelmente explica o fato de que mesmo, expostos ao conhecimento acerca do tema esses estudantes realizam de maneira inadequada os hábitos de exposição e proteção solar (Purim, Franzoi, 2014; Barbosa, et al, 2007; Scheffer, 2013).

O estudo de Petry e colaboradores (2008) comparou conhecimentos e hábitos de proteção solar entre médicos residentes de dermatologia e pediatria e concluiu que apesar de ambos os grupos demonstrarem um alto grau de conhecimento sobre o tema, existiram diferenças importantes relacionadas à quantidade de informações recebidas nos programas de residência médica, o que torna os residentes de dermatologia, que possuem um conhecimento científico mais específico, melhor orientados em relação aos residentes de pediatria. No presente estudo, o grupo B (estudantes do nono semestre), relataram com maior frequência o uso de fotoprotetor em todo o corpo.

Verificou-se ainda, que ao comparar os estudantes quanto ao sexo, diferenças nas

principais formas de fotoproteção utilizadas foram relatadas. Os homens relataram usar com maior frequência sombra, camisetas e chapéus/bonés, que são medidas de fotoproteção de uso mais fácil e custo mais acessível. Já as mulheres utilizavam mais óculos escuros, filtro labial e protetor solar, sendo que essas medidas possuem um custo mais elevado e/ou necessitam de um cuidado maior para aplicação (Didier, et al, 2014; Barbosa, et al, 2007; Purim, Franzoi, 2014).

Ao estratificar as variáveis exposição solar e fotoprotetor, das pessoas que se expunham ao sol entre dez horas da manhã e quatro horas da tarde, 80% usavam protetor solar. McCarthy e colaboradores (1999) demonstram em estudo que o uso de filtro solar sem os devidos cuidados pode contribuir para o aumento da incidência do câncer da pele, pois pessoas que utilizam o filtro solar expõem-se com maior intensidade ao sol, o que os autores denominaram como o Paradoxo do filtro solar. Um dos dados mais preocupantes desse estudo é o índice de queimadura solar na amostra estudada (65,2%). Sabe-se que eventos repetidos de queimadura solar é um importante fator de risco para o desenvolvimento do melanoma (neoplasia associada a altos índices de mortalidade) e que geralmente está associada ao banho de sol no intuito de bronzear a pele (Souza, Fischer, Souza, 2004; Melo, Ribeiro, 2015; Fernandes, et al, 2005; INCA, 2015). Assim, hábito de bronzear-se, relatado por 37,4% dos estudantes da amostra, provavelmente ainda é favorecido pela valorização estética do bronzeamento da pele, comum entre indivíduos jovens (Castilho, Sousa, Leite, 2010; Costa, Weber, 2004).

Correlacionando os fatores mais associados à ocorrência de queimaduras nos estudantes da amostra, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos que tinham ou não histórico de queimadura solar, no entanto, estudantes do sexo masculino relataram maior ocorrência de queimaduras solares em comparação ao sexo feminino e maior probabilidade. Estudos apontam que mulheres possuem um padrão de fotoproteção e exposição solar mais adequado que os homens, o que possivelmente se deve a um maior conhecimento dos fotodanos, maior preocupação com a estética e envelhecimento precoce da pele, além de uma menor tendência a praticar atividades ao ar livre (; INCA, 2015; Hora, et al, 2003; Rizzatti, Schneider, d'Orsi, 2011; Szklo, et al, 2007). Além disso, notou-se que ambos os sexos usam mais protetor em MMSS e rosto o que possivelmente se deve ao fato de serem áreas mais expostas e, portanto, mais passíveis de danos pela radiação UV. Apesar de não investigado os principais motivos que levam esses estudantes a utilizarem meios de fotoproteção, acredita-se que, além do conhecimento, a preocupação estética, como referido anteriormente, é um fator importante, o que pode explicar a maior frequência do uso de filtro solar no rosto, principalmente pelas mulheres (Purim, Franzoi, 2014; Castilho, Sousa, Leite, 2010; Didier, et al, 2014; Hora, et al, 2003; Rizzatti, Schneider, d'Orsi, 2011;

Szklo, et al, 2007).

Ao avaliar a razão de prevalência dos fatores associados a queimaduras solares, observou-se que indivíduos de cor da pele negra autorreferida possuem uma probabilidade menor de sofrer queimadura solar do que os de cor da pele não negra. No entanto, metade da amostra de estudantes de cor da pele negra referiu queimadura solar e uso menos frequente do fotoprotetor. Tal achado é semelhante ao encontrado em outros estudos e aponta para a necessidade de métodos mais eficazes de conscientização da importância da fotoproteção independente do fototipo de cada indivíduo. Há uma grande preocupação dos meios de comunicação enfatizando a relevância da utilização de proteção solar somente para as pessoas de fototipo mais baixo e pouco se discute sobre a necessidade do uso de fotoprotetor por indivíduos de pele negra (Rawlings, 2006; Purim, Wroblewski, 2014; Didier, et al, 2014).

Alguns aspectos podem interferir no uso correto das medidas de fotoproteção solar, dúvidas sobre formulação, segurança e eficácia dos fotoprotetores tópicos, altos custos do produto e divulgação voltada apenas para o uso de protetores solares, sem focar no uso de outras medidas fotoprotetoras (Purim, Franzoi, 2014; SBD, 2013).

Outro aspecto que pode gerar dúvidas sobre o uso de fotoproteção é o impacto sobre os níveis de vitamina D. A quantidade necessária de radiação ultravioleta para formar vitamina D depende de diversos fatores (tipo de pele, clima, exposição, absorção e genética). No Brasil, considerado como um dos países que tem maior incidência de RUV no mundo, com poucos minutos de exposição em pelo menos 25% do corpo já é possível alcançar o valor recomendado de 1000 UI de vitamina D por dia. Somado a isso, os filtros solares não impedem totalmente a absorção de RUV e raramente são aplicados de forma adequada, com relação à quantidade, frequência e regularidade, demonstrando que o uso das medidas de fotoproteção não deve ser desestimulado (SBD, 2016; Melo, Ribeiro, 2015; Paula, Ceballos, 2014).

O câncer da pele é um problema de saúde pública no Brasil, com tendência ao aumento da morbidade e mortalidade a cada ano. É uma doença factível de prevenção através da proteção contra exposição excessiva ao sol. As medidas de fotoproteção citadas nesse estudo já se mostraram eficazes para reduzir a quantidade de radiação ultravioleta e queimadura solar (Didier, et al, 2014; Purim, Franzoi, 2014; SBD, 2016).

Ademais, é importante investir na educação da população em questão através dos componentes curriculares específicos ao tema e campanhas de conscientização mais eficazes, tendo em vista que essa é uma população dotada de conhecimento científico sobre o tema. Entretanto, não mostrou transferir tal conhecimento para seus hábitos de fotoproteção.

A despeito dos achados importantes no aprofundamento dos conhecimentos acerca dos fatores relacionados à fotoproteção, este estudo apresenta limitações que carecem de ser

pontuadas. O mesmo tem delineamento transversal o que impossibilita o estabelecimento de relação de causalidade entre as variáveis consideradas, visto que a antecedência temporal das variáveis independentes não pode ser verificada/confirmada. Além disso, a amostra empregada foi de conveniência o que não proporciona a inferência dos resultados à população de alvo, nem a outros grupos similares ao estudado. Outro fator limitante, inerente ao tipo de estudo desenvolvido, refere-se à possibilidade de viés de lembrança ou recordação por parte dos respondentes. Assim, deve-se considerar que devido às variáveis em sua grande maioria dependerem da capacidade recordatória dos participantes, pode ter ocorrido uma sub-aferição dos fatores estudados. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de realização de mais estudos acerca dessa temática, principalmente com mais rigor metodológico, de forma que possam trazer mais conhecimentos acerca das relações entre medidas adequadas e suficientes e a risco de câncer de pele.

A escassez de estudos acerca da temática com tal população na cidade de Salvador suscita que os achados da presente pesquisa se configurem como embasamento importante para pesquisas subsequentes, que possam ser implementadas com delineamentos que permitam a obtenção de medidas de prevalência/incidência que possam demonstrar com mais fidedignidade o comportamento de variáveis de fotoproteção em estudantes de Medicina. Dessa forma, tornar-se-á possível verificar o real comportamento de tais indivíduos em relação ao autocuidado, particularmente em relação a medidas protetivas do câncer de pele e/ou queimaduras solares.

Nesse cenário é de extrema importância investir na conscientização da população para o uso de estratégias de fotoproteção desde a infância, reduzindo assim a incidência do câncer de pele. Além disso, é importante criar estratégias de educação bem definidas e direcionadas aos estudantes da área da saúde quanto às medidas de fotoproteção, tendo em vista que essa é uma população dotada de conhecimento científico sobre o tema. No entanto, é necessário que esse conhecimento seja transferido para os hábitos de autocuidado.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados neste estudo demonstram que os hábitos de fotoproteção da amostra estudada ainda são inadequados em relação ao preconizado pela ADA e SBD. A maioria dos participantes referiu utilizar medidas de fotoproteção inadequadas: não uso do protetor solar diariamente, não reaplicação do protetor solar e/ou não uso em todo corpo. O índice de queimadura solar entre os estudantes foi um dado bastante relevante, tendo em vista que este é um importante fator de risco para o câncer da pele melanoma.

Nesse sentido, estratégias educativas direcionadas à população em questão, bem como campanhas mais específicas e abrangentes sobre a fotoproteção se fazem neces-

sárias, tendo em vista que os estudantes da área de saúde, como os da referida amostra, representam uma parcela da população vulnerável ao autocuidado inadequado. Além disso, tais medidas são relevantes para formação de futuros profissionais médicos, reconhecidos por serem importantes difusores de conhecimento.

REFERÊNCIAS

Alchorne M. M. A & Abreu M. A. M. (2008). Dermatologia na pele negra. *Anais Brasileiro de Dermatologia*, Rio de Janeiro; 83(1):7-20.

Azulay R. D & Azulay D. R. (2006). *Dermatologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Barbosa G. A, Andrade E. O, Carneiro M. B & Gouveia VV. (2007). *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.

Balogh T. S, Velasco M. V. R, Pedriali C. A, Kaneko T. M & Baby A. R. (2011). Proteção à radiação ultravioleta: recursos disponíveis na atualidade em fotoproteção. *An Bras Dermatol*. 86(4): 732-42.

Castilho I. G, Sousa M. A. A & Leite R. M. S. (2010). Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. *An. Bras. Dermatol*; 85(2): 173-178.

Costa F. B, Weber M. B. (2004). Avaliação dos hábitos de exposição ao sol e de fotoproteção dos universitários da Região Metropolitana de Porto Alegre. RS. *An. Bras. Dermatol*. 79(2): 149-155.

Didier F. B, Campello W, Brum L. F. S & Aerts D. R. G. (2014). Hábitos de exposição ao sol e uso de fotoproteção entre estudantes universitários de Teresina, Piauí. *Epidemiol. Serv. Saúde*; 23(3): 487-496.

Dupont L & Pereira D. N. (2012). Sun exposure and sun protection habits in high school students from a city south of the country. *An. Bras. Dermatol*. 87(1): 90-95.

Favalli P, Bergonsi T. O, Pavanello D. P, Orsi V, Pase P, Schmidt M, et al. (2008). Carcinoma epidermóide de pele: aspectos clínico-patológicos e sociais. *Revista da Amrigs, Porto Alegre*. 51(4): 17-133.

Fernandes N. C, Calmon R, Maceira J. P, Cuzzi T, Silva C. S & Cláudio D. A. (2005). Melanoma cutâneo: estudo prospectivo de 65 casos. *An. Bras. Dermatol*. 80(1): 25-34.

Gontijo G. T, Pugliesi M. C. C & Araujo FM. (2009). Fotoproteção Surgical & Cosmetic Dermatology. 1(4): 186-192.

Heckman C. J, Zhu F, Manne S. L, Kloss J. D, Collins B. N, Bass S. B et al. (2013). Process and Outcomes of a Skin Protection Intervention for Young Adults. *J Health Psychol*. 18(4): 561–573.

Hora C, Batista C. V. C, Guimarães P. B, Siqueira R & Martins S. (2003). Avaliação do conhecimento quanto a prevenção do câncer da pele e sua relação com exposição solar em freqüentadores de academia de ginástica, em Recife. *An. Bras. Dermatol*. 78(6): 693-701.

Instituto Nacional do Câncer - INCA. (2015) Câncer da pele não melanoma. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_ao_melanoma>

- Instituto Nacional do Câncer - INCA. (2016). Câncer da pele melanoma. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_melanoma/definicao>
- Lamarca G & Vettore M. (2012). A nova composição racial brasileira segundo o Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil.
- Lourenção L. G, Moscardini A. C & Soler Z. A. S. G. (2010). Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev Assoc Med Bras*. Jan-Fev;56(1):81-91.
- Mccarthy E. M, Ethridge K. P & Wagner RF Jr. (1999). Beach holiday sunburn: the sunscreen paradox and gender differences *Cutis*. 64(1):37-42.
- Melo M. M & Ribeiro C. S. C. (2015). Novas Considerações sobre a Fotoproteção no Brasil: Revisão de Literatura. *Revista Ciências em Saúde*. 5(3).
- MOURA, Paula Fancislaine et al. (2017). Câncer de pele: Uma questão de saúde pública. *Visão Acadêmica*, [S.l.], v. 17, n. 4, mar. ISSN 1518-8361.
- Oliveira N. A & Alvez L. A. (2011). Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando?. *Rev. bras. educ. med*. 35(1): 26-36.
- Paula C. M & Ceballos, J. C. (2014). Solar ultraviolet radiation measurements in one of the most populous cities of the world: aspects related to skin cancer cases and vitamin D availability. *Photochem Photobiol*; 86(2):438-44.
- Petry V, Rey M. C.W, Piva D, Fischer A. C, Welter M. B, et al. (2008). Exposição solar, fotoproteção e câncer da pele: comparação entre os conhecimentos auto-referidos por médicos residentes em pediatria e dermatologia. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre. 52 (2): 93-96.
- Purim KS, Franzoi CF. Hábitos solares e fotoproteção de médicos – estudo exploratório. *Rev. Med. Res*. 2014; 16(2): 89-98.
- Purim K. S. M & Wroblevski F. C. (2014). Fotoproteção dos estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 38 (4): 477 – 485.
- Rawlings A. V. (2006). Ethnic skin types: are there differences in skin structure and function? *International Journal of Cosmetic Science*. 28: 79–93.
- Rizzatti K, Schneider I. J. C & d'Orsi E. (2011). Perfil epidemiológico dos cidadãos de Florianópolis quanto à exposição solar. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 20(4): 459-469.
- Scheffer M. (2013). Demografia médica do Brasil volume 2: cenários e indicadores de distribuição. [Internet] São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina.
- Sociedade Brasileira de Dermatologia - SBD. (2013). Classificação dos fototipos de pele. 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: SBD, 2013. Disponível em < <http://www.sbd.org.br/cuidados/por-que-as-pessoas-tem-tons-de-pele-diferentes/>>
- Souza S. R. P, Fischer F. M & Souza J. M. P. (2004). Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública*. 38(4): 588-98.
- Souza, Reynaldo José Sant'Anna Pereira de, Mattedi, Adriana P, Corrêa, Marcelo P, Rezende, Marcelo L, & Ferreira, Ana Cláudia Andrade. (2011). Estimativa do custo do tratamento do câncer de pele tipo não-melanoma no Estado de São Paulo - Brasil. *Anais Brasileiros de Dermatologia*,

Szklo A. S, Almeida L. M, Figueiredo V, Lozana J. A, Mendonça G. A. S, Moura L et al. (2007). Behaviors related to sunlight exposure versus protection in a random population sample from 15 Brazilian State capitals and the Federal District, 2002-2003. *Cad. Saúde Pública*. 23(4):823-834.

Zink B. S. (2014). Câncer de pele: a importância do seu diagnóstico, tratamento e prevenção. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*.13:76-83.

Zonta R, Robles A. C & Grosseman S. (2006). Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Educação Médica*.30(3): 147-153.

“

Grupos de saúde mental em unidades de atenção primária à saúde

Cosme Rezende **Laurindo**
UFJF

Marta Libanório **Sette**
UFJF

William Ávila de Oliveira **Silva**
HU/UFJF

RESUMO

Objetivo: analisar as produções científicas sobre grupos de saúde mental em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no período de 2014 a 2018. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa, qualitativa, exploratória e descritiva. Definiu-se duas estratégias de busca, visto que os termos “unidade básica de saúde” e “unidades de atenção primária à saúde” podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual. **Resultados:** Obteve-se cinco artigos, destacando-se não terem sido encontrados artigos de cunho terapêutico, com mesmo número de produção para os anos de 2014 e 2017, sendo de dois, com ausência de publicações que datem de 2015. Houve maior número de publicações na base de dados LILACS, com destaque para periódicos das categorias profissionais de Enfermagem e Psicologia. O tipo de estudo mais comum foi o de pesquisa de campo com abordagem qualitativa. Não foi identificado artigo que tenha sido realizado com cunho terapêutico, tendo sido todos de cunho investigativo. **Conclusão:** Tem-se apenas um pequeno número de publicações se tratava de grupos de saúde mental realizados em UAPS, sendo que mesmo o que foi evidenciado não vai de encontro a uma finalidade terapêutica, mas sim investigativa.

Palavras-chave: Grupos; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

Atualmente a lógica em saúde mental defendida pela Política Nacional de Saúde Mental, dada pela Lei nº 10.216/2001, baseia-se numa assistência de base comunitária, de abordagem psicossocial, que deve ser prestada seguindo-se os princípios do Sistema Único de Saúde, constados na Lei nº 8.080/1990, que preconiza, entre outros, a integralidade, equidade, universalidade, resolutividade, intersetorialidade e humanização do atendimento.

A concepção atual é resultado do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) iniciado em meados da década de 70, estendendo-se até os dias atuais, sendo que dentro desta lógica, a atenção em saúde mental deve ser realizada sempre o mais próximo possível da realidade de quem necessita de cuidado, buscando inserção social deste, independente da gravidade do transtorno mental apresentado⁽¹⁾.

Quando analisados os dados epidemiológicos, no Brasil, em 2016, obteve-se quase 11 mil mortes por transtornos mentais ou uso de substâncias e uma prevalência de 18,71% da população⁽²⁾. Cerca de uma em cada quatro pessoas que procuram a Atenção Primária à Saúde (APS) tem algum transtorno mental⁽³⁾, demonstrando assim a importância da realização de ações específicas neste nível de atenção, para que se alcance principalmente a integralidade do cuidado, mesmo não sendo um serviço especializado.

O Ministério da Saúde (MS)⁽⁴⁾ reconhece essa importância quando estabelece que os usuários com transtornos mentais devem ser atendidos por este nível de atenção prioritariamente, sendo que para os casos de referência ao serviços especializado, a assistência deve ser prestada com corresponsabilidade, exigindo ainda ações da APS frente a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, visto que é este serviço que apresenta maior proximidade e maiores chances de acompanhamento do território no qual se insere o usuário, detendo fundamental importância para a prevenção e promoção de saúde.

Tem-se enquanto instrumento de intervenção psicossocial e de domínio dos profissionais da APS a realização de grupos, visto que é uma proposta de assistência que, desde que bem pensada “em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado”⁽⁵⁾.

Atendendo à indicação de trabalhos que rompam com a lógica curativa e passiva de assistência, os grupos de saúde mental apresentam-se enquanto metodologia acolhedora com foco na sociabilidade e cuidado⁽⁶⁾, com necessidade cada vez maior da integração entre a APS e a saúde mental⁽⁷⁾.

Possibilitam a atuação interdisciplinar, de forma a tornar-se essencial para um cuidado equânime, resolutivo e integral, sendo ação relevante no processo de cuidado, com resultados positivos e que deve ganhar espaço nos serviços e instituições da rede de atenção

à saúde⁽⁷⁻⁸⁾.

Faz-se importante estudos que desvelem de que forma que esse modelo assistencial tem se efetivado na prática, sistematizando as produções científicas e apontando potencialidades e dificultadores durante este processo de trabalho, bem como evidências que apontem para resultados contrários aos esperados, visto que é um importante instrumento de intervenção psicossocial a ser utilizado pelo nível de atenção à saúde reconhecidamente detentor do potencial de assistência a pessoas com transtornos mentais⁽⁵⁾.

A partir do exposto, tendo conhecimento da indicação de trabalho grupal para temas da área de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seu uso rotineiro nas UAPS⁽⁹⁾, pode-se questionar se as atividades em grupo estavam sendo também utilizadas nestas UAPS que detém preparado para condução de grupos e, caso sejam utilizadas, se as evidências científicas apontam como experiências efetivas, visto que são uma forma de atender um maior número de pessoas, além de favorecer a construção de laços sociais.

Objetivou-se com este estudo, analisar as produções científicas sobre grupos de saúde mental em UAPS.

MÉTODOS

O tema escolhido para pesquisa é saúde mental e APS, com foco para realização de grupos em UAPS no território nacional.

A partir da aplicação da estratégia PICO, acrônimo que representa - no inglês - as palavras “paciente/problema, intervenção, comparação e resultados (outcomes)”, fundamentais para uma pesquisa⁽¹⁰⁾, foi elaborada a questão norteadora do estudo.

Para "P", tem-se as publicações e ações relacionadas à de saúde mental em UAPS, para "I", não há intervenções, para "C", a comparação entre o que é encontrado em cada referencial, bem como com o que é proposto pelo MS através do Caderno de Atenção Básica, nº 34 (Saúde Mental) e para "O", a presença de evidências na literatura sobre realização das ações.

Chegou-se então na seguinte questão norteadora: quais as evidências encontradas na literatura sobre grupos de saúde mental na atenção primária a saúde?

Foi desenvolvida uma revisão integrativa, de natureza qualitativa, de delineamento exploratório e descritivo, tendo sido a coleta de dados realizada por um pesquisador.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: artigos científicos completos disponíveis na íntegra de forma gratuita; publicados em português; que compreendam quatro anos anteriores e o ano de 2018, considerando o marco do lançamento do Caderno de Atenção nº. 34 que versa sobre Saúde Mental em 2013.

Foram excluídos do estudo cartas, editoriais, teses, dissertações, apostilas, revisões

de literatura e artigos repetidos. Quando repetidos, os artigos foram contabilizados na base de dados em que tiverem aparecido primeiro. Foram excluídos também aqueles que não apresentarem a estratégia grupal relacionada à alguma temática de saúde mental em UAPS.

A busca de artigos foi realizada através da Biblioteca Virtual da Saúde, usando o banco de dados da Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO), Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP), Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos, literatura Latino-Americana em ciências da saúde (LILACS).

Foram levantadas estas bases de dados devido ao perfil desta revisão, que busca literatura produzida em território nacional. Utilizou-se os descritores, com suporte dos operadores booleanos e de truncamento: (Grupo\$ AND Saúde Mental AND Unidade\$ Básica\$ de Saúde); (Grupo\$ AND Saúde Mental AND Unidade\$ de Atenção Primária à Saúde).

Foram definidas duas estratégias de busca para ampliar a busca de artigos, visto que os termos “unidade básica de saúde” e “unidades de atenção primária à saúde” podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual⁽¹¹⁻¹²⁾.

Para fins desta pesquisa, definiu-se que o termo utilizado na escrita é “Atenção Primária à Saúde”, tendo então o serviço de referência como as “Unidades de Atenção Primária à Saúde”.

Para primeira avaliação, foi realizada a leitura do título e do resumo dos artigos, rejeitando-se aqueles que não preencheram os critérios de inclusão ou apresentaram algum critério de exclusão. Quando não houve certeza da rejeição, o estudo foi lido na íntegra, para análise secundária.

A fim de possibilitar a categorização, foram seguidos os procedimentos propostos por Broome⁽¹³⁾, pensados também a partir das reflexões após leitura da produção de Cecilio e Oliveira⁽¹⁴⁾, em que as dimensões foram: a) ano de publicação; b) fonte de publicação; c) tipo de estudo; d) amostra; e) objetivos e f) principais resultados.

A avaliação dos estudos incluídos, etapa equivalente à análise dos dados em uma pesquisa convencional, foi feita de acordo com os 5 passos proposto por Whitemore & Knafl⁽¹⁵⁾ que compreendem: a) a formulação do problema; b) recuperar as referências e leitura do material para identificar as informações relevantes ao tema; c) estabelecimento de relações entre as informações e os dados obtidos no problema proposto; d) análise da consistência das informações e dados apresentados pelos autores; e e) interpretação dos resultados evidenciados.

RESULTADOS

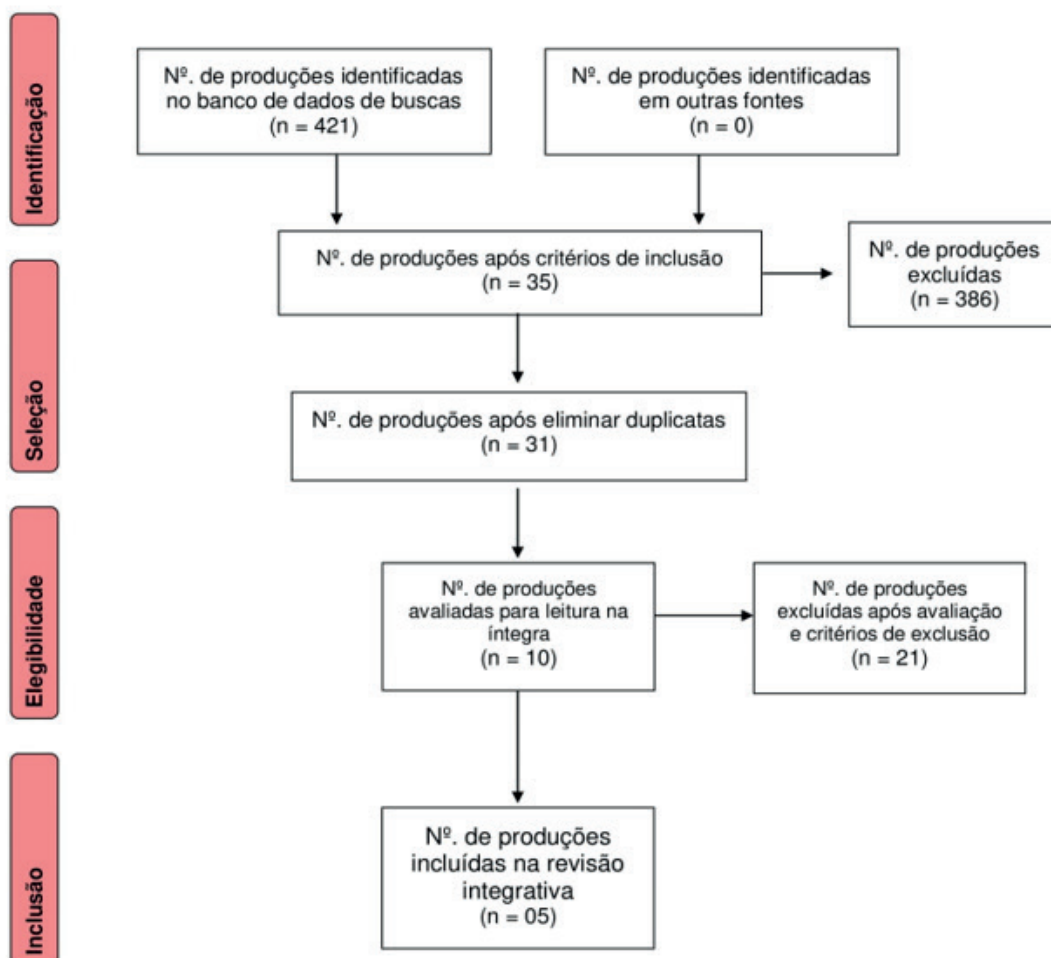
As publicações selecionadas somaram um total de cinco artigos, abrangendo o tema

proposto e atendendo aos critérios selecionados, que correspondem nas publicações de 2014 até 2018, no idioma: português. Foram incluídos artigos que referenciavam estratégias grupais utilizadas em UAPS, independente de sua finalidade, por se encaixarem no tema proposto e enriquecerem a discussão.

Uma vez que foram utilizadas duas estratégias de busca, obteve-se o total de artigos divididos da seguinte forma: quatro artigos encontrados em ambos os mecanismos de busca; um artigo encontrado apenas com uso do primeiro mecanismo (Grupo\$ AND Saúde Mental AND Unidade\$ Básica\$ de Saúde); nenhum artigo encontrado com o uso apenas do segundo mecanismo de busca (Grupo\$ AND Saúde Mental AND Unidade\$ de Atenção Primária à Saúde).

Na figura 1 é apresentado o fluxograma de seleção dos artigos selecionados para responder à pergunta de pesquisa, fazendo-se uso da primeira estratégia de busca.

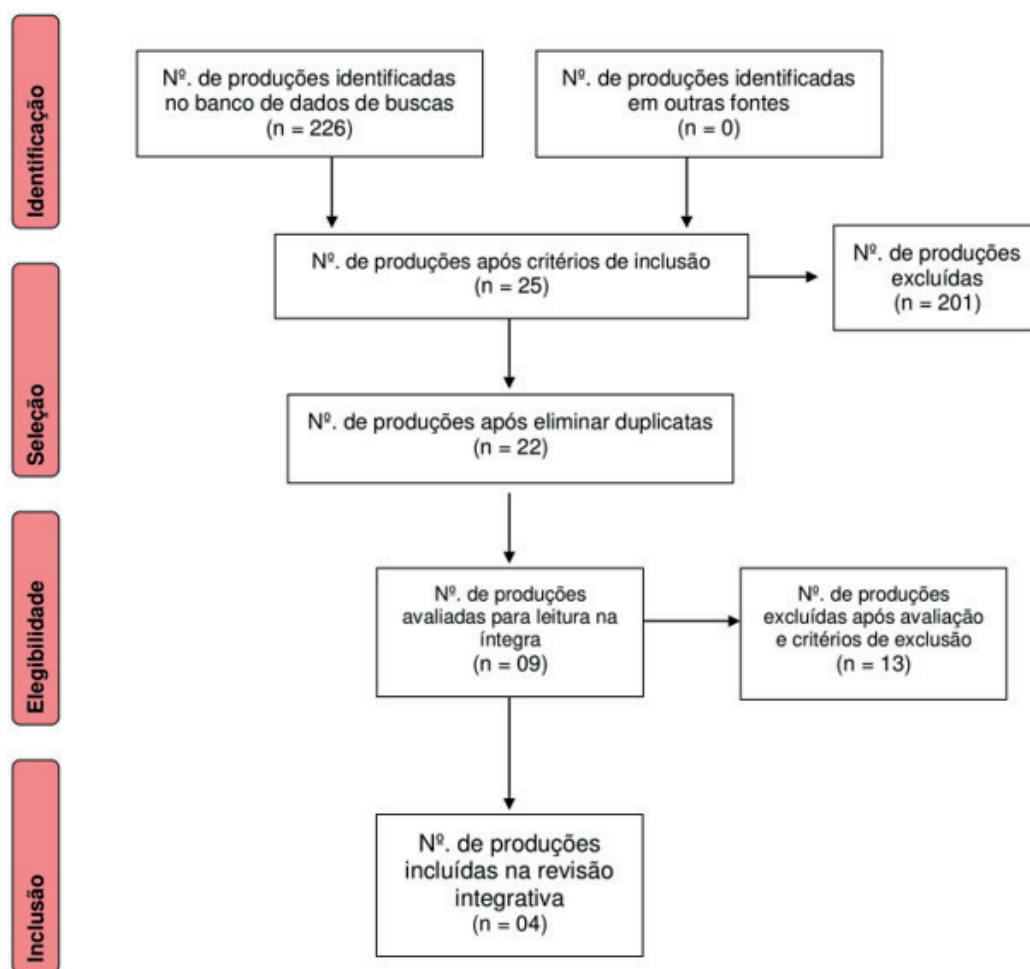
Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos da revisão integrativa referente à primeira estratégia de busca



Nota: Referente a estratégia de busca um: Grupo\$ AND Saúde Mental AND Unidade\$ Básica\$ de Saúde, adaptado da diretriz PRISMA, segundo Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The PRISMA Group⁽¹⁶⁾.

Já na figura 2, é apresentado o fluxograma de seleção dos artigos selecionados, utilizando-se a segunda estratégia de busca.

Figura 2. Fluxograma de seleção dos artigos da revisão integrativa referente à segunda estratégia de busca.



Nota: Referente a estratégia de busca dois: Grupo\$ AND Saúde Mental AND Unidade\$ de Atenção Primária à Saúde, adaptado da diretriz PRISMA, segundo Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The PRISMA Group ⁽¹⁶⁾.

Identificou-se mesmo número de produção para os anos de 2014 e 2017, sendo de dois. Destaca-se a ausência de publicações selecionadas para este estudo que datem de 2015. Quanto a fonte de publicação, houve maior número de publicações na base de dados LILACS, com destaque para periódicos das categorias profissionais de Enfermagem e Psicologia. O tipo de estudo mais comum foi o de pesquisa de campo com abordagem qualitativa. Não foi identificado nenhum artigo que tenha sido realizado com cunho terapêutico, tendo sido todos de cunho investigativo (Quadro I).

QUADRO I. Quadro sinótico seguindo os procedimentos propostos por Broome ⁽¹³⁾ quanto aos artigos sobre grupos de saúde mental em UAPS.

Nº	TÍTULO	AUTOR(ES)	ANO DE PUBLICAÇÃO	FONTE DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
1	A perversão no território: o se feitos do desmentido (17).	Lima Filho, Ivo de Andrade;- Facundes, Vera Lúcia Dutra.	2014.	Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos.	Rev. latinoam. psicopatol. Fundam.	Pesquisa ação.	Desenvolver algumas ideias acerca dos efeitos do desmentido (Verleugnung) do perverso sobre o outro, a coletividade, destacando seus possíveis endereçamentos.	Problematizou-se um fragmento clínico em que uma criança era abusada por um perverso. Destacou-se a necessidade de uma intervenção para barrar o gozo do perverso e libertar a criança.
2	Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários(18).	Frateschi, Mara Soares; Cardoso, Cármen Lúcia.	2014.	LILACS.	Physis (Rio J.)	Pesquisa de campo de abordagem qualitativa.	Investigar a avaliação que os usuários fazem do cuidado em saúde mental recebido por dois serviços públicos de Atenção Primária à Saúde: uma Unidade de Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde.	Os usuários apontam a necessidade de uma escuta qualificada, que promova acolhimento e vínculo, bem como de uma assistência humanizada, longitudinal e integral.
3	Vivência e estratégias de enfrentamento de familiares de dependentes (19).	Horta, Ana Lucia de Moraes; Daspett, Celina; Egito, Julia Horta Tabosa do; Macedo, Rosa Maria Stefanini de.	2016	LILACS.	Rev Bras Enferm.	Pesquisa de campo de abordagem qualitativa.	Compreender a vivência e estratégias de enfrentamento de familiares de dependentes de drogas.	Foram encontradas quatro categorias: Olhar dos familiares diante da dependência dos dependentes; Sentimentos e atitudes relacionados a ser familiar de dependente; Dificuldades encontradas no processo; e Estratégias de enfrentamento. Os achados refletem a dificuldade em lidar com esse assunto e a necessidade de serem cuidados. Os familiares acreditavam que o dependente precisava querer se tratar e mostraram dificuldade de lidar com desaparecimentos esporádicos. Apontaram sentimentos de dó, impotência, desgosto, ódio, vergonha, medo da agressividade e humilhação.
4	Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica(20).	Pereira, Alexandre de Araújo; Andrade, Daniela Correia Leite.	2017.	LILACS..	Rev. bras. educ. méd.	Estudo de investigação educacional, de enfoque qualitativo.	Fornecer elementos práticos que poderão servir de modelo para a implantação de estratégias educacionais em saúde mental, para médicos que atuam na atenção básica, no contexto da realidade brasileira.	A maioria dos médicos de família se sentiu despreparada para o atendimento das demandas de saúde mental e identificou falhas importantes na formação durante a graduação médica. A estratégia educacional resultante deste estudo oferece às equipes de saúde e às instituições formadoras de recursos humanos referências conceituais, práticas e metodológicas para a elaboração de programas de qualificação em saúde mental, no contexto da atenção básica à saúde.

5	Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica(21).	Silva, Gilza da; Iglesias, Alexandra; Dalbello-Araujo, Maristela; Badaró-Moreira, Maria Inês.	2017.	LILACS.	Psicol. ciênc. Prof.	Pesquisa de campo de abordagem qualitativa.	Conhecer as práticas de cuidado integral ofertadas às pessoas em sofrimento mental, efetivadas nos espaços das Unidades de Saúde da Família (USF) em uma região de saúde do município de Vitória, Espírito Santo, bem como apontar as dificuldades e possibilidades enfrentadas pelos profissionais de saúde no desenvolvimento dessas práticas na Atenção Básica.	São grandes as dificuldades enfrentadas no sentido de fazer valer uma inserção efetiva destas pessoas em sofrimento mental nos espaços das Unidades de Saúde para um cuidado integral. Contudo, na tentativa de garantia de acesso destas pessoas à Atenção Básica, com vistas ao acolhimento, à escuta qualificada e ao cuidado em saúde, houve resultados no sentido de ampliação de autonomia e inserção social dos sujeitos participantes.

DISCUSSÃO

Para dar início à discussão deste estudo, retoma-se à questão norteadora do mesmo: quais as evidências encontradas na literatura sobre grupos de saúde mental na atenção primária a saúde?

Durante a fase de coleta de dados da pesquisa foram encontrados inúmeros artigos que exploravam as questões das potencialidades e limitações da saúde na APS, a partir das concepções das práticas que poderiam ser desenvolvidas neste nível de atenção.

Contudo, evidenciou-se baixo número de produções que falassem estritamente de grupos terapêuticos dentro dos critérios de inclusão determinados, encontrando-se artigos de abordagem experiências grupais com finalidades outras, como por exemplo coleta de dados para uma pesquisa ou mesmo avaliação do processo de trabalho.

Traça-se a partir deste achado uma crítica, visto que o modelo assistencial em dispositivos grupais é desenvolvido para diversas Doenças Crônicas Não Transmissíveis no contexto da APS, apresentando-se como um processo prático e eficiente⁽²²⁾, de domínio dos profissionais, mas quando se considerada a área da saúde mental, há lacunas do uso deste potencial de intervenção psicossocial⁽⁵⁾.

Menezes & Avelino⁽²²⁾ trazem ainda a informação de que a metodologia grupal é vista na literatura sempre com resultados positivos na promoção, prevenção e educação em saúde, desta forma, corroborando para a importância do uso para as demandas de saúde mental.

Ao se pensar sobre o modelo assistencial vigente para as pessoas portadoras de transtornos mentais, de acordo com a Lei 10.2016/2001, tem-se a atenção psicossocial como foco. Desta forma, deve-se sempre visar

(...) práticas diversas construídas em diálogo entre distintos núcleos de saberes, ferramentas teórico-conceituais a partir da desconstrução e desnaturalização dos fundamentos do modo hegemônico médico, formulação de política e apostas em modos diversos de fazer andar a vida⁽²³⁾.

Nesta perspectiva, Maron, Guzzo & Grando⁽²⁴⁾ apontam que os grupos são importantes

ferramentas para a conscientização crítica dos indivíduos a respeito de seu meio social e suas condições de vida e saúde, opinião compartilhada por Markowitz⁽²⁵⁾ e fundamentada pelo estudo realizado por Worrall, Schweizer, Marks, Yuan, Lloyd & Ramjan⁽²⁶⁾.

Ao longo da pesquisa para fundamentação teórica deste estudo, encontrou-se artigos utilizando-se metodologias grupais para abordar temáticas referentes à área de drogas. Como área a fim da área da saúde mental, questiona-se quanto a ausência de evidências que se voltem a esta última área referida na APS com finalidade terapêutica.

Mesmo que não tenham surgido grupos com participação de pessoas com a finalidade terapêutica, ainda assim surgiram grupos com finalidades outras, como: problematizar atuação frente a demanda surgida como no caso do estudo de Lima Filho & Facundes⁽¹⁷⁾; propiciar embasamento para direcionar ações educativas, como o estudo de Pereira & Andrade⁽²⁰⁾; levantar conhecimentos sobre concepções teóricas e a prática assistencial, como o estudo de Silva, Iglesias, Dalbello-Araujo & Badaró-Moreira⁽²¹⁾; e explorar, bem como descrever, uma determinada realidade com a qual se trabalha ou mesmo é vivenciada, como os estudos de Frateschi & Cardoso⁽¹⁸⁾, e Horta, Daspett, Egito & Macedo⁽¹⁹⁾.

Destaca-se que a metodologia grupal mais utilizada foi a de grupo focal, presente nos estudos de Frateschi & Cardoso⁽¹⁸⁾, Horta, Daspett, Egito & Macedo⁽¹⁹⁾, Pereira & Andrade⁽²⁰⁾ e Silva, Iglesias, Dalbello-Araujo & Badaró-Moreira⁽²¹⁾, diferindo apenas do estudo de Lima Filho & Facundes⁽¹⁷⁾, que fez uso da metodologia de grupos reflexivos.

Como dito por Morgan*, em 1997⁽²⁷⁾, o grupo focal é “uma técnica de pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais”. Desta forma, verifica-se o tendencionamento dos artigos encontrados para a finalidade de coleta de informações e não cunho terapêutico, vide explanações sobre grupo focais apresentadas por Fonseca⁽²⁸⁾.

Destaca-se que a demanda para trabalho em grupos existe, apontada por Frateschi & Cardoso⁽¹⁸⁾, ao realizarem um estudo com usuários de Unidades Saúde da Família e de UAPS sem presença da ESF, no qual os usuários apontaram a necessidade de atividades de promoção de saúde, inclusive sugerindo a criação de um grupo.

As atividades apontadas pelos participantes do referido estudo ainda se estenderam àquelas que promovessem a convivência, a integração com membros da equipe e da comunidade, a realização de trabalhos manuais, todas de grande potencial de serem realizadas através de dinâmicas grupais, como apontam Munari & Foregato⁽²⁹⁾, confluindo com necessidades tais como escuta qualificada, promoção de acolhimento e vínculo, bem como de uma assistência humanizada, longitudinal e integral.

Corroborando para a comprovação da existência da demanda de atividades grupais, Horta, Daspett, Egito & Macedo⁽¹⁹⁾ apontam a importância de intervenções com famílias de

dependentes de drogas, não apenas com os usuários em si ou de forma a fazer atendimentos isolados.

A partir dos próprios estudos selecionados pode-se caminhar para compreensão quanto ao contexto que se verifica neste estudo. Pereira & Andrade⁽²⁰⁾ apontam quanto a necessidades de aprendizagem no universo de profissionais médicos, mas que pode ser estendido aos demais profissionais, em relação à: condução de grupos, habilidades de comunicação, promoção de saúde mental. Desta forma, mostrando que por mais que a estratégia seja preconizada, ainda há lacunas quanto a formação dos profissionais para seu efetivo exercício, tendo como consequência o distanciamento do novo paradigma de cuidado, como apontado por Silva, Iglesias, Dalbello-Araujo & Badaró-Moreira⁽²¹⁾.

Desta forma, verifica-se a perpetuação de práticas de saúde mental na APS sustentadas pelo modelo biomédico⁽²¹⁾, necessitando de investimento frente a protocolos, rotinas e diretrizes⁽²⁰⁾, mesmo havendo a presença do Caderno de Atenção Básica nº 34 que versa sobre Saúde Mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que apenas um pequeno número de publicações se tratava de grupos de saúde mental realizados na APS, sendo que mesmo o que foi evidenciado não vai de encontro a uma finalidade terapêutica, mas sim investigativa.

Apesar do potencial do grupo enquanto intervenção psicossocial, não se reconhece, a partir das referências levantadas, a valorização das ações nesta metodologia, o que desperta interesse para compreensão deste achado. Desta forma, entendesse que outros estudos relacionados a esta temática devem ser desenvolvidos.

Identifica-se que a ausência de evidências converge com um quadro que reverbera a nível nacional quanto a necessidade de se efetivar a assistência em saúde mental na APS, ainda bastante incipiente e apresentando diversas lacunas.

É necessário que seja tecida uma rede de pessoas e serviços que venham a implicar na construção de um processo de trabalho interdisciplinar. Para tal, a alocação de recursos financeiros por órgãos gestores é parte importante

Para além da regulamentação de portarias ou mesmo apontamentos de órgãos competentes quanto a reformulação do modelo assistencial, a efetivação deve ser compreendida como um processo e, desta forma, implica a construção coletiva e conjunta de profissionais envolvidos, demandando não só qualificação de formação, mas estratégias de sensibilização do que está sendo proposto enquanto meta.

O resultado deste estudo desperta o interesse para avaliação então não só de uma única estratégia assistencial como são as abordagens grupais, mas sim de investigação das ações

de saúde mental que são realizadas na APS e quais as concepções permeiam os profissionais que atuam na ponta, para então começar a refletir e problematizar em relação ao que é preconizado, regulamentado e fomentado, contra o que é encontrado na realidade concreta.

Espera-se que este estudo possa chamar a atenção para a lacuna frente ao tema trabalhado, de maneira a inspirar que medidas sejam tomadas e novos estudos sejam realizados, para contribuir com os achados e redimensionar a assistência que tem sido realizada atualmente.

REFERÊNCIAS

Almeida Filho AJ, Fortes FLS, Queirós PJP, Peres MAA, Vidinha TSS, Rodrigues MA. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. *Revista de Enfermagem Referência*. 2015;4(4):117-125.

Global Burden of Disease Collaborative Network (GBD). Global Burden of Disease Study 2016 Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2017.

Organização Mundial da Saúde (OMS). CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Duarte ML, Kjellin Galuschka T. Grupo de Saúde Mental: um relato de experiência na extensão universitária. *RCS*. 2017;17(33):58-5.

Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes LB. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(61):373-384.

Lima EPM. Atividades educativas para a promoção da saúde mental. *REMAP*. 2018;1(1):120-127.

Secco AC, Paraboni P, Arpini DM. Os Grupos como dispositivo de cuidado na AB para o trabalho com pacientes portadores de Diabetes e Hipertensão. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 2017;25(1):9-15.

Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007;15(3):508-511.

Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. *Revista de APS*. 2009;12(2):204-213.

Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(8):e00029818.

Broome ME. Integrative literature review for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knaf KA. *Concept development in nursing: Foundations, Techniques, and Applications*. Philadelphia: Saunders; 2000. p. 231-250.

Cecilio H, Oliveira DC. Modelos de revisão integrativa: discussão na pesquisa em Enfermagem. Atas: Investigação Qualitativa em Saúde. 2017;2:764-772.

Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005;52(5):546-553.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Plos Medicine. 2009;6(7):e1000097.

Lima Filho IA, Facundes VLD. A perversão no território: os efeitos do desmentido. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental. 2014;17(3, Suppl. 1):686-695.

Frateschi MS, Cardoso CL. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2014;24(2):545-565.

Horta ALM, Daspett C, Egito JHT, Macedo RMS. Vivência e estratégias de enfrentamento de familiares de dependentes. Revista Brasileira de Enfermagem. 2016;69(6):1024-1030.

Pereira AA, Andrade DCL. Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica. Revista Brasileira de Educação Médica. 2017;41(4):478-486.

Silva G, Iglesias A, Dalbello-Araujo M, Badaró-Moreira MI. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. Psicologia: Ciência e Profissão. 2017;37(2):404-417.

Menezes KKP, Avelino PR. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. Cad Saúde Colet. 2016;24(1):124-130.

Yasui S, Luzio C, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. Rev Polis e Psique. 2018;8(1):173–190.

Maron L, Guzzo P, Grando T. Grupos de saúde na atenção básica: experiências de enfermeiras residentes. Revista Contexto & Saúde. 2015;14(27):81-96.

Markowitz FE. Involvement in mental health self-help groups and recovery. Health Sociology Review. 2015;24(2):199-212.

Worrall H, Schweizer R, Marks R, Yuan L, Lloyd C, Ramjan R. The effectiveness of support groups: a literature review. Mental Health And Social Inclusion. 2018;22(2):85-93.

Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2009;19(3):777-796.

Fonseca RG. Ações e interações em grupos focais: algumas considerações sobre a análise dos dados. Pensar A Prática. 2017;20(3):604-613.

Munari DB, Furegato ARF. Enfermagem e Grupos. Goiânia: Ab; 2003.

“ Humanização “para” saúde: uma análise das propostas curriculares da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)

Claudia **Gomes**
UNIFAL

Julia Oliveira **Comonian**
UNIFAL

Jaqueline Santos **Barboza**
UNIFAL

Este capítulo é derivado do Projeto de Pesquisa Humanização na Saúde: uma análise das propostas formativas da UNIFAL-MG, contemplado pelo CNPq Edital Universal Processo 424905/2016-7.

RESUMO

Sabe-se que embora as premissas de humanização em saúde, sejam ações profissionais previstas por uma política nacional, alinhada as demandas do Sistema Único de Saúde, desenvolvidas a partir de pressupostos que buscam qualificar a atenção e promoção de saúde no Brasil, os desafios teóricos e metodológicos para a implantação das propostas são ainda latentes nos diferentes contextos do país. Entendendo que a formação acadêmica inicial é locus central para o desvelamento das dificuldades e enfrentamentos dos desafios vividos pelos profissionais frente aos postulados humanizadores, este estudo, realizado a partir de uma análise documental dos currículos de formação inicial, lançou como objetivo caracterizar a inserção do tema humanização nos diferentes cursos da área da saúde da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). Como resultados pode-se evidenciar que o tema quando presente nos recortes curriculares, se faz de forma periférica, ou seja, distantes de outras disciplinas ou discussões. também se observa, que quando os debates estão inseridos, são realizados de forma pouco expressiva, considerando-se a carga horária destinada para os debates sobre o tema, considerando-se a carga horária destinada para abordagem do tema, o que em nosso entender desfavorece um processo pleno de apropriação dos referenciais teóricos e metodológicos pelos acadêmicos, o que impacta sobremaneira o desenvolvimento das práticas e ações posteriormente efetivadas no campo profissional.

Palavras-chave: Currículo; Educação Superior; Formação Profissional; Humanização.

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE X HUMANIZAÇÃO “PARA” SAÚDE

A Humanização transformou-se em política de saúde em 2003, quando o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), com a proposta de consolidar os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH considera que humanizar os serviços se traduz na inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado, uma construção coletiva e compartilhada que estimula novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. Os princípios e diretrizes dessa política se aproximam aos do próprio SUS, como transversalidade (deve estar incluída em todas as políticas e programas do SUS); indissociabilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos; acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) assegura os direitos do cidadão respeitando gênero, etnia, raça, orientação sexual e as populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados), fortalece a equipe multiprofissional, estimulando a transversalidade e grupalidade; incentiva o surgimento de grupos cooperativos, solidários e interessados à promoção de saúde e de sujeitos; oferece segurança e autonomia de sujeitos e grupos vinculados ao SUS; valoriza e democratiza a atuação dos profissionais da área da saúde. Assim, a formação profissional em saúde deve organizar as práticas profissionais a partir de um referencial mais abrangente – as necessidades de saúde da população em sintonia com os princípios ético-políticos da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS) (Benevides e Passos, 2005; Nogueira, 2014).

A discussão da formação profissional em saúde alinhada aos pressupostos humanizadores, demanda a reflexão e enfrentamentos sobre as concepções que sustentam o modelo biomédico ainda fortemente arraigado nos espaços formativos das diferentes áreas da saúde, em seus diferentes níveis. Nesse sentido, para aproximar a formação profissional das necessidades de saúde da população, é necessária a adoção de algumas mudanças que envolvam pessoas, valores, culturas e, especificamente no campo da saúde e da educação, que envolvam também questões ideológicas, sociais, econômicas e históricas, para então, haver a superação do paradigma “conteúdistas” predominante (Chiesa et al., 2007; Goulart e Chiari, 2010).

Entretanto, para que a humanização ocorra de forma efetiva, é necessário que o conceito seja passado para os profissionais da área desde sua formação, juntamente com práticas humanizadas. Não nos resta dúvida que efetivar as Políticas de Humanização em Saúde em nosso país demanda a revisão e discussão da configuração dos espaços formativos, iniciais, e para tanto, situarmos que a análise, dos elementos curriculares nos apresenta uma

das premissas iniciais para a compreensão do lócus formativo da discussão em questão. As discussões ligadas a humanização em saúde, com foco em princípios como integralidade, equidade e participação social demandam a revisão dos espaços formativos e condições de trabalho profissional. Os pressupostos da humanização favorecem uma discussão de extrema relevância no debate e análise da formação de futuros profissionais da área da saúde, considerando que, mesmo apesar dos avanços consideráveis de áreas como Psicologia Médica, Psicossomática, Psicologia da Saúde, Saúde Coletiva, entre outras, já marcadas historicamente no campo teórico e conceitual (De Marco, 2006), ainda não se efetivaram alterações efetivas metodológicas e relacionais quanto ao hegemônico modelo biomédico de formação (Goulart e Chiari, 2010).

Modelo este que embasado por uma leitura e compreensão cartesiana entre a divisão corpo e mente, definidas como instâncias separadas, e que fortemente influenciou a análise exclusiva e dimensionada dos elementos biológicos e físicos, frente aos demais elementos presentes e constituintes dos processos envolvidos na relação saúde e doença. O que ainda constatamos é que no campo da prática profissional, embasados por compreensões dicotômicas e pouco complexas a relação entre profissional da saúde e paciente pelo modelo biomédico se sustenta numa via única e tradicional, mantendo-se hegemônica a compreensão de que o “paciente/cliente” é apenas um agente passivo de seu tratamento, no qual os processos subjetivos do sujeito, como suas vontades e anseios, não são levados em consideração. (Capra, 1982; Oliveira, 2002).

As críticas ao modelo hegemônico de formação das profissões de saúde geraram movimentos organizados que culminaram na organização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as quais são direcionadas aos cursos de graduação da área. As DCN representam uma tentativa de se romper com um modelo tradicional de formação biologicista e introduzir o paradigma da integralidade, proposto por modelos assistencialistas em saúde. Por outro lado, as diretrizes têm exercido uma poderosa influência na elaboração de currículos na formação em saúde, o que torna difícil aplicar os anseios idealizados na prática clínica. De uma forma geral, um currículo representa um plano pedagógico e institucional que orienta a aprendizagem dos alunos de forma articulada, o propagado currículo integrado sistematiza de forma dinâmica o ensino, envolvendo a prática à teoria, dando notória importância às pesquisas e às áreas extensivas, trazendo o acadêmico para além do meio universitário, e possibilitando um contato direto com a comunidade em que está inserido, representando assim uma possibilidade adequada para a formação em saúde (DAVINI, 2009).

Nesses currículos se refletem as concepções dominantes sobre o processo saúde-doença, sobre o papel dos profissionais na sociedade, os paradigmas dominantes da área e, inevitavelmente, reflete os contornos construídos historicamente e contextualmente. Como afirma

Apple (2002), a educação está intimamente ligada à política cultural e, desta forma, o currículo é parte de uma tradição seletiva, resultado da visão de algum grupo sobre o que vem a ser um conhecimento legítimo. O currículo é, então, o espaço em que se oficializa um determinado corpo de conhecimentos, em detrimento de outros, legitimando certas formas de saber e de poder que, como afirma Silva (2005), expressam-se numa constante luta em torno dos diferentes significados sobre o social e o político. O currículo é destacado instrumento de legitimação de diferenças e desigualdades, a partir da consolidação não-neutra de um corpo de conhecimentos hegemônicos.

Com base em postulados humanizadores, o modelo de formação e atuação tem como base o paradigma biopsicossocial, que foi proposto pelo médico americano George Engel, em meados da década de 1970, e objetiva ser um modelo de atenção para compreender e facilitar o manejo dos problemas da pessoa atendida, a partir da análise dos fatores psicossociais e os biológicos, compreendidos a um só tempo, na compreensão da doença e da manutenção da saúde. Ainda de acordo com o autor, o modelo biopsicossocial questiona fortemente, o pressuposto de que a saúde, ou a doença depende somente de fatores biológicos e prioriza a importância dos fatores psicossociais, dando relevância ao contexto no qual o paciente e sua família encontram-se imersos. O atual modelo de organização social e de compreensão do processo saúde-doença-cuidado preconizado pelas políticas de saúde exige a formação de um profissional capaz de atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, em especial nos programas que requerem ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo (Durante, 2003; Barboza et al., 2016).

Segundo Xavier e Koifman (2011) para considerar-se uma educação íntegra e de qualidade deve-se intitular uma maneira de completude, na qual as disciplinas se somam, dando ao aluno uma maior autonomia para pensar e agir como um futuro profissional. Para tanto, se faz tão necessária a integralidade como sendo um princípio que corresponde exatamente a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais. A integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes níveis de complexidade do sistema, e na formação em saúde essa integralidade é vista como uma relação que envolve outras áreas, como as ciências humanas.

Por essa razão, nos últimos anos tem ocorrido vivo debate em torno dos métodos educacionais e abordagens curriculares nos diferentes níveis de educação formal. O grande desafio deste século é o desenvolvimento de uma educação crítica, reflexiva e contextualizada, que derive das necessidades sociais e que à sociedade se destine, no permanente interjogo entre educação, trabalho e cultura. O sentido da preparação profissional no Ensino Superior é o de formar profissionais competentes, criativos e inventivos, para o desenvol-

verem análises críticas, por meio de questionamentos e proposições frente a engrenagem socioeconômica, o que se caracteriza uma formação cidadã que não se restringe ao tempo curricular e espaço físico da universidade (Marinho-Araujo, 2016; Marinho-Araujo, 2017).

Porém, o que ainda evidenciamos, é que a educação oferecida no Ensino Superior é orientada por objetivos específicos delimitados pelo domínio do conhecimento científico, e de forma exclusiva suas propostas formativas acabam segmentando a ciência e distanciando o acadêmico dos fenômenos reais. Ou seja, o limite da racionalidade técnica que confere status acadêmico a formação, acaba por distanciar os sujeitos de suas realidades e de suas demandas. Fato este constatado tanto a partir dos recortes curriculares, que via de regra com base em uma sobrecarga de informações teóricas, pulverizadas no início do curso, de forma fragmentada, isolada e normativa, impossibilita a construção de um perfil pelo acadêmico para que considere e possa atuar na prática social real, partilhada e vivificada pelos inúmeros sentidos de sua experiência no contexto universitário e fora dele (Marinho-Araujo e Almeida, 2017).

Ainda de acordo com a autora, contribuir com a formação dos sujeitos para a vida em sociedade, demanda um contexto que possibilite o processo de apropriação de elementos como autonomia pessoal e emancipação, o que nos exige compreender as trajetórias acadêmicas, e os processos de desenvolvimento dos sujeitos; as significações acerca do perfil profissional, assim como, os processos de gestão estabelecidos neste processo. Com isso, não negligenciamos a importância do conhecimento científico no contexto de formação do Ensino Superior, e sim defendemos que se limitada a esses aspectos corre-se o risco de perpetuarmos uma formação focada em competências técnico-profissional, sem que o contexto possibilite processos de apropriação de uma formação integral e cidadã de seus atores. Devemos para tanto, problematizar a concepção de competências defendida pelos pressupostos políticos no contexto educacional, e para tanto, não podemos negligenciar que o debate da competência faz parte das discussões a partir de uma perspectiva de organização e desenvolvimento curricular, o que sugere um viés tecnicista, alinhado as demandas do mercado, sem que se leve em conta as contradições sociais, políticas e econômicas.

Para tanto, a partir dessas problematizações lançadas, este trabalho lançou como objetivo geral caracterizar as proposições curriculares de profissionais da área da saúde sob os postulados da Humanização da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental descritiva, caracterizada por um delineamento quantitativo, procedimento privilegiado com o objetivo de compreender numérica e criticamente (Morais, 2007), as informações registradas nas ementas dos cursos de formação inicial

de profissionais da área da Saúde da UNIFAL-MG, a fim de que tenhamos um disparador documental, do debate estabelecido ao longo dos referidos cursos quanto aos temas sobre Humanização.

Para tanto, como recursos de análise, foram selecionados documentos institucionais dos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Odontologia, e mais precisamente e foco deste estudo, os Projetos Políticos Pedagógicos dos respectivos cursos, disponibilizados no endereço virtual oficial da própria universidade (www.unifal-mg.edu.br).

Primeiramente, para traçar o panorama institucional com base em um estudo documental a partir dos dados disponibilizados na página online da Universidade Federal de Alfenas, foram organizadas as seguintes informações: ano de fundação; número de cursos; número de alunos matriculados; número de docentes; número de técnicos administrativos; número de psicólogos. Após a organização deste primeiro cenário institucional, foram realizadas análises específicas focadas no objetivo deste estudo, como por exemplo, a compilação das informações relacionadas: temas curriculares; disciplinas; carga horária; processos avaliativos, entre outros.

Em relação ao formato das categorizações recorreremos aos fundamentos teóricos das modalidades de análise textual e temática de análise documental (Lima e Miotto, 2007), com a finalidade de conhecer a realidade formativa com base nos postulados curriculares empregados, favorecendo uma análise crítica do percurso formativo definido politicamente pela instituição em relação à temática Humanização.

Assim, a partir de análises textuais e temáticas dos referidos documentos foi possível a categorização da presença dos temas fundantes aos pressupostos da Humanização em Saúde, que possibilitou também uma análise quantitativa com base na carga horária das temáticas desenvolvidas, por meio de provas estatísticas descritivas (Morais, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

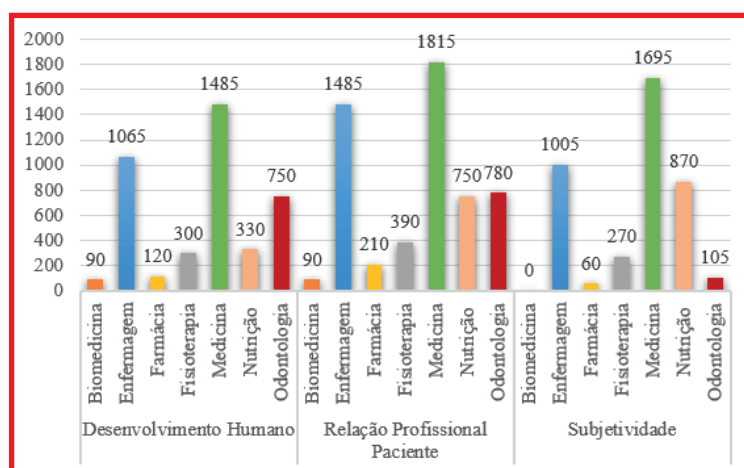
O desafio de formar profissionais da saúde passa pela necessidade de desenvolver novas concepções do processo saúde-doença, ser humano e sociedade, e novas práticas de saúde, mais horizontalizadas e centradas. Estimular a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença, apoiados na aprendizagem pela reflexão e, trabalhar a formação profissional a partir dos eixos da promoção da saúde, rompendo com “antigos paradigmas”, sem negar ou menosprezar, entretanto, a historicidade das profissões, os modelos de atenção à saúde existentes no país e os recursos tecnológicos, discussões estas possíveis a partir das análises curriculares dos cursos da área da saúde da Universidade Federal de Alfenas.

Para tanto, com a categorização das ementas curriculares dos cursos de Biomedicina,

Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, que a partir dos indicadores temáticos Desenvolvimento humano; Relação profissional- paciente e Subjetividade deflagram elementos de importantes de análises quanto aos desafios do debate da Humanização em Saúde (Gráfico 1);

Gráfico 1. Distribuição da carga horária em diferentes temáticas relacionadas a Humanização nas ementas dos cursos da área da saúde da Universidade Federal de Alfenas

Fonte: Elaborado pelas autoras



Ao analisarmos a carga horária da discussão da temática de desenvolvimento humano dentro dos cursos da área da saúde, em um primeiro olhar já se percebe a carência da temática durante a formação dos futuros profissionais. Os cursos de Biomedicina e Farmácia apresentam apenas 2% e 3% respectivamente de sua ementa com disciplinas que levantam a discussão do desenvolvimento humano, também seguidos por baixas cargas horárias em Fisioterapia (7%), Nutrição (8%) e Odontologia (18%). Os cursos que apresentam as maiores cargas horárias são Medicina com 36%, referente a 1485 horas e Enfermagem com 26%, referente a 1065 horas de disciplinas.

Uma das premissas centrais que sustenta este estudo, é o entendimento de que não podemos negligenciar que o desenvolvimento humano é complexo e articulado a partir de diferentes dimensões, as quais inserem-se os conhecimentos prévios, como a história de vida, as experiências cotidianas, as ações e a disposição ao trabalho; assim como, os relacionamentos sociais e interpessoais; além da defesa de princípios ético-sociais (Marinho-Araujo e Almeida, 2017).

No entanto, quando constatamos que as discussões com base em um pressuposto complexo e recursivo de entendimento do desenvolvimento humano e das relações doença e saúde é ofertado ao longo da formação em insignificantes 2%, 3% ou ainda 18% da carga horária formativa, nos questionamos como é possível que a partir das condições materiais da formação, os acadêmicos em formação inicial terão possibilidades de apropriação de tais

elementos e discussões, se elas não existem efetivamente ao longo do cursos.

Sabemos que a relação saúde e doença, vem sido ressignificada pela presença de sofrimentos e doenças persistentes na vida do indivíduo, de forma que a saúde extrapola os limites de sua definição biomédica de “ausência de doenças” (Traverso-Yepez, 2001; Capra, 1982), no entanto, infelizmente essa ressignificação ainda não se efetivou como uma ação intencional formativa ao levarmos em consideração as informações político-pedagógicas da Instituição.

E assim, quando estudos indicam a hegemonia do modelo biomédico, ainda muito enraizado nas atuais práticas de saúde, e considerando os dados descritos em relação a carga horária das discussões nos cursos, nos parece evidente que esta realidade só tende a se cristalizar, pois a inexistência de um campo de discussões críticas voltadas sobre o desenvolvimento humano e da construção do sujeito, que levam a uma compreensão do contexto sócio-cultural e do ser biopsicossocial, não foi significativamente evidenciada na maioria dos cursos em questão.

No que se refere a relação entre profissional e paciente os cursos que apresentam as maiores cargas horárias com discussão da temática são os que realizam uma interação direta e mais duradoura com os pacientes, como Medicina e Enfermagem, com 33% da carga horária referente a 1815 horas e 27% referente a 1485 horas dos respectivos cursos.

Porém, entendemos que o princípio de possuir ou não uma relação diretiva com “pacientes” não justifica a ausência da discussão nos demais cursos da área da saúde, quando levado em consideração que o atendimento humanizado é formado por diferentes facetas, desde o primeiro contato com um profissional, até a realização de exames, administração de medicamentos e tratamentos, entre outros.

Evidenciamos que alguns dos cursos, com uma carga horária insatisfatória, em nosso entender, não favorece o processo de apropriação dos pressupostos da Humanização em Saúde, como por exemplo os cursos de Biomedicina, Farmácia e Fisioterapia, que trazem apenas 90 horas, 210 horas e 390 horas em suas ementas, o que não possibilita debates efetivos e necessários sobre vinculação terapêutica, assim como o compromisso ético social com as questões que envolvem o tema.

Nos questionamos em como podemos efetivar o debate da compreensão do desenvolvimento humano, a partir de fundamentos históricos e sociais, quando os recortes curriculares são ainda estanques, técnicos e fragmentados? Ou ainda, quando fica aparentemente visível a diferenciação de demandas formativas a partir de ações práticas, negligenciando e privando o debate de questões políticas, sociais e econômicas que permeiam a formação e atuação dos profissionais da saúde em nosso país.

E assim, em relação ao contexto da formação inicial na Universidade, devemos com-

preender que o indivíduo não cessa seu desenvolvimento com a chegada da vida adulta, mas sim permanece em processo contínuo e dialético de construção e transformação do seu contexto social. Neste sentido, ao vivenciarem contextos intencionalmente planejados para processos de aprendizagem, favorecemos sobremaneira a reflexão, apropriação e ações, que potencializam saltos qualitativos efetivos nos processos de desenvolvimento. Ao proporcionar uma atenção à saúde reducionista que minimiza ou despreza a relação entre profissional e paciente, as ações não possibilitam um espaço de trocas e buscas pelo melhor tratamento. Segundo Chiesa et al (2007), é necessário que crie uma rede de cidadania, de forma que o seja levada a subjetividade de cada sujeito e do coletivo, desde a gestão, atendimento e usuário.

No entanto, o que constatamos é que assim como o debate da relação terapêutica é insatisfatório, os espaços que discutam os elementos subjetivos envolvidos nesse processo também não são evidenciados. Enquanto o curso de Farmácia apresenta apenas 1% de sua carga horária total destinada a temática, referente a apenas 60 horas e o curso de Odontologia indica 3% da carga horária com 105 horas, assim como alguns cursos não indicam disciplinas alinhadas a essa discussão. Valendo ressaltar, que novamente os cursos de Medicina e Enfermagem, contemplam as cargas horárias mais significativas de discussão do tema, sendo 1695 horas e 1005 horas, respectivamente.

A partir desses números novamente nos perguntamos, como alinharmos aos pressupostos da humanização quando o contexto formativo parece responsável pela cristalização do velho/novo discurso que mantém a alienação e reprodução de práticas que negligenciam as dimensões psicológicas e sociais da vida dos indivíduos?

Concordamos com Traverso-Yepetz (2007), que a tendência atual de compreensão da saúde ainda como sinônimo de ausência de doenças, resquícios do paradigma biomédico ainda é presente nas ações e práticas profissionais, assim como impacta sobremaneira os formatos curriculares dos cursos da área da saúde, favorecendo o entendimento de que a leitura profissional deve focar a doença em detrimento do sujeito.

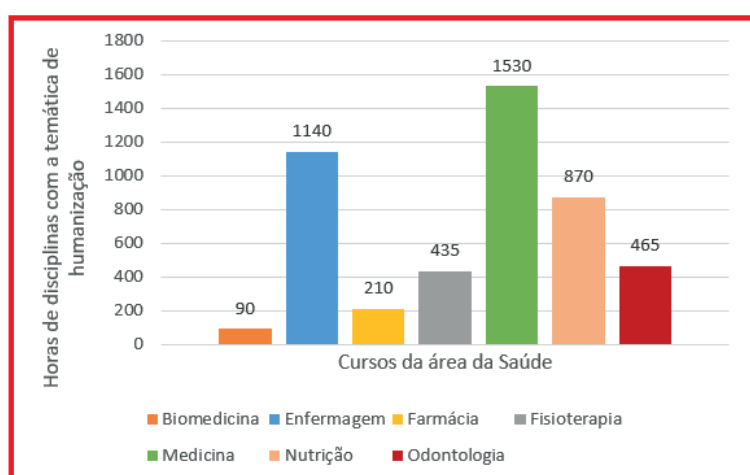
De acordo com as premissas da Psicologia Histórico Cultural, a reflexão da formação do sujeito “pelas ideias, pelos objetos e fenômenos da realidade acadêmica” é essencial por serem processos de aprendizagem e humanização que respaldam-se entre o estudo e o sentido que apresenta para o sujeito, pois “não se desconsidera a importância dos conhecimentos adquiridos, mas para que o conhecimento eduque torna-se necessário educar a atitude frente aos conhecimentos” (Gomes e Mello, 2010, p. 689).

Assim, precisamos avançar no reconhecimento do contexto acadêmico como local de desenvolvimento que além de ofertar conhecimentos sistematizados embasados em disciplinas da ciência, reconfigura novos modos de pensar e agir sobre diferentes realidades.

Para Rios (2010) a humanização é, em sua essência, o processo de reconhecer o campo das subjetividades como instância humana fundamental, trazendo para as práticas em saúde uma melhor compreensão dos problemas e soluções compartilhadas, por meio da autonomia, responsabilidade e atitude solidária. Nesse sentido, o modelo biopsicossocial ao incluir e valorizar a subjetividade da pessoa nas práticas de cuidado em saúde, favorece o que tem sido reconhecido como “humanização da assistência”.

Por fim, contemplado uma análise, não em relação a carga horária ou diferentes temas, mas sim a presença disciplinar da discussão ao longo dos projetos políticos pedagógicos dos cursos, realizou-se uma análise das diferentes ementas, sendo constatada a menção da discussão sobre humanização em todos os cursos, a partir das diferentes disciplinas: Psicologia aplicada à saúde, Políticas práticas de saúde coletiva, Legislação e Exercícios Profissional, Saúde Mental, Educação em Saúde, entre outras, contempladas pelos cursos analisados, no entanto, com cargas horárias distintas, como ilustrado no Gráfico 2.

Gráfico 2. Distribuição da carga horária da temática Humanização nas ementas dos cursos da área da saúde da Universidade Federal de Alfenas



Fonte: Elaborado pelas autoras

Pode-se constatar que dentre os cursos analisados, o que possui maior representatividade da carga horária de disciplinas que contemplem a discussão da Humanização em Saúde, é o curso de Medicina, com 34% da carga horária total do curso, referente a 1530 horas de disciplinas que abordam a temática, enquanto os cursos de Biomedicina e Farmácia, são os cursos com as menores cargas horárias, sendo 2% e 4% respectivamente do total de horas do curso.

Já os cursos como Enfermagem (27%); Nutrição (21%), Odontologia (11%) e Fisioterapia (10%), apresentam em média dez disciplinas ao longo do curso que favorece o debate quanto ao tema Humanização em Saúde. Ao considerar-se a intencionalidade da disciplina da discussão da temática pode-se constatar que a disciplina Psicologia aplicada à Saúde,

presente em 5 dos 7 cursos avaliados, alinha-se mais diretamente as discussões da Humanização em Saúde, e desenvolve como ementa obrigatória.

Dentre os temas abordados nesta disciplina obrigatória e presente na maioria dos cursos são contemplados: conceitos, históricos e postulados da Psicologia do desenvolvimento, que abrange o desenvolvimento da criança, adolescente, vida adulta e velhice, sob a premissa biopsicossocial. Temáticas que são consideradas importantes para a compreensão e formação do profissional da área da saúde, a fim de compreender sobre a importância de práticas humanizadas, considerando as facetas psicossociais da relação saúde/doença, assim como as dimensões da subjetividade humana nas estratégias terapêuticas e práticas profissionais estabelecidas.

Casate e Corrêa (2012) defendem que humanizar é ter a concepção que o indivíduo é um ser único, insubstituível, completo e complexo, exigindo respeito, o acolhimento, a empatia, a escuta, o diálogo, circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas, sendo valorizado e respeitado perante ao adoecimento e sofrimento utilizando-se do diálogo como uma via de humanização.

Entendemos que os pressupostos desenvolvidos pela disciplina são centrais para o debate da Humanização, não apenas como postulado político ou curricular, mas acima de tudo, como elemento formativo problematizador das condições psicossociais da relação saúde/doença a partir de elementos teóricos e metodológicos favorecedores do processo interventivo com base em uma premissa relacional e humanizadora pelos profissionais da área da saúde.

Assim, humanizar em saúde implica compreender que cada indivíduo é singular e que possui suas necessidades, criando condições que possibilitem sua vontade própria. Ao cuidar de cada indivíduo respeitando sua singularidade, evita-se a perda de autonomia e discriminação (Fortes, 2004). Neste sentido, não nos resta dúvidas que a presença e impacto das discussões com aportes temáticas da Humanização em Saúde nas ementas das disciplinas dos cursos da área da saúde, mostram-se urgentes e necessárias para alinharmos a formação e atuação a práticas em saúde com foco na integralidade e humanização.

Defendemos que, o processo de apropriação de novos postulados, que possibilitem novas ações profissionais, é decorrente da qualidade da interação, que favoreça condições de internalização e novas compreensões da realidade a partir de transformações de significações e de novas construção de sentidos compartilhados. Assim, entendemos que determinadas ações intencionais que envolvem a interação, a partir do processo de apropriação de conteúdos simbólicos, qualificam o contexto da formação profissional e do desenvolvimento humano adulto (Marinho-Araujo e Almeida, 2017), e são condições primárias para avançar-

mos efetivamente nas práticas formativas em relação aos postulados humanizadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises da categorização e contabilização das ementas e cargas horárias das disciplinas dos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Odontologia da Universidade Federal de Alfenas, nos possibilitou a criação de um primeiro cenário de discussão que alarma uma questão central: a discussão da temática Humanização em Saúde é ainda periférica nos currículos formativos.

Em relação as descrições das cargas horárias da temática Humanização em Saúde presentes nos projetos políticos pedagógicos dos referidos cursos, evidenciamos que apenas nos cursos de Medicina e Enfermagem evidencia-se uma carga horária superior a 20%, os demais cursos não indicam uma carga horária pouco significativa entre 2% e 8%, o que em nosso entender é insatisfatório para as demandas de discussão de um outro modelo de compreensão do processo de desenvolvimento humano, não delimitado as questões biológicas e físicas, mas acima de tudo, que contemple as análises sociais e psicológicas, além de históricas, políticas e econômicas.

Já em relação a vinculação da discussão dos temas de humanização em saúde e as ementas ofertadas ao longo dos cursos, pode-se evidenciar que uma das disciplinas isoladas que contemplam a discussão dos tópicos é a Psicologia da Saúde, presente e obrigatória em cinco dos sete cursos analisados. E assim se por um lado a presença da disciplina nos convida a uma análise positiva que firma a presença das discussões nos cursos, por outro lado, entendemos que a discussão isolada e disciplinar nos primeiros semestres de formação, momento no qual a disciplina é ofertada, não favorece processos efetivos de apropriação dos elementos, fato este que pode inclusive gerar resistência ou incompreensão dos postulados humanizadores por distanciar-se dos objetos de estudo ou trabalho das referidas áreas profissionais.

Por fim, podemos ainda evidenciar a hegemonia do modelo biomédico, não expresso por meio da construção dos projetos políticos pedagógicos dos cursos, mas mantido, por meio das articulações disciplinares, presentes implicitamente nos recortes curriculares, e claramente constatada com base na descrição das cargas horárias e ementas que abordam o tema da Humanização em relação ao total de disciplinas que compõem o curso.

Concluimos que é urgente alinharmos os pressupostos políticos da formação de profissionais da saúde, as demandas e necessidades da população, no entanto, este processo demanda a revisão dos embasamentos, compreensões ou incompreensões presentes e alarmados nos próprios contextos da formação, como garantia de avançarmos em novos/ outros processos de mediação que possibilite a ressignificação de princípios fundantes a

formação e atuação do profissional comprometido com a saúde no Brasil.

Por fim, parafraseando Souza et al (2013), a partir dos estudos da Psicologia Histórico Cultural, é a partir das relações humanas e mediação dos signos que se propõe espaços formativos geradores de desenvolvimento. As internalizações realizadas são objetivadas pelos signos e pela relação com o outro, desta forma gerando “um aspecto que vem permeado de manifestações de um sujeito que não está só, mas sim, inserido em um processo de experiência histórico-cultural” (p.15), criar esta experiência é função primária dos contextos de formação profissional, como fonte de humanização para a saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOZA, Jaqueline Santos et al. Relatos médicos sobre formação acadêmica e trabalho na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 11, n. 38, p. 1-8, 2016.

BENEVIDES, Regina. PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão publica das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS): 2007. NOGUEIRA, Maria Inês. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 909-930, Set. 2014.

CAPRA, Fritjof. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix, 1982.

CASATE, Juliana Cristina; CORREA, Adriana Katia. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. *Rev. esc. enferm. USP*. São Paulo. vol.46, n.1, p.219-226, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100029&lng=pt&tlng=pt

CHIESA, Anna Maria et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enfermagem*, v. 12, n. 2, p. 236-240, 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648983015>

DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão de Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DE MARCO, Mario Alfredo. Do modelo médico ao biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, jan/abr, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a10.pdf> Acesso em 05 dez. 2018.

DURANTE, Eduardo. Algumas Ferramentas para Otimizar a Entrevista Clínica. PROFAM - Programa de Educação a Distância de Medicina Familiar e Ambulatorial. Hospital Italiano de Buenos Aires. 2003. Tradução e adaptação: InFamília - Instituto Brasileiro de Saúde da Família. Coord. Vera Drehmer. Volume VIII - Cap 58.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade* v.13, n.3, p. 30-35, 2004.

GOMES, Cláudia Aparecida Valderramas; MELLO, Suely Amaral. Educação escolar e constituição do afetivo: algumas considerações a partir da Psicologia Histórico-Cultural. *Perspectiva*, Florianópolis, v. 28, p. 677-694, 2010.

GONZÁLEZ, Alberto Duran; ALMEIDA, Marcio José. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), p. 757-762, 2010.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Rev. Katál*, Florianópolis, v. 10 n. esp. p. 37-45, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802007000300004&script=sci_abstract

MARINHO-ARAUJO, Claisy Maria. Perspectiva Histórico cultural para o Desenvolvimento Humano: fundamentos para atuação em Psicologia Escolar. In: Maria Virgínia Dazzani e Vera SOUZA, Lucia Trevisan de. (Org.). *Psicologia Escolar Crítica: teoria e prática nos contextos educacionais*. 1ed. Campinas: Alínea, v. 1, p. 37-56, 2016.

MARINHO-ARAUJO, Claisy Maria; ALMEIDA, L. S. . Abordagem de competências, desenvolvimento humano e educação. *Psicologia: teoria e pesquisa (Brasília Online)*, v. 32, p. 1-10, 2017.

MORAIS, Paulo. *Estatística para Psicólogos (que não gostam de números)*. 1ª ed. Santo André, São Paulo: ESETec Editores Associados. 155p., 2007.

OLIVEIRA, Francisco Arsego. Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication, *Interface _ Comunic, Saúde, Educ*, v.6, Saúde, Educ n.10, p.63-74, 2002.

RIOS, Izabel Cristina. Subjetividade contemporânea na Educação Médica: a formação humanística em Medicina. Tese – Doutorado em Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

TRAVERSO-YEPEZ, Martha. A interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49 – 56, 2001

TRAVERSO-YEPEZ, Martha. Dilemas na promoção de saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.22, p.223-38, 2007.

XAVIER, Alex da Silva; KOIFMAN, Lilian. Educação superior no Brasil e a formação dos profissionais de saúde com ênfase no envelhecimento. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 973-984, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 30 July 2020. Epub Aug 19, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000019>.

“ Importância do farmacêutico clínico no ambiente hospitalar

Beatriz de Pinho **Vilar**
UCB

Samara Haddad Simões **Machado**
UCB

RESUMO

As atribuições do farmacêutico clínico estão dispostas na Resolução no 585 de 29 de agosto de 2013 do Conselho Federal de Farmácia (CFF). A partir dessas responsabilidades, somadas à concepção do Cuidado Farmacêutico enquanto área de atuação, este profissional deve promover o Uso Racional de Medicamentos. Assim, o presente trabalho teve como objetivo investigar a relevância da presença de um farmacêutico clínico no ambiente hospitalar. Realizou-se uma revisão integrativa de artigos científicos sobre a problemática encontrados nas bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico utilizando as palavras-chave farmacêutico clínico e ambiente hospitalar e o filtro de últimos 10 anos, a partir dessa busca selecionou-se 9 artigos. Como resultados, os estudos demonstram que a presença de um farmacêutico junto a equipe clínica aumenta a segurança e a eficácia de medicamentos prescritos, reduz os problemas relacionados à medicamentos, bem como diminui o número de retornos após a alta de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). É notável há uma melhoria no tratamento das enfermidades que se deve em parte à presença de um farmacêutico neste ambiente. Portanto, compreende-se a grande importância de tal profissional junto a equipe clínica em hospitais e sua contribuição tanto para melhoria das condições do paciente, quanto para o aumento da credibilidade do hospital em que este atua, no que tange a segurança do paciente.

Palavras-chave: Farmacêutico Clínico; Ambiente Hospitalar; Segurança do Paciente.

INTRODUÇÃO

De acordo com Monteiro Lobato:

“O papel do Farmacêutico no mundo é tão nobre quão vital. O Farmacêutico representa o órgão de ligação entre a medicina e a humanidade sofredora. É o atento guardião do arsenal de armas com que o Médico dá combate às doenças. É quem atende às requisições a qualquer hora do dia ou da noite. O lema do Farmacêutico é o mesmo do soldado: servir. ”

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (CFF):

“Farmácia clínica: área da farmácia voltada à ciência e prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar e prevenir doenças”

Tendo em vista o posicionamento de Monteiro Lobato e a definição do CFF evidencia-se o papel do farmacêutico no âmbito da sua atuação clínica posto que esse profissional deve atuar de modo a promover o Uso Racional de Medicamentos sob ótica do Cuidado Farmacêutico e seguindo suas atribuições dispostas da Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013 do Conselho Federal de Farmácia(CFF).

O farmacêutico pode utilizar os métodos clínicos de seguimento farmacoterapêutico, dentre outros Serviços Farmacêuticos Clínicos, no ambiente hospitalar para atuar junto com a equipe multidisciplinar, auxiliando principalmente os profissionais prescritores (VIANA et al, 2017).

No quesito atribuições do profissional farmacêutico clínico a Resolução Nº 585 traz em seu ART. 7. Dessa forma são algumas atribuições desse:

- Realizar uma relação de cuidado centrado no paciente
- Estabelecer ações voltadas para a proteção, promoção e prevenção em saúde
- Realizar o planejamento e a avaliação da farmacoterapia
- Analisar a prescrição de medicamentos
- Realizar intervenções farmacêuticas
- Participar e promover discussões de casos clínicos
- Promover a consulta farmacêutica
- Solicitar e analisar exames laboratoriais

- Monitorar níveis terapêuticos de medicamentos
- Elaborar um plano de cuidado para o paciente
- Realizar a revisão farmacoterapêutica

Em um estudo que objetivou identificar as percepções dos pacientes quanto a sua terapia farmacológica e quanto a orientação farmacêutica evidenciou-se que 80% dos pacientes não conheciam o papel do farmacêutico no âmbito hospitalar. Sendo que dos 20% que alegaram ter conhecimento sobre o papel de tal profissional nenhum sabia de suas atividades clínicas apenas de atividades técnicas desenvolvidas na farmácia do hospital (LUPATINI et al, 2014). Assim, é sabido que a população pouco conhece do papel e da importância de um farmacêutico clínico no ambiente hospitalar.

Por isso, o presente trabalho de revisão bibliográfica tem como propósito investigar a relevância da presença e atuação de um farmacêutico clínico no ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa de artigos científicos sobre a problemática encontrados nas bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico utilizando as palavras-chave farmacêutico clínico e ambiente hospitalar e o filtro de últimos 10 anos, a partir dessa busca selecionou-se 9 artigos. Esses artigos foram selecionados por meio da leitura dos títulos e, posteriormente, dos resumos.

DISCUSSÃO

Para o desenvolvimento de uma atividade complexa, como o cuidado no ambiente hospitalar, é necessária uma equipe multidisciplinar que vise a cooperação e que tenha um objetivo comum de melhoria da saúde do paciente. Assim, um farmacêutico atuante em conjunto com a equipe pode melhorar a assistência prestada. (PELLENTIR et al, 2015). Esse profissional deve atuar de modo a diminuir o uso irracional de medicamentos, reduzir os erros de prescrição, os eventos e as reações adversas por meio da realização de uma revisão da farmacoterapia gerando uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes (FINATTO, 2011).

O farmacêutico clínico pode atuar na prevenção de tromboembolismo venoso em pacientes hospitalizados incluindo medicamentos para profilaxia, ajustando a dose, a posologia e a via de administrando, realizando a troca de medicamentos, suspendendo medicamentos que causariam o mesmo efeito terapêutico gerando duplicidade quando as intervenções são aceitas pela equipe médica (HAGA et al, 2014).

Em um estudo desenvolvido no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), identificou-se 933 problemas relacionados a medicamentos (PRM) em 247 dias de análise de 129 fármacos, sendo que a avaliação de cada prescrição levou em média 14,2 minutos (REIS et al, 2013). Em tal processo a principal intervenção farmacêutica realizada foi a suspensão de medicamento pela existência de duplicidade terapêutica ou por impossibilidade de uso devido a possível piora de problemas pré-existentes evidenciando-se a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente promovida pelo seguimento farmacoterapêutico (REIS et al, 2013).

Já se considera uma maneira de assegurar a dispensação correta de medicamentos a dupla checagem, tal como ocorre em processos magistrais e industriais (FASSARELLA et al, 2013). Dessa forma, extrapola-se esse pensamento para o ambiente hospitalar no caso de análise de prescrições pelo médico e, no caso de hospitais com serviços farmacêuticos clínicos, posteriormente, pelo farmacêutico. Assim, a partir da realização da revisão da farmacoterapia e da conciliação medicamentosa é possível a identificação de medicamentos contraindicados, dose, duração de tratamento, frequência, horário e via de administração inadequados, interações medicamentosas e alimentares, medicamentos que causaram reações adversas e duplicidade de prescrição (CARDINAL, FERNANDES, 2014)

É evidenciado que a presença de um farmacêutico junto a equipe clínica aumenta a segurança e a eficácia de medicamentos prescritos, reduz os problemas relacionados à medicamentos, bem como diminui o número de retornos após a alta de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), de tal maneira que há uma redução dos custos tanto para o hospital quanto para o paciente (SOUZA et al,2018).

O farmacêutico está ganhando cada vez mais espaço junto a equipe clínica, de tal forma que os estudos demonstram uma aceitação de quase 100% das intervenções farmacêuticas realizadas, por exemplo, em um estudo realizado em um hospital em Pernambuco das 56 intervenções realizadas apenas 1 não foi aceita pelos profissionais prescritos (MEDEIROS, MORAIS, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notável que essa melhoria no tratamento das enfermidades deve-se em parte à presença de um farmacêutico clínico neste ambiente. Portanto, compreende-se a grande importância de tal profissional junto a equipe clínica em hospitais e sua contribuição tanto para melhoria das condições do paciente, quanto para o aumento da credibilidade do hospital em que este atua, no que tange a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Constituição (2013). Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. . p. 1-11. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>. Acesso em: 29 abr.2019.

FASSARELLA, Cintia Silva et al. SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR: OS AVANÇOS NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NO SISTEMA DE MEDICAÇÃO. 2013. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/1897/907>. Acesso em: 13 mar. 2020.

FERNANDES, Carla e CARDINAL, Leandro. INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NO PROCESSO DA VALIDAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA. 2014. Disponível em: https://santapaula.com.br/Arquivos/IEP_farmacia_trabalho021.pdf. Acesso em: 02 mar. 2020.

FERRACINI, Fábio Teixeira et al. Implantação e evolução da farmácia clínica no uso racional de medicamentos em hospital terciário de grande porte. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v9n4/pt_1679-4508-eins-9-4-0456.pdf. Acesso em: 10 fev. 2020.

FINATTO, Raquel Borelli. Intervenção farmacêutica como indicador de qualidade da assistência hospitalar. 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/70137>. Acesso em: 03 mar. 2020.

HAGA, Celina Setsuko et al. Implantação do serviço do farmacêutico clínico vertical na profilaxia do tromboembolismo venoso em pacientes clínicos hospitalizados. 2014. Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-45082014000100007/1679-4508-eins-S1679-45082014000100007-pt.x54418.pdf. Acesso em: 12 fev. 2020.

LUPATINI, Evandro de Oliveira et al. Patients' perceptions in a teaching hospital about pharmacotherapy and pharmaceutical care in hospital discharge. 2019. Disponível em: <https://rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/205>. Acesso em: 15 fev. 2020.

PELENTIR, Mônica et al. IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA E ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO AMBIENTE HOSPITALAR. 2015. Disponível em: <http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/CIENCIAETECNOLOGIA/article/view/487>. Acesso em: 11 fev. 2020.

REIS, Wáleri Christini Torelli et al. Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n2/pt_10.pdf. Acesso em: 10 fev. 2020.

VIANA, Stéphanie de Souza Costa; ARANTES, Tiago; RIBEIRO, Sabrina Corrêa da Costa. Intervenções do farmacêutico clínico em uma Unidade de Cuidados Intermediários com foco no paciente idoso. Einstein (São Paulo), São Paulo , v. 15, n. 3, p. 283-288, Sept. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082017000300283-&lng=en&nrm-iso>. access on 25 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082017ao3894>

“

Incidência da Diabetes *Mellitus* tipo 2 e seus impactos biopsicossociais na infância

Leonardo Bruno Melo **Reis**
Faculdades Integradas Pitágoras

Anna Luiza Cardoso **Oliva**
Faculdades Integradas Pitágoras

Ana Célia Guedes Roque **Ferreira**
Faculdades Integradas Pitágoras

Kimberly Moraes **Pinho**
Faculdades Integradas Pitágoras

Lucas Teles **Guerra**
Faculdades Integradas Pitágoras

Maria Izabel de Azevedo **Ferreira**
Faculdades Integradas Pitágoras

Larissa Rafaella Pereira **Torres**
Faculdades Integradas Pitágoras

Georgia de Castro **Guimarães**
Faculdades Integradas Pitágoras

Francine Araújo **Magalhães**
Faculdades Integradas Pitágoras

RESUMO

A Diabetes *Mellitus* tipo dois é uma patologia crônica que atinge, em sua maioria, indivíduos adultos, causando resistência ou menor produção do hormônio insulina, culminando na diminuição do metabolismo da glicose. Isso, por sua vez, gera um acúmulo de glicose no organismo, causando a hiperglicemia, importante característica da doença. Em decorrência do estilo de vida da sociedade contemporânea, com predomínio do sedentarismo e alimentação inadequada, a incidência da Diabetes *Mellitus* tipo dois tem aumentado, afetando também crianças e adolescentes. Além disso, fatores biopsicossociais influenciam diretamente no desenvolvimento dessa patologia, como depressão e conflitos pessoais. O presente artigo tem como objetivo analisar a incidência da Diabetes *Mellitus* tipo dois em crianças e adolescentes, bem como as consequências biopsicossociais decorrentes dessa patologia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com revisão de literatura do tipo descritiva. São evidenciados os fatores que influenciam o desenvolvimento da doença no indivíduo, ressaltando hábitos alimentares e sedentarismo, bem como a esfera emocional e psicológica. Conclui-se que, jovens que possuem alimentação rica em gorduras e açúcares, e não realizam práticas rotineiras de exercícios físicos, tendem a desenvolver diabetes mellitus tipo dois.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus* tipo dois, incidência, crianças, adolescentes, biopsicossocial.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma síndrome de etiologia variável resultante da secreção deficiente de insulina e/ou da resistência fisiológica à ação do hormônio. A doença é caracterizada por distúrbios no metabolismo de macromoléculas somados à hiperglicemia crônica e seu desencadeamento está relacionado à associação de fatores genéticos e ambientais. A referida patologia está associada a um alto índice de mortalidade no Brasil, principalmente devido a danos cardiovasculares e neurológicos.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), cerca de 90% dos pacientes com diabetes têm o Tipo 2. Esse manifesta-se com maior frequência em adultos, entretanto crianças e jovens também podem desenvolver o referido quadro.

Nas últimas décadas, o aumento da incidência do DM2 entre crianças e adolescentes vem sendo verificado em todo o mundo e está intimamente ligado ao aumento do consumo de alimentos industrializados somado ao sedentarismo, ocasionado, principalmente, pelo aumento do tempo de tela ao qual este público é submetido. (GUERRA; FARIAS JÚNIOR; FLORINDO, 2016).

Uma pesquisa da Sociedade Brasileira de Diabetes (2006) acerca da prevalência do diabetes mellitus no Brasil concluiu que existem aproximadamente 4,5 milhões de diabéticos no país. Entretanto, não há estudos numericamente significativos acerca da incidência de DM2 em crianças e adolescentes, o que torna essencial a realização do presente estudo, o qual consiste em uma análise da incidência de diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes e na identificação das consequências biopsicossociais decorrentes da patologia.

METODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, tendo como fonte principal de pesquisa uma revisão de literatura. Desta forma, a metodologia utilizada baseou-se no método bibliográfico do tipo descritivo. Para a construção do estudo, o conteúdo necessário foi buscado nas bases de dados SciELO e LiLACS, utilizando os seguintes descritores: Diabetes mellitus tipo dois; Criança; Adolescente; Incidência e Biopsicossocial. A análise dos dados foi feita de forma transversal em setembro de 2019 e incluiu 34 obras. A avaliação dos artigos identificados foi feita de forma independente pelos pesquisadores, obedecendo aos critérios de inclusão: Texto na íntegra, idioma (português e inglês) e tempo de publicação (nos últimos vinte anos). Os trabalhos selecionados foram aqueles que apresentaram maior relevância no que tange ao aumento da incidência de diabetes tipo 2, seus fatores de risco e suas consequências biopsicossociais em crianças e adolescentes.

Foram excluídos os estudos que não obedeceram aos critérios de inclusão supracitados.

Dessa forma, foram utilizadas 16 obras para a construção do presente estudo. Os dados teóricos foram discutidos à luz dos autores por meio de análise temática e interpretativa sobre o tema do estudo: Incidência de Diabetes Mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes e seus impactos biopsicossociais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Diabetes Mellitus tipo 2 é a forma mais comum de Diabetes. 90% a 95% de todos os pacientes diabéticos são portadores de DM2. Estes pacientes apresentam deficiência relativa de insulina, bem como uma resistência a esse hormônio. Existem diversas causas para este tipo de diabetes, apesar de sua etiologia não ser conhecida. Porém, sabe-se que existe uma predisposição genética, a qual é muito complexa e pouco definida (SUPLICY; FIORIN, 2012).

Segundo McLellan *et al.* (2008) a resistência à insulina se concerne à diminuição da ação desse hormônio nos tecidos-alvo, particularmente nos músculos e no tecido adiposo, locais onde, com a evolução da resistência, ocorre uma hiperinsulinemia compensatória. Entretanto, com o decorrer da doença, células secretoras entram em insuficiência secretória, e o paciente passa a apresentar a incapacidade de secretar insulina. Essa deficiência resulta na inabilidade de controlar as concentrações glicêmicas, em níveis normais, nos períodos pós-prandiais.

A diabetes mellitus tipo 2 foi considerada por muito tempo como uma doença insólita na infância e na adolescência. Não obstante, nos últimos anos, é cognoscível o aumento de sua incidência nessa faixa etária, sobretudo, com características similares às dos adultos. O aumento significativo dessa epidemia mundial na infância se deu em decurso do aumento da obesidade e sedentarismo na contemporaneidade (MACÊDO *et al.*, 2010).

Segundo Souza *et al.* (2004), nas últimas duas décadas tem-se notado a elevação da incidência de DM2 em crianças juntamente com a prevalência de obesidade nessa faixa etária. A obesidade infantil relaciona-se ao desenvolvimento de alterações anormais na pressão arterial, nos níveis lipídicos presentes no organismo e nos vasos sanguíneos e aumento na resistência à insulina, além de ser considerada fator de risco para a patogênese de doenças coronarianas e diabetes.

Conforme Copeland *et al.* (2013), nas últimas três décadas, a prevalência de diabetes mellitus tipo 2 na infância e adolescência sofreu um aumento exacerbado. Estudos estimam que 1 a cada 3 novos casos de DM2 diagnosticados nos Estados Unidos se desenvolva em pacientes menores de 18 anos. Como agravante, esse panorama não se limita apenas aos Estados Unidos, e estima-se que até 2030, cerca de 336 milhões de indivíduos serão portadores de diabetes mellitus tipo 2, ou seja, um terço dos novos casos estarão concentrados

em crianças e adolescentes.

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), o estilo de vida, alterações do consumo alimentar prática reduzida, ou inexistente, de atividade física exercem influência significativa no desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes. Além disso, o desenvolvimento socioeconômico e o crescimento da industrialização também são fatores relacionados ao desenvolvimento dessa patologia.

Consoante Rinaldi *et al.* (2008), determinados aspectos socioeconômicos intervêm na alimentação de crianças. Um exemplo é a inserção feminina no mercado de trabalho, fato que diminuiu o tempo de aleitamento materno, permitindo introduzir, precocemente, os alimentos consumidos nas refeições familiares, aumentando o consumo de alimentos industrializados, com alta quantidade de açúcares e gordura.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006), mais da metade das crianças entre dois e três meses de idade consumiam leite não-materno com algum espessante, isto é, mingaus. Além disso, cerca de 4% ingeriam sucos com frequência e quase 8% consumiam alimentos salgados. Ademais, cerca de 7,3% das crianças brasileiras apresentam excesso de peso para altura, configurando um quadro de risco para o desenvolvimento de obesidade, e, conseqüentemente, um fator de risco para DM2.

Segundo Salim e Bicalho (2004) citado por Souza e Melo (2015), em uma pesquisa realizada em escolas com alunos, pais e professores, mostrou que a maioria dos lanches das crianças eram trazidos de casa, e eram compostos por bolos, pipocas, sanduíches, doces, sucos, refrigerantes. Pequena parte dos alunos comprava ou ingeria o lanche disponibilizado pela escola, o qual também, em sua maioria, era supercalórico e rico em gorduras.

A televisão tem impacto diretamente relacionado no aumento do consumo de produtos industrializados e, conseqüentemente, na obesidade infantil. Segundo Moura, 2010, os alimentos são apresentados como saudáveis ou saborosos, todavia são ignoradas as informações nutricionais, a fim de conseguir maior aceitação e aumentar a aquisição do produto. Além disso, muitas vezes os alimentos são associados a brindes, como brinquedos, chamando atenção da criança e aumentando seu consumo.

Além dos fatores alimentares, o sedentarismo exerce uma influência significativa no desenvolvimento da patologia em crianças e adolescentes. Em estudos direcionados à crianças e adolescentes, é possível relacionar o sedentarismo, principalmente, à comportamentos de tela, relacionados ao tempo em que esse público passa em frente à celulares, tablets, televisões, videogames e computadores, sendo que a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar evidenciou que cerca de 78% dos adolescentes no Brasil passam, pelo menos, 2 horas diárias assistindo televisão (GUERRA; FARIAS JÚNIOR; FLORINDO; 2016).

Púberes têm um maior risco de desenvolver esse processo patológico, pois nessa faixa

etária, em decorrência do aumento da produção de hormônios femininos, como o estrogênio, a sensibilidade à insulina pode ser, fisiologicamente, atenuada.

O conceito do termo “qualidade de vida” está relacionado a saúde, a qual inclui aspectos biológicos, psíquicos e sociais. Desde a década de 90, passou a também ser chamado Qualidade de Vida Relacionado à Saúde (QVRS). A QVRS deve considerar os prejuízos funcionais, as influências sociais e induzidas pelo estado de doença, complicações e tratamentos, bem como a organização política econômica do sistema assistencial, demonstrando valorização da vida (AUQUIER, SIMEONI e MENDIZABAL, 1997 citado por NOVATO; GROSSI; KIMURA, 2007).

Dentre as complicações adicionais que interferem na qualidade de vida do paciente diabético, pode-se citar a depressão. Consoante a Sociedade Americana de Diabetes (2014), estudos apontam que portadores de DM2 apresentam maior propensão à depressão que indivíduos de glicemia normal; entretanto, ainda não há total compreensão da fisiopatologia de associação entre alterações glicêmicas e quadros de depressão. A depressão em si se mostrou como um fator de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 em vários estudos, aos quais estimam um risco de 2,3 em até 8 anos para o desenvolvimento da patologia. Além disso, pacientes portadores de DM2 e que possuem depressão tendem à uma menor adesão ao tratamento, bem como uma exacerbação da sintomatologia da endocrinopatia.

Além disso, deve-se ressaltar possíveis conflitos com o grupo familiar. Segundo Rhodes *et al.* (2012), conflitos familiares entre crianças e adolescentes portadoras de DM2 e seus pais são fatores que influenciam na QVRS, principalmente relacionado ao controle de peso, visto que eles desenvolvem sentimentos depressivos, o que contribui diretamente para a perpetuação da doença.

Segundo Copeland *et al.* (2013), o suporte familiar é de suma importância para o jovem portador de DM2, uma vez que, além de estimular um estilo de vida saudável, a família também pode incentivar a continuidade dos tratamentos médicos. O suporte e a abordagem ideais, no entanto, dependem da idade do paciente. Em adolescentes, por exemplo, intervenções familiares associadas a eletrônicos e internet vêm demonstrando resultados extremamente positivos. Além disso, ressalta-se que a adesão do jovem a um estilo de vida saudável depende da rotina de todo o grupo familiar em prol de uma alimentação saudável e práticas regulares de exercícios, para que o adolescente alcance, dessa forma, uma melhor qualidade de vida.

Portanto, é necessária uma maior atenção aos indivíduos mais jovens, devido à elevada chance de se tornarem diabéticos, sobretudo quando analisamos o risco usual associado aos hábitos de vida destes. Dessa forma, é fundamental para a prevenção e tratamento de DM2

em jovens a associação de mudanças comportamentais, modificações dietéticas e alterações gerais no estilo de vida, tanto do paciente quanto de seus entes familiares (PIVOVAROV, 2015, citado por NADELLA, 2017).

CONCLUSÃO

O aumento da incidência de Diabetes Mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes nas últimas décadas é notório, sendo de extrema importância a caracterização e identificação dos fatores de risco a ela relacionados, bem como a observação da influência dos hábitos biopsicossociais e seus impactos sobre a prevalência da patologia. Com base nos resultados do estudo, é perceptível que os jovens que possuem uma alimentação rica em gorduras e açúcares e não realizam uma prática rotineira de exercícios físicos, tendem a se tornarem obesos, configurando, dessa forma, um importante fator de risco para o desenvolvimento de DM2. Além disso, como consequências desses hábitos de vida, a associação entre obesidade, DM2 e depressão também aumenta, por meio da perpetuação de sentimento de culpa, insatisfação corpórea e pressão exercida por terceiros, principalmente pelos pais, para mudança de hábitos alimentares e controle do peso, influenciando negativamente a adesão ao tratamento dessas condições, elevando diretamente sua prevalência.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Brasília, 2009. 298 p.
- COPELAND, et al. Management of Newly Diagnosed Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) in Children and Adolescents. *American Academy of Pediatrics*, v.131, nº 2, 2013.
- FRÁGUAS, Renério; SOARES, Simone Maria de Santa Rita; BRONSTEIN, Marcelo Delano. Depressão e diabetes mellitus. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 36, p. 93-99, 2009.
- GUERRA, Paulo Henrique; FARIAS JÚNIOR, José Cazuza de; FLORINDO, Alex Antônio. Comportamento sedentário em crianças e adolescentes brasileiros: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*, v. 50, nº 9, 2016. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006307>
- MACÊDO, SF et al. Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em crianças. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, set-out 2010 [acesso em: 21/09/2019];18(5): [08 telas]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2814/281421935014/>
- MCLELLAN et al. Diabetes mellitus do tipo 2: Síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. São Paulo: Portal educação, 2008. Disponível:<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/farmacia/diabetes-mellitus-do-tipo-2-sindrome-metabolica-e-modificacao-no-estilo-de-vida/5499#>. Acesso:01.julho.2008
- MOURA, N. C. Influência da Mídia no Comportamento Alimentar de Crianças e Adolescentes.

Programa de Pós Graduação em Energia Nuclear na Agricultura do Centro de Energia Nuclear na Agricultura, USP. 2010.

NADELLA, S.; INDYK, J. A.; KAMBOJ, M. K. Management of diabetes mellitus in children and adolescents: engaging in physical activity. *Transl Pediatr*, v. 6, n. 3, p. 215-224, 2017

NOVATO, Tatiana S.; GROSSI, Sonia A.A.; KIMURA, Miako. Instrumento de Qualidade de Vida para Jovens com Diabetes (IQVJD). *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2007 dez; v. 28, n.4, p.512-519

PHILIPPI S.T.; COLUCCI A.C.; CRUZ A.T.; FERREIRA M.N.; COUTINHO R.L. Alimentação saudável na infância e na adolescência. In: *Curso de atualização em alimentação e nutrição para professores da rede pública de ensino*. Piracicaba: Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz; 2000. p. 46-60.

RHODES, E.T; GORAN, M.I; LIEU, T.A, et al. Health-Related Quality of Life in Adolescents With or at Risk for Type 2 Diabetes Mellitus. *The Journal of pediatrics*, p. 911-917, jun. 2012

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19(Sup. 1): p. S29-S36, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. 2019.

SOUZA, Milena R; BEZERRA, Caio S; MAZZARIOL, Raquel A.; LEITE, Bruna P. F; LIBERATORE JR, Raphael D.R. Análise da prevalência de resistência insulínica e diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes obesos. *Revista Arq Ciênc Saúde* , out-dez;2004. 11(4):215-8

SOUZA, Anaysa Camara de; MELO, Taciana Feitosa de. Obesidade Infantil: Fatores Psicossociais. *Psicologado*, [S.l.]. (2015). Disponível em: <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-clinica/obesidade-infantil-fatores-psicossociais>. Acesso em 21 Set 2019.

SUPLICY, Henrique L.; FIORIN, Daniela. Diabetes Mellitus tipo II. *Revista Brasileira de Medicina*, Paraná, v.69, n.12, p.32-40, 2012.

“

Indicação de medicamentos no tratamento de crianças com TDAH

Carolina Soares **Silvério**
UFC/UNICHRISTUS

Ana Virgínia Aragão Dantas **Parente**
UVA/REDENTOR/UNICHRISTUS/LUSÓFONA

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido alvo de inúmeras discussões na área médica, psicológica e educacional, sobretudo nos últimos anos. Diante do crescente número de diagnósticos e a complexidade do transtorno, objetivou-se nesse artigo contemplar as características do transtorno, a importância do diagnóstico do TDAH realizado por uma equipe multidisciplinar, a contribuição do psicopedagogo nesse processo, bem como a indicação de psicofármacos no seu tratamento. É comum os familiares e os profissionais da educação buscarem ajuda médica para a compreensão e a intervenção desse transtorno, especificamente a medicamentosa. A pesquisa se classifica como exploratória e descritiva através de um levantamento bibliográfico. Define-se como exploratória ao passo que investigou a indicação de medicamentos no tratamento de crianças com TDAH, como descritiva, pois buscou descrever a conceituação do TDAH e suas características, como o diagnóstico é feito e o seu tratamento. O transtorno engloba dificuldades relacionadas à rotina pessoal, social e escolar da criança. Devido à complexidade do transtorno no que diz respeito ao conceito/características, diagnóstico e ao tratamento é imprescindível a atuação de uma equipe multidisciplinar para a realização de uma avaliação precisa, faz-se necessário analisar o contexto escolar e social em que as crianças estão inseridas.

Palavras-chave: TDAH; Diagnóstico; Tratamento; Psicopedagogo; Medicamento.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) aborda uma temática amplamente discutida no cenário contemporâneo, principalmente no que se refere ao discurso especialista, seja ele ligado à psicologia ou à medicina. É um transtorno neurobiológico, de etiologia multifatorial, dependente de fatores genéticos-familiares, adversidades biológicas e psicossociais, caracterizado pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, a flexibilidade e a atividade motora (SENO, 2010).

As primeiras referências psicopatológicas na literatura médica apareceram no meio do século XIX (ROHDE, 2000). Entretanto, apenas na década de 1990 o TDAH é um dos principais motivos de encaminhamento para tratamento psicológico e médico (MEIRA, 2012).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) é direcionado para profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria. Segundo o DSM-5, a característica essencial do TDAH é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento.

A discussão sobre tal transtorno aborda as possíveis dificuldades que envolvem rotina pessoal, social e escolar/profissional do indivíduo. Nesse sentido, deve ser necessária a busca de pesquisas que contribuam para uma visão crítica acerca desse diagnóstico, tendo em vista que o mesmo deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar para que haja um acompanhamento clínico e as possíveis indicações medicamentosas que possam minimizar as implicações advindas do transtorno. Como aponta Meira (2012, apud WELCH, SCHWARTZ E WOLOSHIN, 2008, p. 136) “a medicalização da vida cotidiana, capaz de transformar sensações físicas ou psicológicas normais em sintomas de doenças, vem provocando uma verdadeira “epidemia” de diagnósticos.”

Diante dessas informações que indicam um crescente número de diagnósticos de TDAH, faz-se necessário compreender a sua complexidade, levando em consideração o contexto social e os possíveis afetamentos provocados pelo uso dos medicamentos advindos de um diagnóstico não fidedigno ao contexto do sujeito.

O objetivo desse artigo é demonstrar a importância de um diagnóstico preciso do TDAH realizado por uma equipe multidisciplinar, bem como a prescrição do uso de medicamentos. Especifica-se ainda, identificar as suas características, como o diagnóstico deve ser realizado e as intervenções mediante o tratamento.

Para compreender a complexidade do transtorno é necessária uma leitura crítica que leve em consideração o contexto histórico do sujeito.

METODOLOGIA

Para desenvolver esse trabalho foi realizada uma pesquisa classificada como exploratória e descritiva através de um levantamento bibliográfico. A problemática da pesquisa consistiu em contextualizar a prescrição de psicofármacos para o tratamento de indivíduos com TDAH.

Define-se como exploratória ao método de investigação que será realizada a pesquisa sobre a possível indicação de medicamentos no tratamento de crianças com TDAH. Como descritiva se objetiva descrever a conceituação do TDAH e suas características, pesquisar como o diagnóstico é realizado e o seu tratamento.

No que tange a pesquisa bibliográfica, Gil (2002) relata que ela tem como objetivo realizar um estudo a partir de material já elaborado, como livros, publicações periódicas, artigos científicos e impressos variados que permita ao pesquisador fazer um estudo amplo sobre vários fenômenos, sem limite bibliográfico.

Nesse sentido, Gil (2002) explana que a pesquisa bibliográfica integra o grupo de estudos exploratórios. Os estudos de natureza exploratória têm como finalidade proporcionar maior intimidade com o problema da pesquisa e, assim, possibilitar a construção das hipóteses.

A metodologia utilizada neste trabalho estará de acordo com a Associação das Normas Técnicas (ABNT). O estudo será desenvolvido primeiramente na conceituação e características do transtorno de déficit de atenção, na próxima sessão o diagnóstico e tratamento do TDAH, o uso de medicamentos e a contribuição do psicopedagogo no acompanhamento do processo de aprendizagem dessa criança.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O TDAH é um transtorno que ocorre atualmente na maioria das culturas, afetando crianças e adultos. Pesquisas apontam que os primeiros sintomas emergem na infância e com maior prevalência no sexo masculino. Suas características em relação a desatenção estão direcionadas na lentidão da realização de tarefas, dificuldade de manter o foco e desorganização. A hiperatividade está relacionada a atividade motora excessiva. As crianças são diagnosticadas inadequadamente devido a isenção de análise do contexto escolar e social em que estão inseridas.

Conceituação e características do Transtorno de Déficit de Atenção

O TDAH é um transtorno que envolve uma multiplicidade de sintomas, devido essa característica o seu conceito engloba questões de ordem genético-familiar, adversidade biológica e psicossocial. Segundo Bonadio e Mori (2013, apud CYPEL, 2007), é difícil precisar

quando a literatura passou a determinar as manifestações de desatenção e hiperatividade como condições particulares ao indivíduo. A existência de crianças desatentas e hiperativas sempre se fez presente na humanidade, constituindo-se como um grupo que apresentava alterações comportamentais.

De acordo com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA, 1999, p.1):

O TDAH é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade. Ele é chamado às vezes de DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção).

Segundo o DSM-5 (2014, p.103) “a característica essencial do TDAH é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento”. No que tange à desatenção, a criança possui divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter a atenção. No que se refere à hiperatividade, a criança é agitada em suas atividades motoras. A impulsividade refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e com elevado potencial para si mesma. Ainda segundo o DSM-5 (2014, p.105), “o TDAH começa na infância. A exigência de que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade exprime a importância de uma apresentação clínica substancial durante a infância”.

No panorama atual sobre o transtorno, pesquisas são desenvolvidas constantemente, principalmente na área de neurociência. Segenreich e Mattos (2007) afirmam que trabalhos recentes encontram evidências de que o TDAH se trata de um distúrbio neurobiológico. Dois grupos de pesquisas atuais têm resultados que atribuem a este transtorno duas possíveis causas: uma relacionada ao déficit funcional do lobo frontal, mais precisamente o córtex cerebral; e a outra ao déficit funcional de certos neurotransmissores.

O cérebro é o órgão que sintetiza informações sensoriais e cognitivas, bem como manter os impulsos sob controle, especificamente na região frontal. De acordo com Moreira (2012), os neurotransmissores possuem um papel de comunicação das células no Sistema Nervoso. Desse modo, a irregularidade nessa região do cérebro e na condução de informações ao Sistema Nervoso Central acarretam em comportamentos de impulsividade, inquietude, desatenção.

Os comportamentos provenientes do transtorno podem acarretar sérios problemas no contexto escolar, familiar e social. No que tange a aprendizagem, os educadores necessitam de um olhar sensível para compreender as características do TDAH, bem como orientar a família sobre como organizar rotina escolar (horário, material e atividade), para que a aprendizagem não seja comprometida.

Diagnóstico e tratamento do TDAH

O diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico, exige a avaliação de uma equipe multidisciplinar tendo em vista a multiplicidade de sintomas do transtorno. Os profissionais envolvidos no diagnóstico e no tratamento são: médicos, psicólogos, psicopedagogos, neuropsicólogos e fonoaudiólogos. O diagnóstico inicia-se com uma cuidadosa anamnese (documento informativo sobre o levantamento de dados do histórico de vida que contempla questões cognitivas e sociais da criança), a realização de exame físico, dados colhidos pela equipe da escola (professor, psicólogo, coordenador), avaliação neuropsicológica, psicopedagógica e fonoaudiológica. Essa equipe juntamente com os instrumentos citados acima serão os envolvidos no processo para nortear e contribuir para um diagnóstico preciso.

O DSM-5 (2014) serve como documento orientador para o diagnóstico do transtorno. Nesse Manual é possível identificar as suas características, critérios diagnósticos, desenvolvimento e curso, fatores de risco e prognóstico, questões diagnósticas relativas à cultura, ao gênero, consequências funcionais, diagnóstico diferencial e comorbidades.

Vários fatores dificultam um diagnóstico preciso, entre eles a questão da ausência de uma equipe multidisciplinar, sintomas associados a outras comorbidades correlatas ao TDAH, clínicas e psicológicas e questionários desprovidos de contexto, como o Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire (SNAP –4) construído a partir dos sintomas do DSM-5.

O SNAP- 4 é um questionário respondido pelos professores e familiares para investigar e, posteriormente analisar em que nível do TDAH a criança se encontra (leve, moderado e grave). Tal instrumento deve ser compreendido apenas como um ponto de partida para levantamento de alguns possíveis sintomas primários do transtorno.

Os estudiosos Couto, Junior e Gomes (2010 apud POSSA; SPANEMBERG; GUARDIOLA, 2005, p. 5) e (VASCONCELOS et al., 2005) revelam:

alta comorbidade (ocorrência de dois ou mais transtornos em um mesmo indivíduo) entre TDAH e outros transtornos psiquiátricos; e entre os assim chamados transtornos de aprendizagem que, de acordo com o DSM - 4, englobam os transtornos de leitura (dislexia), transtornos de matemática (discalculia) e transtorno de escrita (disgrafia).

A escola e os professores possuem papel fundamental na investigação do transtorno na criança, pois é nesse espaço que características de inquietude, impulsividade e desatenção ficam mais evidentes. Entretanto, é necessária uma análise crítica dos profissionais educacionais para que os sintomas não sejam interpretados como falta de disciplina e a desatenção como negligência.

Segundo Correia e Linhares (2004, apud ROHDE, 2000), é preciso considerar que os sintomas isolados de desatenção, hiperatividade ou impulsividade podem ser consequências

na vida da criança com a família, no ambiente social ou educacional inadequados, ou ainda estarem associados a outros transtornos encontrados facilmente na infância. É imprescindível, portanto, contextualizar o diagnóstico do TDAH na história de vida da criança. Como esse transtorno não possui um diagnóstico bem determinado, vários questionamentos são realizados em volta do seu tratamento, em grande parte, medicamentoso.

O diagnóstico realizado de maneira indevida acarreta em estigmas relacionados a culpabilização da criança sobre seus comportamentos, eximindo a responsabilidade da família, da escola e dos grupos sociais pertencentes. As consequências de uma avaliação inadequada ocasionam na criança baixa autoestima, isolamento social, falta de desejo de aprender, e consequentemente, prescrição indevida de medicamentos, particularmente o metilfenidato.

O objetivo da avaliação diagnóstica do TDAH não é de qualquer forma rotular crianças, mas sim avaliar e determinar a extensão na qual os problemas de atenção e hiperatividade estão interferindo nas habilidades acadêmicas, afetivas e sociais da criança e na criança e no desenvolvimento de um plano de intervenção apropriado. (Benczyk, 2006, p. 55)

O tratamento do TDAH pode ser realizado através da terapia e da prescrição médica. Tais intervenções devem ser avaliadas concomitantemente pelos profissionais inseridos no processo diagnóstico interventivo, pois a medicação isolada não contempla a subjetividade do sujeito.

Indicação de medicamentos: será necessário?

O uso de medicamentos no tratamento de TDAH é algo bastante debatido na comunidade científica, pesquisadores apontam as vantagens da indicação de medicamentos, outros apontam os malefícios da indicação medicamentosa. Os anseios giram em torno da comprovação da eficácia e consequência por uso prolongado dos psicofármacos, o fato das psicoterapias não abrangerem a complexidade do tratamento, entre outros.

Segundo Moysés (2011), o Brasil é o segundo maior consumidor mundial de psicotrópicos, prescritos para o tratamento de crianças diagnosticadas com TDAH, ficando atrás somente dos Estados Unidos. A utilização de medicamentos visa estimular o sistema nervoso central (SNC), aumentando a disponibilização dos neurotransmissores, dopamina e norepinefrina em partes específicas do cérebro. Os estimulantes do sistema nervoso central contribuem para que a criança tenha concentração nas atividades e o comportamento menos impulsivo.

A este respeito Mattos (2001, p.146) nos diz que:

[...]foram desenvolvidas outras modalidades terapêuticas para o TDAH, porém, não existe comprovação de que qualquer uma delas seja tão eficiente quanto a medicação, e o tratamento psicoterápico não deve ser visto como uma alternativa ao tratamento farmacológico, e sim como uma medida complementar,

Entretanto, essas medicações prescritas isoladamente não possuem a eficácia necessária para a complexidade do transtorno. Segundo Ribeiro (2014), a perspectiva da medicalização, ao privilegiar a abordagem biológica, organicista e pautar-se no campo médico, centra-se no indivíduo e naturaliza os fenômenos humanos e sociais.

A medicina ainda tem influência de transformar questões sociais em distúrbios, transtornos pessoais, individuais. Dessa forma, no que tange a aprendizagem os distúrbios e/ou transtornos dos alunos os impedem de aprender. Em detrimento dessa influência precisam utilizar algum psicofármaco que os coloque dentro dos padrões esperados, não importando seu contexto escolar/social, ou sua história de vida.

No contexto escolar, a hiperatividade e/ou déficit de atenção apresenta-se como justificativa corrente para o fracasso escolar de um número expressivo de crianças, atribuindo-se a elas a responsabilidade por não aprender e isentando de análise o contexto escolar e social em que estão inseridas (EIDT, 2004).

É sabido que a medicalização prescrita com responsabilidade, em que os profissionais que assistem ao indivíduo trabalhem de maneira multidisciplinar, contribuem bastante para o bem-estar do paciente.

Contribuição da atuação do psicopedagogo no tratamento

O psicopedagogo trabalha com ações que visam melhorar a compreensão do processo de aprendizagem humana e suas repercussões no desenvolvimento do indivíduo, identificando sua apropriação do conhecimento, evolução e fatores interferentes, propiciando o reconhecimento, tratamento e prevenção das alterações da aprendizagem que deles decorrem.

Segundo a revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia (2016), o psicopedagogo atuará diretamente sobre a dificuldade escolar, amenizando possíveis defasagens de conteúdos, bem como a possibilidade para que novas aprendizagens surjam. O profissional também ajudará a criança em aspectos relacionados a organização, planejamento do tempo e das atividades em geral.

Durante esse trabalho, as dimensões afetiva, familiar e social em que a criança está inserida são investigadas, pois é de suma importância analisar a qualidade desses vínculos. A confiança possui forte relação com a aprendizagem. Nesse sentido, o acompanhamento do psicopedagogo deverá respaldar-se na confiança, bem como um espaço de escuta da criança.

O psicopedagogo em sua atuação clínica poderá intervir e exercer um trabalho de reflexão e orientação familiar, possibilitar a elaboração acerca do direcionamento das condutas

que favorecem a adequação e integração do indivíduo com TDAH e trazer perspectivas sob diretrizes de vida e evolução.

Bossa (1994, p. 11-12) em seus estudos sobre o trabalho clínico expressa:

O trabalho clínico se dá na relação entre o sujeito com sua história pessoal e sua modalidade de aprendizagem, buscando compreender a mensagem do outro sujeito (...) nesse processo onde investigador e objeto - sujeito de estudo interagem constantemente, a própria alteração torna-se alvo de estudo da psicopedagogia, isto significa que, nesta modalidade de trabalho, deve o profissional compreender o que o sujeito aprende, como aprende e por que, além de perceber a dimensão da relação entre psicopedagogo e sujeito de forma a favorecer a aprendizagem.

A intervenção do psicopedagogo nesse tratamento é realizado através de jogos de exercícios sensório-motores (amarelinha, bola de gude), combinações intelectuais (damas, xadrez, carta, memória, quebra-cabeça, etc.). "A avaliação psicopedagógica tem um papel central no diagnóstico da criança com TDA/H, já que é no colégio que o problema tem maior expressão" (CONDERAMIN et al., 2006, p. 60).

É imprescindível ao tratamento que o psicopedagogo dialogue com os demais profissionais envolvidos no tratamento, pois as informações dos demais envolvidos nesse processo serão de suma importância para compreender como a criança encontra-se em cada especialidade (psicológica, neurológica, fonoaudióloga, pedagógicas).

CONCLUSÃO

O TDAH aborda uma temática amplamente discutida no cenário contemporâneo, pesquisas são desenvolvidas constantemente por profissionais da área médica, pedagógica e psicológica. Tais pesquisas englobam aspectos relacionados as características, diagnóstico, tratamento e indicação medicamentosa do transtorno.

De acordo com diversos estudos, a origem do TDAH pode ser de origem biológica ou orgânica. Desse modo, os comportamentos de desatenção, impulsividade e inquietude não devem ser analisados como vontade própria do indivíduo.

Devido à complexidade do transtorno no que diz respeito ao conceito/características, diagnóstico e tratamento é imprescindível a atuação de uma equipe multidisciplinar para a realização de uma avaliação precisa. Analisar o contexto escolar e social em que a criança está inserida é de suma importância para um diagnóstico preciso. Algumas crianças são diagnósticas inadequadamente, devido a ausência da investigação no âmbito familiar, escolar e social, implicando em possíveis indicações medicamentosas desnecessárias.

A criança com TDAH possui direitos assegurados pela Lei 9.394/96 (presente nos artigos 58 e 59) no que tange serviços de apoio especializado, currículos, métodos e téc-

nicas, recursos educativos e organizações específicas para atender às peculiaridades dos alunos, bem como a necessidade de capacitar docentes para o desenvolvimento do indivíduo. A escola tem o papel de atender as necessidades específicas desse aluno (atividades, avaliações e provas diferenciadas, com mais tempo, com ledor, se necessário for). Cabe a família buscar as devidas orientações para que os direitos sejam garantidos, colaborando para o bem estar da criança.

À luz do referencial teórico contemplado no presente artigo, a família e a escola em parceria possuem papel fundamental na investigação do transtorno e no tratamento. Os educadores necessitam de formação adequada, compreender as características do transtorno e planejar estratégias em sala de aula, que possibilitem o crescimento do aluno com TDAH. Um ambiente harmonioso, em que a criança sinta-se amparada e protegida pela família atrelada a um ensino que compreenda tais especificidades do transtorno contribuem para o desenvolvimento da criança com TDAH.

Portanto, diante do que foi exposto é possível verificar que com a participação ativa da família, equipe escolar qualificada, acompanhamento de especialistas da área médica e o diálogo entre esses três pilares a criança terá sucesso não só no desempenho escolar, mas também no social.

REFERÊNCIAS

ABREU, Sueli. Construindo um espaço: Ambiente Computacional para aplicação no processo de avaliação psicopedagógica. Dissertação de Mestrado. UFRJ/NCE. Revista da ABPP. Rio de Janeiro (RJ), 2004. Disponível em: <<http://abpp-rj.com.br/abpp-rj/>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DEFICIT DE ATENÇÃO (TDAH). 1999. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

BONADIO E MORI, Rosana Aparecida Albuquerque e Nerli Nonato Ribeiro. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade diagnóstico e prática pedagógica. Maringá (PR): Eduem, 2013.

CORREIA, Aparecida da Paixão; LINHARES, Tatiana Corrêa. A atuação do psicopedagogo com crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) intervenção necessária para pais e educadores. Soc. e da Saúde. Univ. Fumec, Belo Horizonte, ano 11, n. 17, p. 141-161, jul./dez. 2014. Semestral.

COUTO; MELO JUNIOR; GOMES. Taciana de Souza, Mario Ribeiro, Cláudia Roberta de Araújo. Aspectos neurobiológicos do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma revisão. Revista Ciências & Cognição, v. 15, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v15_1/m202_09.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2017.

EIDT, Nadia Mara; TULESKI, Silvana Calvo. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e psicologia histórico-cultural, Cadernos de Pesquisa, v. 40, n. 139, p.121-146, jan./abr. 2010. Quadrimestral.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HOEGEN, Marlete Lunelli; SILVA, Milena Mery da. Considerações acerca do aumento do consumo de “ritalina” nas crianças no âmbito escolar. Revista UNIEDU. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wpcontent/uploads/2016/02/Marlete-Lunelli_Hoegen.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2017.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM-5). 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MEIRA, Marisa Eugênia Melillo. Para uma crítica da medicalização na educação. Revista Psicologia Escolar e Educacional, Maringá, v. 16, n.1, jan. 2012. Mensal.

MOREIRA, Diogo Marques. Neurotransmissores. Site Infoescola. 2012. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/neurologia/neurotransmissores/>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOPEDAGOGIA. 2006. Disponível em: <<http://www.revistapsicopedagogia.com.br/>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

RIBEIRO, Maria Izabel Souza. A medicalização da educação na contramão das diretrizes curriculares nacionais da educação básica. Revista entre ideias, Salvador, v. 3, n. 1, p. 13-29, jan./jun. 2014. Semestral.

ROHDE, et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, Revista Psicopedagogia, São Paulo, v. 22, dec. 2000. Mensal.

SENO, Marília Piazzzi. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): o que os educadores sabem? Revista Psicopedagogia, São Paulo, v. 27, n. 84, 2010.

STROH. Juliana Bielawski. TDAH – diagnóstico psicopedagógico e suas intervenções através da Psicopedagogia e da Arteterapia. Revista Construção Psicopedagógica, São Paulo, v. 18, n. 17, 2010.

TAVERNA. Carmem Silvia Rotondano. Medicalização de Crianças e Adolescentes. Psicol. Esc. Educ, Maringá v.15, n.1, Jan./Jun. 2011. Semestral.

“ Infecção simultânea por citomegalovírus e lúpus eritematoso sistêmico juvenil retardando o diagnóstico e o tratamento precoce

Igor de Jesus Pereira da Silva **Lima**
UFPI

Maria Luisa de Oliveira **Franklin**
UFPI

Amâncio Ferreira **Estrela Filho**
UFPI

Carlos Henrique da Silva **Franco**
UESPI

Fábio Arcoverde Coutinho de **Meneses**
UFPI

Kaio Danilo Veloso **Leal**
UFPI

Catarina Fernandes **Pires**
UFPI

Roberta Oriana Assunção Lopes de
Sousa
UFPI

Luiza de Sá Urtiga **Santos**
UFPI

Maira Cristine de **Sousa**
UFPI

Simone Soares **Lima**
UFPI

RESUMO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica, e multissistêmica que possui etiologia desconhecida e natureza autoimune (BORBA et al., 2008). Em portadores de LES, infecções constituem uma das maiores causas de morbimortalidade, haja vista o uso de terapia imunossupressora para o tratamento de suas complicações sistêmicas (JEONG et al., 2009). O Citomegalovírus (CMV), patógeno de alta prevalência mundial, destaca-se por mimetizar as manifestações do LES, sendo a coexistência destas duas entidades capaz de retardar o diagnóstico e o tratamento, além de prolongar a sintomatologia, o período de hospitalização e elevar a mortalidade por LES. Este, por sua vez, eleva o risco de acometimento renal, hepático e das retinas pelo CMV. Este artigo analisa o caso de uma paciente de 12 anos, do sexo feminino que, por conta da sobreposição sintomatológica de LES com CMV, teve o diagnóstico e o início da terapêutica retardados, além de maior período de internação. Como reflexo, o quadro se agravou, cursando com febre persistente, comprometimento renal (creatinina 3,7 mg/dL, ureia 127,3 mg/dL, ascite, edema palpebral) e hematológico (hemoglobina 5,3g/dL, plaquetas 145.000/mm³). À época do diagnóstico, cinco meses após o início dos sintomas, a paciente apresentava ainda um quadro de nefrite e derrames pleural e pericárdico. Iniciou-se tratamento com ganciclovir para citomegalovirose. A terapêutica imunossupressora para LES foi iniciada no 30º dia de uso do antiviral, quando ocorreu melhora da febre. Houve resolução da sintomatologia e a paciente foi encaminhada ao ambulatório de LES para seguimento. Conclui-se que a associação entre citomegalovírus e Lúpus Eritematoso Sistêmico pode retardar o início do tratamento com imunossupressores para o LES, a qual é a terapêutica mais indicada, postergando a resposta clínica do paciente ao tratamento. O decorrente prolongamento do tempo de internação de um paciente com déficit imunológico em decorrência do LES também aumenta o risco de complicações futuras.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico; Citomegalovírus; Doenças Inflamatórias Sistêmicas; Imunossupressão.

INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica e multissistêmica que possui etiologia desconhecida e natureza autoimune (BORBA et al., 2008). Em portadores de LES, infecções constituem uma das maiores causas de morbimortalidade, haja vista o uso de terapia imunossupressora para o tratamento de suas complicações sistêmicas (JEONG et al., 2009).

No grupo das doenças infecciosas destacam-se as chamadas oportunistas, que estão relacionadas a microrganismos que não causam doença em indivíduos imunocompetentes, mas levam a complicações em pacientes imunocomprometidos. (SEBASTIANI et al., 2019).

Dentre as infecções oportunistas cuja relação com LES é particularmente perigosa, destaca-se a causada por Citomegalovírus (CMV), tanto por ser um diagnóstico diferencial quanto por ter seu tratamento afetado pelo uso dos imunossupressores necessários ao tratamento do Lúpus. (SEBASTIANI et al., 2012). O CMV permanece latente em várias células de maneira estável, e uma terapia imunossupressora pode reativar a replicação viral. A reativação, sua vez, pode mimetizar um *flare* da LES com acometimentos pulmonar e gastrointestinal. (RAMOS-CASALS et al., 2008).

RELATO DE CASO

Adolescente, 12 anos, sexo feminino, iniciou, cinco meses antes do diagnóstico, quadro de astenia, anorexia, artrite em joelho esquerdo e perda ponderal progressiva, evoluindo com vômitos, palidez cutaneomucosa e poliartrite (punhos, cotovelos, joelhos e tornozelos). Após três meses, foi internada com febre vespertina diária, comprometimento renal (creatinina 3,7 mg/dL, ureia 127,3 mg/dL, ascite e edema palpebral) e hematológico (hemoglobina 5,3 g/dL, plaquetas 145.000/mm³), recebendo, portanto, hemotransfusão. Exames realizados para investigação de leucemia, HIV, tuberculose e leishmaniose visceral apresentaram resultados negativos. Uma tomografia computadorizada revelou aumento da área cardíaca. Posteriormente, foi submetida a um ecocardiograma que apontou regurgitações mitral e tricúspide leves, derrame pericárdico leve, átrio esquerdo com aumento leve e função sistólica do ventrículo esquerdo diminuída.

Cinco meses após o início do quadro foi reinternada com febre diária e linfadenomegalia cervical, tosse seca e coriza. Na admissão apresentava-se adinâmica, hipocorada, ausculta cardiopulmonar normal, fígado palpável a 3 centímetros do rebordo costal direito, adenomegalias cervicais móveis e dolorosas. Inspeção oftalmológica e fundoscopia apresentaram resultados normais. Exames evidenciaram anemia hemolítica (Hgb 6,6g/dL, Coombs direto positivo), velocidade de hemossedimentação elevada (120/150), derrames pleural e

pericárdico leves e proteinúria (17,9 mg/kg).

Investigação laboratorial para Lúpus Eritematoso Sistêmico foi realizada, com marcadores imunológicos para LES positivos (fator anti-núcleo 1/1280, anti-DNA reagente, anti-SM 43 U/mL, anti SSA/RO 239,9 U/mL, anti SSB/LA 212 U/mL, coagulante lúpico presente). Também foi solicitada sorologia para Citomegalovírus, obtendo resultado positivo (IgG 113 U/mL, IgM 36,8 U/mL).

A partir da observação e análise de critérios clínicos e laboratoriais, foi conferido o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico com nefrite lúpica associado a Citomegalovirose. Iniciou-se tratamento com ganciclovir (42 dias) para citomegalovirose. A melhora da febre ocorreu no 30º dia de uso de ganciclovir, quando se iniciou terapêutica para LES por meio do esquema de pulsoterapia (metilprednisolona + ciclofosfamida). Houve resolução da sintomatologia e a paciente foi encaminhada ao ambulatório de LES para seguimento.

DISCUSSÃO

Quadros infecciosos graves, em coexistência com LES, destacam-se como um dos principais fatores que contribuem para o agravamento do quadro clínico dos pacientes no que diz respeito à morbimortalidade. A análise epidemiológica sobre a coexistência de infecções oportunistas em indivíduos paralelamente diagnosticados com LES carece ainda de dados mais aprofundados, contudo alguns estudos sugerem que, dentre os patógenos oportunistas, o citomegalovírus (CMV) apresenta-se como um dos mais importantes para esse perfil populacional (QIN et al., 2019).

A associação entre infecções virais e o desenvolvimento de LES tem sido alvo de diversos estudos que objetivam uma melhor descrição do possível papel de determinados vírus em meio à fisiopatologia lúpica, sendo denominada de hipótese viral do lúpus (RAMOS-CASALS, 2008). Nesse contexto, o CMV, em particular, é tratado como um potencial gatilho supostamente envolvido no desenvolvimento ou, ainda, na mimetização de quadros clínicos de exacerbação relativos ao LES (ROZENBLYUM et al., 2013).

Essa abordagem explicativa expõe um fenômeno ainda não precisamente descrito, porém se sugere, em diferentes estudos com análise direcionada para infecções por CMV, que esse processo possa estar vinculado a uma possível cascata imunológica que abrange o peptídeo pp65 de superfície do CMV. Essa fosfoproteína seria o principal alvo de reconhecimento antigênico pelas células T CD8⁺, T CD4⁺ e células B do hospedeiro, o que geraria reações-cruzadas com proteínas nucleares de células do portador, deflagrando eventos de autoimunidade, com a formação de anticorpos para antígenos próprios, possivelmente em indivíduos mais geneticamente suscetíveis (SÖDERBERG-NAUCLÉR, 2012 apud YAMAZAKI et al, 2015; ROZENBLYUM et al., 2013).

Corroborar com essa hipótese o fato de anticorpos IgG anti-pp65 dificilmente serem encontrados em indivíduos normais, mas estarem presentes em cerca de 60% dos pacientes com LES, o que reforça a hipótese viral relativa ao desencadeamento do LES mediante uma infecção prévia por CMV (ROZENBLYUM et al., 2013).

Nesse ínterim, a suposição de o CMV ser um potencial deflagrador do LES contaria, de fato, com a hipótese viral e as reações-cruzadas como bases explicativas para uma possível fisiopatogenia que associaria as duas entidades clínicas. Todavia, é necessária também a investigação clínica quanto à possibilidade de o paciente já apresentar previamente o LES instalado, mas ainda não diagnosticado, e desenvolver um quadro do espectro de acometimento por CMV – seja esta uma infecção expressa por evidência de replicação viral; uma síndrome do CMV abrangendo febre persistente, citopenias e viremia; ou ainda a doença do CMV com lesões em órgãos-alvos (EISENSTEIN, WOLF, 2010; ROZENBLYUM et al., 2013).

O CMV pode existir de duas formas: a ativa e a latente. Na forma latente, parte do DNA viral pode permanecer inativo nas células, o que resulta em uma sorologia positiva em pacientes que tiveram contato primário com o vírus, mesmo após tratamento, e possibilita uma possível reativação caso o paciente apresente um desequilíbrio imunológico (EISENSTEIN, WOLF, 2010). Cerca de 45 a 100% da população mundial apresenta resultado positivo nos testes de sorologia para CMV. Esse valor tende a se manter na faixa pediátrica, correspondendo entre 30 e 70% (ROZENBLYUM et al., 2013). Como a prevalência de soropositividade é alta na idade pediátrica, é possível associar uma reativação do CMV em pacientes com LES não diagnosticado.

Essa segunda linha de abordagem da coexistência das duas entidades clínicas é ratificada devido à infecção ser descrita mesmo em pacientes com terapia farmacológica de pequena monta ou sem nenhuma terapia do gênero para o tratamento e controle do LES (a exemplo de pacientes sem esse diagnóstico determinado anteriormente), sugerindo que uma possível exacerbação do LES favoreça uma desregulação imune subjacente, predispondo os pacientes a uma reativação do CMV latente (EISENSTEIN, WOLF, 2010). Outro ponto que corrobora para tal suposição compreende a característica de altas concentrações de citocinas pró-inflamatórias em sangue periférico em doenças reumáticas não-controladas, as quais estariam associadas a uma maior risco para infecções clinicamente significativas por CMV, especialmente na faixa etária pediátrica (EISENSTEIN, WOLF, 2010), fenômeno plausível de ser sugestionado também para o caso clínico em questão, visto que a paciente tinha 12 anos de idade e apresentou, na segunda internação, VHS elevado na ordem de 120/150, indicando quadro inflamatório sistêmico de grande importância.

Tendo em consideração as duas abordagens sobre o processo fisiopatogênico do binômio CMV-LES, é válido ressaltar que a doença por CMV associada ao LES pode apre-

sentar sintomatologia diversificada, incluindo quadros clínicos sistêmicos de fadiga, artralgia, bem como complicações em órgãos-alvo, desde retinite, comprometimento pulmonar, hepatites, enterites e anormalidades hematológicas. Entretanto, variados aspectos clínicos são similares entre as duas entendidas patológicas, sendo que, na sua coexistência, eles ainda podem se sobrepor, o que dificulta a distinção entre os quadros de infecção por CMV e de uma exacerbação lúpica (EISENSTEIN, WOLF, 2010; ROZENBLYUM et al., 2013; YAMAZAKI et al, 2015).

Essa dúvida pode ser aplicada no referido caso clínico, visto que todo o quadro clínico - desde manifestações iniciais como astenia, anorexia, artrite em importantes articulações até achados sugestivos de comprometimento sistêmico, como alterações renais (aumento da creatinina e ascite), hematológicas (trombocitopenia e queda dos níveis de hemoglobina sérica) e hepáticas (fígado palpável a 3cm do rebordo costal direito), bem como linfadenomegalias cervicais e derrame pleural leve – não é capaz de identificar a causa primária, seja ela a doença por CMV ou o LES. Entretanto, a presença do componente de febre diária e persistente a partir do quinto mês de evolução, assim como a trombocitopenia sugerem indícios da presença de CMV clinicamente ativo, visto que são características para a definição da entidade de síndrome do CMV (ROZENBLYUM et al., 2013).

Ainda nesse contexto, a positividade dos títulos, especialmente, para anticorpos anti-CMV IgM – embora garanta constatação sorológica acerca de infecção por CMV –, não é capaz de distinguir um processo de infecção primária ou a reativação de CMV latente. Ademais, estudos abordam a existência de ampla variabilidade do período para soroconversão de anticorpos IgM em IgG em processos ativos de infecção por CMV (ROZENBLYUM et al., 2013). É factível transpor essa ideia para o caso clínico em questão, uma vez que não é possível determinar se a infecção por CMV apresenta caráter primário ou de reativação, visto que ambos os títulos de IgM e IgG anti-CMV encontram-se positivados. Nesse viés, também, em virtude da evolução do quadro clínico da paciente se processar durante cerca de cinco meses, não é possível descartar uma provável soroconversão dos anticorpos, o que indicaria, em caso afirmativo, que a etiologia primária corresponderia ao CMV, com um quadro lúpico desencadeado posteriormente. Ainda a presença de elevado nível sorológico de IgG anti-CMV, no caso clínico, encontra respaldo científico em estudos de casos que verificaram a elevação das frações de IgG anti-CMV já quando os pacientes foram diagnosticados também com LES (YAMAZAKI et al, 2015).

Para pacientes que se encontram em uma situação clínica semelhante, como a do relato de caso, é necessária uma grande atenção na prescrição do tratamento, já que este demanda um alto grau de equilíbrio para a atividade do sistema imune, o qual deve estar competente para tratar o CMV, mas também não deve estar exacerbado para intensificar a

sintomatologia lúpica (ROZENBLYUM et al., 2013). O tratamento de primeira escolha para citomegalovírus é o uso de ganciclovir, uma vez que esse antiviral interfere na replicação do material genético do CMV (YAMAZAKI et al, 2015, ROZENBLYUM et al., 2013, EISENSTEIN, WOLF, 2010). Não obstante, pode-se imaginar que se deve dar continuidade ao tratamento imunossupressor para os pacientes lúpicos, porém é essencial salientar que estudos clínicos revelaram que o uso sistêmico de esteroides, padrão-ouro para o tratamento de LES, é um fator de risco para a doença por CMV (TACHIKAWA et al., 2016).

Os dados da literatura corroboram a conduta terapêutica adotada no caso clínico, visto que a paciente foi submetida a um período significativo - 42 dias - de tratamento com ganciclovir a partir do momento de diagnóstico das duas patologias. Somente após evidências de melhora da condição febril diária persistente, mais vinculada à infecção por CMV, iniciou-se o tratamento direcionado ao LES a partir do trigésimo dia. Esta terapêutica englobou pulsoterapia de metilprednisolona associada à ciclofosfamida com fins de imunossupressão.

Dessa forma, em relação às informações obtidas tanto no relato de caso quanto na literatura, destaca-se a perspectiva de uma possível influência recíproca, quando da coexistência entre infecção por CMV e LES, na gênese de ambas as entidades e, por consequência, o quão dificultosos se tornam o diagnóstico e o tratamento dos pacientes acometidos por essa associação, tendo-se a complexidade do tratamento, especialmente, em função de a administração da terapia imunossupressora, na prática, necessitar ser adiada até que o quadro clínico causado pelo CMV seja combatido pela terapia antiviral.

CONCLUSÃO

A característica do CMV de mimetizar a sintomatologia do LES é um fator de grande importância na associação simultânea das duas doenças, posto que há retardo tanto no diagnóstico quanto no tratamento do paciente. Durante o período de atividade do citomegalovírus, essa associação retardará o início do tratamento com imunossupressor para o LES, que é a terapêutica mais indicada, além de postergar a resposta clínica do paciente ao tratamento.

Dessa forma, há um prolongamento do tempo de internação de um paciente que tem déficit imunológico em decorrência do LES, o que acarreta também um aumento do risco de complicações futuras.

REFERÊNCIAS

BORBA, E.F., et al. Consenso de lúpus eritematoso sistêmico. Revista Brasileira de Reumatologia, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 196-207, 2008.

EISENSTEIN, E.M., WOLF, D.G. Cytomegalovirus infection in pediatric rheumatic diseases: a review. Pediatric Rheumatology Online J., v. 8. n. 17, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1546->

JEONG, S.J., et al. Incidence and risk factors of infection in a single cohort of 110 adults with systemic lupus erythematosus. *Scandinavian journal of infectious diseases*, v. 41, n. 4, p. 268-274, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00365540902744741>.

QIN, Ling et al. Association between lymphocyte subsets and cytomegalovirus infection status among patients with systemic lupus erythematosus: a pilot study. *Medicine*, v. 98, n. 39, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016997>.

RAMOS-CASALS, M., et al., Acute viral infections in patients with systemic lupus erythematosus: description of 23 cases and review of the literature. *Medicine*, v. 87, n. 6, p. 311-318, 2008.

RAMOS-CASALS, M. Viruses and lupus: the viral hypothesis. *Sage Journals, Lupus*, v. 17, p. 163 – 165, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0961203307086268>.

ROZENBLYUM, E. V., et al. Cytomegalovirus infection in childhood-onset systemic lupus erythematosus. *International journal of clinical rheumatology*, v. 8, n. 1, p. 137, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.2217/ijr.12.82>.

SEBASTIANI, G. D. et al. Cytomegalovirus infection in Systemic Lupus Erythematosus: report of four cases challenging the management of the disease, and literature review. *Lupus*, v. 28, n. 3, p. 432–437, 2019.

SEBASTIANI, G.D., et al. Opportunistic infections in systemic lupus erythematosus. *International Journal of Clinical Rheumatology*, v. 7, n. 3, p. 275-279, 2012.

SÖDERBERG-NAUCLÉR, C. Autoimmunity induced by human cytomegalovirus in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Research & Therapy*, v.14, n.101, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/ar3525>.

TACHIKAWA, Y., et al. Colonic perforation in a patient with systemic lupus erythematosus accompanied by cytomegalovirus infection: a case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, v. 23, p. 70-73, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.03.021>.

YAMAZAKI, S. et al. Cytomegalovirus as a potential trigger for systemic lupus erythematosus: a case report. *BMC Research Notes*, v. 8, n. 487, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1520-2>.

“

Influência da fisioterapia na reabilitação de pacientes submetidos à drenagem torácica em um hospital de urgência e emergência da Amazônia Legal

Maycon Pelosato **Duarte**
COHREC

Ledne Luiz Dalla **Rosa**
COHREC

Erick Marques **Pinheiro**
COHREC

Isabela Kerber **Alves**
COHREC

Aline Arcari **Santos**
COHREC

RESUMO

Objetivo: Analisar a influência da fisioterapia na reabilitação de pacientes submetidos à drenagem torácica pós-trauma de tórax atendidos em um Hospital de Urgência e Emergência da Amazônia Legal. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo, através de uma pesquisa documental de levantamento de dados em um Hospital de Urgência e Emergência da Amazônia Legal, com base na coleta de dados dos prontuários de pacientes que realizaram drenagem torácica pós-trauma de tórax e submetidos à intervenção fisioterapêutica no período de março a setembro de 2018. **Resultados:** A predominância dos pacientes admitidos com trauma torácico neste estudo é da população adulta jovem, do sexo masculino e vítimas de acidente automobilístico. Notou-se estatisticamente que o tempo de internação hospitalar e o tratamento fisioterapêutico são diretamente proporcionais para uma boa evolução clínica do paciente, pois a reabilitação pulmonar reduziu os índices de complicações pós-drenagem torácica, houve melhora da capacidade pulmonar e tempo de internação reduzido. **Conclusão:** Dentre os principais objetivos da reabilitação pulmonar notou-se a redução dos índices de complicações pós-drenagem torácica, com melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida. Contudo observou-se estatisticamente a correlação entre o tempo de internação e o tratamento fisioterapêutico, que são diretamente proporcionais.

Palavras-chave: Traumatismos torácicos; Serviço hospitalar de fisioterapia; Terapia respiratória.

INTRODUÇÃO

O serviço de urgência e emergência é a principal porta de entrada de um hospital para o paciente que apresenta alterações importantes do ponto de vista biofísico e psíquico, necessitando de um atendimento imediato, pois apresenta risco iminente de morte (PICCOLI A, et al., 2013; CAMERRO A, et al., 2015).

O trauma é caracterizado por lesões que envolvem diversas regiões anatômicas, gera um grande impacto na sociedade, e isso tem sido a principal causa de óbito e internação hospitalar. O traumatismo torácico tem se destacado em virtude de fatores vinculados a urbanização, e pelo aumento da violência urbana. Constitui uma das mais importantes causas de morbimortalidade na população adulta jovem, pois suas vítimas, quando sobrevivem, apresentam um tempo prolongado de hospitalização (PADOVANI C, et al., 2017; OMS, 2009).

Na última década, o trauma ocupava o terceiro lugar em causas de mortes no Brasil, os dados mostraram 150 mil óbitos e 450 mil pacientes com sequelas por ano (BRASIL, 2010). Segundo números do Ministério da Saúde referentes ao Sistema Único de Saúde, foram registrados 86.563 internações decorrentes do trauma até o mês de dezembro de 2016 (DATASUS, 2016).

Diversas causas, tais como traumas, atos cirúrgicos e doenças pleurais podem provocar acúmulo de gás ou líquido na cavidade pleural, de forma a alterar o sistema pressórico, determinando condições patológicas como o colapso pulmonar e insuficiência respiratória de intensidade variável (CIPRIANO FG, DESSOTE LU, 2011).

Nessas situações clínicas, principalmente nos casos de trauma torácico, a toracotomia com drenagem tubular em sistema fechado está indicada. O objetivo da drenagem torácica é remover o acúmulo de líquido ou ar alojado na cavidade pleural, possibilitando a reexpansão pulmonar e o restabelecimento da pressão subatmosférica do espaço para evitar complicações (NISHIDA G, et al., 2011).

O sistema de drenagem torácica fechada em selo d'água é uma técnica na qual é inserido um tubo na linha média axilar lateral do corpo entre as costelas. O líquido é drenado por um sistema coletor de drenagem composto de frasco coletor, tubo de drenagem e selo d'água que impede a entrada de ar atmosférico na cavidade torácica (UTTER GH, 2013). Este procedimento tem sido descrito como o principal método para o tratamento imediato do hemotórax e pneumotórax traumáticos. Do mesmo modo, os drenos torácicos permitem o controle de hemorragias intratorácicas, a avaliação quantitativa e qualitativa do conteúdo drenado e a redução do risco de infecções, visto que o espaço pleural pode tornar-se um importante meio de cultura (LIGHT RW, 2011).

As principais limitações respiratórias observadas em pacientes acometidos por trauma torácico são: fraturas de arcos costais, pneumotórax, hemotórax, derrame pleural, hidrotó-

rax, deslocamento de dreno, enfisema subcutâneo e fístula bilateral (NÓBREGA KCC, et al., 2012). Tais limitações apresentam alterações significantes na mecânica ventilatória dos pacientes que são submetidos à drenagem torácica, que envolve a elasticidade e a complacência pulmonar, gerando prejuízo na capacidade vital, no volume corrente e na capacidade residual funcional (OLIVEIRA JB, et al., 2005).

Alguns autores sugerem que os pacientes com dreno de tórax devem ser incluídos em programas de reabilitação respiratória precocemente. A atuação do fisioterapeuta se dá após a conduta emergencial de drenagem (ULUBAY G, et al., 2015; VALENZA G, et al., 2014). A fisioterapia é a ciência destinada a promover a recuperação e preservação da funcionalidade através do movimento humano, por meio das suas intervenções, enquadra-se com ênfase na assistência aos pacientes e de gestão na equipe multiprofissional com atuação em diversos campos na área da saúde (ÉRIKO E, et al., 2012).

Ainda nesse contexto Machado MGR (2008) descreveu que a fisioterapia respiratória participa desde a prevenção até o tratamento das doenças pulmonares, empregando-se técnicas e recursos terapêuticos que objetiva a restauração de um padrão ventilatório funcional com o intuito de minimizar os gastos energéticos durante a inspiração e a expiração. Desta forma, favorece o indivíduo a realizar diversas atividades cotidianas sem ocasionar grandes desordens e repercussões negativas a homeostase do seu organismo.

A reabilitação pulmonar por meio de fisioterapia respiratória utiliza técnicas e recursos tais como: respiração diafragmática, sustentação máxima de inspiração, padrão respiratório em exercícios ativos associado com os membros superiores e inferiores, incentivadores respiratórios e pressão positiva através da ventilação não invasiva (MARCHI E, MUSSI R, 2010), consequentemente a reexpansão pulmonar propicia grande mobilidade das estruturas que compõem a caixa torácica, proporcionando o retorno gradativo da mecânica respiratória, através do aumento da expansibilidade torácica nos diâmetros anteroposterior e lateral, reduz as complicações das vítimas de trauma torácico (ABREU EMS, et al., 2015).

Sendo assim, o objetivo da pesquisa foi analisar a influência da fisioterapia na reabilitação de pacientes submetidos à drenagem torácica pós-trauma de tórax atendidos em um Hospital de Urgência e Emergência da Amazônia Legal.

MÉTODOS

O presente estudo foi elaborado por meio de uma pesquisa transversal de caráter descritivo e prospectivo, com abordagem quantitativa através de uma pesquisa documental de levantamento de dados estatísticos coletados em um hospital de urgência e emergência da Amazônia Legal com base na coleta de dados dos prontuários de pacientes que realizaram drenagem torácica pós-trauma de tórax no período de março a setembro de 2018. A pesqui-

sa iniciou logo após a aprovação no Comitê de Ética Pesquisa sob o parecer nº 3.201.087.

Os critérios de inclusão foram: pacientes adultos de ambos os sexos; maiores de 18 anos; submetidos à drenagem torácica; admitidos no hospital entre março a setembro de 2018 e aqueles que receberam intervenção fisioterapêutica durante o período de internação. Já os critérios de exclusão foram: pacientes que não foram submetidos à drenagem torácica; pacientes com menos de 24 horas de internação no hospital; crianças; gestantes e prontuários sem registros.

Os dados foram prospectivamente coletados a partir da análise de prontuários no período de março a setembro de 2018, com a utilização de formulário com 16 questões pré-estabelecidas elaboradas pelos próprios pesquisadores, baseados nas seguintes variáveis: idade, gênero, mecanismo do trauma, local de internação, tempo de permanência do dreno, tempo de internação hospitalar, presença de complicações e intervenção fisioterapêutica realizada.

RESULTADOS

Foram selecionados 33 prontuários dos pacientes para análise. Após a primeira triagem, 12 prontuários, que atenderam aos critérios de inclusão, foram selecionados para a tabulação dos dados, a Tabela 1 demonstra os valores dessas variáveis.

Tabela 1. Variáveis de gênero, idade, diagnóstico, mecanismo do trauma, tempo de internação hospitalar, tempo de permanência do dreno torácico, complicações, conduta fisioterapêutica e quantidade de atendimentos fisioterapêuticos.

Variáveis	Valores expressos em média e porcentagem
Idade (anos)	33,83
Gênero (%)	
Masculino	92 (n=11)
Feminino	8 (n=1)
Diagnóstico (%)	
Politrauma	58 (n=7)
Ferimento por arma de fogo (FAF)	33 (n=4)
Ferimento por arma branca (FAB)	9 (n=1)
Mecanismo do trauma (%)	
Acidente motociclístico	58 (n=7)
Agressão física (FAB e FAF)	42 (n=5)
Complicações (%)	
Hemotórax	33 (n=4)
Pneumotórax	33 (n=4)
Hemopneumotórax	25 (n=3)
Derrame pleural	9 (n=1)
Tempo de internação hospitalar (dias)	7,8
Tempo de dreno torácico (dias)	7
Conduta fisioterapêutica (quantidade)	
Incentivadores respiratórios	18
Deambulação	14

Tosse manualmente assistida	14
Manobras de reexpansão pulmonar	13
Cinesioterapia	13
Mobilização articular	12
Exercícios respiratórios	9
Posicionamento	7
Média de atendimento fisioterapêutico	6,5

Fonte: Pelosato MD, et al. (2020)

A avaliação primária é muito importante, visto que, quando analisados em relação às doenças pulmonares, estes dados podem influenciar no sucesso da recuperação pulmonar em indivíduos com dreno de tórax. Por isso, se faz necessário conhecer a história clínica prévia, idade, gênero, diagnóstico, mecanismo do trauma e as possíveis complicações.

No presente estudo, estes dados foram analisados e a predominância dos pacientes admitidos com trauma torácico no hospital é da população adulta jovem com média de idade de 33,83 anos, do sexo masculino e vítimas de acidente automobilístico (Tabela 1). Estes achados corroboram com o estudo de Costa CA, et al. (2005) que relataram incidência de trauma torácico em população jovem, urbana, predominantemente masculina e relacionada à violência interpessoal.

O mecanismo de trauma predominante consistiu em contusão torácica por acidente motociclístico (58% dos casos), seguido por ferimento penetrante por projétil de arma de fogo e arma branca (42% dos casos) (Tabela 1). Oikonomou A, Prassopoulos P (2011) mostraram que o trauma torácico é o responsável por alta morbimortalidade, cerca de 25% das mortes são relacionadas a este tipo trauma, atrás apenas do traumatismo cranioencefálico. Os mecanismos de trauma são classificados em penetrante ou contuso, sendo este último responsável por 90% dos casos, na qual a maioria é por acidente motociclístico.

As complicações respiratórias que tiveram maior incidência foram hemotórax e o pneumotórax (33%), respectivamente, seguido de hemopneumotórax (25%) e derrame pleural (9%), em ambos os gêneros (Tabela 1). A principal e mais comum indicação para a drenagem de tórax é o hemopneumotórax com prevalência de 52,3%, seguida por 23,4% nos casos de hemotórax, 20,7% nos casos de pneumotórax e também por casos de derrame pleural (MORALES CH, 2014).

Na maioria dos casos a ocorrência dessas complicações causa distúrbio ventilatório restritivo, diminuição da expansibilidade pulmonar dentro da caixa torácica e alteração na mecânica pulmonar, acarretando em redução do volume pulmonar (OLIVEIRA BM, MEJIA DPM, 2012).

A fisioterapia respiratória dispõe de uma variedade de técnicas e recursos que são capazes de influenciar a mecânica pulmonar com exercícios que objetivam modificar o grau de participação dos músculos respiratórios com a finalidade de aumentar a ventilação pul-

monar. O volume pulmonar pode ser aumentado em decorrência da técnica de reexpansão pulmonar que provoca um aumento no gradiente de pressão transpulmonar, ou seja, quanto maior o gradiente de pressão transpulmonar, maior será a expansão das unidades alveolares (GIACOMAZZI CM, et al., 2012).

De acordo com o estudo de Jablonskin S, et al. (2014), a média de tempo de utilização do dreno torácico foi de 4 dias e tempo de internação hospitalar foi de 7 dias ao comparar técnicas cirúrgicas na colocação do dreno de tórax. No presente estudo, foi observado um tempo médio de utilização do dreno torácico de 7 dias e de internação hospitalar de 7,8 dias e a média de atendimento fisioterapêutico nesses pacientes foi de 6,5 dias.

Uma das estratégias clínicas que pode ser adotada para acelerar a remoção do dreno torácico é a fisioterapia respiratória com técnicas de reexpansão pulmonar, sendo este um dos critérios para remoção do dreno. Na pesquisa de Valenza G, et al. (2014) foi observado que os pacientes que realizaram fisioterapia durante o tratamento de drenagem torácica apresentaram uma média inferior de tempo de internação de 27 dias quando comparados em relação ao grupo controle que não realizou acompanhamento fisioterapêutico e apresentou 39 dias.

DISCUSSÃO

Dentre as várias intervenções fisioterapêuticas encontrada nos dados dos pacientes submetidos à drenagem torácica pós-trauma de tórax no hospital podemos destacar o uso dos incentivadores respiratórios, sendo a conduta mais utilizada nesses pacientes. As demais condutas utilizadas foram: a deambulação, a tosse manualmente assistida, as manobras de reexpansão pulmonar, a cinesioterapia, a mobilização articular, os exercícios respiratórios e o posicionamento desses pacientes (Tabela 1).

A quantidade total e a média dos atendimentos fisioterapêuticos estão apresentadas na Tabela 1. Sendo que, na maioria dos casos, a intervenção fisioterapêutica consistia na associação da fisioterapia respiratória em conjunto com a fisioterapia motora, onde foi observado melhor evolução do quadro clínico dos pacientes.

Ulubay G, et al. (2015) e Valenza G, et al. (2014) recomendaram que os pacientes com dreno de tórax devem ser incluídos em programas de reabilitação respiratória precocemente, uma vez que a atuação do fisioterapeuta se dá após a conduta emergencial de drenagem torácica.

Diversos autores sugeriram que a fisioterapia respiratória restabelece precocemente a função pulmonar, após drenagem torácica, reduz a incidência de complicações pulmonares, favorece a função circulatória, diminui a incidência de fenômenos tromboembólicos, evita o processo de descondicionamento físico sofrido durante a hospitalização, remoção precoce

do dreno torácico e redução do tempo de internação hospitalar (VALENZA-DEMET G, et al., 2014; SILVEIRA AP, et al., 2011).

O acompanhamento fisioterapêutico precoce pós-drenagem torácica promove aumento da saturação periférica de oxigênio, redução da ocorrência de atelectasias, assim como a redução dos custos hospitalares (WALTRICK T, CUNEN SK, 2012).

Pena FF, et al. (2011) mostraram a atuação da fisioterapia respiratória logo após a colocação do dreno torácico, através de incentivadores respiratórios, ventilação por pressão positiva e orientações gerais quanto ao quadro clínico. Entretanto, nesse estudo, os pacientes que realizaram intervenção fisioterapêutica após a colocação do dreno de tórax não obtiveram um desfecho satisfatório quanto melhora no tempo de internação, porém, houve melhora na ventilação e complacência pulmonar e na oxigenação arterial.

De acordo com a necessidade e a condição clínica do paciente, o atendimento fisioterapêutico poderá ser feito de duas a três vezes por dia, a importância da fisioterapia é de, com suas técnicas, promover uma recuperação muito rápida, contribuindo para a redução significativa do tempo de internação (HADDAD ER, COSTA LCD, 2011).

O campo de atuação da fisioterapia respiratória vem se destacando no âmbito hospitalar por apresentar resultados benéficos para a recuperação dos pacientes críticos e, principalmente, atuando na prevenção de complicações clínicas e redução do tempo de internação hospitalar, com consequente redução de custos do tratamento. Desta forma, com a abordagem fisioterapêutica, os pacientes que são submetidos à drenagem torácica podem apresentar diminuição dos sintomas e melhora da capacidade funcional e qualidade de vida (CUNHAL C, et al., 2009).

Com a realização de fisioterapia respiratória no ambiente hospitalar, os pacientes submetidos à drenagem torácica podem apresentar diminuição da dispneia e melhora da capacidade funcional e qualidade de vida (COSTA LRN, 2015). Esses achados corroboram com Cohen M, Sahn SA (2012) ao mostrarem que o tratamento fisioterapêutico é recomendado para evitar o acúmulo de líquido pleural, reduzir a probabilidade de atelectasias, evitar acúmulo de secreções, diminuir a respiração paradoxal e melhorar a mobilidade torácica.

Outros benefícios das técnicas fisioterapêuticas incluem prevenir complicações pulmonares através da melhora da ventilação pulmonar e da efetividade do mecanismo da tosse. Além disso, permite manter a mobilidade da caixa torácica e correção de padrões respiratórios ineficientes por meio da coordenação dos músculos ventilatórios, promovendo resistência à fadiga respiratória e melhora da capacidade funcional geral dos pacientes (DUARTE J, HELFSTEIN TT, 2011).

Martins FC, Virtuoso LA (2009) destacaram que os objetivos da fisioterapia respiratória em pacientes com trauma torácico são prevenir e tratar as complicações decorrentes das

alterações funcionais, a fim de melhorar as capacidades e volumes pulmonares para obter uma adequada oxigenação e ventilação.

A reabilitação pulmonar por meio de fisioterapia respiratória utiliza técnicas e recursos tais como: respiração diafragmática, sustentação máxima de inspiração, padrão respiratório em exercícios ativos associado com os membros superiores e inferiores, incentivadores respiratórios e pressão positiva através da ventilação não invasiva (MARCHI E, MUSSI R, 2010).

Existem alguns recursos utilizados para a realização da fisioterapia respiratória para reexpansão pulmonar tais como as manobras manuais, a pressão positiva contínua nas vias aéreas, a pressão positiva em dois níveis pressóricos, a pressão positiva expiratória e o incentivador respiratório, que são recursos seguros e de fácil aplicação (ANJOS APG, 2016).

O fisioterapeuta pode realizar técnicas reexpansivas com pressão positiva intermitente, para aliviar a sintomatologia destes pacientes. A utilização de pressão positiva intermitente deve ser instituída somente após a drenagem para reexpansão de unidades alveolares que permaneçam colapsadas. A ventilação mecânica invasiva deve-se preconizar o uso de pressão expiratória positiva final na reexpansão de atelectasias, assim como manutenção de ventilação alveolar adequada (NÓBREGA KCC, et al., 2012; SARMENTO GJV, 2005).

Os exercícios respiratórios são técnicas manuais de reexpansão pulmonar que são frequentemente empregadas na prática clínica. Estes podem alterar o padrão respiratório, que muitas vezes, encontra-se em ritmo paradoxal e, em conjunto com o movimento toracoabdominal são capazes de priorizar um compartimento da caixa torácica em relação ao outro e, desta forma modificam o grau de contração dos músculos respiratórios (VIEIRA DSR, et al., 2014).

Sarmento GJV (2005) descreveu as mesmas técnicas utilizadas em drenagem pleural, adicionando as técnicas posicionamento adequado, preferência em decúbito contralateral, favorecendo uma maior absorção de líquido por linfático. O fisioterapeuta deve orientar aqueles pacientes que estão conscientes e colaborativos para o cuidado com o circuito de drenagem durante a movimentação no leito, com isso prevenir quadros algícos e possíveis acidentes com os drenos.

Já a retirada do paciente do leito através da sedestação em poltrona, do ortostatismo e a deambulação são condutas fundamentais para a reabilitação do paciente com trauma torácico, devendo ser estimulada de forma precoce e sempre que liberada pela equipe médica (PADOVANI C, et al., 2017).

Guizilini S, et al. (2010) relataram que as técnicas de reexpansão pulmonar podem ser realizadas através de manobras manuais, orientadas pelo fisioterapeuta e/ou com a utilização de aparelhos. Dentre as técnicas fisioterapêuticas que são utilizadas na fase precoce do tratamento após a drenagem torácica, destacam-se as manobras e recursos para

reexpansão pulmonar, o trabalho de padrões respiratórios com estimulação do diafragma em diferentes posicionamentos, as orientações posturais, assim como a sedestação e deambulação precoce (COSTA LRN, 2015).

Natalio MA, et al. (2010) utilizaram um protocolo de reabilitação pulmonar em indivíduos com derrame pleural, baseado nas manobras de higiene brônquica e reexpansão pulmonar por pressão negativa, seu resultado foi eficaz na melhora do quadro radiológico e na ausculta pulmonar. Souza AG, et al. (2009) utilizaram algumas técnicas de reexpansão pulmonar após a drenagem do tórax como a sustentação máxima inspirada, os soluços inspiratórios, os padrões respiratórios associados com membros superiores e o uso de incentivadores respiratórios, com o objetivo de melhorar a troca gasosa, a ventilação pulmonar e evitar maiores complicações do tórax acometido.

Diante disso, os autores concluíram que a fisioterapia respiratória foi útil para a melhora da capacidade pulmonar total e, que quando iniciada de forma precoce e efetiva, a mesma promove uma rápida recuperação do paciente, diminuindo assim, o tempo de internação hospitalar. É importante ressaltar que para alcançar os resultados positivos é primordial um amplo estudo do quadro clínico apresentado por esses pacientes, além de uma criteriosa avaliação das condições clínicas desse indivíduo e de um tratamento precoce e condizente com suas necessidades físicas por meio da intervenção fisioterapêutica.

Desta forma, a fisioterapia respiratória é parte essencial na reabilitação de novas complicações respiratórias nos pacientes com trauma torácico, principalmente para prevenir e tratar vários aspectos das desordens respiratórias decorrentes dos traumatismos torácicos, tais como obstrução do fluxo aéreo, retenção de secreção, alterações da função ventilatória, dispneia, melhora no desempenho de exercícios físicos e da qualidade de vida (GOSSELINK R, 2006).

CONCLUSÃO

A reabilitação através da fisioterapia tornou-se fundamental como parte complementar no tratamento aos pacientes submetidos à drenagem torácica decorrente do trauma torácico. Dentre os principais objetivos da reabilitação pulmonar notou-se a redução dos índices de complicações pós-drenagem torácica, com melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida. Contudo, observou-se estatisticamente a correlação entre o tempo de internação e o tratamento fisioterapêutico, que são diretamente proporcionais. Desta forma, observa-se que com a fisioterapia o paciente com trauma torácico apresenta uma melhor evolução com tempo de internação reduzido e diminuição de complicações relacionadas ao quadro clínico. Novos estudos poderão complementar os dados obtidos nesta pesquisa e promover embasamento para estratégias de prevenção, em todos os níveis de atenção, dos trauma-

tismos torácicos, assim como a avaliação dos recursos fisioterapêutico empregados em seu tratamento pós-drenagem torácica e outros procedimentos cirúrgicos.

REFERÊNCIAS

ABREU SEM, et al. Impacto de um protocolo de cuidados a pacientes com trauma torácico drenado. Rev. Col. Bras. Cir. 2015, 42 (4): 231-237.

ANJOS APG. Fisioterapia respiratória com pressão positiva intermitente: uma análise comparativa em relação ao tratamento convencional na remoção do dreno de tórax. Dissertação de mestrado da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas, SP: [s.n]. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Saúde Brasil 2009. Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2010.

CAMERRO A, et. al. Perfil do atendimento de serviços de urgência e emergência. Revista Fafibe On-Line. 2015, Bebedouro/SP, 8(1): 515-524.

CIPRIANO FG, DESSOTE LU. Drenagem pleural. Revista FMRP-USP. Medicina (Ribeirão Preto). 2011, 44 (1): 70- 8.

COHEN M, SAHN SA. Resolution of pleural effusions. Chest, 2012, p 60-62.

COSTA CA, et al. Traumatismos de veia cava inferior. Rev. Col. Bras. Cir. 2005, vol.32 nº5, Rio de Janeiro Sept./Oct.

COSTA LRN, et al. Impacto da Fisioterapia na Reabilitação de Pacientes Submetidos à Drenagem Torácica em um Hospital de Referência em Urgência e Emergência da Região Metropolitana de Belém-PA. Prática Hospitalar. 2015, Ano XVII, Nº 102, Nov-Dez.

CUNHAL C, et al. Técnicas reexpansivas no derrame pleural: uma revisão de literatura. Rio de Janeiro. Cadernos UniFOA, 2009.

DATASUS: Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Brasília: DATASUS; 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fruf.def>.

DUARTE J, HELFSTEIN TT. Estudo comparativo das técnicas de cinesioterapia respiratória convencional e associado às diagonais de membros superiores na reexpansão torácica em indivíduos adultos jovens. J Health Sci Inst. 2011, 29 (3): 198-201.

ÉRIKO E, et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Rev Bras Ter Intensiva. 2012; 24 (1): 6-22.

GIACOMAZZI CM, et al. A dor como contribuinte do prejuízo na função pulmonar. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2012;21(4):386-92.

GOSSELINK R. Physical therapy in adults with respiratory disorders: where are we? Rev Bras Fisioter. 2006; 4(10):361-72.

GUIZILINI S, et al. Efeitos do local de inserção do dreno pleural na função pulmonar no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2010;19(1):47-54

- HADDAD ER, COSTA LCD. Abordagens fisioterapêuticas para remoção de secreções das vias aéreas em recém- nascidos: relato de casos. Centro Universitário de Araraquara (Uniara), 2011.
- JABLONSKIN S, et al. Efficacy assessment of the drainage with permanent airflow measurement in the treatment of pneumothorax with air leak. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2014, 62 (06): 509-515.
- LIGHT RW. Pleural controversy: Optimal chest tube size for drainage. *Respirol.* 2011, 16 (1): 244-248.
- MACHADO MGR. Bases da Fisioterapia Respiratória: Terapia Intensiva e Reabilitação. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- MARCHI E, MUSSI R. Derrame Pleural Parapneumônico e Empiema, *Jornal de Pneumologia*, 2010; nº9 v.32.
- MARTINS FC, VIRTUOSO LA. Perfil dos pacientes atendidos pela Fisioterapia no setor de emergência e urgência do Hospital Geral do Grajaú. *Anais 11º Congresso de Iniciação Científica, 5ª mostra de pós-graduação.* São Paulo. 2009.
- MORALES CH, et al. Negative pleural suction in thoracic trauma patients: A randomized controlled trial. *J trauma Acute Care Surg.* 2014, 77: 251-255.
- NATALIO MA, et al. Tratamento Fisioterapêutico no Derrame pleural: estudo de caso. *Revista Digital Buenos Aires*, 2010; ano 14, n.142.
- NISHIDA G, et al. Cuidados com o sistema de drenagem torácica em adultos internados no Hospital Universitário Regional de Maringá, Estado do Paraná, Brasil. *Acta Scientiarum. Health Sciences.* 2011, v. 33, n. 2, p. 173-179.
- NÓBREGA KCC, et al. Intervenção fisioterapêutica em casos de pacientes admitidos por trauma torácico: um estudo retrospectivo. *Estação Científica (UNIFAP)*, 2012, v. 2, n. 1, p. 43-54, jan./jun.
- OIKONOMOU A, PRASSOPOULOS P. CT imaging of blunt chest trauma. *Insights Imaging.* 2011, 2: 281-295.
- OLIVEIRA BM, MEJIA DPM. Intervenção fisioterapêutica no derrame pleural: revisão de literatura. [periódico da internet]. 2012.
- OLIVEIRA JB, et al. A influência da drenagem torácica intercostal fechada com selo d'água na respiração e voz, em sujeitos hospitalizados com doenças pleuro pulmonares. *Rev. Fisioterapia Brasil.* v. 6, n. 2, mar./abr. 2005.
- PADOVANI C, et al. Fisioterapia nos pacientes politraumatizados graves: modelo de assistência terapêutica. *Acta Fisiatr.* 2017; 24 (1):33-39
- PENA FF, et. al. Crianças com derrame pleural: caracterização e fisioterapia. *Rev terapia manual*, 2011; 9 (46): 744-748.
- PICCOLI A, et al. Indicações para Inserção do Profissional Fisioterapeuta em uma Unidade de Emergência. *Revista ASSOBRAFIR Ciência.* 2013, v. 4, n. 1, p. 33-41.
- SARMENTO GJV. Fisioterapia respiratória no paciente crítico: Rotinas clínicas. São Paulo: Manole, 2005.
- SILVEIRA AP, et al. Comparação do uso da pressão positiva com a fisioterapia convencional e

incentivadores respiratórios após cirurgia cardíaca: revisão de literatura. Revista FMRP-USP. Medicina (Ribeirão Preto), 2011, 44 (4): 338-46.

SOUZA AG, et al. Atuação da fisioterapia em crianças com derrame pleural: revisão de literatura. Fassam, 2009.

ULUBAY G, et al. Postoperative pulmonary complications in living-liver donors: a retrospective analysis of 188 patients. Exp Clin Transplant. 2015; 13 Suppl 1:340-5.

UTTER GH, The rate of pleural fluid drainage as a criterion for the timing of chest tube removal: theoretical and practical considerations. Ann Thoracic Surg. 2013; 96: 2262-7.

VALENZA G, et al. The effects of a physiotherapy programme on patients with a pleural effusion: a randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2014, 28 (11): 1087-95.

VIEIRA DSR, et al. Breathing exercises; influence on breathing pattern and thoracoabdominal motion in healthy subjects. Braz J PhysTher. 2014, 18 (6): 544-552.

WALTRICK T, CUNEN SK. Benefícios das Técnicas de fisioterapia respiratória em pacientes com dreno pleural vitimizados por trauma torácico. Rev. Inspirar. 2012, 4 (4):9-15.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for trauma quality improvement programmes. Geneva: WHO, 2009.

DUARTE, M. P.; ROSA, L. L. D.; PINHEIRO, E. M.; ALVES, I. K.; SANTOS, A. A.; ANDRADE, ÁLLEF D. B. DE; BONET, L.; AZEVEDO, M. V. DE; DINIZ, W. A. Influência da fisioterapia na reabilitação de pacientes submetidos à drenagem torácica em um hospital de urgência e emergência da amazônia legal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 45, p. e2959, 9 abr. 2020. Artigo original.

“

Melatonina e seu potencial terapêutico no câncer de mama: uma revisão integrativa da literatura

Márcia Bandeira **Bringel**

UNIEURO

Tarciana Cecília Cavalcanti **Carneiro**

Leão

UNIEURO

Fernanda Moreira **Ribeiro**

UNIEURO

Thais Ranielle Souza de **Oliveira**

UNIEURO

RESUMO

Introdução: A melatonina é uma substância produzida pela glândula pineal, dentre suas funções atua na regulação do ciclo de sono e vigília, do humor e do controle da reprodução, é uma molécula imunomoduladora, antioxidante e tem potencial anticarcinogênico, sendo potente depuradora de radicais livres e metabólitos. O câncer de mama é o mais incidente em mulheres no mundo, é a quinta causa de mortes em geral e a forma mais comum de mortes em mulheres. Por isso é de grande importância compreender o papel da melatonina na prevenção e uso terapêutico ao diminuir os efeitos dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia. **Objetivo:** Descrever através de uma revisão integrativa de literatura o uso e potencial terapêutico da melatonina no câncer de mama, no período de janeiro de 2015 a maio de 2020. **Métodos:** Foi realizado um levantamento de artigos no período de janeiro de 2015 a maio de 2020, obtidos na EBSCO contendo a base de dados MEDLINE, e Dentistry & Oral Sciences no mês de junho de 2020, utilizando os descritores: melatonina, uso terapêutico, potencial terapêutico, atividade antioxidante e câncer; sendo restringido as pesquisas realizadas em humanos. **Resultados:** A amostra final foi composta por sete artigos, os estudos realizados apresentam resultados satisfatórios ao correlacionar a melatonina como um potente agente terapêutico para o tratamento do câncer. Existem evidências que pacientes com câncer de mama tem níveis baixos de melatonina, e que no tratamento do câncer de mama reduz a proliferação e induz a apoptose de células cancerígenas, sendo capaz de atuar aumentando a sensibilidade da quimioterapia e radioterapia, como terapia adjuvante minimizados os seus efeitos. **Conclusão:** A melatonina tem mostrado evidência terapêutica no tratamento dos tumores mamários, é notória a necessidade de novas pesquisas que comprovem seu mecanismo de ação e sua eficácia no tratamento do câncer de mama.

Palavras-chave: Melatonina, Potencial Terapêutico, Câncer de Mama.

INTRODUÇÃO

A melatonina é uma substância produzida pela glândula pineal em maior escala, porém há outras fontes produtoras deste hormônio como a retina, corpo ciliar da íris, glândulas harderianas e lacrimais, linfócitos e intestino grosso (SOARES, 2003). Além do ciclo da luz, idade, estações do ano, sexo, condições fisiológicas e condições fisiopatológicas controlam a biossíntese desse hormônio. Esta molécula lipofílica liga-se rapidamente albumina, difunde-se na corrente sanguínea e se espalha por todo o corpo (NOOSHINFAR, 2017).

Desde a sua descoberta em 1958, vem sendo estudada em vários ensaios clínicos devido as suas muitas funções. Entre elas a mais estudada é sua ação no ciclo de sono e vigília. A melatonina atua como uma molécula imunomoduladora, antioxidante e tem potencial anticarcinogênico. Ela participa da regulação do humor e do controle da reprodução sazonal. A melatonina é uma potente depuradora de radicais livre (NOOSHINFAR, 2017).

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres no mundo, é a quinta causa de mortes em geral e a forma mais comum de mortes em mulheres (YILMAZ, 2011). O longo tratamento que envolve muitas vezes cirurgia, quimioterapia e radioterapia geram nas pacientes muitos problemas físicos e psicológicos trazendo muitos custos sociais e econômicos (NETO, 2005).

Estudos apontam o papel positivo da melatonina na prevenção e tratamento de alguns tipos de cânceres dentre eles os tumores mamários. Algumas evidências epidemiológicas sugerem que baixos níveis de melatonina estão associados com aumento do risco do câncer de Mama. Além de seu papel preventivo, estudos têm sugerido que a melatonina pode ser usada como um adjuvante para aumentar os resultados terapêuticos e reduzir os efeitos colaterais da radioterapia e quimioterapia. O papel adjuvante da melatonina está relacionado com a melhoria da qualidade de vida, redução dos efeitos colaterais da quimioterapia e aumento dos efeitos de outras drogas (LOTTI, 2008).

No Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta a ocorrência de 650 mil novos casos de câncer por ano sendo 66.280 os novos casos de câncer de mama. No ano de 2019, só o INCA gastou aproximadamente R\$ 421.000.000,00 com pesquisa, diagnóstico e tratamento dos diversos tipos de cânceres (INCA, 2019).

Diante de um quadro de aumento da morbimortalidade do câncer no mundo e dos altos custo para a saúde pública é de grande importância compreender o papel da melatonina na prevenção de novos casos e como ela poderia ajudar a diminuir os efeitos dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia que tem um potencial debilitante e patogênico para os pacientes que precisam fazer uso destas terapias durante o tratamento de alguns tipos de câncer (NOOSHINFAR, 2017).

No Brasil, o tumor de mama é a primeira causa de morte por câncer na população

feminina, 13,22 óbitos/100.000 mulheres em 2017 (INCA, 2019). A melatonina tem mostrado ter um efeito promissor como adjuvante no tratamento do câncer de mama. Compreender detalhadamente como a MEL age no câncer poderá ajudar no desenvolvimento de terapias mais eficazes. Desta forma o objetivo deste trabalho foi descrever através de uma revisão integrativa de literatura o uso e potencial terapêutico da melatonina no câncer de mama, no período de janeiro de 2015 a maio de 2020.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura sobre o uso terapêutico da melatonina no câncer de mama. Foi realizado um levantamento de artigos no período de janeiro de 2015 a maio de 2020, obtidos na EBSCO contendo a base de dados MEDLINE e Dentistry & Oral Sciences, no mês de junho de 2020, utilizando os descritores: melatonina, uso terapêutico, potencial terapêutico, atividade antioxidante e câncer.

Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR, e as seguintes combinações: Melatonin AND Therapeutic use AND Cancer; Melatonin AND Therapeutic potential AND Cancer; Melatonin AND Antioxidants activity AND Cancer; Melatonin AND Cancer.

Critérios de inclusão: publicações datadas no período entre janeiro de 2015 e maio de 2020, idioma inglês ou português, texto completo, pesquisas realizadas em humanos; artigos classificados no Qualis CAPES (BARATA, 2017) entre A1 e B1, estudos que falavam especificamente de câncer de mama.

Análise de Dados

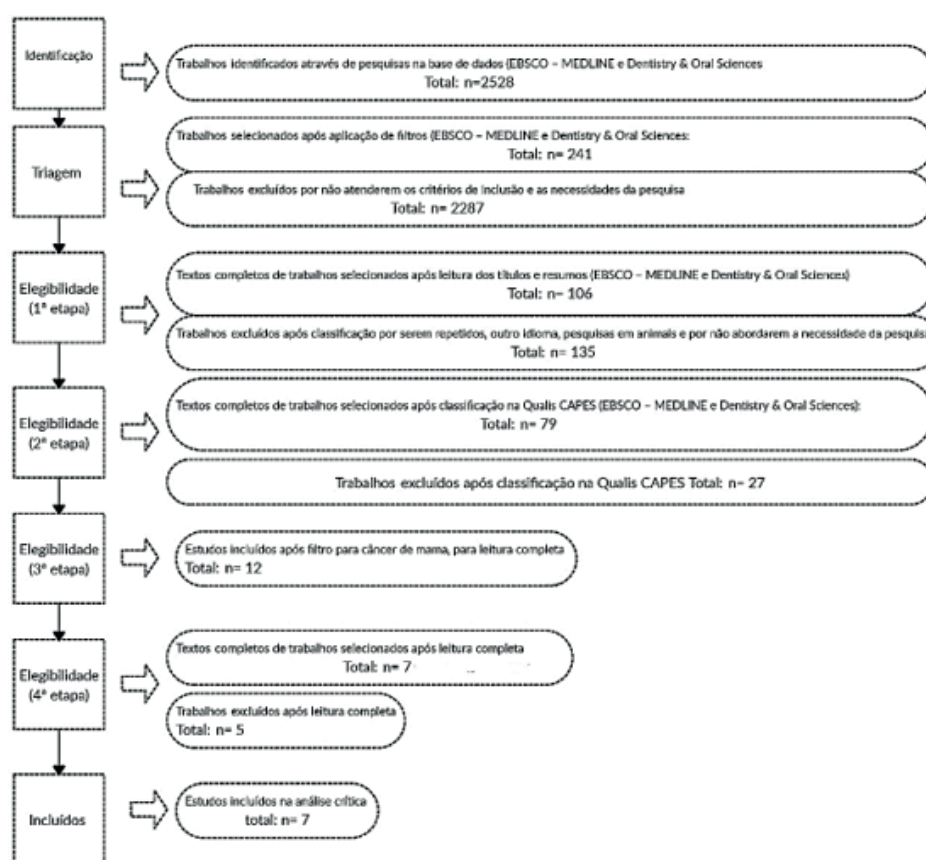
Na primeira etapa da pesquisa utilizou-se todos os descritores na base de dados e encontrou-se um total de 2.528 artigos. Após a aplicação de filtros (ano de publicação, texto completo, em pesquisas realizadas em humanos) foram encontrados 241.

Na segunda etapa, aferindo títulos e resumos, foram selecionados os artigos que abordaram exclusivamente o potencial terapêutico, uso terapêutico e atividade antioxidante da melatonina relacionadas ao câncer. Foram excluídos documentos que não atenderam aos critérios de inclusão, os textos completos que estavam indisponíveis em inglês, quando os mesmos documentos se repetiam, pesquisas realizadas em animais, e as revisões de literatura, sendo excluídos 135 artigos e incluídos 106.

A terceira etapa foi composta pela avaliação dos artigos incluídos em periódicos de acordo com a classificação Qualis CAPES (Quadriênio 2013-2016), sendo selecionados os artigos classificados entre A1 e B2, após esta seleção restaram 79 artigos, sendo excluídos 27.

A amostra final foi composta por 12 artigos, os quais foram selecionados os que discorreram sobre câncer de mama, para que fosse realizada leitura completa, permitindo a avaliação dos aspectos relacionados ao uso e potencial terapêutico da melatonina neste tipo de câncer. Do total de artigos selecionados, após leitura completa foram excluídos 5, sendo que 2 foram realizados em animais, 1 direcionado de forma incorreta pela base de dados e 2 dois artigos por não correlacionar a melatonina e seu efeito no tratamento do câncer, restando 7 artigos (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma dos métodos de identificação. Brasília-DF, 2020



Fonte: Dados de pesquisa 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados sete artigos, publicados entre janeiro de 2015 e maio de 2020, na EBESCO (MEDLINE e Dentistry & Oral Sciences), sendo estudos recentes, dos sete artigos selecionados, quatro foram publicados no ano de 2019, cinco artigos no ano de 2018, dois artigos em 2016, e apenas um artigo em 2015. Quanto ao Qualis, os artigos formam distribuídos da seguinte forma, artigos A1(6), artigos A1/A2 (2), artigos A2/B1 (2), artigos B1 (1), artigos B2 (1) (Tabela 1).

Tabela 1. Relação de artigos incluídos, título do artigo, autores, periódico, Qualis CAPES, e considerações do tema.

Título do artigo	Autor	Periódico (vol., nº, p., ano)	Qualis CAPES	Considerações temáticas
The role of melatonin on miRNAs modulation in triple-negative breast cancer cells.	Ferreira, Livia C. Orso, Francesca Dettori, Daniela Lacerda, Jéssica Z. Borin, Thaiz F. Taverna, Daniela Zuccari, Debora A. P. C.	PloS one, vol. 15, nº 2, p. 1-15, 2020.	A2/B1	A melatonina tem efeitos antiproliferativos nas metástases de CA de mama por competir com os receptores de estrogênio.
Evaluation of melatonin and AFMK levels in women with breast cancer.	De Castro TB, Bordin-Júnior NA, De Almeida EA, De Campos Zuccari DAP.	Endocrine, vol. 62, nº 01, p. 242-249, 2018.	A2/B1	A concentração de melatonina está reduzida em mulheres com CA de mama em comparação com um grupo controle sem a doença.
Melatonin Modulation of Radiation and Chemotherapeutics-induced Changes on Differentiation of Breast Fibroblasts.	González A, García Nieto E, González A, Sánchez-Fernández C	International journal of molecular sciences, vol. 20, nº 16, p. 1-18, 2019.	A2	A melatonina potencializa o efeito dos quimioterápicos e da radioterapia no CA de Mama.
Melatonin sensitizes human breast cancer cells to ionizing radiation by downregulating proteins involved in double-strand DNA break repair.	Alonso-González Carolina, González Alicia, Martínez-Campa Carlos, Gómez-Arozamena José, Cos Samuel.	Journal of pineal research, vol. 58, nº 2, p. 189-97, 2015.	A1	A melatonina sensibiliza as células do câncer de mama à radiação ionizante, através potencialização dos seus efeitos, combatendo as células tumorais, reduzindo também os efeitos colaterais desta terapia.
Melatonin affects the dynamic steady-state equilibrium of estrogen sulfates in human umbilical vein endothelial cells by regulating the balance between estrogen sulfatase and sulfotransferase.	González A, Martínez-Campa C, Alonso-González C, Cos S.	International journal of molecular medicine, vol. 36, nº 6, p. 1671-6, 2015.	A2	A melatonina age regulando a síntese do estradiol, diminuindo sua produção, quando usada no tratamento do CA de mama.
Melatonin-mediated Bim up-regulation and cyclooxygenase-2 (COX-2) down-regulation enhances tunicamycin-induced apoptosis in MDA-MB-231 cells.	Woo SM, Min KJ, Kwon TK.	Journal of pineal research, vol. 58, nº 3 p. 310-20, 2015.	A1	A melatonina induz apoptose de células tumorais mamárias através da regulação da COX-2.
Outdoor Light at Night and Breast Cancer Incidence in the Nurses' Health Study II.	James Peter, Bertrand Kimberly A, Hart Jaime E, Schernhammer Eva S, Tamimi Rulla M, Laden Francine.	Environmental health perspectives, vol. 125, nº 8, p. 1-11, 2017.	A1	O Aumento da exposição a luz durante a noite reduz a melatonina liberada aumentando as chances de desenvolver CA de mama

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

O câncer de mama não tem uma causa única, diversos fatores estão relacionados ao aumento do risco de desenvolver a doença: idade, ter mais de 50 anos, o acúmulo de exposições ao longo da vida e as próprias alterações biológicas resultantes do envelhecimento; fatores endócrinos/história reprodutiva, o estímulo do hormônio estrogênio produzido pelo próprio organismo ou consumido por meio do uso continuado de substâncias com esse hormônio, uso de contraceptivos orais e de terapia de reposição hormonal pós-menopausa, especialmente se por tempo prolongado; fatores comportamentais/ambientais, ingestão de bebida alcoólica, tabagismo, sobrepeso e obesidade após a menopausa, e exposição à radiação ionizante; e fatores genéticos/hereditários, presença de mutações em determinados genes transmitidas na família, especialmente BRCA1 e BRCA2, mulheres com histórico de casos de câncer de mama em familiares consanguíneos (INCA, 2019).

A melatonina é produzida e secretada, principalmente pelos pinealócitos da glândula pineal, com padrão rítmico, pico secretório no período noturno e quase nenhuma síntese no período diurno. Sua biossíntese nos pinealócitos utiliza o aminoácido triptofano, que pela ação da enzima hidroxilase, é convertido em 5-hidroxitriptofano, sofre ação de uma descarboxilase, originando a serotonina (5-hidroxitriptamina). As concentrações de serotonina são elevadas na pineal e sua conversão em MEL envolve duas enzimas, a N-Acetil-Transferase (NAT) que converte a serotonina em N-acetilserotonina, e a HidroxilIndol-Orto-Metil-Transferase (HIOMT), que origina a 5-metoxi-triptamina (NETO, 2005).

Os níveis de melatonina podem influenciar os processos fisiológicos e neoplásicos do sistema reprodutor. Mulheres com atividade proliferativa neoplásica têm níveis de melatonina muito abaixo do normal, sugerindo associação entre o crescimento neoplásico e quantidade de melatonina, influenciando o funcionamento do sistema genital, principalmente nas gônadas (MAGANHIN, 2008).

Os estudos realizados apresentam resultados satisfatórios ao correlacionar a melatonina como um potente agente terapêutico para o tratamento do câncer de mama. Muitas pesquisas têm relacionado as suas características oncostáticas e antitumorais com a sua capacidade de induzir apoptose e inibir a angiogênese e a metástase (GONZÁLEZ, 2015). Existem evidências que pacientes com câncer de mama tem níveis baixos de melatonina (CASTRO, 2018), e que sua utilização no tratamento de alguns tipos de câncer reduz a proliferação e induz a apoptose de células cancerígenas, sendo capaz de atuar aumentando a sensibilidade da quimioterapia e radioterapia.

Mudanças no ritmo circadiano podem contribuir para o desenvolvimento do câncer e estão correlacionadas com o maior risco de câncer de mama em trabalhadores noturnos. Além disso, a redução dos níveis de melatonina em pacientes com câncer de mama, sugerem uma relação com a doença (CASTRO, 2018) (JAMES, 2017). Estudos epidemiológicos

correlacionou que perturbações nos padrões circadianos relacionados a diminuição da secreção noturna de melatonina, favorece uma desregulação dos níveis do estrogênio, levando ao maior risco de câncer de mama (JAMES, 2017).

A melatonina reduz o crescimento de câncer de mama com resposta endócrina, interagindo com as vias de sinalização de estrogênio. Os estrógenos desempenham um papel importante no câncer de mama, mas também em vários tipos de tecidos, incluindo tecido vascular. A estrogênio sulfatase (STS) converte sulfatos de estrogênio inativos em estrogênio ativo, enquanto a estrogênio sulfotransferase (EST) sulfona os estrogênios em sulfatos de estrogênio. Os estrógenos têm um grande impacto na vasculatura, influenciando a função vascular, a expressão de proteínas de adesão, a angiogênese e o estado inflamatório (GONZÁLEZ, 2015).

Nas células endoteliais da veia umbilical humana (HUVECs), os efeitos moduladores da melatonina, tanto o STS como o EST foram altamente expressos. Demonstrando que a melatonina, em concentrações fisiológicas, modula a síntese e transforma estrógenos biologicamente ativos em HUVECs através da inibição da atividade e expressão do STS e do estímulo da atividade e expressão do EST. Como a melatonina diminuiu os níveis de STS e aumentou os níveis de EST, modificou o equilíbrio dinâmico no estado estacionário dos sulfatos de estrogênio, aumentando os níveis de estrogênio inativo e diminuindo os níveis de estrogênio ativo. Modulando assim, as diferentes ações biológicas conhecidas dos estrógenos nas células endoteliais, bem como nos tumores dependentes de estrogênio e nos tecidos não patológicos (GONZÁLEZ, 2015).

A melatonina exerce ações oncostáticas e sensibiliza as células tumorais para quimioterapia ou radiação, modula os efeitos regulatórios induzidos por drogas quimioterápicas ou radiação nos pré-adipócitos. O docetaxel ou a vinorelbina inibe a proliferação e estimula a diferenciação dos pré-adipócitos da mama. A radiação inibe a proliferação e a diferenciação. Além disso, o docetaxel e a radiação diminuem a atividade e a expressão da aromatase, diminuindo a expressão do promotor II da aromatase e da expressão das ciclooxigenases 1 e 2 (COX-1 e COX-2). A melatonina potencializa o efeito estimulador do docetaxel e vinorelbina na diferenciação e seus efeitos inibitórios na atividade e expressão da aromatase, também neutraliza o efeito inibitório da radiação na diferenciação de pré-adipócitos e diminuindo a expressão de TNF α . Potencializa o efeito inibitório exercido pela radiação na atividade e expressão da aromatase (GONZÁLEZ, 2019).

A melatonina aumenta a apoptose induzida por tunicamicina em células MDA-MB-231 de carcinoma de mama humano. Tunicamicina é um antibiótico nucleosídeo contendo glucosamina, inibi a glicosilação ligada à glicosída e a formação de ligações N-glicossídicos de proteína-hidratos de carbono, evitando a adição de N-acetilglucosamina ao fosfato doli-

chol que induz stress do retículo endoplasmático (ER). Os agentes indutores de stress ER aumentaram a expressão ciclooxygenase 2 (COX-2) em vários tipos de célula (WOO, 2015).

A COX-2 é uma forma indutível da enzima que converte ácido aracidônico em prostaglandinas; mostrou ser exagerado em uma grande variedade de tipos de tumores humanos e possui propriedades pró-angiogênicas e anti-apoptóticas. Foi reportada a sobreexpressão COX-2 em 40-84% dos carcinomas invasivos da mama, a ativação da via de sinal recetor COX-2/prostaglandina, regula as proteínas relacionadas com a resistência à droga. Portanto, os inibidores COX podem melhorar os efeitos dos agentes quimioterapêuticos. A melatonina melhora a função antitumoral através da regulação negativa da expressão de COX-2 em células MDA-MB-231 tratadas com tunicamicina (WOO, 2015).

Atualmente, a radiação e a terapia endócrina adjuvante são consideradas uma opção de tratamento padrão após a cirurgia do câncer de mama. A melatonina tem sido amplamente relatada como um importante inibidor da proliferação neoplásica, em células de câncer de mama humano os efeitos de uma combinação de radioterapia e melatonina, mostram que o pré-tratamento com melatonina antes da radiação sensibiliza as células do câncer de mama aos efeitos ionizantes da radiação, diminuindo a proliferação celular, induzindo a interrupção do ciclo celular e a regulação negativa de proteínas envolvidas no reparo de quebra de DNA de fita dupla (ALONSO, 2015).

Os efeitos antimetastáticos exercidos pela melatonina, reduzem proliferação, migração e invasão de células tumorais. É eficaz na redução do crescimento e desenvolvimento de vários tumores, em particular dependentes de estrogênio, câncer de mama. Além disso, possui efeitos oncostáticos modulatórios no citoesqueleto e é capaz de inibir a invasão das células tumorais, exibindo um composto para inibição da característica metastática, especialmente em células de câncer de mama. MicroRNAs (miRNAs) são pequenos, não codificáveis RNAs que desempenham um papel crucial na regulação da expressão gênica e processos biológicos das células. A formação de metástases ocorre através de vários mecanismos, e atualmente os microRNAs (miRNAs) têm sido investigados como possíveis determinantes desse processo (FERREIRA, 2020).

Segundo informações do INCA, as estimativas para ocorrência de incidência de novos casos de câncer fornecem subsídios para o monitoramento e avaliação das ações de prevenção e controle. Estudos recentes verifica o efeito da melatonina na atividade imunorreguladora, sua eficácia como agente antioxidante, e no combate aos radicais livres, demonstrando seu potencial anticarcinogênico, o que a torna um adjuvante promissor, mostrando efeitos antitumorais sinérgicos (INCAb, 2020).

Atualmente o medicamento com o princípio ativo melatonina não possui registro na Anvisa, não podendo ser comercializado no Brasil, pois somente medicamentos que têm

eficácia e segurança comprovadas são apropriados para o consumo, existindo poucos dados em relação a influências indiretas a longo prazo sobre o organismo, sendo necessário maior compreensão das funções e dos mecanismos de ação da melatonina (o que depende de maiores e melhores estudos), ainda há reservas para a aplicabilidade da substância na prática clínica (ANVISA, 2018).

CONCLUSÃO

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, o que acarreta altos gastos, sendo importante buscar novas ações preventivas e de tratamento que possam minimizar seus efeitos devastadores. De acordo com os estudos publicados nos últimos anos, o uso da melatonina pode ser um potencial medicamento preventivo, pelo seu efeito antioxidante, imunomodulador, e no combate aos radicais livres, salientando sua eficácia como coadjuvante nos tratamentos de quimioterapia e radioterapia, induzindo a apoptose, controlando a disseminação dos tumores de mama, e de outros tumores.

Importantes avanços aconteceram na abordagem do câncer de mama, buscando a individualização do tratamento, que depende do estadiamento da doença, características biológicas do tumor e estado do paciente. A melatonina tem mostrado evidência terapêutica no tratamento dos tumores mamários, podendo minimizar os custos e o sofrimento causados pelos protocolos utilizados atualmente para o tratamento do câncer de mama.

No Brasil, poucos estudos relacionados ao potencial terapêutico da melatonina foram realizados, é notória a necessidade de novas pesquisas que comprovem seu mecanismo de ação e sua eficácia no tratamento do câncer, e de outras patologias, podendo exercer considerável atividade na prevenção, combate, controle da doença e adjuvante nas terapias quimioterápicas e radioterápicas.

REFERÊNCIAS

ALONSO-GONZÁLEZ, Carolina et al. Melatonin sensitizes human breast cancer cells to ionizing radiation by downregulating proteins involved in double-strand DNA break repair. *J Pineal Res.* 2015 Mar;58(2):189-97. doi: 10.1111/jpi.12205. Epub 2015 Jan 26. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25623566/>>

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Melatonina: informações gerais, usos e efeitos colaterais, registro, importação, outras questões e legislação. Site portal anvisa atualizado em 19 de novembro de 2018. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/anvisa-esclarece?p_p_id=baseconhecimentoportlet_WAR_baseconhecimentoportlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2&_baseconhecimentoportlet_WAR_baseconhecimentoportlet_assuntoId=21&_baseconhecimentoportlet_WAR_baseconhecimentoportlet_conteudoId=2412&_baseconhecimentoportlet_WAR_baseconhecimento-

portlet_view=detalhamentos>

BARRADAS BARATA, R. DE C. Dez coisas que você deveria saber sobre o Qualis. Revista Brasileira de Pós-Graduação, v. 13, n. 30, 22 dez. 2016. Disponível em: <<http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/947>>

DE CASTRO, Tialfi Bergamin et tal. Evaluation of melatonin and AFMK levels in women with breast cancer. Endocrine, v. 62, n. 1, p. 242-249, 2018. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/171028>>

FERREIRA, Livia; ORSO, Francesca; DETTORI, Daniela; LACERDA, Jéssica et tal. The role of melatonin on miRNAs modulation in triple-negative breast cancer cells. PLoS One. 2020; 15(2): e0228062. Published online 2020 Feb 3. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6996834/>>

GONZÁLEZ, Alicia; MARTÍNEZ-CAMPA, Carlos et tal. Melatonin affects the dynamic steady-state equilibrium of estrogen sulfates in human umbilical vein endothelial cells by regulating the balance between estrogen sulfatase and sulfotransferase. Int J Mol Med. 2015 Dec;36(6):1671-6. doi: 10.3892/ijmm.2015.2360. Epub 2015 Oct 7. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26458420/>>

GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, Alicia; NIETO, Enrique García; SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ, Cristina et tal. Melatonin Modulation of Radiation and Chemotherapeutics induced Changes on Differentiation of Breast Fibroblasts. Int J Mol Sci. 2019 Aug 13;20(16):3935. doi: 10.3390/ijms20163935. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31412584/>>

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de mama - versão para Profissionais de Saúde. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/profissional-de-saude>

_____. Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>>

JAMES, Peter; BERTRAND, Kimberly; HART, Jaime et tal. Outdoor Light at Night and Breast Cancer Incidence in the Nurses' Health Study II. Environ Health Perspect. 2017 Aug 17;125(8):087010. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28886600/>>

LOTTI, Renata Cardoso Baracho; BARRA, Alexandre de Almeida; DIAS, Rosângela Correa; MAKLUF, Ana Silva Diniz. Impacto do Tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(4): 367-371. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_54/v04/pdf/367_372_Impacto_do_Tratamento_de_Cancer_de_Mama.pdf>

MAGANHIN, Carla; CARBONEL, Adriana Aparecida Ferraz; HATTY, Juliana Halley et tal. Efeitos da melatonina no sistema genital feminino: breve revisão. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.54 no.3 São Paulo May/June 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302008000300022&script=sci_arttext&tlng=pt>

NETO, Júlio Anselmo Souza; SCALDAFERRI, Paulo Mallard. Melatonina e câncer - revisão da literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(1): 49-58. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v01/pdf/revisao2.pdf>

NOOSHINFAR, Elaheh; SAFAROGHLI-AZAR, Ava; BASHASH, Davood et tal. Melatonin, an inhibitory agent in breast cancer. 2017 Jan;24(1):42-51. doi: 10.1007/s12282-016-0690-7. Epub 2016 Mar 26. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27017208/>>

SOARES JÚNIOR, José Maria; SIMÕES, Ricardo dos Santos; SIMÕES, Manuel de Jesus; BARACAT, Admundo Chada. Aspectos moleculares dos receptores de melatonina e sua ação na reprodução. *Femina* ; 31(6): 495-499, jul. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000062&pid=S0104-4230200800030002200002&lng=pt>

WOO, Seon Min; MIN, Kyonung-jin; KWON, Taeg Kyu. Melatonin-mediated Bim up-regulation and cyclooxygenase-2 (COX-2) down-regulation enhances tunicamycin-induced apoptosis in MDA-MB-231 cells. *Journal of Pineal Research*, 08 Mar 2015, 58(3):310-320. Disponível em: <<https://europepmc.org/article/med/25711465>>

YILMAZ, Ayse Didem; COBAN, Tulay; SUZEN, Sibel. Synthesis and antioxidant activity evaluations of melatonin based analogue indole-hydrazide/hydrazone derivatives. *Journal of Enzyme Inhibition and Medicinal Chemistry*, 27:3, 428-436. Published online: 08 Jul 2011Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14756366.2011.594048>>

“

Metodologia de rastreamento administrativo para segurança do paciente: um relato de experiência

Leisson Domingues **Pinheiro**
CIIR/INDSH

Nazaré do Socorro Lopes de **Souza**
CIIR/INDSH

Claudete Ferreira **Quintino**
CIIR/INDSH

Paola Alejandra Valenzuela **Reyes**
CIIR/INDSH

José Batista Luz **Neto**
CIIR/INDSH

RESUMO

Objetivo: Relatar os benefícios da metodologia *tracer* ou rastreamento nos processos administrativos para identificar falhas em relação a identificação segura do paciente.

Relato de Experiência: Trata-se de um estudo relato de experiência de um Centro integrado de Inclusão e Reabilitação do estado do Pará em relação a implantação do *tracer* administrativo e evidências dos seus benefícios nos processos de trabalho. O *tracer* criou evidências acerca do uso da metodologia no setor administrativo, sobretudo quanto aos contextos de sua utilização e os resultados alcançados com diminuição de notificações de incidentes e desenvolvimento de todo o processo educativo e rastreamento no prontuário, apresentação e abordagens dos aspectos negativos e positivos para mediar conhecimentos que contribuem para efetivar o entendimento e as ações para identificação correta dos pacientes. **Considerações Finais:** O método assentou-se no caráter educativo por seu aspecto em demonstrar o problema, despertar o sensu crítico e reflexivo entre os colaboradores, opção como prática de melhoria na segurança do paciente.

Palavras-chave: Educação; Segurança do paciente; Metodologia.

INTRODUÇÃO

O protocolo de identificação do paciente é um instrumento gerencial que deve instituir estratégias que garantem a adequada identificação dos pacientes. Nesse sentido, promove a segurança do paciente, uma vez que todos métodos de identificação afetam diretamente a segurança, colocando em risco iminente de um evento adverso (ALMEIDA HOC, SOUZA DAS, SANTOS FS ,2019). A identificação correta do paciente é o processo pelo qual assegura ao paciente que ele é destinado de determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo ocorrências de erros ou enganos que possam levar ao incidente. Os equívocos ocorridos na identificação são fatores preocupantes na assistência à saúde, já que um erro de identificação induz a uma série de eventos adversos (ALVES ECC, LIMA JLL, AMARO MOF, VIEIRA NC,2019).

As instituições de saúde têm investido cada vez mais em ações que visem à promoção da qualidade e segurança na assistência do paciente, com a inclusão de uma cultura de segurança e o primeiro passo para essa cultura começam com a identificação do paciente. O propósito da meta de identificação segura é identificar de modo confiável o indivíduo como sendo a pessoa para qual se destina o serviço ou tratamento e assegurar o procedimento a ser executado seja efetivo ao paciente (MAZIERO ECS, PEGORARO LGO, CABULON EAIC, VITURI DW, et al.,2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as organizações de saúde façam a identificação correta do paciente e uso de pulseiras de identificação que contemplem marcadores de identificação. Ressalta ainda, a importância de identificar as causas quando ocorrer algum incidente relacionado a identificação. Quando discutido as causas, as barreiras devem ser implantadas para evitar recorrências e minimizar os riscos para os pacientes. (WERNEK AL, RODRIGUES AMSR, FRUTUOSO IS, BECCARIA LM, et al., 2018).

A identificação correta dos pacientes é a primeira meta Internacional de segurança do paciente, tendo de assegurar um tratamento seguro e reduz eventos adversos na administração de medicamentos, sangue ou hemoderivados, nas coletas de sangue ou outras amostras para exames clínicos, ou quaisquer outros tratamentos ou qualquer tipo de procedimento (MELGAÇO RMT e NEVES LAC, 2011). Os eventos adversos estão ligados diretamente ao erro humano que pode ter interferências que potencializam os riscos, por exemplo, condições de trabalho, estrutura física, complexidade da atividade laboral, deficiência de aperfeiçoamento dos recursos humanos mediante aos avanços tecnológicos, desmotivação e sobrecarga de trabalho (GONDIM MM; SAMPAIO RL; FIGUEIREDO SV, et al.,2014).

A identificação incorreta dos pacientes é capaz de comprometer o processo assistencial como um todo. A *National Patient Safety Agency* (NPSA) constatou entre os anos de 2006 a 2007, 24.382 relatórios de situações incompatíveis com uma assistência segura aos

pacientes, estima-se que desses, 2.900 estejam relacionados a erros de identificação como informações incorretas nas pulseiras e a não utilização das mesmas (ANDRADE GIS, 2018).

O método *tracer* é uma ferramenta sistemática de gestão para assegurar que as organizações de saúde possam rastrear as falhas dos processos e proporcionar cuidados mais seguros e de alta qualidade para os pacientes (BALDISSERA VDA, LABEGALINI MCG, MEIRELES VC, 2019).

O *tracer* permite uma visão mais processual e permiti verificar as interfaces, pois o cuidado ocorre transversalmente, cada profissional da sua área atende o paciente em sequência e que nem sempre é harmoniosa, mostrando lacunas importantes, capazes de afetar a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados. Esse método de rastreamento é amplamente utilizado nas avaliações da *Joint Commission Internacional* representa cerca de 60% a 70% das atividades realizadas durante seus processos avaliativos de acreditação (YAMAUCHI NI, 2016).

O presente estudo tem como objetivo relatar os benefícios da metodologia *tracer* ou rastreamento nos processos administrativos para identificar falhas em relação a identificação segura do paciente.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O estudo ocorreu em um centro de Integrado de Inclusão e Reabilitação (CIIR), localizado na cidade de Belém, capital do estado do Pará e atende 100% dos usuários do Sistema Único de Saúde. Tem como negócio, reabilitação física, intelectual, auditiva, visual, oficina ortopédica, centro odontológico, ambulatório especializado e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia.

Visto a relevância da temática procede com a descrição do protocolo de identificação segura com a participação multiprofissional e Núcleo da Qualidade e segurança do paciente para posterior validação e iniciação do processo de identificação para todos os usuários do centro, definindo com três marcadores (nome do paciente, nome da mãe e data de nascimento).

Após implantação das boas práticas de identificação, passamos a acompanhar as notificações dos incidentes relacionados a identificação. As ações de processo de implantação ocorreram nos meses de julho a agosto de 2019. Como norteador desse caminho entre a teoria e prática do processo de implantação da identificação segura a equipe multiprofissional e a lideranças da instituição teve um papel fundamental e estratégico. A equipe multiprofissional em parceria com as lideranças foi protagonista do protocolo, porém todo seu processo na prática envolveu vários colaboradores e parceiros, levando conhecimento a todos acerca da descrição e prática do protocolo de identificação segura. Com a finalidade de elaborar,

planejar, implementar, acompanhar e alocar prazos voltados sempre a objetivos estratégicos que seria gerenciar com foco na segurança assistencial e elaboração de indicador taxa de adesão ao protocolo de identificação segura do usuário.

Foi definido a metodologia ativa de aprendizado baseado em problema (ABP) para servir como base de discussão após o rastreamento dos problemas identificados nos prontuários. As habilidades ABP a serem apreendidas são organizados em torno de um problema, havendo uma relação recíproca entre o conhecimento e o problema. O conhecimento é estimulado pelo o problema e aplicado de volta ao problema (ROCHA HM e LEMOS WM, 2014).

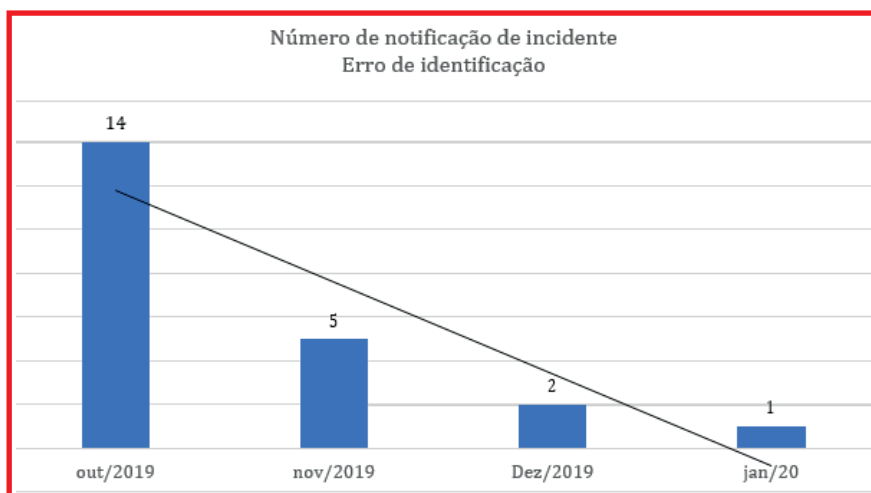
O Núcleo da qualidade e segurança do paciente (NQSP) realiza o monitoramento mensal das notificações de incidentes e o cumprimento semanal do *tracer* administrativo com os setores recepção, central interno de agendamento, serviço de prontuário do paciente e faturamento.

Durante o período de organização, o *tracer* teve seu início no dia 15 de outubro. Os envolvidos (auxiliares administrativos, supervisores e lideranças de áreas) adquiriram conhecimentos e habilidades que o capacitaram a desenvolver todo o processo educativo e rastreamento no prontuário, apresentação e abordagens dos aspectos negativos e positivos para mediar conhecimentos que contribuem para efetivar o entendimento e as ações para identificação correta dos pacientes.

As atividades são coordenadas pelo NQSP (Núcleo da qualidade e segurança do paciente) e a coordenadora administrativa do setor. São realizados nos prontuários o rastreamento e apresentados múltiplos aspectos de conformidades e não conformidades existentes. As apresentações ocorrem uma vez na semana e após à apresentação, são analisadas e discutidas ações de barreiras de prevenção do incidente. Todas as reuniões são registradas total de participantes.

Nesse sentido o próprio *tracer* criou evidências acerca do uso da metodologia no setor administrativo, sobretudo quanto aos contextos de sua utilização e os resultados alcançados. Com a realização sucessivas de reuniões e alinhamento dos objetivos, o entendimento da equipe começou a ser observado em relação a apresentação, resolutividade do problema e os indicadores para o monitoramento começaram a apresentarem resultados satisfatórios.

Gráfico 1. Número de notificação de incidente – erro de identificação.



Fonte: Lapcchik MS, Ferraz RRN, Júnior SAPJ, 2017.

A contribuição da metodologia no processo de formação e capacitação dos próprios colaboradores em identificar os pontos fracos nos quais o centro necessita melhorar. O *tracer* administrativo demonstrou um recurso pedagógico e uma ferramenta de gestão com mais vantagem que os métodos tradicionais. Os colaboradores participaram ativamente nas ações de melhorias.

DISCUSSÃO

Após aplicação do *tracer* administrativo nota-se uma redução gradativa dos registros relacionados a notificações de incidente erros de identificação entre os meses de novembro, dezembro e janeiro conforme gráfico 1. Entre as notificações de incidentes de erros de identificação, destacam-se redução de registros relacionados a erros no momento do cadastro dos usuários, como nome e sobrenome dos usuários errados, ausência do nome da mãe, data de nascimento errado, ausência de pulseira de identificação nos usuários, inserção errôneas de documentos em prontuários.

A qualidade e melhores resultados em saúde depende de uma estrutura adequada, organização do atendimento e definição de suas etapas em cadeia de processos, além do monitoramento de indicadores, sua análise crítica e ações para correção de não conformidade. A técnica de rastreamento de processo de atendimento de uma condição traçadora busca análise profunda da assistência, avalia múltiplos elementos, não conformidades e oportunidades de melhorias (LAPCCHIK MS, FERRAZ RRN, JÚNIOR SAPJ, 2017).

As não conformidades de identificação do paciente são apontadas na assistência como fator de grande relevância de segurança na assistência à saúde. A identificação incorreta induz a uma série de eventos adversos que envolvi administração de medicamento, proce-

dimentos em geral, exames, entre outros. O uso de pulseiras de identificação reduz a taxa de erros, mas a falta de exatidão dos dados contidos pode causar confusão e aumentar risco (TRONCHIN DMR, BIANCHINI SM, LOURENÇÃO DCA, et al., 2013).

O Centro adota as medidas de identificação do paciente com a utilização de pulseira em todos os usuários atendidos e tem como práticas a dupla conferência em todos os procedimentos, verificando os marcadores. A identificação deve ser realizada mediante a apresentação de documento oficial com foto nítida e dados legíveis. Na ausência da pulseira todos os profissionais são responsáveis por providenciar imediatamente uma nova pulseira.

A identificação do paciente inicia pelo profissional da recepção no momento do cadastro do usuário, nome completo sem abreviaturas, data de nascimento e nome completo da mãe sem abreviatura. Ao colocar a pulseira, o profissional responsável deve solicitar que o mesmo confirme os dados antes e orientações para os usuários e acompanhantes sobre o protocolo.

A qualidade em saúde é o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados favoráveis e aumentam a probabilidade de resultados desfavoráveis. É uma definição verificada na literatura de múltiplas abordagens temáticas da segurança do paciente e políticas de qualidade em saúde (LAGUARDIA J, et al., 2013).

A segurança do paciente é uma dimensão da qualidade da assistência, sendo considerado a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. É necessário o trabalho interdisciplinar integrado das equipes com apoio da alta direção, para que os esforços sejam concentrados para correções de processos inseguros (MALIK AM, PADILHA KG, BARBOSA AP, et al., 2016)

O atendimento seguro ao paciente é resultado de diversas ações implantadas dentro das organizações de saúde. A cultura de segurança evidenciada, estabelecimento de metas, medidas e protocolos pontuais, como a identificação do paciente, são estratégias para redução dos incidentes de segurança conforme o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (NICOLA LA, RIGO DFH, ALVES SR, et al., 2016).

As organizações de saúde que buscam melhoria contínuas em seus processos de trabalhos, devem assegurar e garantir adesão aos seus protocolos de segurança do paciente, minimizando riscos à saúde do paciente. O resultado é a relação harmoniosa das dimensões gerenciais, econômica, tecnológica, assistencial, de ensino e pesquisa (TRONCHIN DMR e QUADRADO ERS, 2012).

Observa-se que mesmo as organizações de saúde façam a construção dos protocolos de segurança do paciente, ainda há grandes dificuldades de efetivar e monitorar protocolo de identificação do paciente dos profissionais de saúde, gestores, entidade de classe e usuário. Motivo no qual, o assunto vem conquistando espaços e dimensões para discussões e alter-

nativas para reciclagem e periodicidade de treinamentos para que sua prática se torna uma cultura organizacional de responsabilidade de todos envolvidos, bem como a mensuração, monitoramento dos resultados e divulgação dos resultados para reduzir os riscos (NADAI TR, SOUZA DAS, MENEZES MS, et al., 2012).

O *tracer* vem demonstrando uma metodologia que fortalece essas barreiras para evitar esses eventos adversos, pois desperta nos colaboradores o incentivo em identificar as próprias falhas e cria ações para melhorias nos processos.

O *Tracer* interfere positivamente nos processos administrativos que estejam ligados diretamente na identificação segura dos usuários. O método avaliativo, permite listar as não conformidades e as conformidades com os padrões estabelecidos na instituição relacionados a segurança do paciente.

O método assentou-se no caráter educativo por seu aspecto em demonstrar o problema, despertar o sensu crítico e reflexivo entre os colaboradores, opção como prática cotidiana no trabalho. Sugere-se estudo posteriores que ampliem a busca para publicações relacionados a metodologias de avaliação em serviços de saúde afim de conhecer mais instrumentos utilizados na qualidade e segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA HOC, et al. Protocolo de identificação e a interface com a segurança do paciente. Ciências Biológicas e de Saúde.2019;5(3):27-40.

ALVES ECC, et al. A identificação do paciente no alcance de práticas seguras: concepções e práticas. Revista enfermagem atual.2019;87.

MAZIERO ECS, et al. Identificação segura do paciente: adequação do uso da pulseira por impressão térmica em um hospital público universitário do norte do Paraná. Saúde Pública.2019;2(1):11-20.

WERNEK AL, et al. Adesão ao protocolo de identificação do paciente e medicação segura. Revista de Enfermagem UFPE.2018;12(10):2667-2674.

MELGAÇO RMT, NEVES LAC. A identificação do paciente como indicador de qualidade. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.2011.88-100.

GONDIM MM, et al. Estratégia para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Revista de enfermagem Ana Nery.2014;18(1);122-129.

ANDRADE AGI. Segurança do paciente no cuidado a criança hospitalizada: práticas de enfermagem relacionadas à identificação do paciente. Trabalho de conclusão de curso (bacharelado em enfermagem). Centro de formação de professores. Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras,2018;60 p.

BALDISSERA VDA, et al. Método tracer e a qualidade do cuidado na enfermagem: revisão bibliográfica. Revista Integrativa.2019;40:1-12.

ANDRADE AGI. Segurança do paciente no cuidado a criança hospitalizada: práticas de enferma-

gem relacionadas à identificação do paciente. Trabalho de conclusão de curso (bacharelado em enfermagem). Centro de formação de professores. Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2018; 60 p.

YAMAUCHI NI, et al. A metodologia do consórcio brasileiro de acreditação. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2016;1:286-294.

ROCHA HM, LEMOS WM. Metodologias ativas: do que estamos falando? Base conceitual e relato de pesquisa em andamento. *Simpósio pedagógico e pesquisa em educação*. 2014:2041-201412.

LAPCCHIK MS, et al. Metodologia da condição traçadora para avaliação do processo assistencial de pacientes com sepse grave e choque séptico. *Revista de gestão em sistema de saúde*. 2017;6(2);114-123.

TRONCHIN DMR, et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. *Revista Gaúcha*. 2013;34(2):196-200.

LAGUARDIA J, et al. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde um olhar sobre a literatura. 2013;18(7);2012-2036.

MALIK AM, et al. Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes natureza administrativas. *Revista da Escola Enfermagem da USP*. 2016;50(3);490-497.

NICOLA LA, RIGO DFH, ALVES SR, et al. Qualidade da assistência e segurança do paciente: avaliação por indicadores. *Cogitare Enfermagem*. 2016;21;1-8.

TRONCHIN DMR, QUADRADO ERS. Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado. *Revista Latina Americana de Enfermagem*. 2012;20(4);1-8.

NADAI TR, et al. A implantação do protocolo de identificação segura como ferramenta de segurança do paciente. *Revista QualidadeHC*. 2012: 14-20.

PINHEIRO, L. D.; SOUZA, N. DO S. L. DE; QUINTINO, C. F.; REYES, P. A. V.; NETO, J. B. L. Metodologia de rastreamento administrativo para segurança do paciente: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 45, p. e2852, 16 abr. 2020. Artigo original.

“

Notificação de eventos: avanços e desafios no contexto da segurança do paciente

Kellyne Quaresma **Mourão**
Faculdade Unyleya

Karollyne Quaresma **Mourão**
UEPA

Kelly Cristine Quaresma **Mourão**
UNIFAMAZ

Amanda Maritsa de Magalhães **Oliveira**
Faculdade Unyleya

RESUMO

Objetivo: Identificar os avanços quanto a notificação de eventos na assistência à saúde e analisar as fragilidades atreladas ao profissional de saúde. **Métodos:** Quanto as diretrizes metodológicas, trata-se de um estudo do tipo revisão bibliográfica, foram incluídos artigos dos anos de 2013 a 2017, idioma português e texto completo. **Resultados:** Consideraram-se os discutidos na revisão de literatura, permitindo considerar que a segurança do paciente emerge como uma forma de fortalecer o processo de trabalho e minimizar os danos que podem ocorrer durante a prestação do cuidado, ressaltando a importância da notificação de eventos. As fragilidades relacionadas à notificação de eventos adversos ainda permeiam a Segurança do paciente, o medo decorrente da cultura de segurança frágil e de ações punitivas, inviabiliza a notificação, fortalecendo a subnotificação. **Conclusão:** A notificação surge como um elemento potencializador da Segurança do Paciente, contudo fragilidades ainda são identificadas, a cultura de segurança não é elemento predominante na mentalidade dos profissionais e a cultura punitiva, ainda, é um entrave.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Assistência ao paciente; Notificação.

INTRODUÇÃO

A Portaria nº 529 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) institui o Programa nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e define segurança do paciente como sendo a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (ANVISA, 2013).

Miranda AP, et al. (2017) apontam a notificação de evento adverso como um prático meio de comunicação, haja vista que proporciona à instituição de saúde o conhecimento de fatos inesperados e indesejados. As notificações viabilizam o planejamento de processos mais seguros e permitem a prevenção de futuros eventos adversos. Desse modo, a comunicação deve ser oportuna, precisa, completa e livre de ambiguidade entre os membros da equipe de saúde.

Para Duarte SCM, et al. (2014) o reconhecimento dos eventos adversos e demais ocorrências também pode ser atrelado a cultura, crença e conhecimento dos profissionais acerca do problema, considerando que alguns profissionais têm dificuldades em perceber o erro.

Para Siman AG, et al. (2017) outro aspecto que dificulta o processo de notificação de evento adverso são as diferentes maneiras de agir dos profissionais de saúde frente ao ocorrido.

A notificação de eventos é uma maneira de fazer análise da causa raiz de possíveis problemas e propor medidas de melhoria atreladas aos processos de trabalho. Desta forma, a prestação do cuidado se torna mais segura, a medida que os processos também se tornam.

Muitas fragilidades ainda permeiam a notificação, haja vista que é imprescindível um notificador, faz-se necessário identificar as fragilidades que permeiam o processo de notificação.

O estudo é relevante, uma vez que o tema segurança do paciente é recente e de extrema importância para saúde no Brasil, ainda há necessidade de mais publicações sobre o tema. Ressalta-se também que o estudo trará contribuições para a comunidade acadêmica, pela discussão realizada, assim como trará benefícios para a população, pois os resultados poderão suscitar planos de ação em instituições de saúde, de forma a fortalecer os processos de trabalho, impactando positivamente na prestação do cuidado.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo é Identificar os avanços quanto a notificação de eventos na assistência à saúde e analisar as fragilidades atreladas ao profissional de saúde no processo de notificação de eventos.

MÉTODOS

O estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada por meio de fontes secun-

dárias tais como artigos científicos da área saúde, abordando o tema de interesse. A pesquisadora trabalha a partir de contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes nas fontes pesquisadas. O universo bibliográfico abrangeu artigos científicos, disponibilizados em bancos de dados científicos: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Utilizou-se a abordagem qualitativa do tipo exploratória, visando proporcionar maiores informações sobre o assunto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A relevância da Segurança do Paciente

A segurança do paciente é uma preocupação antiga em âmbito mundial, em se tratando da prestação dos cuidados. Não obstante, no Brasil ainda é um tema recente e muitas instituições de saúde estão se adequando a essa realidade. A segurança do paciente, ao longo de sua construção e consolidação, surge como um elemento potencializador, no que tange a melhoria dos processos de trabalho e redução das falhas durante a prestação do cuidado.

Segundo Fernando FSL, et al.(2016) o âmago da segurança do paciente é a preocupação com a magnitude da ocorrência dos eventos adversos, e possíveis danos ocasionados ao paciente através do cuidado de saúde.

A Portaria nº 529 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) institui o Programa nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e define segurança do paciente como sendo a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (ANVISA, 2013).

Reis CT, et al. (2013) abordam que a preocupação com a segurança aumenta de forma proporcional a complexidade dos sistemas de prestação de cuidados. Retratar os eventos adversos passíveis de ocorrência nos serviços de saúde, e a relevância dos mesmos, pois a maioria se refere a eventos evitáveis.

A segurança do paciente emerge, no país, como uma forma de fortalecer o processo de trabalho e minimizar os danos que podem ocorrer durante prestação do cuidado, tendo em vista que a maioria dos eventos adversos são danos desnecessários, isto é, poderiam ter sido evitados.

Avanços atrelados à notificação de eventos na assistência à saúde

A notificação surge como um elemento potencializador da Segurança do Paciente, haja vista que a partir do ocorrido será realizada uma análise na causa raiz, as fragilidades do processo serão elencadas e ações serão traçadas para fortalecer o processo de trabalho,

agindo, dessa forma, tanto na segurança do paciente quanto na segurança do profissional.

Partindo da perspectiva que a partir da ocorrência de um evento medidas devem ser tomadas para que um evento da mesma natureza não ocorra, evidencia-se a importância da notificação dos eventos na assistência à saúde.

Segundo Oliveira RM, et al. (2014) o cuidado prestado aos pacientes é complexo e requer manejo de qualidade, de forma a não ocasionar danos desnecessários ao indivíduo. No ambiente hospitalar, a terapia medicamentosa é amplamente utilizada para tratamento das doenças e manutenção da saúde. Neste âmbito, os pacientes hospitalizados e que fazem uso de múltiplos medicamentos encontram-se mais vulneráveis à ocorrência de eventos adversos.

Silva AT, et al. (2016) afirmam que as questões relacionadas à segurança do paciente constituem um problema de saúde em nível mundial. Logo, os riscos e a ocorrência de eventos que ocasionam danos ao paciente têm aumentado em todos os ambientes, em especial em âmbito hospitalar. Nas últimas décadas, nota-se uma preocupação em torno das políticas, para a melhoria da qualidade assistencial e a problemática que envolve os riscos à segurança do paciente, torna-se tema de vários estudos no sistema de saúde.

Nota-se que a notificação de eventos adversos já vem sendo apontada nos estudos como uma medida preventiva para ocorrência de erros na assistência à saúde.

Silva AT, et al. (2016) identificaram, em publicações, ações positivas da assistência de enfermagem na segurança do paciente como a implantação de protocolos de assistência, o boletim de notificação de eventos adversos, o uso do checklist da cirurgia segura e utilização dos diagnósticos de enfermagem na redução de riscos.

Miranda AP, et al. (2017) apontaram a notificação de evento adverso como um prático meio de comunicação, pois proporciona à instituição de saúde o conhecimento de fatos inesperados e indesejados. As notificações viabilizam o planejamento de processos mais seguros e permitem a prevenção de futuros eventos adversos. Desse modo, a comunicação deve ser oportuna, precisa, completa e livre de ambiguidade entre os membros da equipe de saúde.

Siman AG, et al. (2017) identificaram que apesar das dificuldades encontradas no processo de notificação de EA, os entrevistados perceberam a importância de notificar, referindo-se à notificação como fonte de informações úteis para melhorar a assistência ao paciente.

Paiva MCMS, et al. (2014) estudaram os motivos da equipe de enfermagem para notificação de eventos adversos e identificaram pontos importantes, apontados por meio de depoimentos. A notificação foi apontada como instrumento de auxílio à gestão do cuidado à saúde, identificação de problemas e busca de alternativas para solucionar os problemas

da assistência relacionada aos profissionais da saúde.

Chagas KD e Selow MLC (2016) ratificaram a importância de cada instituição de saúde possuir uma ferramenta específica para realizar as notificações e também promover a motivação, por parte da equipe de saúde, na utilização dessa ferramenta tão importante.

Neste sentido, nos estudos abordados foi identificando a potencialidade dessa ferramenta na melhoria dos processos e, dessa forma, como instrumento fundamental para Segurança do Paciente na prestação dos cuidados.

Fragilidades atreladas ao profissional de saúde relacionado ao contexto da segurança do paciente

Em se tratando da notificação de eventos algumas fragilidades ainda são identificadas, ressalta-se que a cultura de segurança ainda não é elemento predominante da mentalidade dos profissionais e por vezes permeia o medo por conta da cultura punitiva.

O erro ainda é um termo forte, pois dependendo da magnitude do mesmo o paciente será pouco ou muito prejudicado. Lembrando que os eventos não incidem somente sobre paciente, mas também no profissional prestador do cuidado.

De acordo com Silva AT, et al. (2016) em um estudo realizado sobre a assistência de enfermagem com enfoque na segurança do paciente no cenário brasileiro, Identificou-se a existência de baixo conhecimento dos profissionais de saúde sobre eventos adversos e como notificá-los, medo dos profissionais de saúde em expor os erros devido à política de punição das instituições e baixa adesão da técnica de higienização das mãos.

Infelizmente em algumas instituições de saúde o evento adverso devidamente registrado, caracterizando a notificação do evento, incide em punição ao profissional e saúde, inclusive demissão. Essa fragilidade culmina na subnotificação de eventos e, consequentemente, em processos frágeis.

Segundo Duarte SCM, et al. (2015) o posicionamento profissional de enfermagem irá ocorrer de acordo com a cultura institucional. Para enfermeiros e técnicos de enfermagem o erro não ocorre de forma intencional, e muitas vezes o profissional não identifica a ocorrência. Foi apontado como reconhecimento, a impossibilidade de manter a atenção centrada na atividade executada.

Para Siman AG, et al. (2017) outro aspecto que dificulta o processo de notificação de EA são as diferentes maneiras de agir dos profissionais de saúde frente ao EA, mesmo constando o passo a passo da notificação em procedimento operacional padrão. Foram identificadas, também divergentes formas de comunicar o evento adverso pelos técnicos de enfermagem: comunicação aos médicos ou enfermeiros, anotações em prontuário ou livro de ocorrência, ou não sabem o que fazer. No estudo em questão, nenhum afirmou usar a

ficha de notificação. Ressalta-se que ainda prevalece uma cultura punitiva, o que dificulta a notificação e repercute e reforça a subnotificação.

De acordo com Capucho HC, et al. (2013) os enfermeiros são mais propensos a relatar incidentes do que os médicos, dentre os motivos foram elencados, pelos médicos, limitação de tempo, incerteza sobre o que relatar, expectativa de punição ou culpa e percepção de que a notificação de incidentes possa não culminar em melhorias.

Araújo JS, et al. (2016) ratifica em que a notificação dos eventos adversos ainda é negligenciada, por mais que os profissionais tenham conhecimento da sua importância para se conseguir uma melhoria da assistência prestada, alguns optam pela subnotificação. Tal fato ocorre pelo receio que muitos profissionais tem em serem submetidos a julgamentos, punições, demissões e enfrentar processos civis, legais e éticos. Além disso, a própria cultura punitiva adotada pela maioria das instituições, contribui para que muitos profissionais omitam seus erros, tanto por sentirem vergonha em ser expostos, quanto por medo das punições.

Segundo Chagas KD e Selow MLC (2016) a notificação e discussão dos erros ocorridos ainda estão aquém frente às organizações hospitalares, em que os grupos envolvidos não notificam um erro, por medo de punições ou desconhecimento sobre o tema.

Para Araújo JS, et al. (2016) faz-se necessário a implantação de ações educativas, juntamente com medidas que respaldem os profissionais em relação à ocorrência dos eventos adversos, concomitante a isso estimulando esses profissionais a notificarem os eventos adversos, a fim de analisá-los, corrigi-los e preveni-los.

É notório que as fragilidades relacionadas à notificação de eventos adversos ainda permeiam a Segurança do paciente. O medo decorrente de uma cultura de segurança frágil e de uma gestão que aplica ações punitivas inviabiliza a notificação, fortalecendo a subnotificação.

CONCLUSÃO

A segurança do paciente, na atualidade, suscita melhorias atreladas aos processos de trabalho e é uma temática extremamente relevante em se tratando do âmbito hospitalar, visando sempre à prestação do cuidado de forma segura. Observou-se os avanços da notificação dos eventos adversos, visto que nos estudos abordados foi identificando a potencialidade dessa ferramenta na melhoria dos processos e instrumento fundamental para Segurança do Paciente na prestação dos cuidados. A notificação de eventos adversos já vem sendo apontada como uma medida preventiva para ocorrência de erros na assistência à saúde.

A notificação surge como um elemento potencializador da Segurança do Paciente, a partir do ocorrido será realizada uma análise na causa raiz, as fragilidades do processo serão elencadas e ações serão traçadas para fortalecer o processo de trabalho, agindo, dessa forma, tanto na segurança do paciente quanto na segurança do profissional.

Fragilidades ainda são identificadas, ressalta-se que a cultura de segurança ainda não é elemento predominante da mentalidade dos profissionais. O erro ainda é um termo forte, pois dependendo da magnitude do mesmo o paciente será pouco ou muito prejudicado. Lembrando que os eventos não incidem somente sobre paciente, mas também no profissional prestador do cuidado.

Apesar dos avanços, as fragilidades relacionadas à notificação de eventos adversos ainda permeiam a Segurança do paciente. O medo decorrente de uma cultura de segurança frágil e aplicação de ações punitivas, inviabiliza a notificação e fortalece a subnotificação.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Ministério da Saúde - MS. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.

ARAÚJO, J.S, et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação. Revista Cogitare Enfermagem. v. 21, n. 40 Out/dez 2016.

CHAGAS, K.D. das, SELOW, M.L.C. O enfermeiro frente à notificação de eventos adversos em busca de garantia de qualidade e segurança assistencial. Vitrine Prod. Acad., Curitiba, v.4, n.2, p.89-161, jul/dez. 2016.

CAPUCHO H.C, et al. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem: 2013, pp. 164-172.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al . Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 68, n. 1, p. 144-154, Feb. 2015.

FERNANDO F.S.L de, et al. Segurança do paciente: análise reflexiva. Revista de Enfermagem UFPE on line., Recife: 2016, v.10, n. 02, pp. 894-902.

MIRANDA, A.P. et al. Contribuição da enfermagem à Segurança do Paciente: Revisão integrativa. SANARE, Sobral - V.16 n.01,p. 109-117, Jan./Jun. – 2017

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery [online]. 2014, vol.18, n.1, pp.122-129. ISSN 1414-8145.

PAIVA, M.C.M.S de; et al. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2014, v. 22, n. 05, pp. 747-754.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J.A Segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciênc. saúde coletiva[online]. 2013, vol.18, n.7, pp.2029-2036. ISSN 1413-8123

SILVA, Aline Teixeira et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. Saúde debate [online]. 2016, vol.40, n.111, pp.292-301. ISSN

0103-1104.

SIMAN, AG, et al. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 51, e03243, 2017 .

MOURÃO, K. Q.; OLIVEIRA, A. M. DE M. Notificação de eventos: avanços e desafios no contexto da segurança do paciente. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 24, p. e492, 15 jun. 2019. Artigo original.

“

O conhecimento e a aceitabilidade dos pais e responsáveis frente à vacinação contra o papilomavírus humano na prevenção do câncer de colo do útero

Eliane **Silva**

Naylanny Gonçalves Torres **Cunha**
UEMA

Ana Claudia de Almeida **Varão**
UEMA

Paulo Henrique **Vieira**
UEMA

Larissa Silva **Oliveira**
UEMA

Railda Rodrigues **Lima**
UEMA

Maria Beatriz Pereira da **Silva**
UEMA

Maria Cleilda Araújo **Santos**
UEMA

RESUMO

A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é considerada a infecção sexualmente transmissível (IST) mais comum dos últimos tempos, sendo o câncer do colo do útero o terceiro mais comum no país e a quarta maior causa de morte no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde. A partir de 2014 O Ministério da Saúde (MS), lançou a Vacina contra o HPV, oferecendo cobertura contra os quatro sorotipos de HPV mais comumente relacionados ao desenvolvimento de câncer. A vacina é segura, eficaz e é a principal forma de prevenção para a infecção pelo papilomavírus humano, a mesma surge como o mais novo método de prevenção ao câncer de colo de útero. O objetivo será analisar o nível do conhecimento e a aceitabilidade dos pais e responsáveis frente à vacina contra o HPV. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa, realizado com pais/responsáveis de alunos de uma escola publica da rede municipal de Bacabal. Foram entrevistados 138 pais/responsáveis de alunos que se encontravam na faixa etária de 11 a 14 anos de ambos o sexo. O questionário utilizado foi composto por 24 questões, que investigaram as condições socioeconômicas, o conhecimento e a aceitabilidade da vacina contra o HPV e barreiras encontradas para a adesão ao imunobiológico. Foi realizada a descrição das variáveis por frequência simples e porcentagem. Resultados: Em relação ao conhecimento sobre o HPV, 46,38% dos pais/responsáveis não tem certeza do que seja o HPV e 52,17% afirmaram que o HPV é uma infecção sexualmente transmissível (IST) e 57,97% dos entrevistados afirmaram que o câncer de colo do útero é uma das principais causas de câncer em mulheres. Quando questionados sobre o conhecimento da vacina, 43,48% dos pais/responsáveis afirmaram que a vacina não é prejudicial à saúde e ao serem questionados sobre a aceitabilidade da vacina, 46,38% responderam ter duvidas quanto à eficácia da vacina. Portanto, o conhecimento dos pais/responsáveis sobre a vacina e o HPV é insatisfatório.

Palavras-chave: HPV; Vacina; Câncer de Colo do Útero; Prevenção.

INTRODUÇÃO

De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer - INCA, o câncer do colo uterino ou câncer cervical é o segundo tipo de câncer mais frequente no gênero feminino. A cada ano a doença atinge meio milhão de mulheres, matando mais da metade delas, sendo que a incidência mais alta ocorre entre jovens de 16 a 20 anos de idade¹.

A estimativa de novos casos de câncer do colo do útero para o ano de 2018 é 16.370 casos². Já no ano de 2016 a incidência de mulheres afetadas pelo o câncer de colo do útero foi de 16.340 casos, essa proporção de aproximadamente 15,85 casos a cada 100 mil mulheres representa um sério problema de saúde pública¹. A grande maioria dos casos está ligada à infecção pelo Papilomavírus humano (HPV), transmitido sexualmente.

O número de casos pela a infecção pelo o Papilomavírus humano é considerado alarmante, sendo considerada hoje a doença sexualmente transmissível de etiologia viral mais frequente no mundo e acomete principalmente mulheres durante o período reprodutivo⁴. Existem mais de 100 tipos de HPV, sendo que cerca de 15 (tipos 16, 18, 31, 33, 45, 58 e outros) são considerados de alto risco para malignidade⁴.

Acredita-se que para o controle da transmissão é importante à informação da população sobre os fatores de risco associados ao comportamento sexual. Entre as estratégias de prevenção mais utilizadas, além da detecção precoce, está à vacinação, o uso de preservativos e ações educativas.

Considerando a importância inquestionável das imunizações na prevenção de doenças infecciosas, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI), ampliou no ano de 2014 ao calendário Nacional de Vacinação a implantação da vacina contra o HPV no Sistema Único de Saúde (SUS). A vacina quadrivalente é segura, eficaz e é a principal forma de prevenção para a infecção pelo papilomavírus humano⁵.

Atualmente no Brasil, foram desenvolvidas e registradas duas vacinas para a prevenção do HPV uma bivalente, que previne contra os tipos 16 e 18, e outra quadrivalente contra os tipos 6, 11, 16 e 18. A vacina é ofertada nas unidades básicas de saúde (UBS) e escolas públicas e privadas, tendo como público alvo meninas de 9 a 14 anos; meninos de 11 a 14 anos, indivíduos de 9 a 26 anos e pacientes imunodeprimidos. Estima-se que se houver vacinação completa da população, os casos de câncer de colo do útero podem ser reduzidos em dois terços⁶.

Foram assinaladas por alguns países pioneiros na imunização contra o vírus HPV, barreiras que devem ser considerados como prováveis causas para a não adesão à vacinação, como: o não conhecimento dos pais sobre o vírus do papiloma humano e a sua relação com o câncer do colo do útero, a não aceitabilidade dos pais ao processo de vacinação, assim como a resistência destes em discutir sexualidade com as adolescentes e a preocupação

de que as jovens vacinadas possam se inserir a prática sexual mais precocemente; a falta de preparação dos profissionais de saúde e das escolas participantes e o desconhecimento das adolescentes frente ao HPV⁷.

Levando-se em consideração a importância da temática, à baixa cobertura da vacinação contra o Papilomavírus Humano e o aumento do número de casos de morte por neoplasias entre mulheres no Brasil, este estudo busca avaliar o conhecimento e a aceitabilidade de pais/responsáveis dos adolescentes acerca do vírus HPV e da vacina ofertada pela a rede pública de saúde e as prováveis barreiras para a adesão à vacina. Uma vez que os saberes podem influenciar na adesão ao imunobiológico e com isso possivelmente contribuirá para reduzir a contaminação por esse vírus, já que o tema apresenta grande relevância para a saúde pública devido à alta incidência do câncer de colo de útero e importância da imunização precoce no combate a este.

MÉTODOS

O projeto foi submetido à plataforma Brasil no qual teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Estudo Superior de Caxias da Universidade Estadual do Maranhão com o parecer de número 2.944.164. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foram obedecidas as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, para pesquisas envolvendo seres humanos.

O delineamento do estudo do tipo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa foi realizado por meio da aplicação do questionário no ano de 2018. A amostra foi por conveniência, representada por 138 pais/ responsáveis de adolescentes em que seus filhos estavam devidamente matriculados em uma instituição pertencente à Rede Pública Municipal de Educação (U.E.F.Dep. José Ribamar Marão Filho, Bacabal, MA). A pesquisa utilizou como instrumento de coleta de dados o questionário adaptado⁸, composto por 24 questões relacionadas ao conhecimento, aceitabilidade e barreiras da vacina contra o HPV.

O instrumento foi dividido em uma seção de Identificação, caracterizando assim o perfil e os dados sócios- demográficos dos participantes envolvidos na pesquisa, além disso, o questionário contou com perguntas divididas em 4 domínios: o primeiro relacionado ao conhecimento sobre o HPV, tendo 7 questões; o segundo acerca do conhecimento sobre a vacina para o HPV com 11 questões; o terceiro envolvendo as barreiras à vacinação para o HPV composto de 3 questões e o último domínio relacionado a aceitabilidade da vacina para o HPV com 3 questões. As opções de resposta para as questões do instrumento foram: sim (S); não (N); não tenho certeza (NTC).

Os dados coletados foram tabulados utilizando planilhas eletrônicas pelo o programa

Microsoft Excel® versão 2013. Foram utilizados para descrever os dados: frequências absolutas e relativas e acumuladas das variáveis e foram apresentados sob forma de tabelas.

RESULTADOS

Entre os participantes pais/responsáveis, verificou-se que 91,30% eram do sexo feminino e 8,70% do sexo masculino. Apresentavam faixa etária entre 30-34 anos (39,13%), 35-39 anos (25,36%), 40-44 anos (18,84%), 45-49 anos (10,87%) e 50-54 anos (5,80%). Quanto aos adolescentes matriculados na escola, 58,70% das alunas eram representadas pelo o sexo feminino e 41,30% eram do sexo masculino. Dentre os alunos 34,78% apresentavam 11 anos, 28,26% afirmaram ter 12 anos, 21,74% tinham 13 anos e 15,22% responderam ter 14 anos.

Sobre o domínio 1 do questionário, foram abordadas questões sobre conhecimento dos pais/responsáveis sobre o HPV, identificou-se que 46,38% dos pais/responsáveis não tem certeza do que seja o HPV, 27,54% afirmaram saber o que é o HPV e 26,09% não sabem o que é o HPV, ao questiona-los se o HPV é um vírus, 46,38% não tem certeza, 36,23% responderam que o HPV é um vírus e 26,09% afirmaram que o HPV não é um vírus. Aos pais/responsáveis foi questionado se o HPV é uma infecção sexualmente transmissível (ISTs), 52,17% afirmaram que sim, 26,09% não têm certeza dessa afirmativa e 21,74% responderam que o HPV não é uma IST.

Para as seguintes interrogativas O HPV causa câncer de colo de útero? 44,93% pais/responsáveis responderam que sim, 39,13% não têm certeza e 15,94% afirmaram que o HPV não causa o câncer de colo do útero. O câncer de colo do útero é uma das principais causas de câncer em mulheres? 57,97% dos pais/responsáveis afirmaram que sim, 26,09% responderam não ter certeza e 17,39% responderam que o câncer de colo do útero não é a principal causa de câncer em mulheres.

Sobre o conhecimento dos pais/responsáveis em relação à vacina contra o HPV, domínio 2, questionou-se aos participantes se a vacina contra o HPV previne o câncer de colo do útero, 46,38% afirmaram que sim, 34,78% responderam não ter certeza e uma minoria 18,84% disseram que a vacina não previne o câncer do colo do útero.

Uma proporção significativa de pais/responsáveis 53,62% respondeu que a vacina contra HPV deve ser aplicada antes da primeira relação sexual, 31,88% não têm certeza e 14,49% afirmaram que a vacina não deve ser aplicada antes da primeira relação sexual e ao pergunta-los se pode aplicar a vacina em quem já teve relação sexual, a maioria dos pais/responsáveis 49,28% respondeu não ter certeza, 31,88% afirmaram que a vacina pode ser administrada e 18,84% disseram que não deve ser administrada.

Questionou-se aos participantes se a vacina contra o HPV pode ser prejudicial à saúde,

43,48% afirmaram que a vacina não é nociva à saúde, 40,58% não tem certeza e 15,94% responderam que o imunobiológico é prejudicial à saúde. Ao serem abordados se a vacina contra HPV faz parte da carteirinha de vacinação das meninas e meninos, mais da metade 60,87% dos participantes responderam que sim, 24,64% não têm certeza e uma minoria 14,49% afirmaram que a vacina não está incluída no calendário de vacinação de ambos os sexos.

De acordo com o PNI são necessárias duas doses da vacina contra o HPV para completar o esquema vacinal, porém 50,72% dos pais/responsáveis responderam não ter certeza dessa afirmação, 31,88% afirmaram que são necessárias as duas doses e 17,39% disseram que não são necessárias as duas doses no esquema vacinal contra o HPV.

No que se refere aos desafios para a vacina contra o HPV abordado no domínio 3, 20,29% dos pais/responsáveis acham que a vacina contra HPV estimularia o início da vida sexual mais cedo, 34,78% responderam não e 44,93% deles não tem certeza. Sobre a necessidade de fazer o uso de preservativo após a imunização contra o HPV, 47,38% afirmaram que sim, 33,33% responderam não ter certeza e 20,29% disseram que não é necessário o uso do preservativo após a vacinação. Ao serem questionado se após a vacinação é necessário à realização do Papanicolau, 52,17% dos pais/responsáveis não tem certeza, 27,54% afirmaram que é necessário e 20,29% afirmaram que não é preciso à realização do exame depois da vacina contra o HPV.

No último domínio do questionário, foram abordados questões sobre a aceitabilidade em relação à vacina, 46,38% dos pais/responsáveis responderam não ter certeza da sua eficácia, enquanto 30,43% afirmaram acreditar na eficácia e 23,19% disseram não acreditar na eficácia da vacina contra o HPV. Ao serem interrogados se os filhos já tomaram a vacina, 46,38% afirmaram que sim, 24,64% não têm certeza e 24,64% responderam que seus filhos não fizeram uso do imunobiológico. Questionou-se também aos pais/responsáveis se eles recomendariam a vacina contra o HPV aos filhos dos amigos e parentes 47,10% disseram que recomendaria sim, 39,13% não têm certeza e 13,13% afirmaram que não recomendariam.

DISCUSSÃO

O estudo permitiu analisar o conhecimento sobre a temática e aceitabilidade dos pais/responsáveis sobre a vacina contra o HPV e os desafios encontrados para a sua adesão.

Ao analisar o conhecimento dos pais/responsáveis sobre o HPV, verificou-se que grande parte deles ainda demonstram dúvidas sobre a temática. A falta de conhecimento dos entrevistados nesse estudo coincidiu com os resultados de outra pesquisa realizada em Campinas (SP), na qual uma maior parte dos entrevistados nunca tinha ouvido falar do HPV, sendo menor a proporção daqueles com informações adequadas acerca do vírus e

das consequências da infecção⁹. Tendo em vista, torna-se necessário o conhecimento dos pais sobre o HPV e suas repercussões na saúde dos adolescentes, filhos e filhas, pois os mesmos podem influenciar diretamente na adesão da vacina¹⁰. Além disso, em sua maioria, são eles que levam as adolescentes aos serviços de saúde.

Portanto o resultado da pesquisa acerca do item conhecimento sobre o HPV, só confirma o pensamento do autor Osório, no qual relata o baixo conhecimento sobre HPV, mesmo tendo a mídia com seu amplo acesso, onde exerce um papel importante na transmissão do conhecimento¹¹. No entanto, entende-se que este conhecimento não vem sendo transmitido de maneira adequada fazendo com que a população não saiba ainda o que é o HPV.

Para grande parte dos participantes o HPV foi considerado como uma infecção sexualmente transmissível (IST). No entanto, sabe-se que este vírus não é transmitido apenas por essa via. A transmissão pode ocorrer tanto sexualmente como através do contato direto com a pele infectada e, portanto, o vírus pode ser transmitido também pelo simples contato íntimo com o indivíduo infectado¹². Entretanto, é necessário destacar que, embora os pais tivessem informações sobre a transmissão e prevenção do vírus não necessariamente sabia sobre a doença e as consequências que a mesma pode trazer.

Aos pais/responsáveis entrevistadas para esta pesquisa afirmaram que o câncer de colo do útero é uma das principais causas de câncer em mulheres como mostra os dados do Instituto Nacional do Câncer. O Câncer de colo do útero ocupa a terceira posição mais frequente de câncer no Brasil, sendo o primeiro mais incidente na Região Norte (25,62/100 mil), segundo nas Regiões Nordeste (20,47/100 mil) e Centro-Oeste (18,32/100 mil) e quarto nas Regiões Sul (14,07/100 mil) e Sudeste (9,97/100 mil)².

O estudo permitiu revelar dúvidas entre os pais/responsáveis a respeito da segurança e da eficácia da vacina para o HPV. Entre os estudos já realizados, os resultados também apresentaram lacunas no que se referi o conhecimento relacionado à segurança e eficácia da vacina, o que se refletiu na decisão destes pais de protelarem a vacinação em seus filhos até que a sua efetividade ficasse comprovada¹³. A vacina é altamente eficaz para a prevenção dos sorotipos virais específicos (HPV 6, 11, 16 e 18), bem como, a comprovação da eficácia da vacina para a prevenção do HPV nesta primeira década de vacinação¹⁴.

Quanto à temática sobre a administração da vacina, os resultados do estudo demonstraram que a vacina deve ser administrada antes da primeira relação sexual. Confirmando assim com as pesquisas já realizadas nas quais conferem maior proteção e eficácia de aproximadamente 100% contra a infecção pelo HPV, mantendo-se a periodicidade da realização da citologia cervical, que deverá ser realizada, em geral, após o início da atividade sexual e mesmo que seja administrada em mulheres infectadas ou com lesão, não há eficácia nessa situação¹⁵.

Os estudos comprovam a eficácia da vacina na diminuição de lesões cervicais de baixo e alto grau em países que adotaram a vacina como forma de prevenção primária para câncer de colo do útero há mais de cinco anos¹⁴. No entanto em relação ao conhecimento sobre a vacina para o HPV, os pais/responsáveis desta pesquisa revelaram dúvidas sobre sua eficácia contra lesões precursoras do câncer cervical, sobre o esquema vacinal e sobre sua segurança.

No que se referi à eficácia da vacina sobre a saúde dos adolescentes, o estudo permitiu identificar menor quantidade de acerto entre os pais entrevistados quando questionados sobre a redução na chance de adquirir verrugas genitais e sobre a eficácia da vacina em reduzir alterações causadas pelo HPV no exame de rastreamento do colo do útero (Papanicolau).

Aos participantes do estudo foram questionados se a vacina contra o HPV estimularia o início da vida sexual mais cedo, grande parte deles demonstraram dúvidas à essa interrogativa. As pesquisas confirmam que os pais acreditam no mito de que a vacina possa levar a uma atividade sexual precoce ou promíscua, aumentando a quantidade de parceiros sexuais e também afetar o não uso do preservativo, tornando assim entre os pais uma barreira à aceitação e adesão da vacina contra o HPV. Entretanto, mesmo tendo todos esses pensamentos errôneos em torno dessa temática a maioria dos pais afirmou que seus filhos já foram vacinados contra o vírus e os mesmos recomendariam a vacina contra o HPV aos filhos dos seus amigos e parentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados do estudo, percebeu-se que mesmo diante das inúmeras campanhas do Ministério da Saúde relacionadas à vacina contra o HPV, realizadas nas escolas pelos profissionais da saúde bem como divulgadas pelos os meios de comunicação televisão/internet, ainda existem pais que demonstram resistência contra a vacina.

Essa resistência existe devido a vários pensamentos errôneos que os pais têm acerca da vacina. Dentre eles, em acreditar que a vacina incentivará os filhos a prática de atividade sexual precoce e de forma promíscua e o outro mito em volta do imunobiológico é que ele possa ser prejudicial à saúde dos adolescentes, podendo causar possíveis efeitos colaterais, havendo, portanto, desconhecimento sobre a segurança da vacina.

Desse modo torna-se necessário a divulgação e realização de mais ações educativas e de novas pesquisas que comprovem os benefícios, a segurança e a importância da vacina contra o HPV para a população, bem como a gravidade da população, bem como a gravidade da infecção pelo o vírus.

REFERÊNCIAS

BRASIL. INCA. Estimativa 2016. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: <www.inca.gov.br/dncc>. Acesso em: 10 de julho de 2018.

INCA. Estimativa 2018. Incidência de Câncer no Brasil 2018. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

ROVERATTI DS. Guia da Sexualidade - reedição ampliada e ilustrada. Revisão: Máira Roveratti. Editoração: Patricia Pucci. São Paulo, 2010.

BRICKS, L. F. Vacina HPV: nova perspectiva na prevenção de câncer. *Pediatria*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 154-156, 2007.

BRASIL. INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2014.

POMFRET TC, Gagnon JM, Gilchrist AT. Quadrivalent human papillomavirus (HPV) vaccine: a review of safety, efficacy, and pharmacoeconomics. *J Clin Pharm Ther*. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21198715>>. Acesso em: 05 de out. 2018.

WRIGHT JUNIOR, Thomas C. et al. Age considerations when vaccinating against HPV. *Gynecologic Oncology*, New York, v. 109, n. 109, p.40-47, fev. 2008. Disponível em: Acesso em: 17 de junho de 2018.

SOUSA PDL, et al. Knowledge and acceptance of HPV vaccine among adolescents, parents and health professionals: construct development for collection and database composition. *J. Hum. Growth Dev*. 2018 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7322/j.hgd.143856>>. Acesso em: 22 de dez. 2018.

OSIS MJD, Duarte GA, Sousa MH. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000100123&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 de nov. 2018.

KORNFELD J, et al. HPV knowledge and vaccine acceptability among Hispanic fathers. *J Prim Prev*. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s10935-013-0297-0>>. Acesso em: 18 de dez. 2018.

OSÓRIO, L.C. Adolescente hoje. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ALMEIDA F.L. et al. A vacina contra o vírus HPV para meninas: um incentivo à vida sexual precoce. *Revista Científica Interdisciplinar*. São Paulo. v. 1, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://revista.srvroot.com/links/scienceplace/index.php/links/scienceplace/article/view/>>. Acesso em: 16 de dez. 2018.

ALBRIGHT K. et al. Noninitiation and Noncompletion of HPV Vaccine Among English-and Spanish-Speaking Parents of Adolescent Girls: A Qualitative Study. *Academic Pediatrics*. Maryland, set 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2017.03.013>>. Acesso em: 14 de dez. 2018.

NUNES C.B.L; ARRUDA K.M; PEREIRA T.N. Apresentação da eficácia da vacina HPV distribuída pelo SUS a partir de 2014 com base nos Estudos Future I, Future II, e Villa et al. *Acta Biomed Brasiliensia*. 2015.

DUNCAN, B.B.; Schmidt, M.I.; Giugliani, E.R.J.; Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. v.4, Porto Alegre: Artmed, 2013.

“

O cuidado de enfermagem em acidentes elétricos: a atuação primária ao trabalhador com queimaduras

Paulo Henrique Vieira de **Macedo**

Maria Beatriz Pereira da **Silva**

UEMA/CESB

RESUMO

O enfermeiro (a) do trabalho é um forte colaborador para prevenção e atendimento eficaz de acidentes elétricos que desencadeiam queimaduras. Dessa forma, o presente estudo enfatiza os cuidados de enfermagem mediante a atuação primária ao trabalhador com queimadura. Apontando os principais efeitos fisiopatológicos e o envolvimento do enfermeiro (a) como executor das medidas de segurança em saúde da NR-10 nas empresas que trabalham direta ou indiretamente com a eletricidade. A metodologia utilizada foi bibliográfica, de natureza qualitativa, tendo como fonte 26 artigos localizados na Biblioteca Virtual de Saúde, com periodização entre os anos 1990 a 2012, através das palavras-chave: acidente elétrico, choque elétrico, queimadura. Os resultados mostraram que a abordagem inicial aos trabalhadores acidentados devem se embasar nos protocolos de suporte básico e avançados de atendimento. Visto que as principais causas de morte são ocasionadas pela PCR, fibrilação ventricular além de traumas generalizados. Portanto, faz-se necessário evidenciar que o enfermeiro (a) do trabalho é peça fundamental para a implementação, programação e atualização de planos emergenciais de cuidados para as empresas preconizados pela NR-10.

Palavras-chave: Enfermeiro (a) do trabalho; Queimaduras; Acidentes Elétricos.

INTRODUÇÃO

O trabalhador é um integrante das ações da atenção básica de saúde. Dessa forma, a saúde do trabalhador constitui-se como uma área que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde.

No Brasil a legislação vigente que origina o Sistema Único de Saúde (SUS) propõe no artigo 6º. A “direção nacional do sistema a responsabilidade de coordenar a política de saúde do trabalhador¹”. Segundo o parágrafo 3º do artigo 6º da LOS, a saúde do trabalhador é definida como um “conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho¹”.

Resguardados pela lei, os trabalhadores brasileiros convivem com uma série de situações que acarretam problemas ocupacionais. Os acidentes de trabalho. Este termo é definido pela Constituição brasileira no artigo 19 da Lei nº 8.213/1991 como: “o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados (...), provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho²”.

No sentido de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores e evitar as doenças e acidentes do trabalho, existem as normas regulamentadoras (NR) e a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Estas são aplicadas como pontos estratégicos para padronização de quaisquer ambientes e/ou ferramentas que assegurem a plena funcionalidade no ambiente de trabalho. Dessa forma, cabe analisar a égide de que a saúde dos trabalhadores implica em uma atuação multidisciplinar, na qual a enfermagem do trabalho está inserida em meio aos profissionais especializados na preservação e na promoção da saúde, através de medidas de alcance coletivo³.

A enfermagem do trabalho caracteriza-se como um conjunto de ações educativo-assistenciais, que visa interferir no processo trabalho-saúde-adoecimento, no sentido de promover e valorizar o ser humano³. Então, as atividades do enfermeiro (a) do trabalho se constituem das atribuições relacionadas ao campo assistencial, administrativo, educativo, de integração e de pesquisa⁴.

Em meio às atribuições dos enfermeiros (as) do trabalho, existe uma grande relevância no campo assistencial e educativo, pois nessas categorias os (as) enfermeiros (as) podem respectivamente: fazer avaliações de saúde, atendimento de urgência, tratamentos diversos, prescrição de medicamentos estabelecidos nos programas de saúde quando houver ausência do médico, elaboração e execução de planos de cuidados relativos às ações de saúde na prevenção primária, secundária e terciária, implementação da consulta de enfer-

magem, prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, participação na identificação, controle e avaliação dos fatores nocivos e doenças do trabalho, na prevenção de acidentes de trabalho; e participar do planejamento, execução e avaliação de programas de educação para saúde e de monitorização biológica; coordenar treinamentos em primeiros socorros para os trabalhadores, formar e manter equipes de socorristas voluntários; participar de atividades educativas em toxicologia industrial para os trabalhadores, entre outros⁴.

O enfermeiro (a) do trabalho como integrante da equipe de Serviços Especializados em Segurança e Saúde do Trabalho (SESMT) é um dos profissionais qualificados para prestar a atenção de saúde em situações de acidentes de trabalho. Principalmente, quando esses acidentes estão relacionados à cinemática elétrica.

No Brasil segundo dados do DATASUS, no período de janeiro de 2013 foram registradas 22.447 (100%) casos de morbidade seguida de internação hospitalar no SUS. Destas 6.516 (29%) foram ocasionadas por exposição à corrente elétrica, radiação, temperatura e pressão extrema do ambiente (W85-W99) conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). E ainda, 650 (2,8%) foram ocasionadas por exposição à fumaça, ao fogo e as chamas (X00-X09) conforme CID-10. Em ambos os casos os homens foram os mais vitimados, respectivamente, 70% e 66%⁵.

O acidente elétrico tem como principal causador o choque elétrico, que segundo a CPN no Estado de São Paulo, 2004-2005 é um “estímulo rápido no corpo humano, ocasionado pela passagem da corrente elétrica⁶”. Essa corrente circulará pelo corpo onde se torna parte do circuito elétrico, onde há uma diferença de potencial suficiente para vencer a resistência elétrica oferecida pelo corpo.

Lourenço et al (2007) afirma que os principais efeitos da corrente elétrica são: joule, eletromagnético, eletroquímico, luminoso e fisiológico. Destes, o efeito fisiológico age diretamente no sistema nervoso muscular e cardíaco (GUYTON; HALL, 2002 apud LOURENÇO et al., 2007)⁷. Provocando principalmente tetanização, fibrilação ventricular, parada cardiorrespiratória (PCR)¹⁵ e queimaduras⁸.

No campo da Segurança do trabalho, a NR-10 trata da segurança em instalações e serviços em eletricidade, está tem como objetivo estabelecer os requisitos e condições mínimas objetivando a implementação de medidas de controle e sistemas preventivos, de forma a garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores que direta ou indiretamente, interajam em instalações elétricas e serviços em eletricidade⁹.

O enfermeiro (a) do trabalho, não obstante, deve agir de tal maneira que sejam adotados cuidados que previnam o risco elétrico, incentivando o uso constante dos equipamentos de proteção individual e coletivo.

Cabe ressaltar que a NR-10 deve ser conhecida por todos os profissionais que traba-

lham na SESMT, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e demais colaboradores da empresa. As ações tomadas pelas equipes que trabalham com alta tensão (AT) ou baixa, devem ser meticulosamente planejadas em conjunto. Nas situações que envolvem emergência, é necessário constar no banco de dados e nos prontuários de instalações elétricas o plano de emergência da empresa. Nesta, os trabalhadores autorizados devem estar aptos a executar o resgate e prestar primeiros socorros a acidentados, especialmente por meio de reanimação cardiorrespiratória.

A atuação de uma equipe capacitada é um forte contribuinte para diminuição das ocorrências ocasionadas por acidentes elétricos, principalmente quando atingem uma considerável proporção do corpo, como as queimaduras.

O atendimento ao cliente queimado, ou seja, que possui “lesões ocasionadas pela exposição de tecidos orgânicos a diversas formas de energia, não só térmicas (calor e frio), mas também químicas (ácidos, álcalis etc.) ou ionizantes (radiação atômica e raios X)¹⁰” é mais do que uma condição de emergência, é um desafio às habilidades da equipe de saúde.

PRINCIPAIS EFEITOS FISIOPATOLÓGICOS DAS QUEIMADURAS POR ACIDENTES ELÉTRICOS

As queimaduras elétricas são as piores lesões que podem acarretar complicações a nível sistêmico. Nestas, a lesão por alta voltagem (mais de 1.000 V) pode causar a destruição tecidual óssea, resultando em amputações e possível perda da vida em consequência das anormalidades cardíaca e respiratória. Cabe anotar, que quanto mais forte for a corrente e mais longa for a duração do contato, mais grave será a lesão¹¹.

Nesse sentido, a gravidade da lesão irá depender da profundidade da queimadura, extensão e localização.

A profundidade da queimadura pode ser classificada em: espessura parcial superficial, aquela em que a epiderme é destruída ou lesionada e uma parte da derme pode ser lesionada, com características sensitivas dolorosas, hiperemia e ressecamento local, equivale a queimadura solar; Noutra, a queimadura de espessura parcial profunda, envolve a destruição da epiderme e as camadas superiores da derme e a lesão das porções mais profundas da derme havendo dor, hiperemia e exsudato; E a queimadura de espessura total, que é aquela que envolve a destruição total da epiderme e derme e, em alguns casos, a destruição do tecido subjacente¹¹. Análoga a essa classificação, SILVA, et al. (2011) propõe na mesma categoria com os seguintes enunciados: queimaduras de primeiro, segundo e terceiro grau.

Cabe ao enfermeiro (a) do trabalho investigar os fatores que originaram o acidente, fazendo a seguinte anamnese: como ocorreu a lesão; O agente etiológico, como chama ou líquido escaldante ou corrente elétrica; temperatura do agente da queimadura; duração do

contato com o agente e espessura da pele.

A extensão da queimadura é outro ponto importante para o atendimento inicial ao acidentado. SMELTZER, et al., (2009) evidenciam três métodos de verificação da extensão no corpo para queimadura, que são: regra dos nove, o método de Lund e Browder e o método da palma.

Na regra dos nove são seguidas em partes por porcentagens múltiplos de nove do corpo. No método de Lund e Browder são indicados percentuais das várias áreas anatómicas. Esta escala muda com o crescimento, sendo a indicada para calcular a extensão de queimaduras em crianças e adolescentes. E por fim, o método da palma. Neste o tamanho da palma do paciente é de aproximadamente 1% da área de superfície corporal total.

A fisiopatologia das queimaduras alteram a função dos órgãos e tecidos. No sistema cardiovascular há o choque hipovolêmico é o fator que desencadeia as alterações da pressão arterial. Em resposta, o sistema nervoso simpático libera catecolaminas resultando no aumento da resistência periférica e um aumento na frequência de pulso. No momento da lesão por queimaduras, alguns eritrócitos podem ser destruídos e outros lesionados, resultando anemias. Os pacientes graves desenvolvem edema sistêmico maciço. Em geral, o edema é máximo depois de 24 h.

No sistema respiratório as lesões por inalação tem um impacto significativo sobre a capacidade de sobrevivência de um paciente. Situam-se várias categorias: lesões do desvios aéreos superiores; lesão por inalação abaixo da glote, incluindo a intoxicação por monóxido de carbono; e os defeitos restritivos. Essas lesões podem desenvolver-se para complicações pulmonares secundárias, às lesões por inalação incluem a insuficiência respiratória aguda e a síndrome da angustia respiratória (SARA).

O sistema renal é alterado em consequência do volume sanguíneo diminuído. Quando a lesão muscular acontece (p.ex queimaduras elétricas), a mioglobina é liberada das células musculares e excretada pelo rim. A hemoglobina comprometida e a mioglobina ocluem os túbulos renais que resultam na necrose tubular aguda e insuficiência renal.

As defesas do corpo são afetadas drasticamente diminui a infecção, em consequência a sepse continua a ser a principal causa de morbidade e mortalidade nos pacientes com queimaduras.

A incapacidade de regular a temperatura corporal é outro destaque para promoção de cuidados. Neste, os pacientes podem exibir baixas temperaturas corporais nas primeiras horas da lesão. Em seguida, na medida em que o metabolismo fisiológico redefine as temperaturas centrais, o paciente torna-se hipertérmico mesmo sem infecção pós-queimadura.

Já nas alterações gastrointestinais, duas complicações são destacadas: íleo paralítico e úlcera de Curling. A peristalse e os sons intestinais diminuídos são manifestações decor-

rentes da queimadura grave. Além disso, a hematêmese é um sinal de erosão gástrica ou duodenal.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO (A) DO TRABALHO NA IMPLANTAÇÃO DOS CUIDADOS DE SEGURANÇA DA NR-10 AO TRABALHADOR QUEIMADO

Participar do plano emergencial de saúde é fundamental para a resolução e/ou diminuição da gravidade no atendimento inicial ao cliente com queimaduras. É sabido que os acidentes envolvendo energia elétrica, apesar de serem poucos, provocam sérias complicações à vida humana, possuindo um prognóstico negativo.

No atendimento inicial às vítimas é importante destacar alguns pontos para o socorrista: primeiramente calma e nunca pôr em risco sua vida¹⁴. Além disso, manter a permeabilidade das vias aéreas, reposição de fluidos e controle da dor. São medidas que têm por finalidade diminuir complicações devido ao trauma térmico. A forma de cuidados e o tratamento ao queimado serão estabelecidos de acordo com a gravidade das lesões decorrentes da exposição, tipo e grau de comprometimento, levando em conta a real necessidade do paciente, com a finalidade da estabilização, melhora e, por fim, diminuir seu tempo de internação¹². Abaixo segue um quadro com os procedimentos emergenciais no cenário da queimadura.

QUADRO 1. Procedimentos de Emergência no Cenário da Queimadura

PROCEDIMENTOS DE EMERGÊNCIA NO CENÁRIO DA QUEIMADURA	
Extinguir as chamas: quando as roupas pegam fogo, as chamas podem ser extintas se a pessoa cair no chão e rolar; qualquer coisa disponível para abafar as chamas, como um cobertor, tapete ou casaco, pode ser utilizada. Quando a fonte da queimadura é elétrica, a fonte elétrica deve ser desconectada.	Cobrir a ferida: a ferida deve ser coberta o mais rápido possível para minimizar a contaminação bacteriana e diminuir a dor, evitando que o ar entre em contato com a superfície lesionada. Pomadas e cremes não devem ser utilizados. Além do curativo, nenhum medicamento ou material deve ser aplicado na queimadura.
Resfriar a queimadura: depois que as chamas são extintas, a área queimada e as roupas aderentes são embebidas com água fria, por um período curto, para resfriar a ferida e conter o processo da queima. Quando uma queimadura foi sustentada, a aplicação de água fria é a melhor medida de primeiros socorros.	Irrigar as queimaduras químicas: as queimaduras químicas decorrentes do contato com um material corrosivo são irrigadas de imediato. A maioria dos laboratórios químicos possuem um chuveiro de alta pressão para essas emergências.
Remover os objetos restritivos: quando possível, remover imediatamente as roupas. As roupas aderentes podem permanecer na posição quando resfriadas. Devendo ser retirados todos os adereços (piercings, jóias, etc.)	

Fonte: SMELTZER, et al., (2009), pág. 1695 [adaptado]

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica¹³ de natureza qualitativa, utilizando-se dos seguintes procedimentos: foram pesquisadas publicações científicas na Biblioteca Virtual

de Saúde, com foco na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LI-LACS), com periodização entre os anos 1990 a 2012, através das palavras-chave: acidente elétrico, choque elétrico, queimadura. Foram selecionados nessa pesquisa 26 artigos que trataram sobre os assuntos abordados. Destaca-se que a coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro a março de 2013.

RESULTADOS

No decorrer das análises dos artigos científicos foram observados as seguintes informações:

No total de 26 artigos equivale a 100%, apenas 05 artigos (19,2%) trataram diretamente sobre as complicações das queimaduras, mostrando como causador grave o choque elétrico. Destes 11,5% relataram especificamente sobre queimaduras decorrentes de choque elétrico, enfatizando a implementação de cuidados ao paciente pós-queimado, os atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência e os efeitos fisiopatológicos da eletricidade no organismo.

As principais causas de morte ligadas ao choque elétrico evidenciam que a fibrilação ventricular seguida de Parada Cardiorrespiratória (PCR) são os principais diagnósticos de causa de morte por choque elétrico, seguido de alterações do sistema nervoso, renal, musculoesquelético, respiração, gastrointestinal e tegumentar.

No tratamento geral ao paciente, os quais são considerados como vítima de trauma e de eventos cardiovasculares são utilizados protocolos de atendimento, como *Advanced Cardiology Life Support* (ACLS) para PCR e do *Advanced Trauma Life Supports* (ATLS) para os traumas.

Em relação ao tratamento específico para queimaduras a abordagem inicial no serviço de urgência consiste em profilaxia antitetânica adequada, manutenção da volemia do paciente e se indicado instituição de profilaxia com antibióticos.

Apesar do recorte científico ser bastante restrito e ligado excessivamente ao campo da Engenharia e Segurança do Trabalho, o enfermeiro (a) do trabalho torna-se um forte colaborador na implementação de cuidados para o suporte básico e avançado de vida.

CONCLUSÃO

A abordagem preconizada por este artigo visa o campo da Segurança e Saúde do Trabalhador promovendo um olhar especial ao enfermeiro (a) do trabalho, que é peça fundamental para a implementação de planos de cuidados para a empresa. Dessa forma, a programação das ações e a utilização dos planos emergenciais preconizados pela NR-10 são muito importantes para prevenção e atendimento ao trabalhador em risco para choque

elétrico e queimaduras.

Assim, a abordagem inicial aos trabalhadores acidentados deve se embasar nos protocolos de suporte básico e avançados de atendimento até o transporte do cliente para uma unidade especializada de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da “seguridade social, institui plano de custeio e de outras providências”. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jul: 1991. Seção 1.

HAAG, GS; LOPES, MJM. O processo trabalho-saúde-adoecimento: aspectos históricos e organizacionais. In: HAAG, GS; LOPES, MJM; SHUCK, JS. A enfermagem e a saúde dos trabalhadores. 2.ed – Goiânia: AB, 2001.

PETROBRÁS. Manual de organização e procedimentos de enfermagem do trabalho. Rio de Janeiro: Petrobrás S/A, 1988.

DATASUS. Morbidade Hospitalar do SUS por causas externas. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/fiuf.def>>. Acessado em: 21/03/2013.

JUNIOR, LCM [et al]. Manual de treinamento curso básico segurança em instalações e serviços com eletricidade NR-10. Comissão Tripartite Permanente de Negociação do Setor Elétrico no Estado de São Paulo CPN. São Paulo – SP, 2004-2005.

LOURENÇO, SR; SILVA, TAF; FILHO, SCS. Um estudo sobre os efeitos da eletricidade no corpo humano sob a égide da saúde e segurança do trabalho. Exacta, janeiro-junho, ano/vol. 5, número 001. Centro Universitário Nove de julho. São Paulo, Brasil. pp.135-143. 2007.

CAMINHA, A.C. Introdução à proteção dos sistemas elétricos. São Paulo: Editora Edgard Cleicher, 1977. Norma Regulamentadora. NR-10: Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade – Ed. 2004.

SILVA, RCL [et al]. Feridas: fundamentos e atualização em enfermagem/Organizadores, Roberto Carlos Lyra da Silva. [et al.]. – 3. ed.rev. e ampl. – São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.

SMELTZER, SC; BARE BG; HINKLE, JL; CHEEVER, KH. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

OLIVEIRA, TS; MOREIRA, KFA; GONÇALVES, TA. Assistência de Enfermagem com pacientes queimados. Rev. Bras. Queimaduras. 2012; 11(1): 31-37.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Vice Presidência de Serviços de Referência e Ambiente. Núcleo de Biossegurança. NUBio. Manual de Primeiros Socorros. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

American Heart Association. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. [versão em Português]. Disponível em: <<http://www.heart.org/idc/groups/heart->>. Acessado em: 17/02/2013.

“

O efeito da orientação preventiva multiprofissional em pacientes com diabetes *mellitus*

Daniel Leonardo **Ferreira**
UFTM

Elvi Cristina Rojas **Fonseca**
UFTM

Ana Luiza Rosa **Lucas**
UFTM

Adryelle Cristina Ferreira **Silva**
UFTM

Sarah Santiago **Lenci**
UFTM

Sarah Gazarra Ferreira **Silva**
UFTM

Fausto Jorge de **Almeida Júnior**
UFTM

Flávia Hermano Rodrigues dos **Santos**
UFTM

Isabela de Paula **Rezende**
UFTM

Jussara da Cruz **Jardim**
UFTM

Roberta Garcia Leal Veiga **Gonçalves**
UFTM

Elisabete Aparecida Mantovani
Rodrigues de **Resende**
UFTM

RESUMO

Objetivos: Avaliar o impacto do aconselhamento multiprofissional sobre o conhecimento do doente acerca do Diabetes, observando a melhora dos parâmetros clínicos e laboratoriais e na aderência à hábitos e estilo de vida saudáveis. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo e longitudinal, composto por pacientes diabéticos do tipo 1, de 4 a 18 anos e 2, de ambos os sexos com idade superior a 18 anos e que são atendidos rotineiramente no Ambulatório de Diabetes da Disciplina de Endocrinologia do HC-UFTM. A amostra do estudo foi composta por 51 pacientes Diabetes Mellitus tipo 2 (adultos) e 16 pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 (crianças e adolescentes). Foram realizados no mínimo 3 grupos com cada paciente. Os dados finais foram comparados com os dados iniciais (momento pré e pós). **Resultados:** A orientação preventiva ocasionou melhora nos dois grupos. As variáveis analisadas foram o autocuidado, controle e conhecimento da doença. Ocorreu melhora nos parâmetros clínicos (Glicemia Pós-Prandial, Colesterol Total e Frações, entre outros). **Conclusão:** O estudo concluiu que a orientação preventiva multiprofissional em Diabetes traz resultados positivos para o paciente, tanto do tipo 1 quanto do tipo 2.

Palavras-chave: Diabetes; Aconselhamento multiprofissional; Orientação; Prevenção; Saúde.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. Atinge proporções epidêmicas, com estimativa de 415 milhões de portadores de DM mundialmente.

A hiperglicemia persistente está associada a complicações crônicas micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. A classificação do DM tem sido baseada em sua etiologia. Os fatores causais dos principais tipos de DM – genéticos, biológicos e ambientais – ainda não são completamente conhecidos. Sabe-se que fatores como etilismo, tabagismo, sedentarismo e consumo inadequado de alimentos são fatores de risco relevantes para o desencadeamento da doença (SBD, 2017).

Denomina-se educação em diabetes o processo de desenvolvimento dessas habilidades, com a incorporação das ferramentas necessárias para atingir as metas estabelecidas em cada etapa do tratamento. Ela é, portanto, a principal ferramenta para a garantia do autocuidado que permitirá o autocontrole por parte do paciente (MULCAHY K, et al., 2003).

As orientações preventivas estão centradas às mudanças de hábitos do paciente em 3 vertentes: Estilo de vida, importância da realização de atividades físicas e o autocuidado. Obter hábitos é essencial no controle da glicemia, tanto para pacientes com Diabetes Mellitus do tipo 1 quanto do tipo 2. Entretanto, boa parte dos pacientes deixam de seguir as recomendações necessárias, como praticar atividades físicas por pelo menos 30 minutos, durante 5 dias da semana. Além disso, é muito importante seguir uma dieta balanceada, com quantidades adequadas de carboidratos, proteínas e gordura.

Cada paciente precisa de quantias próprias de cada grupo alimentar, portanto é preciso seguir orientações médicas e/ou nutricionais. Ainda é preciso controlar os fatores emocionais, visto que eles influenciam diretamente para complicações da doença (PERES HS, et al., 2016).

Assim, muitas vezes, torna-se necessário o autocuidado, ou seja, a condição do indivíduo de cuidar de si mesmo. Esse ensinamento é feito pelos profissionais da área da saúde. Grupos com paciente diabéticos, realizados por equipes multidisciplinares, ajudam pacientes que as vezes deixam de conhecer a gravidade das complicações do Diabetes, principalmente por não terem recebido ou assimilado informações. Geralmente, o tempo no consultório médico não é suficiente para serem tiradas todas as dúvidas do paciente, até pela alta quantidade de pacientes agendados nos hospitais pelo SUS (BRASIL, 2011).

Para tanto, o objetivo do trabalho foi a ocorrência da intervenção multiprofissional em saúde, para que esses dados sejam reduzidos, tanto os parâmetros clínicos e laboratoriais,

quanto a capacidade do sujeito de conhecer melhor sua moléstia e aumentar o autocuidado.

MÉTODOS

A amostra do estudo foi composta por 51 pacientes adultos (Diabetes Mellitus tipo 2) e 16 crianças e adolescentes (pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1). Foram incluídos pacientes de ambos os sexos; Nível de alfabetização básico completo ou em andamento e além disso, pacientes que estejam participando da rotina de atendimentos do Ambulatório de Diabetes da Disciplina de Endocrinologia de um hospital do estado de Minas Gerais. Foram excluídos da pesquisa pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC) e retinopatia grave.

As palestras foram elaboradas usando dois questionários, sendo o Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN) validado por Torres HC, et al. (2005) que é um questionário autoaplicável e contém 15 itens de resposta de múltipla escolha acerca de diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral de diabetes mellitus. Apresentou cinco amplas categorias: fisiologia básica, incluindo a ação da insulina; hipoglicemia; grupos de alimentos e suas substituições; gerenciamento do diabetes na intercorrência de alguma outra doença, e princípios gerais dos cuidados da doença. Além disso, o questionário MICHAELS foi o instrumento de investigação das atividades de autocuidado do diabético. Foi aplicado quando ocorrer os primeiros eventos de orientação preventiva.

Os questionários serviram como roteiro de elaboração da palestra para a equipe multiprofissional. Foram identificados os déficits no conhecimento e atitudes frente ao autocuidado para DM e, a partir desse levantamento, as atividades educativas foram planejadas de maneira que pudessem incentivar os participantes a desenvolver atitudes corretas de autocuidado por meio da aquisição de novos conhecimentos sobre a doença. Os encontros aconteceram semanalmente, com duração em média de 40 minutos. Em todos eles, os pesquisadores e a equipe multiprofissional conduziam as atividades.

O período de intervenção durou nove meses, com 3 grupos semanais, exceto em semanas com feriados e pontos facultativos. Foram realizados 76 grupos no total. As estratégias utilizadas foram: Discussões que abordaram assuntos relativos à doença, tipos, causas, complicações e tratamento farmacológico e não farmacológico.

Contou-se com a participação ativa dos indivíduos, pois eles foram incentivados a falar seus conhecimentos e o modo como convivem com a doença; Oficinas educativas (dinâmicas de perguntas e respostas, colagens, dramatizações, atividades lúdicas) abordando assuntos relativos ao autocuidado para o manejo da doença; Apresentação de banner com a pirâmide alimentar e discussão sobre os aspectos nutricionais; exposição de fotos de complicações do DM; Distribuição de folders, panfletos e livretos educativos elaborados a partir dos déficits de conhecimentos identificados sobre a doença, suas complicações, o que fazer para

controlar, sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia e cuidados com os pés. Rodas de conversas para esclarecer as dúvidas dos participantes e manter um feedback do que foi assimilado; Atividades práticas para automonitorização glicêmica.

Para averiguar a evolução clínica dos pacientes, os pesquisadores convidaram os voluntários a retornarem em outras oportunidades, sempre quando frequentarem o ambulatório, para um novo grupo de aconselhamento. Para fazer parte da pesquisa, os pacientes compareceram no mínimo em 3 grupos de orientação.

Foi verificado, através de prontuário médico, dados como resultados de Exame de Glicemia em Jejum, Glicemia pós prandial, Hemoglobina Glicada, Triglicérides, Ferritina, Ácido Úrico, Transaminase Glutâmico Oxalacética, Transaminase Glutâmico Pirúvica, e gama Glutíl - Transferase Colesterol Total e Frações, Pressão Arterial e peso corporal e esses dados foram armazenados no banco de informações do software Excel, comparando os exames iniciais e os exames feitos no final da pesquisa.

Os dados foram submetidos inicialmente à uma análise descritiva a partir de medidas de centralidade e dispersão. A comparação dos parâmetros de interesse antes e após o aconselhamento foi realizada a partir do teste t student pareado (quando normalidade dos dados satisfeita). Caso contrário, teste do Wilcoxon pareado. A normalidade dos dados foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk. O nível de significância para todos os testes foi de 5%. Para verificar a relação do des controle do Diabetes (pelas taxas de glicemia e hemoglobina glicada) com outros parâmetros clínicos laboratoriais, a análise se deu a partir inicialmente do cálculo do coeficiente de correlação linear de Pearson ou de Spearman, com ajuste de regressão linear ou não linear. O nível de significância adotado de 5%. Para comparar a evolução dos grupos, utilizou – se o Teste Anova de Fator único, observando o valor de p e o nível de frequência crítica. O nível de significância para todos os testes foi de 5%. A análise estatística foi feita pelo programa SPSS versão 20,0. O nível de significância para todos os testes foi de 5%.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do triângulo Mineiro (UFTM), obtendo aprovação, tendo como número de protocolo 2.385.154. Quando os pacientes compareciam ao ambulatório para consulta de rotina, eram abordados pelos pesquisadores que davam informações sobre a pesquisa e convidava-os a participar voluntariamente da mesma, com a apresentação verbal e por escrito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para posteriormente preencherem e assinarem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente a amostra se constituiu de 71 pessoas com DM, porém, no final do estudo, foi excluída 1 participante por ser portadora de DM Gestacional e outras 3 deixaram de

participar das palestras, não sendo localizadas pelos pesquisadores. Para caracterização das 67 pessoas com DM investigadas, descreveram-se aspectos referentes aos dados demográficos, dados clínicos e hábitos de vida.

Deste modo, participaram deste estudo, um total de 67 pessoas, sendo que a maior parte é do sexo feminino. Em relação à idade a faixa etária predominante situa-se entre os 6 e os 74 anos, fixando-se a média em 41,30 anos. A variação média do nosso estudo mostrou-se menor devida a característica de comparação entre os grupos de adultos x crianças, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas da população do estudo.

Sexo	n	%
Masculino	30	44,7
Feminino	37	55,3
Faixa etária		
4 a 11	8	12
12 a 17	8	12
18 a 74	51	76
Cor		
Branca	45	67,2
Preta	13	19,4
Parda	9	13,4
Tipo DM		
DM1	16	23,9
DM2	51	76,1

Fonte: Ferreira DL, et al., 2018.

Há estudos semelhantes que afirmam a prevalência de DM2 é maior em mulheres, e também, que elas procuram com mais frequência os serviços de saúde. As mulheres, em relação aos homens, se preocupam bem mais com a sua saúde e costumam se cuidar melhor, inclusive sendo as responsáveis pelo cuidado com a saúde de suas famílias. Portanto, elas estão mais atentas aos sinais e sintomas das doenças e, geralmente, procuram assistência com maior periodicidade (CAROLINO ID, et al., 2008).

As mulheres utilizam mais os serviços oferecidos pelas unidades primárias de atenção à saúde e procuram mais os médicos e os enfermeiros, sendo este um dos fatores que contribuem para maior expectativa de vida entre elas. É importante considerar esses dados para o planejamento da assistência à saúde. Uma vez que os homens retardam a sua procura pelos serviços de saúde, estão mais sujeitos a desenvolverem complicações pela falta de controle glicêmico e não adesão ao tratamento do DM. Um estudo realizado em unidade primária, com o objetivo de avaliar os efeitos da educação em grupos operativos de usuários com DM2 em relação aos conhecimentos e às práticas de autocuidado, mostrou média de

idade de 63,2 anos (VIEIRA GCL, et al., 2011).

Com o avançar da idade, observa-se a presença de limitações na mobilidade física, na capacidade de autocuidado e de entendimento das informações recebidas sobre o DM. Desse modo, a idade é um fator importante a ser considerada no planejamento de um programa educativo, pois os jovens com diabetes aprendem desde cedo sobre a doença, já as pessoas idosas possuem níveis de dificuldade cognitiva diferenciados para a compreensão das informações e o cumprimento do plano terapêutico (BAQUEDANO IR, et al., 2010).

O estudo de Teston EF, et al. (2017) mostrou a importância do autocuidado, mencionando que o próprio sujeito é decisivo para a melhora de sua condição clínica. A melhora na prática do autocuidado, foi observado em ambos os grupos através dos critérios investigados (DM1 – monitorização da glicemia e DM2 – Aspectos negativos alimentação e cuidado com os pés).

Destaca-se no grupo DM1 a melhora na monitorização da glicemia seguida por boa parte da semana as orientações de um profissional de saúde. Por outro lado, o grupo DM1 apresentou um leve aumento de hábitos negativo de alimentação, como por exemplo consumo de doces. (4,0 – 4,1). Já o grupo DM2 reduziu consideravelmente essa prática (4,0-2,9), mostrando melhor aproveitamento neste quesito. A SBD recomenda sempre manter hábitos saudáveis de alimentação, já que se trata de um fator de risco para desenvolver diabetes mellitus (SBD, 2017).

Os hábitos alimentares e a prática de atividades físicas exercem uma poderosa influência sobre o balanço energético, sendo considerados os principais fatores, passíveis de modificação, determinantes da obesidade (SARTORELLI RB, et al., 2003)

Um estudo com 225 pacientes diabéticos tipo 1 e 2, onde ele concluiu que os pacientes tipo 2 mostraram menor aderência às atividades físicas, por vários motivos (DUARTE CK, et al., 2015).

Nesse estudo, os pacientes tipo 2 também demonstraram menor frequência para realização de exercícios físicos. É importante o fim do sedentarismo para evitar doenças crônicas afirmando que o autocuidado se mostra fundamental até mesmo antes da doença “aparecer”, pois há vários fatores que podem ser prevenidos e que contribuem para seu desenvolvimento como, por exemplo, o sedentarismo, estresse, obesidade e alimentação não saudável (SILVA JÁ, et al., 2018).

Ambos os grupos evoluíram na monitorização da glicemia, tendo como destaque o grupo DM1, onde teve significância estatística comprovada, que já apresentava boa prática desse item. A SBD (2017) traz a informação de que pacientes com DM2 fazem esquemas menos complexos de insulina e em sua maioria das vezes aferem menos a glicemia. Pacientes com DM2 que fazem uso de medicamentos orais parecem realizar menos aferições

ainda. (4,1-4,3). Os resultados estão ilustrados na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização da população segundo as variáveis autocuidado em Diabetes (Michaels). Análise antes e depois das orientações preventivas multiprofissionais. Variáveis Autocuidado - antes e após grupos.

	Antes		Após		
Diabetes mellitus 1	Média	D.P	Média	D.P	P
Aspectos Positivos Alimentação	4,5	1,8	4,7	1,5	0,343 ¹
Aspectos Negativos Alimentação	4,0	1,4	4,1	1,6	0,861 ¹
Aspectos Positivos Atividade Física	4,4	1,8	4,3	1,8	0,446 ¹
Monitorização Glicemia	5,1	1,1	6,7	0,8	0,048 ¹
Cuidado com os pés	4,6	2,5	4,9	2,2	0,709 ¹
Aspectos Positivos Medicação	5,1	1,4	5,5	1,4	0,336 ¹
Aspectos Positivos Gerais	5,1	1,0	5,4	0,9	0,430 ¹
Diabetes mellitus 2					
Aspectos Positivos Alimentação	4,3	2,1	4,6	1,3	0,727 ²
Aspectos Negativos Alimentação	4,0	1,8	2,9	1,9	0,041 ¹
Aspectos Positivos Atividade Física	2,8	1,8	3,4	2,9	0,323 ²
Monitorização Glicemia	4,1	2,9	4,3	2,7	0,087 ²
Cuidado com os pés	3,9	2,5	5,8	2,1	0,039 ²
Aspectos Positivos Medicação	5,4	1,8	5,4	1,7	0,655 ²
Aspectos Positivos Gerais	4,3	1,5	4,6	1,3	0,111 ¹

Legenda: 1 teste t de Student para dados emparelhados. 2 teste de Wilcoxon pareado.

Fonte: Ferreira DL, et al., 2018.

Os dois grupos pesquisados apresentaram melhora no conhecimento acerca do Diabetes. (DM1 = 60 - 71,1) e (DM2= 51 - 59,2), ilustrados nos gráficos 1 e 2. O primeiro grupo obteve melhores resultados, provavelmente pelo fato dos pais e/ou acompanhantes orientarem as crianças e adolescentes a análise adequada das questões. Os pais não respondiam as questões para os filhos, mas auxiliavam os pesquisadores a deixarem claro a interpretação das perguntas, conforme mostra a Tabela 3.

Conforme o estudo foi desenvolvido, foi aplicado um questionário, do qual podemos evidenciar de forma resumida os seguintes assuntos discutidos: na diabetes sem controle, o nível de açúcar no sangue é alto. Denomina-se hiperglicemia tal fato e pode ser causada pela falta de insulina. Já a segunda questão trouxe afirmações, sendo apenas uma correta. Algumas alegações menosprezam ou distorcem a importância do controle da diabetes ao focar apenas no livramento do coma ou o suposto benefício em ter pouca quantidade de açúcar na urina, evitando a hipoglicemia. Dentre elas, a única resposta correta seria que o controle mal feito da diabetes pode resultar numa chance maior de complicações nas fases seguintes de vida do sujeito.

Na próxima questão, abordou-se a faixa de variação normal da glicose no sangue (uma pessoa que não é diabética), que em jejum, deve diversificar entre 70mg/dL e 110mg/dL. Além dessa medida, similarmente foi identificado qual o conhecimento dos participantes

sobre a unidade de peso, quilo, equivalente a mil gramas. Dessa forma, a noção sobre a composição dos alimentos também foi citada, sendo a manteiga constituída de gorduras do leite e o arroz de carboidratos, principalmente o arroz que não é integral (polido). Ainda no quesito alimentação, confirmou-se que agrião e alface são dois alimentos que os diabéticos podem comer o quanto desejarem. Duas substituições corretas foram expostas como exemplo para uma alimentação mais diversificada, sem deixar de ser saudável para o sujeito diabético. A primeira é substituir o pão francês por quatro biscoitos de água e sal, e a segunda é que um ovo é igual a uma porção de carne moída. Similarmente, para o café da manhã é permitido que se substitua o pão francês por quatro biscoitos de água e sal ou dois pães de queijo médios.

Sobre as complicações na diabetes, algumas são citadas como a presença de cetonas na urina, que é mau sinal, ou seja, o corpo está utilizando gordura para ter energia ao invés de usar glicose, ao ter como um dos possíveis motivos a insuficiência de insulina. Conhece-se muitos distúrbios e sintomas relacionados à diabetes como o pé diabético, a retinopatia, as lesões nos rins e que a hipoglicemia é causada por excesso de insulina. No entanto, uma complicação geralmente não associada à doença são as alterações nos pulmões.

Finalmente, como forma de empoderamento do diabético sobre sua condição e também do cuidador ou da pessoa próxima a ele, situações problema hipotéticas foram apresentadas e a melhor conduta foi a resposta das questões. A primeira se refere à pessoa que está tomando insulina, mas apresenta taxa alta de açúcar no sangue ou urina, assim como a presença de cetonas. O sujeito deve manter a mesma quantidade de insulina e dieta e fazer exame de sangue e urina. A segunda suposição é de que se uma pessoa diabética está tomando insulina e adoece ou não consegue comer a dieta receitada, deve-se usar hipoglicemiante oral para diabetes ao invés da insulina. Outra precaução versa sobre o início da hipoglicemia, momento em que é preciso que o sujeito coma ou beba algo doce imediatamente.

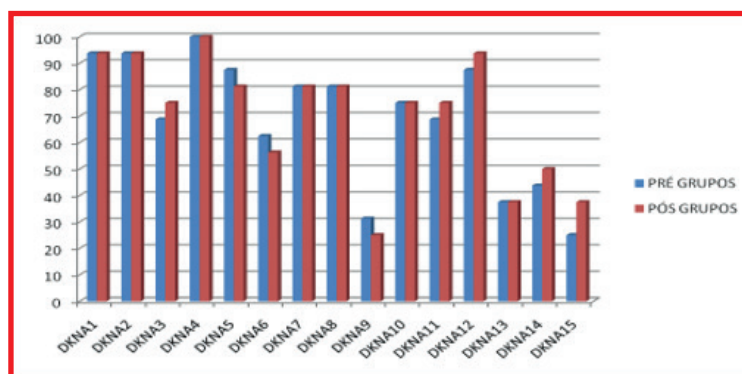
Tabela 3. Caracterização da amostra segundo os níveis de erros e acertos sobre conhecimento do Diabetes (dkn questionnaire). Análise antes e depois das orientações preventivas multiprofissionais. Níveis de erros e acertos DKN

Grupo		Média	D.P	Média	D.P	P
Acertos DM1	60		19,33	71,1	17,4	0,044 ¹
Acertos DM 2	51		19,51	59,6	18,3	0,007 ¹
FV	SQ	gl	MQ	F	P	F crítico
Entre grupos	476,5633	2	236,282	16,18292	0,003299 ²	9,552094
Dentro dos grupos	107,125	3	35,70833			
Total	583,6883	5				

Legenda: ¹ teste t de Student para dados emparelhados. ² ANOVA – F. Único.

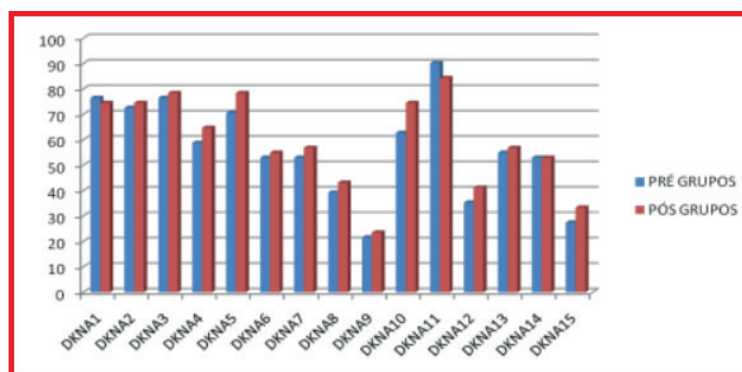
Fonte: Ferreira DL, et al., 2018.

Gráfico 1. Percentual (%) de acertos – grupo DM1.



Fonte: Ferreira DL, et al., 2018.

Gráfico 2. Percentual (%) de acertos – grupo DM 2.



Fonte: Ferreira DL, et al., 2018.

Estudos sugerem que o tempo da doença e a escolaridade refletem diretamente no conhecimento do paciente perante a doença. As atividades educativas realizadas no estudo de Oliveira (2011), foram organizadas através de atividades lúdicas e pedagógicas direcionadas ao tipo de público específico e, quando necessária, constituído por um conjunto de metodologias voltadas para a fisiopatologia da doença. A educação em saúde é fundamental para elevar o conhecimento do paciente e melhorar sua adesão ao tratamento, inclusive em comunidades com diferentes características socioeconômicas e culturais (OLIVEIRA KCS, et al., 2011).

Quanto à glicemia capilar pós-prandial, Lopes, (2018) realizou um estudo com características semelhantes a esse, a maioria entrevistados estavam com glicemia alterada e poucos indivíduos com valores normais. Obteve-se uma diminuição considerável da glicemia pós-prandial (258,9-214,2) e discreto aumento da glicemia de jejum no grupo DM1 (195,2-205,2).

Quanto ao colesterol total e frações, houve queda de LDL significativa no grupo DM2 (DM2 = 107,5 – 86,6) com redução de triglicérides. O peso corporal praticamente se manteve, ou diminuiu, em ambos os grupos.

As pressões arteriais sistólicas e diastólicas mantiveram-se dentro dos parâmetros normais, com ambos os grupos apresentando ligeira queda da pressão sistólica e ligeiro aumento na diastólica. Os outros parâmetros clínicos (TGO, TGP, Gama GT e Ácido Úrico) melhoraram ou se mantiveram próximos aos índices anteriores, evitando a piora no controle do Diabetes como mostra a Tabela 4.

Tabela 4. Comparação das médias do exame clínico antes e depois da realização das orientações preventivas multiprofissionais. Parâmetros Clínicos Laboratoriais

	Antes		Após		P
	Média	D. padrão	Média	D. padrão	
Diabetes mellitus 1					
Glicemia de Jejum	195,2	66,7	205,2	71,8	0,487 ¹
Glicemia pós prandial	258,9	64,3	214,2	77,5	0,033 ¹
Hba1c	10,3	3,9	9,6	2,2	0,776 ²
Colesterol total	153,9	18,7	170,1	15,9	0,569 ¹
Hdl	49,2	5,6	66,6	9,7	0,347 ¹
Ldl	94,3	17,3	89,5	15,3	0,573 ¹
Triglicérides	77,8	19,5	59,6	18,6	0,047 ¹
Peso	43,8	18,1	47,6	16,7	0,128 ¹
Pressão sistólica	124,0	8,9	123,5	7,7	0,564 ²
Pressão diastólica	73,0	4,2	81,0	7,2	0,414 ²
Diabetes mellitus 2					
Glicemia de Jejum	187,4	65,2	176,3	74,3	0,658 ²
Glicemia pós prandial	226,4	110,9	234,5	135,8	0,572 ²
Hba1c	8,8	2,2	8,6	2,4	0,793 ¹
Colesterol total	176,2	45,8	163,3	37,7	0,107 ¹
Hdl	48,1	20,7	50,1	15,6	0,422 ¹
Ldl	107,5	37,8	76,6	36,4	0,041 ²
Triglicérides	154,8	67,6	153,3	97,2	0,882 ¹
Peso	74,1	16,3	74,3	16	0,363 ¹
Pressão sistólica	131,5	21,8	128,75	20,6	0,550 ²
Pressão diastólica	80,3	11,4	81,4	11,8	0,267 ¹

Legenda: ¹ teste t de Student para dados emparelhados. ² teste de Wilcoxon pareado.

Fonte: Ferreira DL, et al., 2018.

A educação em saúde é fundamental para pessoas acometidas por doenças crônicas, considerando o autocuidado, mudança dos hábitos e melhoria da qualidade de vida. A ideia central do grupo operativo é uma abordagem para o usuário, com o objetivo na promoção de sua autonomia, além de oferecer espaço e diálogo para troca suas experiências, condições de vida, saúde e doença (LEMO CA, et al., 2016).

Para os estudos em Patologia do DM, contribui para o reforço da importância do tratamento não medicamentoso, orientação preventiva e autocuidado. Como limitação do estudo, percebeu-se a falta de um espaço físico adequado para a atividade de realização da “Sala de Espera”, aproveitando o tempo dos pacientes até serem atendidos em suas consultas. Tanto as crianças, quanto os adultos responderam positivamente após as intervenções.

Novos estudos são necessários para reforçar ainda mais essa hipótese.

CONCLUSÃO

O estudo concluiu que a orientação preventiva multiprofissional em Diabetes traz resultados positivos para o paciente diabético, tanto do tipo 1 quanto do tipo 2. Contribui para a melhora dos parâmetros clínicos, devido ao fato de incentivar os hábitos corretos. Traz o aumento do conhecimento do diabético, inclusive melhorando a prática do autocuidado. Para os estudos em Patologia do DM, contribui para o reforço da importância do tratamento não medicamentoso, orientação preventiva e autocuidado. Como limitação do estudo, percebeu-se a falta de um espaço físico adequado para a atividade de realização da “Sala de Espera”, aproveitando o tempo dos pacientes até serem atendidos em suas consultas. Tanto as crianças, quanto os adultos responderam positivamente após as intervenções. Novos estudos são necessários para reforçar ainda mais essa hipótese.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2017; 40(Suppl 1): S1-131.

BAQUEDANO IR, et al. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2010; 18(6): 1195-1202.

BARBOZA SM. Influência da qualidade de vida no controle glicêmico de pacientes com Diabetes mellitus tipo 2. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2012; p. 66-7.

BOSCO A, et al. Retinopatia diabética. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia. 2005; 49(2): 217-27.

CARVALHO FPB, et al. Prevalência de doença arterial coronariana em pacientes diabéticos. Revista de Enfermagem UFPE online. 2016; 10(2): 750-5.

CAROLINO ID, et al. Fatores de risco em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2008; 16(2): 1-7.

COSTA JR, et al. Desfechos clínicos tardios de pacientes diabéticos tratados com stents farmacológicos eluidores de sirolimus ou everolimus: uma análise do registro DESIRE. Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva. 2011; 23(1): 17-21.

CORRÊA FH, et al. Avaliação da secreção e resistência insulínica em indivíduos com diferentes graus de tolerância à glicose - do metabolismo normal ao diabetes mellitus. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia. 2007; 51(9): 1498-505.

D'AGOSTINO RB, et al. General cardiovascular risk profile for use in primarycare: the Framingham Heart Study. Circulation. 2008; 117(6): 743-53.

DAVIDSON J, BERGENSTAL, RM. Glucose pattern management teaches glycemiarelated problem-solving skills in a diabetes self-management education program. *Diabetes Spectrum*. 2013; 26: 91-7.

DUARTE CK, et al. Nível de atividade física e exercício físico em pacientes com diabetes mellitus. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2012; 58(2): 215-21.

EVANGELISTA VC, et al. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2016; 69(6): 1099-107.

FRONTERA WR, et al. Exercício físico e reabilitação. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001; 420p.

GOMES MB. Glitazonas e síndrome metabólica: mecanismos de ação, fisiopatologia e indicações terapêuticas. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. 2006; 50(2): 271-80.

GROSS JL, et al. Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*. 2002; 46: 16-26.

KITABACHI A, et al. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32(7): 1335-43.

KLAFKE A, et al. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2014; 23(3): 455-62.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Atlas. 7th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2015; 142p.

ISER B, et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015; 24(2): 305-14.

SANTOMAURO JÚNIOR AC, et al. Metformina e AMPK: um antigo fármaco e uma nova enzima no contexto da síndrome metabólica. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. 2008; 52(1): 120-5.

PORTH CM. Fisiopatologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010; 2v.

POVOA T, et al. Treinamento aeróbio e resistido, qualidade de vida e capacidade funcional de hipertensas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2014; 20(1): 36-41.

LANDIM CA. A competência de pessoas com diabetes mellitus para o autocuidado em um programa educativo multiprofissional. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009; 152p.

LERARIO AC, et al. Algorithm for the treatment of type 2 diabetes: a position statement of Brazilian Diabetes Society. *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2010; 2:35.

LYRA RA, et al. Diabetes melito: classificação e diagnóstico. In: VILAR L, editor. *Endocrinologia clínica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016; p. 641-56.

LOPES LV. Programa educativo para o autocuidado de pessoas com Diabetes mellitus: subsídio para o cuidado clínico de enfermagem. 2015. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015; 114p.

LOTTENBERG AS, et al. Manual de Diabetes Mellitus. Liga de Controle de Diabetes Mellitus do

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina-USP. São Paulo: Atheneu, 2010; 326p.

MICHELS MJ, et al. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia. 2010; 54(7): 644-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013; 160p. (Cadernos da Atenção Básica; 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006; 58p. (Cadernos de Atenção Básica; 14).

MULCAHY K, et al. Diabetes self-management education core outcomes measures. Diabetes Educator. 2003; 29(5): 768-70.

OLIVEIRA K, et al. Conhecimento e atitudes de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011; 45(4): 862-8.

PERES HS, et al. Lifestyle of patients with diabetes mellitus type 1: a systematic review. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(4): 1197-206.

PREIS S, et al. Trends in all-cause and cardiovascular disease mortality among women and men with and without diabetes mellitus in the Framingham Heart Study, 1950 to 2005. 2009; 119(13): 1728-35.

QUERES JFN. Evaluation of knowledge and attitudes and their relation to Diabetes mellitus control parameters. Journal of Health Connections. 2018; 2(1): 21-9.

RADIGONDA R, et al. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2016; 25(1): 115-26.

ROCHA KS. Diabetes mellitus: o conhecimento dos pacientes acerca do autocuidado. Revista interdisciplinar. 2015; 8(1): 98-106.

BARREIRO-RIBEIRO F, et al. Hypertriglyceridemic waist phenotype indicates insulin resistance in adolescents according to the Clamp Technique in the BRAMS study. Child Obesity. 2016; 12(6): 446-54.

CAMPOS FCC, FARIA HP. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2010; 118p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014; 382p.

FERREIRA, D. L.; ROJAS FONSECA, E. C.; ROSA LUCAS, A. L.; FERREIRA SILVA, A. C.; SANTIAGO LENCI, S.; FERREIRA SILVA, S. G.; DE ALMEIDA JÚNIOR, F. J.; RODRIGUES DOS SANTOS, F. H.; REZENDE, I. DE P.; JARDIM, J. DA C.; LEAL VEIGA GONÇALVES, R. G.; RODRIGUES DE RESENDE, E. A. M. O efeito da orientação preventiva multiprofissional em pacientes com diabetes mellitus. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 45, p. e2381, 2 abr. 2020. Artigo original.

“

O papel do psicólogo e a dimensão ético-política do sofrimento e do cuidado em saúde: contribuições heideggerianas

Cleison Guimarães **Pimentel**

UFAM/UNIFEG/UCAM

RESUMO

As estruturas de atenção em saúde pública/coletiva que vêm sendo praticadas a partir das propostas da Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil abriam espaço para novas compreensões acerca dos processos de saúde/doença, impactando o enfoque do sofrimento no plano teórico-assistencial-clínico, bem como os modelos de atenção e cuidado à saúde. Esta investigação possui três objetivos: 1) refletir sobre alguns impasses que surgem como desafios à construção da dimensão ético-político do sofrimento e do cuidado na Saúde Coletiva, em especial a saúde mental, tendo como eixo norteador o papel do psicólogo nesse campo de atuação; 2) analisar o trabalho do profissional de psicologia que atua no CAPS e quais lógicas de cuidado à saúde orientam o seu trabalho; e 3) bem como propor uma concepção de cuidado à saúde considerando uma perspectiva pautada na filosofia fenomenológica-hermenêutica de Martin Heidegger. Foi adotado como método a revisão de literatura para abarcar esse problemática e como resultados foi percebida a existência de duas lógicas que conduzem o trabalho em cuidados à saúde, a lógica tradicional e a lógica da reforma psiquiátrica e que em muitos momentos os profissionais de psicologia se orientam por ambas e junto disso foi apontando que a adoção do conceito de cuidado como fenômeno originário da existência presente na perspectiva de Martin Heidegger pode auxiliar no processo de rearticulação da lógica da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: Dimensão ético-política; Sofrimento e cuidado; Saúde coletiva; Psicologia; Fenomenologia-hermenêutica.

INTRODUÇÃO

Com o transcorrer dos anos foram criadas distintas configurações de se compreender o que seria a doença e o processo de cura ou cuidado adequados, tanto na dimensão biológica e psíquica. Entretanto, boa parte desses tratamentos foram sendo organizados de um modo que aquele que padece de algum sofrimento mental acabaria por ser internado. Esse modelo foi sendo criticado por outros autores que apontavam que o mesmo inviabiliza a permanência na vida social e por decorrência uma alienação do sujeito.

Através de um processo de desconstrução dessa ideologia vigente na época, autores como Pinel e Basaglia abriram o espaço para a possibilidade repensar o cuidado e tratamento ao sofrimento psíquico que não estive mais centrado no modelo de internação hospitalar que isolava o sujeito, mas em um modelo que viabilizasse um trabalho comunitário e de resgates dos vínculos desse indivíduo com o seu contexto (TENÓRIO, 2001).

Com base nisso, podemos destacar o nascimento do processo da Reforma Sanitária e Psiquiátrica como sendo parte desse processo de mudança do modelo de tratamento a saúde mental. A Reforma ao denunciar maus-tratos, abandonos, além de desvios e fraudes nas verbas dos hospitais, que sofriam os pacientes e através da luta antimanicomial, respondendo às demandas sociais, políticas, clínicas através da recuperação da cidadania de pessoas que sofrem psiquicamente e a defesa ao direito a convivência social, todo esse processo ocorre através da reformulação de políticas públicas de saúde mental (ANTUNES; BOTELHO; COSTA, 2013).

O marco fundamental da Reforma foi a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, esse encontro teve um papel importantíssimo em todo o movimento produzido pela crítica ao modelo hospitalocêntrico e proporcionou as bases da Reforma Sanitária e Psiquiátrica através de um entendimento ampliado de saúde, compreendida através de um ponto de vista que considera a saúde como direito de cidadania e dever do Estado (DIMENSTEIN, 1998).

Com base nessas questões, a VIII Conferência Nacional em Saúde apontou a importante necessidade de reformular a formação de profissionais em saúde baseada em uma nova lógica. É nesse novo contexto social que profissionais de psicologia passam a atuar na rede pública de saúde, sendo implantados no setor de atenção à saúde mental. Desde o nascimento da Psicologia como profissão, a prática psicológica estava pautada principalmente para a atuação na clínica privada, e em alguns momentos na escola e na indústria, mas em ambos os casos vemos a profissão alienada ao processo histórico e político do país. Com isso, a partir do papel transformador da Reforma Psiquiátrica, uma nova problemática se impõe à Psicologia, advinda da inserção dos psicólogos na rede pública de saúde (VASCONCELOS, 2004).

Nesse sentido, o profissional psicólogo no contexto social e político brasileiro sendo inserido na rede pública depara-se com reflexões sobre sua prática que até então era voltada para outros campos, e em decorrência desse processo os psicólogos que adentravam na rede pública se mostraram totalmente despreparados para os novos desafios e serviços que encontraram: grupos sociais das classes populares (VASCONCELOS, 2004).

Com isso, a atuação do psicólogo na Saúde Mental Pública vem atravessando um percurso de transformação, antes ancorado nos saberes e fazeres da clínica psicológica tradicional sem uma imperiosa contextualização e hoje um contínuo e necessário desenvolvimento de um redirecionamento da prática psicológica propondo a urgência de uma atuação atravessada por uma série de questionamentos político-sociais e comprometida com a dimensão ético-política da profissão, bem como a dimensão ético-política do sofrimento e do cuidado.

O crescente envolvimento e atuação de psicólogos dentro dos serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos ou qualquer outro serviço vinculado à assistência em Saúde Pública, vem proporcionando certos desafios e angústia para os psicólogos compromissados com uma outra postura, outra forma de conceber as relações sociais, o homem e a vida (ANDRADE; MORATO, 2004).

Toda a discussão exposta até aqui concorda com a proposta de uma “clínica ampliada”, que reformula a noção de doença mental oriundo da clínica tradicional e propõe olhar para a dimensão ético-política do sofrimento e do cuidado enquanto uma nova lógica profissional, um olhar que privilegia um voltar-se para a experiência da pessoa enferma em sua totalidade, valorizando tanto as condições objetivas de vida, como as subjetivas, econômicas e sócio-políticas (TENÓRIO, 2001).

Com isso, propomos nesse trabalho uma discussão sobre três aspectos: 1) com o processo da Reforma Psiquiátrica a dimensão ético-político do sofrimento e do cuidado vem sendo transformada em contraposição a lógica tradicional; 2) com base nisso, é possível olhar através da atuação do psicólogo, no campo da Saúde Coletiva na área mental e observar como essas lógicas ainda podem estar presentes na orientação do trabalho do mesmo; e 3) partir disso trazer uma reflexão da noção de cuidado em saúde com base na filosofia fenomenológico-hermenêutica de Martin Heidegger, que acreditamos que essa noção pode proporcionar uma continua rearticulação da lógica da reforma psiquiátrica. Acreditamos que esse trabalho pode oferecer um novo tijolo nesse caminho de reforma e ampliação dos novos modos de fazer saúde na contemporaneidade.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão bibliográfica de caráter descritivo (MANCINI & SAMPAIO,

2006) sobre os objetos de estudo desse trabalho em revistas acadêmicas científicas disponíveis on-line onde utilizou-se materiais disponíveis no portal do Ministério da Saúde e trabalhos publicados na plataforma Scielo, utilizando os determinados descritores: “CAPS”, “atuação do psicólogo e atividades que desenvolvem nos serviços de saúde mental”, “abordagens utilizadas pelos psicólogos nos CAPS”, “dimensão ético-política do cuidado”, “dimensão ético-político do sofrimento”, “filosofia heideggeriana” e “cuidado em Heidegger”. Os artigos selecionados foram publicados nos períodos de 2000 a 2018 e são escritos em língua portuguesa. Para excluir os trabalhos necessários foi realizada uma leitura prévia dos resumos dos mesmos e partir daí foram sendo escolhidos de acordo com os descritores. Além disso, foram selecionados um material do Ministério da Saúde e o trabalho Ser e Tempo (1927/2012) de autoria de Martin Heidegger. Os trabalhos foram organizados nas seguintes categorias: 1) Reforma Psiquiátrica como possibilidade de uma nova lógica; 2) O processo de humanização dos serviços de saúde: acolhimento, responsabilização e vínculo; 3) Dos dispositivos em saúde mental à escuta qualificada/ampliada: o sujeito como ser existencial; 4) A dimensão ético-político do sofrimento e do cuidado; 5) O papel do psicólogo na saúde coletiva: novas ações clínicas; 6) O papel do psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial; e 7) Uma proposta da noção de cuidado em saúde na perspectiva fenomenológica-hermenêutica de Martin Heidegger. Os artigos foram organizados na tabela abaixo para melhor visualização:

Título da publicação	Autores	Revista/Editora	Base/Periódico	Ano de publicação
A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica a psicodinâmica do trabalho.	BRANT L.C., MINAYO-GOMES C.	Ciência e Saúde Coletiva	Scielo	2004
Saúde Mental.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde	2013
Ressignificando a Prática Psicológica: o Olhar da Equipe Multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial.	CANTELE, Juliana; ARPINI, Dorian Monica.	Psicologia, Ciência e profissão	Scielo	2017
Psicologia e saúde pública: interlocuções acerca das práticas nos centros de atenção psicossocial – CAPS.	CAVALCANTE, K.B.	Ciência e saúde coletiva	Scielo	2011
A Escuta da Diferença na Emergência Psiquiátrica.	CORBISIER, C.	Ciência e saúde coletiva	Scielo	2010
Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro.	FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi; MATSUKURA, Thelma Simões; LOURENCO, Mariana Santos De Giorgio.	Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional	Scielo	2018
A clínica da aflição e os ajustamentos ético-políticos.	GRANZOTTO, M. J. M.; GRANZOTTO, R. L.	Rev. de Terapia Gestalt de la Asociación Española de Terapia Gestalt	Scielo	2012
Ser e Tempo	HEIDEGGER, M.	Ed. Vozes	Ed. Vozes	1927/2012

Atuação psicológica e dispositivos grupais nos centros de atenção psicossocial.	JUCÁ, V. J. S. MEDRADO, A. C. SAFIRA, L. GOMES, L. P. M. NASCIMENTO, V.G.	Revista Mental	Scielo	2010
A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade.	PASSOS, E.; BARROS, R. B.	Psicologia: teoria e pesquisa	Scielo	2000
Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução?	SALES, A.L.L.F. DIMENSTEIN, M.	Psicologia em estudo	Scielo	2009
A família e o cuidado em saúde mental.	SANTIN, G.; KLAFKE, T. E.	Barbaroi	Scielo	2011
Contratualidade e Reabilitação Psicossocial.	TIKANORI, R. K.	Ciência e saúde coletiva	Scielo	2001
Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.	VASCONCELOS, E. M.	Ciência e saúde coletiva	Scielo	2010

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Reforma Psiquiátrica como possibilidade de uma nova lógica

Através dos avanços das Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, muitas mudanças vêm ocorrendo no setor público de saúde. Certamente a maior conquista ocorre no campo da saúde mental, onde o processo de desinstitucionalização do portador de sofrimento psíquico está ocorrendo através da gradual implementação de serviços de saúde em meio aberto e numa perspectiva comunitária, com isso alguns dispositivos estão sendo implantados que visem esse objetivo, tais como: os CAPS, os Hospitais-dia e os Residenciais Terapêuticos. A partir dessa reformulação gradual, os sujeitos que antes viviam enclausurados e isolados nos hospitais psiquiátricos, agora podem contar com um tratamento mais próximo de seus familiares e da comunidade onde vivem.

Mas, antes de darmos prosseguimento sobre a discussão que se propõe esse trabalho, é importante refletir os caminhos da história da Saúde Mental até a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil.

Nesse sentido, o modelo manicomial configurava-se em uma base hospitalocêntrica que olhava os sujeitos institucionalizados através da ideia dos "doentes mentais". Esse modelo foi construído por discursos médicos que adotavam como prática de tratamento dos pacientes o eletrochoque, a convulsoterapia e etc. Segundo Foucault (1978), o discurso médico denominava a loucura como anormalidade e desrazão. Com isso, foram criados hospitais psiquiátricos para oferecer tratamento aos sujeitos acometidos pela doença mental. Essa perspectiva de trabalho visava uma forma de proteção à sociedade, uma vez que a ideia do "louco" era percebida como ameaça a normalidade social. O discurso da loucura enquanto anormalidade e o sistema manicomial como local de tratamento permaneceram por quase dois séculos.

A partir do século XX diversas manifestações de críticos passaram a questionar o sistema manicomial e o tratamento destinado aos doentes mentais. O discurso médico foi o maior alvo dessas críticas, principalmente por produzir uma exclusão do sujeito. Segundo Vasconcelos (2010) era necessária uma revisão dos paradigmas dos discursos das ciências da saúde que reduziam e aprisionavam a loucura como objeto de um saber exclusivamente médico e a superação das formas assistenciais em saúde que produzem segregação e que desrespeito a cidadania desse que sofre psiquicamente.

Com isso, surgiram diversos movimentos a favor da reforma psiquiátrica, que queriam buscavam novas formas de tratamento ao sofrimento mental, visando um resgate do cidadão que sofre psiquicamente. A partir desses movimentos, novos discursos e novas práticas passaram a sustentar a relação da loucura com a sociedade. A Reforma Psiquiátrica tem como objetivo a renovação dos cuidados prestados em saúde mental.

Para isso, Vasconcelos (2010) irá apontar que a reforma psiquiátrica busca transformar o paradigma de saber da saúde mental e a assistência prestada nessa área. O sistema manicomial produziu efeitos antiterapêuticos, e com isso foram adotadas novas estratégias, como serviços comunitários que atendem às demandas psicológicas e sociais do usuário em crise.

Nesse sentido, a atual Política de Saúde Mental brasileira é o resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2013).

Ainda por volta da década de 1980, através de experiências municipais foram iniciadas a desinstitucionalização de moradores de manicômios e visando a criação de serviços de atenção psicossocial para realizar a (re)inserção de usuários em seus territórios existenciais. Concomitantemente, foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado. Nesse sentido, a atenção as pessoas que sofrem psiquicamente passam a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas e serviços públicos (BRASIL, 2013).

Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216 que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os princípios do movimento iniciado na década de 1980 tornam-se uma política de estado.

Na década de 2000, amplia-se fortemente a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde, visando também a saúde mental, a partir da criação de equipamentos substitutivos ao modelo manicomial: Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais e as Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2013).

O processo de Reforma Psiquiátrica tem produzido avanços, porém ainda existem limitações no processo de enfrentamento aos obstáculos diante da desconstrução do modelo manicomial. Mas, as principais mudanças geradas pela implantação dos novos serviços de atenção à saúde mental estão relacionadas com a cidadania dos usuários, a valorização da inserção dos familiares no tratamento e o processo de desmistificação da loucura junto à comunidade (VASCONCELOS, 2010).

Dentro desse contexto apontado acima, grandes modificações são necessárias e visadas pelas políticas de saúde: a busca pela participação dos familiares no tratamento em conjunto com a equipe de saúde que acompanham o usuário desses serviços de saúde mental.

A nova lógica de atenção à saúde mental requer compreender o sujeito como um todo, como um ser que sofre, que enfrenta momentos desestabilizadores, como separação, luto, perda de emprego, carência afetiva, entre outros problemas cotidianos que podem levá-lo a procurar ajuda. Dessa forma, este modelo deve prestar uma atenção à saúde voltada à integração social do sujeito, procurando mantê-lo em seu contexto familiar e comunitário. Com isso, família e comunidade servem como suporte fundamental para que o sujeito crie vínculos comunitários e familiares, produzindo novos modos de viver em sociedade revertendo o modelo manicomial (SANTIN; KLAFKE, 2011).

O processo de humanização dos serviços de saúde: acolhimento, responsabilização e vínculo

Quando abordamos a noção de humanização em saúde é importante caracterizar esse processo por meio de alguns pressupostos caros a nova lógica em saúde coletiva, o primeiro deles é ideia de acolhimento presente nas práticas clínicas em saúde mental através de um processo “intercessor”, ou seja, um conceito-ferramenta capaz de repensar e criticar as antigas propostas de humanização em saúde e propondo novos territórios de atuação (DELEUZE, 2000; PASSOS & BARROS, 2000).

Nesse sentido, a ação de acolher pode propor novos processos relacionais em saúde rompendo com a antiga lógica e criando espaços que se abrem para o humano presente naquele que sofre. O acolhimento pode ser traduzido como sendo um olhar orientado ao sujeito integral que chega ao serviço desde na sala-de-espera ao atendimento propriamente dito.

Como afirma Boff (2002) a importância do acolhimento é de um encontro concreto entre um rosto e um olhar que supera a indiferença cotidiana, onde a alteridade presente no outro me reposiciona sobre como estar frente a ele, a alteridade me provoca e convoca, buscando

uma resposta. Nesse sentido, estar frente a alteridade é lidar com o peso dessa presença e por isso o trabalho em saúde precisa ser pautada numa perspectiva ética. Estar frente a alteridade do outro é lidar com a responsabilidade de encontrar esse outro e possibilitar que o mesmo encontre morada na relação construída entre nós dois. Por isso relações éticas e acolhedoras não permitem espaços de dominação e alienação .

Com base no que foi exposto até aqui, um trabalho em saúde pautada numa perspectiva ética e acolhedora abre o espaço para pensar as noções de responsabilidade e vínculo. É importante considerar que acolher é dar impulso ao espaço da vinculação do sujeito em sofrimento psíquico ao serviço de saúde e assim a produção de responsabilidade.

Quando assumimos o papel da responsabilidade nas práticas de saúde estamos indicando a necessidade de uma ação responsável pensada numa territorialização das demandas presentes naquele espaço social e que convoca uma postura ativa da equipe de saúde frente a essas questões. É importante considerar que as demandas de sofrimento psíquico nunca são apenas individuais, mas estão vinculadas a questões sociais e coletivas. Nesse sentido, os serviços de atenção à saúde mental precisam desenvolver uma atenção psicossocial as redes sociais e territoriais que os sujeitos atendidos transitam sabendo que todo esse espaço compõe o modo como esse sujeito lida com o existir (FERNANDES et al., 2018).

Nesse sentido, o processo de vinculação, associado as noções de acolhimento e responsabilidade, se constitui como um fluxo constante em direção ao afirmação e estreitamento de um relacionamento assentado nos princípios da confiança e mutualidade. Com base nisso, essas noções criam o espaço de repensar e propor uma nova lógica de entendimento das práticas em saúde para que sejam de fato dirigidas ao cuidado. Assim, é possível pensar no trabalho em saúde como algo construído coletivamente a partir da relação equipe – sujeito – território (FERNANDES et al., 2018).

Considerando que o espaço onde pessoas com sofrimento psíquico se encontra são normalmente estruturadas por diversas fragilidades e vulnerabilidades principalmente frente a rede social que fazem parte. Nesse sentido, o papel da equipe de saúde amparada nessa nova lógica é de acompanhar a pessoa nesse movimento de resgate de suas ligações com a sua rede. Esse objetivo é visado por ser conhecido o papel terapêutico que essas redes podem ter para esse sujeito em aflição (FERNANDES et al., 2018).

Dos dispositivos em saúde mental à escuta qualificada/ampliada: o sujeito como ser existencial

Atualmente, as políticas públicas de saúde mental vem sendo repensadas e construídas considerando o conceito de território, ou seja, o espaço de construções a nível simbólico e de pertencimento existencial do sujeito. Essa consideração deve ser o ponto de apoio

para propor as estratégias dos dispositivos de atenção psicossocial que viabilizem a novos agenciamentos sociais aos sujeitos acompanhados pelo serviço. Esse processo objetiva o desenvolvimento da autonomia dos mesmos.

Essas estratégias devem ser desenvolvidos entre a equipe e o usuário visando de que esse sujeito possa, na medida de suas possibilidades, cuidar de si mesmo. Com isso, essa autonomia deve ser construída gradualmente e constantemente. Esse processo não significa rompimento entre o serviço e o usuário, mas a criação do espaço para que o sujeito não necessite do papel do serviço como elemento orientador de seus agenciamentos. Com isso, podemos dizer que desenvolver autonomia refere-se a capacidade de reordenar a vida constante com base em um contínuo diálogo e interação com as situações diversas e adversas que estão em jogo em nosso existir (TIKANORY, 2001).

Segundo o autor supracitado autonomia não pode ser confundida com autossuficiência ou independência. É importante evidenciar o fato que somos dependentes de todos, somos constituídos por nossas redes, e que somos alguém inacabado, em contínua escrita com a vida. Nesse sentido, a autonomia deve ser vista como sendo a capacidade de alguém conseguir gerar normas, ordenamento para a sua vida de acordo com as diversas situações e adversidades que possa acabar lidando (TIKANORY, 2001).

Com isso, as estratégias dos dispositivos em saúde devem ser pensados visando uma qualificação da escuta com base na humanização, acolhimento, reponsabilidade, vínculo, autonomia e centralizada no sujeito e efetuar uma orientação segura aos outros serviços ou dispositivos da rede de atenção. Uma escuta qualificada é uma atitude ética que objetiva reconhecer esse que sofre em sua totalidade, não se voltando apenas para uma parte do sujeito, mas para a totalidade da existência.

Aqui evidenciamos uma primeira aproximação da filosofia heideggeriana com a nossa discussão por ser importante a conquista de uma escuta que ouça o sujeito em sua integralidade, de sua existência como um todo, de seus modos de estar-aí no mundo, cuidando desse ser-aí (dasein) que se é sofrendo com tudo aquilo que lhe vem de encontro do mundo (HEIDEGGER, 1927/2012).

Nesse sentido, uma escuta qualificada deve ser colocada como “escuta ampliada”, que seja pensada através da noção de recomplexificação da experiência do sofrimento e abertura do espaço para as diferenças serem desveladas. Assim é possível pensar as intervenções em saúde mental de modo mais integral, viabilizando o espaço para que a escuta e a palavra possam ser ditas e ouvidas e nesse processo alcancem o seu fim como instrumento de organizador das narrativas da vida (CORBISIER, 2010).

Este exercício constante de reflexão sobre o dia-a-dia dos dispositivos de atenção psicossocial visa mapear as novas possibilidades de intervenção, reconquistando um novo

espaço em meio ao que há de estabelecido em nossas práticas, para então impulsionar novas maneiras de operar, encontrando novas linhas de ruptura.

A dimensão ético-político do sofrimento e do cuidado

O sofrimento é uma experiência do gênero humano, faz parte da vida de todos nós e nesse sentido é uma experiência que pode ser atravessada pela alteridade, para um outro que é endereçada a uma demanda que solicita algum sentido (BIRMAN, 2003).

O sofrimento cria laços discursivos entre os sujeitos, o que solicita a demanda e aquele que pode ajudar, e possibilita que estes partilhem as compreensões que são atravessadas por essas experiências (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004).

Por ser uma experiência relacional, o sofrimento também carrega o caráter dialógico, sempre sendo atravessado por uma experiência a dois e por isso o sofrimento possui um potencial ético-político que revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social. Nesse sentido, ao conhecermos o sofrimento ético-político, poderemos analisar as formas sutis de espoliação humana por trás da aparência da integração social, e, portanto, compreender a exclusão e a inclusão como as duas faces modernas de velhos e dramáticos problemas, tais como, a desigualdade social, a injustiça e a exploração (SAWAIA, 2009).

Esse componente ético-político presente na vivência do sofrimento é uma habilidade e sensibilidade de estar voltado à dor do outro, principalmente quando esse outro sofre as consequências do modo de produção da lógica da vida capitalista. O sofrimento ético-político nos parece a lente necessária para a busca da melhoria das condições de vida e de saúde da maioria da população, pois, gera a discussão necessária que encaminha de forma positiva o entendimento crítico das situações que geram sofrimento, produz uma relação empática entre os que sofrem, possibilitando relações de que produzam dispositivos para a superação dos sofrimentos (SAWAIA, 2009).

Nesse sentido, percebe-se a necessidade de questionamentos político-sociais que apontam para a necessidade de construção de práticas que atendam a demanda da Saúde Pública, onde a mesma precise ser contextualizada nas problemáticas emergentes das classes menos favorecidas, ou seja, uma atenção a dimensão coletiva do sofrimento aliada a uma preocupação ou cuidado na dimensão ética-política da ação do psicólogo, um redimensionamento da postura profissional. O cuidado ético-político presente na atenção básica a saúde por parte do psicólogo deve estar pautada em uma escuta singular no espaço clínico, evitando-se de todas as formas um enquadramento dentro dos parâmetros médicos curativos, mas considerando todo o campo social onde o paciente esteja participando e tornando possível ajustamentos criativos. Apenas nesse sentido que é possível construir uma clínica compreendida enquanto cuidado (CIMINO; BARRETO, 2013).

O papel do psicólogo na saúde coletiva: novas ações clínicas

Intervir na clínica do sofrimento ético-político é aprender a disponibilizar-se para o encontro, é prover condições para que o sujeito elabore e ressignifique sua experiência de sofrimento social em relação a vida, a saúde. Nesse sentido, no que diz respeito ao psicólogo inserido na atenção a saúde mental, sua função é a de oferecer ao usuário um suporte e inclusão no meio social, principalmente quando todos os demais semelhantes não dispõem de habilidade para suportar e acolher o sofrimento. Com isso, ao intervir no campo da saúde mental, sua atuação será pautada enquanto agente de integração da vida do paciente, visando a ressignificação de identidade social, onde o usuário do sistema público possa perceber-se reconhecido nas suas interações sociais, familiares e comunitárias e possuidor de um valor compartilhado (GRANZOTTO, M. J. M.; GRANZOTTO, R. L., 2012).

Neste sentido, o modelo teórico e prático de intervenção da clínica do sofrimento ético-político oferece ao clínico uma possibilidade sistêmica de cuidado em saúde mental, pois ultrapassa a dicotomia da medicina tradicional curativa, que tem o seu foco apenas na doença, restringindo-se exclusivamente ao biológico, e trabalha em prol de construir uma rede de cuidado significativa com os agentes provedores da saúde mental, tais como uma equipe multiprofissional, a rede de amigos e familiares, apoio matricial e todos os dispositivos da atenção básica a saúde (GRANZOTTO, M. J. M.; GRANZOTTO, R. L., 2012).

A partir do que foi exposto, visando a viabilização dessa outra lógica de fazer saúde e a intervenção seja possível, cabe ao profissional de psicologia primeiramente buscar compreender em sua relação com o paciente adoecido psiquicamente, o modo como este é convocado a participar do campo social, ou seja, como ele se articula na construção dos seus ajustamentos ético-políticos. É a partir desses parâmetros que este diagnóstico social que o psicólogo terá condições de traçar um plano de intervenção mais assertivo para as demandas direcionadas ao paciente. Intervenções que possibilitam a criação de espaços que prezem pelo exercício da cidadania, o acolhimento em todos os seus vínculos sociais, novos ajustamentos, ou seja, uma autonomia possível (GRANZOTTO, M. J. M.; GRANZOTTO, R. L., 2012).

O papel do psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial

Para investigar a atuação do psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial e investigar as lógicas que orientam o seu fazer vamos analisar alguns artigos. O primeiro artigo estudado foi “Atuação psicológica e dispositivos grupais nos centros de atenção psicossocial” dos autores Vladia Jamile dos Santos Jucá, Ana Carolina Medrado, Leonardo Safira, Lorena Pereira Mascarenhas Gomes e Veronica Gomes Nascimento, publicado em 2010,

que apresenta uma pesquisa de caráter exploratório e que analisa as narrativas de cinco psicólogos. Nos CAPS os psicólogos efetuam atendimento individual, mas tem como foco os atendimentos em grupo, realizados através das oficinas e grupos terapêuticos. Os resultados dessa pesquisa indicaram a dificuldade dos profissionais de atuarem seguindo os pressupostos das políticas de saúde mental pelo motivo de não conseguirem adequar o espaço de realização das atividades ao que é solicitado e nesse sentido acabam por praticar clínica tradicional, principalmente de orientação psicodinâmica, desconsiderando o caráter sistêmico das políticas públicas.

Outro trabalho desenvolvido pelos autores André Luis Leite de Figueiredo Sales e Magda Dimenstein em seu artigo intitulado “Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica” publicado em 2009 nos apresenta uma investigação qualitativa, onde foi realizada entrevistas semiestruturadas com dez psicólogos que compõem o quadro técnico de um CAPS. Aqui também nesse trabalho é indicado a dificuldade que os profissionais de psicologia tem em acompanhar as novas lógicas de cuidado à saúde mental, indicando problemas na formação e impeditivos presentes na relação com os usuários do serviço. Em alguns pontos foi apontado que eles seguem a lógica da reforma psiquiátrica no modo como eles encaram as queixas dos usuários buscando ter um olhar mais sistêmico e comunitário das demandas.

O artigo “Psicologia e Saúde Pública: Interloquções acerca das práticas nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS” de 2011 apresentou uma pesquisa com questionário misto com nove psicólogos, com o intento de conhecer o perfil e atuação no CAPS. A autora nos mostra que as modalidades de atendimentos presentes são individuais e as oficinas terapêuticas, tais atividades são realizadas pelos profissionais por serem vistas como aquelas que atendem aos pressupostos das políticas de saúde mental e que nisso sentido estaria presente na nova lógica em cuidados à saúde.

Na pesquisa intitulada “Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução?” foi desenvolvida uma investigação de cunho qualitativo realizada com dez psicólogos da rede CAPS. Os profissionais entrevistados dizem trabalhar sob o viés da psicanálise buscando em conjunto um olhar sistêmico que segundo o entendimento dos profissionais estaria próximo do que preconiza as políticas de saúde mental. Eles descrevem que suas atividades são voltados para os serviços de acolhimento aos usuários, triagens, coordenação de oficinas diversas, grupos operativos e terapêuticos e atendimentos individuais. As atividades não estão focadas apenas nos usuários, mas também em familiares e laços comunitários que são significativos aos usuários.

No estudo “Ressignificando a Prática Psicológica: o Olhar da Equipe Multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial” foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratório,

com entrevista narrativa, com a equipe do CAPS. No item centrado com nos profissionais de psicologia foi indicado que eles realizam atividades individuais e grupais com o modelo da clínica tradicional e ampliada, com atividades de acolhimento, grupos e oficinas terapêuticas no serviço. Junto a isso foi discutido que os profissionais vivenciam dificuldades considerando a exigência de uma disponibilidade quase que total por parte do serviço e problemas com as questões políticas.

Com isso, é percebido com base nos artigos a prática clínica e em saúde dos profissionais de psicologia ainda é muito atravessa pela lógica do modelo tradicional e que o processo de orientação da nova lógica, a clínica ampliada, ainda está em processo. O que é apontado é que a ausência de uma teoria mais metodológica que ampare a prática da clínica ampliada geraria as dificuldade dos psicólogos em se inserir na saúde coletiva. Vemos aqui a necessidade do desenvolvimento de trabalhos que olhem para esse campo em desenvolvimento através da necessidade de um desenvolvimento teórico, bem como a construção de instrumentos metodológicos e divulgação de relatos de experiências que deem base para a construção da nova lógica em saúde. Nesse sentido, vamos aqui apresentar uma discussão que acreditamos abrir espaço para esse desenvolvimento através da discussão da noção de cuidado presente na filosofia de Martin Heidegger.

Uma proposta da noção de cuidado em saúde na perspectiva fenomenológica-hermenêutica de Martin Heidegger

A obra de Martin Heidegger surge como uma dessas importantes contribuições para o pensamento humano. O filósofo nos apresenta a proposta radical de reconstruir as noções tradicionais do ser humano. Na obra *Em Ser e Tempo* Heidegger desconstrói o conhecimento metafísico e a ontologia tradicionais em que nossos modos de ver o mundo estão fundamentados e com isso propondo pensar as questões a partir da questão do ser. Com isso, Heidegger objetiva superar a nossa tradição. Nesse sentido, vemos no trabalho heideggeriano um espaço de reconstrução das concepções tradicionais que nos orientam em saúde para assim contribuir na organização de uma nova lógica propondo uma discussão que olhe para o cuidado em saúde considerando os aspectos ontológicos-existenciais.

Nos trabalhos de Heidegger é importante apontar que pensar o cuidado em saúde deve ser visto pela ótica ontológica do cuidado. Nesse sentido, para reconstruir as práticas em saúde é importante considerar o caráter ontológico do cuidado. O cuidado em sentido ontológico aponta para o próprio caráter existencial do homem: ele sempre cuida. Mesmo em situações adversas somos um ser do cuidado. Esse cuidado que estamos falando enquanto estrutura existencial articula a totalidade da existência e a sustenta (HEIDEGGER, 1927/2012).

Com isso, Heidegger denomina o ser humano de ser-aí, ser-no-mundo, um ente lançado em um mundo e que cuida dessa existência lançada faticamente no mundo. Pensar uma ação de cuidado em saúde é considerar que o homem ontologicamente falando antes de cuidar de sua saúde em termos biomédicos ele cuida da sua existência lançada em um mundo fático. Nesse sentido, a existência enquanto cuidado é algo mais originário que apenas práticas de saúde baseadas no cuidado. Olhar para isso é indicar que repensar as práticas de saúde deve ser realizadas via os elementos ontológicos.

Repensar as práticas de cuidado em saúde a partir da ontologia heideggeriana é ir de encontro ao seu filosofar como sendo uma constante interrogação a este respeito dos fundamentos das coisas e como Heidegger (1927/2012) aponta que o próprio ser humano em sua solidão interroga-se sobre si mesmo, colocando-se em questão e refletindo sobre ele mesmo e relação com o mundo que é o seu.

Como exposto acima, o cuidado, segundo Heidegger (1927/2012), é o modo de ser originário e mais completo do ser-aí pois o cuidado constitui o nosso poder-ser, já num mundo junto às coisas. Podemos dizer então que todos os modos de ser do ser-aí são cuidado, ou seja, o ser-aí é cuidado.

Voltando a olhar para o objetivo final desse trabalho: repensar as práticas de cuidado em saúde com base na filosofia heideggeriana e com isso pensar contribuições. É importante evidenciar que vivemos os desafios cotidianos dentro dos dispositivos em saúde e que junto a isso somos recorrentemente empurrados a pensar as estratégias de modo tradicional, ou seja, desconsiderando o sujeito em si com todas relações que o mesmo tem com o seu mundo como ser-aí, que contribuem sobre não refletir sobre o cuidado em saúde.

Como já indicado, para Heidegger (1927/2012) o cuidado é uma estrutura originária que articula todo o nosso existir em relação ao mundo, com isso, não é possível pensar o cuidado como sendo apenas uma teorização sobre as práticas em saúde, bem como também não se pode defini-lo como um pressuposto lógico e conceitual, pois o cuidado em sua condição originária e existencial que constitui quando um de nós indica que devemos considera-lo constante em nosso agir, porque ao agir como profissional de saúde, de modo “positivo” ou “negativo, estou sendo cuidado, estou sendo cuidadoso com os meus modos de ser e com os modos de ser daquele que sofre.

O dasein, o ser-no-mundo é cuidado, como sendo parte constitutiva de nossa condição de indeterminação ontológica e que sendo os seus modos de ser, em suas performances existenciais cuida de si. O cuidado em sentido existencial é um espaço de abertura para possibilidades, como algo que ainda pode ser desvelado.

Pensar o cuidado por meio desses pressupostos ontológicos é uma reordenação de nossos olhares frente as nossas práticas, frente ao outro que sofre. Neste sentido, qualifi-

car o cuidado no sentido existencial se torna um aspecto central para o campo da saúde, sendo assim ilógico e inconcebível continuar executando repetidas vezes certas ações que são "robotizadas", que não considerando o caráter de ser-com que caracteriza o ser-aí bem como o cuidado.

O cuidado em saúde não é possível sem a presença de outro ser-aí. Nesse sentido, a questão do ser-com está implicada na relação que o ser-aí constitui com outro ser-aí. O ser-aí é sempre é ser-com-os-outros.

Ontologicamente falando o ser humano é ser-com, pode estar com outro de diversos modos possíveis. Quando estamos com outro ser-aí estamos naquilo que Heidegger (1927/2012) chama de preocupação, que é um modo de cuidar do outro. Esse modo pode ser expresso em dois: substitutivo e libertador. Na preocupação substitutiva, um ser-aí salta por cima de outro substituindo o mesmo em seu cuidado, enquanto na preocupação libertadora o ser-aí busca libertar um outro em seu próprio modo de ser-no-mundo, devolvendo a ele o seu próprio cuidado.

Estes dois modos da preocupação são importantes para pensar o campo das práticas de saúde. Se relacionar com o outro sob a forma de uma preocupação substitutiva não significa transformá-lo em um objeto, mas não é abrir espaço para que esse outro conquiste, por meio dessa relação, o seu próprio cuidado. Enquanto na preocupação libertadora, o profissional, o ser-aí, que cuida daquele que sofre jamais poderá ser aquele que apenas aplica uma técnica ou conhecimento, ou seja, um saber instrumental absolutizado que não abre o espaço de conquista desse que sofre em relação ao cuidado com o seu existir e junto a isso não viabiliza a abertura de um espaço que possibilite que o profissional procure se apropriar de maneira criativa da instrumentalidade presente nas práticas de saúde para a construção de suas possibilidades existenciais mais próprias, ou seja, ele poderá dizer sim ou não a técnica sem abafar o cuidado que é para si mesmo e para o outro.

O cuidado que liberta aponta para a necessária reflexão sobre a noção de cuidado enquanto dependência, o cuidado em saúde implica amparo, é um deixar que o outro possa, mesmo em suas restrições fácticas, escolher dentre as suas possibilidades que na maioria das vezes se encontram encobertas, cabe ao cuidado poder abrir espaços para que tais possibilidades possam se desvelar e à luz e trazer uma maior liberdade.

Pensar o cuidado a nível ontológico e como ser-com é pensar o cuidado em saúde de modo a poder acolher e estar com o outro propiciando que este possa ser escolhedor e possa exercer a sua liberdade junto ao acolhimento, vínculo e responsabilização. Nesse sentido, o cuidado é compreendido como um ato que vai além de processos técnicos, mas engloba envolvimento e compromisso com o outro, com base em uma ética da alteridade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Olhar para o trabalho do profissional de psicologia é entender os caminhos que ele toma como trajetória para compreender o seu fazer. Nesse sentido, é se aproximar das lógicas presentes nas práticas de cuidado à saúde.

O cuidado nas práticas de saúde tem sido um tema tratado recorrentemente por autores da Saúde Coletiva. Essas discussões refletem dois modos contrários de se considerar o cuidado à saúde, ora baseado com ênfase nos procedimentos e nas intervenções técnicas, pautada numa lógica tradicional, e em outros momentos com foco na relação de encontro entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, com a influência da Reforma Psiquiátrica, a clínica ampliada.

Para pensar essas questões presente trabalho permitiu destacar a necessária e importante atuação do psicólogo na Saúde Pública, com base na Reforma Psiquiátrica, onde a mesma não se limite a uma prática médica curativa e individualizante, mas que abranja ações que promovam autonomia, conscientização e empoderamento, visando a transformação social do usuário do serviço de saúde.

A busca por uma ação que vise a horizontalidade das relações, permitindo um olhar entre “iguais” para uma atuação contextualizada. Nesse sentido, existe um posicionamento ético-político de profissionais da psicologia, onde psicólogos possam sair de lugares pré-estabelecidos rumo a uma prática comprometida socialmente. Bem como, considerar o espaço de reconfiguração das práticas de saúde com base nas noções de humanização, acolhimento, responsabilidade, vínculo e autonomia.

Junto a isso uma importante reflexão sobre a filosofia heideggeriana como sendo um espaço epistemológico para se rever a antiga lógica de saúde e que contribua a construção da nova concepção dessas práticas, não pensando o cuidado apenas como algo presente nas estratégias e dispositivos de saúde, mas como nossa condição ontológica como ser-com, tornando possível estar com o outro de modo mais livre e criativo.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. N., MORATO, H. T. P. Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 345-353, 2004.
- ANTUNES, P. R., BOTELHO, J. P. S, COSTA, M. R. O hospital psiquiátrico sob suspeita: onde está o doente mental após a reforma psiquiátrica? *Athenas*, 2(1), 185-206, 2013.
- BIRMAN J. Dor e sofrimento num mundo sem mediação. In: Resumos do congresso Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial, realizado entre 30/10 e 02/11 de 2003, Rio De Janeiro, 2003.
- BOFF, L. Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

- BRANT L.C., MINAYO-GOMES C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica a psicodinâmica do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1): 213-223, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- CANTELE, Juliana; ARPINI, Dorian Monica. Ressignificando a Prática Psicológica: o Olhar da Equipe Multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial. *Psicol. cienc. prof.* , Brasília, v. 37, n. 1, p. 78-89, jan. 2017.
- CAVALCANTE, K.B. Psicologia e saúde pública: interlocuções acerca das práticas nos centros de atenção psicossocial – CAPS. *Ciênc. saúde coletiva* , Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2011.
- CIMINO, A. P. N., & BARRETO, C. L. B. T. Prática psicológica em saúde pública: a dimensão ético-política do cuidado nas policlínicas. In C. L. B. T. Barreto, H. T. P. Morato, & M. T. Caldas (Orgs.), *Prática psicológica na perspectiva fenomenológica* (pp. 443-472). Curitiba: Juruá, 2013.
- CORBISIER, C. A Escuta da Diferença na Emergência Psiquiátrica. *Ciênc. saúde coletiva* , Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2010.
- DELEUZE, G. *Conversações*. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.
- DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuações profissionais. *Revista Estudos de Psicologia*, 3, 52-81, 1988.
- FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi; MATSUKURA, Thelma Simões; LOURENCO, Mariana Santos De Giorgio. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos , v. 26, n. 4, p. 904-914, Dec. 2018 .
- FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- GRANZOTTO, M. J. M.; GRANZOTTO, R. L. A clínica da aflição e os ajustamentos ético-políticos. *Rev. de Terapia Gestalt de la Asociación Española de Terapia Gestalt*. Vitoria: Ediciones la Llave D.H., n. 30 (Clínica Gestáltica), 2012.
- HEIDEGGER, Martin. *Ser e Tempo*. Trad. Fausto Castilho. Campinas: Ed. Unicamp; Petrópolis, RJ: Vozes, 1927/2012.
- JUCÁ, V. J. S. MEDRADO, A. C. SAFIRA, L. GOMES, L. P. M. NASCIMENTO, V.G. Atuação psicológica e dispositivos grupais nos centros de atenção psicossocial. *Universidade federal do Ceará. Mental*, vol 8, no.14. Barbacena, 2010.
- MANCINI, Marisa Cotta; SAMPAIO, Rosana Ferreira. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. *Rev. bras. fisioter.*, São Carlos , v. 10, n. 4, Dez. 2006.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v.16, n.1, p. 71-79, 2000.
- SALES, A.L.L.F. DIMENSTEIN, M. Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. *Psicologia, Ciência e Profissão*. v.29 n.4 Brasília, dez. 2009.

SALES, A.L.L.F. DIMENSTEIN, M. Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução? Psicologia em Estudo. Maringá, v.14, n.2, p.277-285. Abr/Jun. 2009.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. Barbaroi [online]. n.34, p. 146-160, 2011.

SAWAIA B, O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Org. SAWAIA B, 9. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

TENÓRIO, F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TIKANORI, R. K. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2001.

VASCONCELOS, E. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. Mnemosine, 1, 73-90, 2004.

VASCONCELOS, E.M. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2010.

“

O toque pela vida – Novembro Azul: Um cuidado com a saúde do homem de Jataí, GO

Thalia Rissa **Silva**
UFJ

Francisco Inácio de Assis **Neto**
UFJ

Gustavo Albertini de **Souza**
UFJ

Mathias Rezende **Macedo**
UFJ

Rafael Caetano **Ataides**
UFJ

Vinícius Gonçalves de **Souza**
UFJ

Wheulla Macedo Silva **Ramos**
SMS/JATAÍ

Ana Paula da Silva **Perez**
UFJ

RESUMO

Introdução: O câncer de próstata (CaP) é o segundo câncer que mais atinge homens. As ações para seu controle devem visar a promoção da saúde, diagnóstico precoce e tratamento em tempo satisfatório. **Objetivo:** Relatar a experiência das campanhas do “Novembro Azul” em Jataí no ano de 2017 do projeto de extensão ‘O toque pela vida’ do curso de Medicina da UFJ. **Metodologia:** O projeto possui a participação de docentes, técnicos administrativos e discentes do curso de Medicina da Universidade Federal de Jataí, além de parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Jataí-GO. Foram feitos grupos de estudos para a discussão de textos relacionados ao tema que subsidiaram as duas ações realizadas na Campanha do Novembro Azul em 2017. **Relato de experiência e Discussão:** Uma das ações foi uma palestra na Indústria *Raízen* em 10 de novembro de 2017, com a participação média de 40 homens que puderam tirar suas dúvidas sobre o CaP. A outra ação foi o "Dia D" do Novembro Azul, na Praça Tenente Diomar Menezes, em 11 de novembro de 2017, com a participação em média de 250 homens jataienses, onde foram realizados aferição pressão arterial sistêmica, medida de glicemia capilar e testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis, além de abordar os assuntos que contemplam o objetivo do projeto. **Conclusão:** Observa-se a importância de ações como essas para a população e para os integrantes do projeto. Além disso, o interesse do público participante reflete o poder que tem a conscientização e motiva o desenvolvimento de atividades de educação popular em saúde.

Palavras-chave: Câncer de próstata; Prevenção; Promoção de saúde.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer está entre as principais Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANTs). Anualmente, as DANTs são responsáveis por 41 milhões de óbitos, valor equivalente a 71 % de todas as mortes no mundo. Ainda conforme a OMS, as DANTs estão intimamente ligadas à pobreza, uma vez que pessoas vulnerabilizadas por suas condições socioeconômicas adoecem e falecem mais cedo do que aquelas de posições sociais mais altas (WHO, 2018).

Dando enfoque ao câncer, há uma estimativa mundial de que ocorreram 18,1 milhões de casos novos de câncer e 9,6 milhões de óbitos em 2018 em decorrência dessa doença, com predomínio do sexo masculino tanto na incidência (52,3%) quanto na mortalidade (56,36%) (WHO, 2018). Uma análise realizada também pela OMS apontou que um em cada cinco homens e uma em cada seis mulheres em todo o mundo desenvolvem câncer durante a vida, e um em cada oito homens e uma em cada 11 mulheres morrem por causa da doença. Segundo as estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para 2020, com exceção do câncer de pele não melanoma, o mais incidente em homens será o de próstata (29,2%). As estimativas para 2020 presumem que a segunda maior taxa bruta de incidência do país seja da Região Centro-Oeste (65,29 casos novos por 100 mil habitantes), assim, em Goiás (GO), espera-se para esse mesmo ano cerca de 2.240 novos casos de câncer de próstata (CaP), representando uma taxa bruta de 63,92 casos/100 mil habitantes, número expressivo da incidência relativa à população total (INCA, 2019).

As ações de controle do CaP devem focar em estratégias da atenção primária à saúde (APS) (QUIJADA et al., 2017). Porém, o INCA não recomenda programas de rastreamento do CaP, por meio da análise dos níveis do antígeno específico da próstata (PSA) e do toque retal, pois isto envolve a ‘aplicação de exames em indivíduos saudáveis, sem sinais ou sintomas da doença’ (INCA, 2014). Tal decisão é comum em outros países e as evidências científicas apontadas até o momento indicam que o rastreamento é desfavorável. A título de esclarecimento, o PSA é uma enzima sintetizada pela próstata que geralmente apresenta-se em níveis elevados em casos de CaP. Contudo, o exame de PSA não exclui a necessidade do toque retal, visto que a realização deste é essencial para o diagnóstico, auxiliando o médico na interpretação dos exames laboratoriais (REIS; CASSINI, 2010).

Neste contexto, é importante lembrar da relevância e do impacto da campanha mundial do Novembro Azul, cujo intuito é disseminar a conscientização sobre a prevenção e detecção precoce do CaP, visando assistir a saúde masculina (MODESTO et al., 2018). A campanha corrobora com a APS à medida em que se alia aos serviços que vão da promoção da saúde à prevenção de doenças crônicas como CaP, o que evidencia a importância desse nível de atenção à saúde.

Por fim, vale ressaltar que ações de APS referentes ao CaP, envolvendo profissionais e

estudantes da área da saúde, contemplam objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) ao reconhecer a vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde e ao tornar os homens protagonistas de suas demandas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Desse modo, todo o exposto mostra a relevância do tema em questão e justifica o motivo deste relato que visa descrever as ações desenvolvidas na campanha do Novembro Azul do projeto de extensão ‘O toque pela vida’ da Universidade Federal de Jataí (UFJ).

METODOLOGIA

O projeto de extensão ‘O toque pela vida’ possui a participação de docentes da área da saúde, técnicos administrativos e discentes do curso de Medicina da UFJ em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Jataí. Para a execução do projeto, realizou-se grupos de estudos para a discussão dos temas que seriam abordados nas atividades.

Os integrantes do projeto participaram de grupos de estudos relacionados a temática do CaP, os quais auxiliaram de maneira significativa no processo de formação e atualização de conhecimento e no delineamento da programação das campanhas realizadas na indústria Raízen e na Praça Tenente Diomar Menezes de Jataí. Foram confeccionados laços (símbolos da campanha), panfletos e cartazes para a divulgação das ações e informações. A atuação de cada integrante foi dividida por área de afinidade e escalas de horários

RELATO DE EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

Ao longo do projeto, foram realizadas duas ações de extensão para a Campanha do Novembro Azul no ano de 2017. No dia 10 de novembro de 2017, ministrou-se uma palestra na Indústria Raízen - Unidade Jataí, com a participação média de 40 homens. A palestra abordou os seguintes temas: “Anatomia da próstata”; “O que é CaP?”; “Fatores de risco para CaP”; “Exame de toque e PSA”; “Prevenção do CaP”. Após a palestra, os ouvintes puderam esclarecer suas dúvidas com os participantes do projeto. Segundo Quijada, et al. (2017), em estudo com 213 pacientes diagnosticados e em tratamento para o CaP, 42,7% dos entrevistados tinham alguma dúvida sobre o tratamento, referente à possibilidade de cura e sua duração, o que revelou pouco, ou, nenhum conhecimento acerca do assunto, o que demonstra ainda mais a importância dessas ações.

Ademais, na ação realizada, ficou evidente o interesse dos ouvintes pelo assunto, o qual mesmo sendo apresentado de forma simples e objetiva, pode gerar discussões. Muitos dos homens apresentaram curiosidades e relutância quando foi trabalhado a importância do toque retal para o diagnóstico do câncer. O mesmo foi relatado por Damião et al. (2015) em um artigo de revisão, no qual afirma que o toque retal ainda se apresenta desconfortável e

constrangedor para os pacientes, ainda que seja uma importante ferramenta no diagnóstico e estadiamento do CaP.

No dia 11 de novembro de 2017, foi realizado o "Dia D" do Novembro Azul, na Praça Tenente Diomar Menezes, com a participação em média de 250 homens da cidade de Jataí-GO. Nesta ação, houve a aferição da pressão arterial, quantificação dos níveis glicêmicos por meio da medida de glicemia capilar e realização de testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) - HIV e sífilis - além da divulgação de informações sobre o CaP, como exemplo as medidas de prevenção, e a indicação da procura de um profissional médico para o acompanhamento e realização de exames em casos necessários. O ponto mais relevante observado durante a ação foi a surpreendente quantidade de homens que compareceram à atividade a mais do esperado, observando-se que a realização do projeto é de extrema importância para a população de Jataí, sendo executado com sucesso, em cada ação, o objetivo principal: a conscientização dos homens sobre o câncer de próstata.

Essas ações são importantes para a construção de atitudes que prezem pela saúde, especialmente do público masculino, historicamente caracterizado por não procurar os serviços de saúde. O Ministério da Saúde relata a importância da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH), já que os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades referentes à saúde. Por outro lado, muitos justificam a não procura pelos serviços de saúde, devido ao horário do funcionamento destes serviços coincidir com a carga horária do trabalho (BRASIL, 2009). O que pode justificar, em partes, a participação dos homens em nossa campanha, foi sua realização no sábado, no período diurno e em um local de fácil acesso. O grande número de público presente no 'Dia D' foi motivador e satisfatório.

A disseminação de conhecimentos sobre o CaP, com foco na APS, revela-se importante por conta dos impactos que o diagnóstico dessa doença representa para o paciente e seus familiares. Maior nível de informação pode aumentar o diagnóstico precoce dessa doença, garantindo melhores prognósticos para o paciente. Nesse contexto, a repercussão na família suscita diversos sentimentos que influenciam no modo como a família se organizará e atuará diante do processo de adoecimento e tratamento do familiar (MATHIAS, et al., 2015).

Quanto ao diagnóstico tardio, um estudo realizado na Flórida, no período de 2001 a 2007, com um total de 11.284 homens diagnosticados com CaP, 12,61% destes foram diagnosticados em fase tardia (HONG, et al.; 2013). Em um estudo brasileiro, os resultados foram que 29,1% dos participantes só procuraram o serviço médico com a presença de sintomas e 22,1% por indicação médica (QUIJADA, et al.; 2017). O que corrobora a necessidade de mais ações voltadas à disseminação de conhecimentos sobre essa neoplasia, para amplificar a acessibilidade a um diagnóstico precoce.

Figura 01. Ação do Novembro Azul na *Raízen* de Jataí realizada no dia 10 de novembro de 2017.



Figura 02. Dia D do Novembro Azul realizado no dia 11 de novembro de 2017 na Praça Tenente Diomar Menezes em Jataí.



CONCLUSÃO

As ações de prevenção e promoção à saúde desenvolvidas na campanha do Novembro Azul no projeto O Toque Pela Vida demonstraram a grande importância e necessidade da divulgação de informações a respeito do CaP para a população jataiense.

De acordo com os estudos realizados na população brasileira, o que também foi observado nas ações desenvolvidas no projeto, percebe-se que os homens normalmente são menos prováveis de procurar o serviço médico precocemente e que mais dificilmente reconhecem suas necessidades de saúde. Além disso, verificou-se que o conhecimento popular sobre o CaP é ainda deficitário e a população, sobretudo masculina, se mostrou muito interessada em saber mais acerca de medidas de prevenção e detecção precoce da doença. Sendo assim, confirma-se a grande necessidade a continuidade do projeto e de mais ações voltadas à APS, buscando-se aumentar o diagnóstico precoce do CaP e garantir melhores prognósticos para o paciente.

Acrescenta-se a relevância desse projeto para a formação dos acadêmicos de medicina, que podem participar de diversas atividades que os auxiliam a adquirir novos conhecimentos, desenvolver habilidades de comunicação, empatia e possibilitam um contato próximo com a população. Além disso, o projeto oferta um grande benefício à comunidade, no caso dos testes de DSTs, possibilitando um diagnóstico precoce, e pela promoção e educação popular em saúde realizados nas ações de extensão.

O interesse do público participante das atividades relatadas reflete o grande poder que o trabalho de conscientização tem na questão da APS e mostrou o potencial que projetos como esse podem ter em responder a altura à demanda social, superando as expectativas de todos os envolvidos. Então, pode-se dizer que das pequenas ações realizadas, quando somadas, geram grandes resultados, de modo que o principal objetivo foi alcançado: o cuidado com a saúde da população de Jataí.

Agradecimentos

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde e do Programa da Saúde do Homem de Jataí pela importante contribuição para a realização do *Dia D do Novembro Azul*. À empresa Raízen de Jataí pela parceria na realização das palestras educativas. Ao apoio da Pró-Reitoria de extensão e cultura (PROEC) da UFJ e do Rotary Club (Paraíso Brasil) de Jataí.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Plano de Ação Nacional (2009-2011). Brasília, 2009.

DAMIÃO, R. et al. Câncer de Próstata. Rev HUPE., v. 14, n. 1, p. 80-86, 2015.

HONG, X. et al. Factors associated with time-to-treatment of prostate cancer in Florida. J Health Care Poor Underserved., v. 24, n. 4, p. 132-146, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Monitoramento das ações de controle do câncer de próstata. v. 5, n. 2, mai/ago 2014.

MATHIAS, C. V. et al. O adoecimento de adultos por câncer e a repercussão na família: uma revisão da literatura. Rev de Atenção à Saúde., v. 13, n. 45, p. 80-86, 2015.

MODESTO, A. A. D. A. et al. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. Interface (Botucatu).; v. 22, n. 64, p. 251-262, 2018.

QUIJADA, P. D. S. et al. Câncer de próstata: retrato de uma realidade de pacientes em tratamento. Rev enferm UFPE online.; v. 11, n. 6, p. 2490-2499.

REIS, R. B.; CASSINI, M. F. Urologia fundamental. São Paulo: Planmark, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable diseases. WHO, 1 jun 2018. Disponível em: < <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-disease>>. Acesso em 12 de jul de 2020.

RESUMO

Objetivo: Revisar na literatura científica as práticas pedagógicas que devem ser utilizadas pelos professores de alunos com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em sala de aula. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo de revisão de literatura buscando responder a seguinte problemática: Que práticas pedagógicas devem ser utilizadas com os alunos com TDAH no processo de ensino-aprendizagem? **Resultados e Discussão:** Como resultado desse estudo foi possível identificar as principais práticas pedagógicas que devem ser utilizadas pelos educadores com estudantes portadores do TDAH, visando amenizar as dificuldades enfrentadas por esses alunos no processo de ensino- aprendizagem. **Considerações finais:** Pode-se concluir que a inserção de nova práticas pedagógicas no processo de ensino dos alunos TDAHs são necessárias e muito importantes, pois as mesmas buscam amenizar os desafios que os discentes enfrentam em sala de aula devido a esse transtorno. Espera-se, a partir desse estudo, contribuir de forma efetiva para que os professores de alunos diagnosticados com o TDAH reflitam em suas práticas pedagógicas, tornando sua atuação mais adequada, vislumbrando transpor as dificuldades vivenciadas pelos alunos TDAHs.

Palavras-chave: TDAH; Ensino; Aprendizagem; Escola.

INTRODUÇÃO

O direito à educação é amparado pela Política Nacional de Educação (PNE), independente de gênero, etnia, idade ou classe social. É um grande desafio à garantia de educação para todos, pois a inclusão de pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação em escolas comuns, de ensino regular, ampara-se na Constituição Federal de 1988, que define no artigo 205: “a educação como direito de todos, dever do Estado e da família, com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”, e também garante, no artigo 208, o direito ao “atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência” (BRASIL, 1988).

Diante disso, a escola deve possibilitar reais oportunidades de igualdade no ensino para todos os alunos, usando a flexibilidade nas práticas de ensino, atentando-se ao estilo de cada aprendiz, além de permitir a busca de novas alternativas e adaptações que facilitarão no processo de ensino-aprendizagem, sobretudo considerando-se que a inclusão constitui um grande desafio para as escolas regulares, que estão sendo chamadas para levar em conta a diversidade e as características e necessidades dos alunos, aderindo um modelo nele centrado e não no conteúdo, com destaque na aprendizagem e não, apenas, no ensino (CARVALHO RE, 2000).

A escola se depara com uma diversidade de alunos com os mais variados tipos de dificuldades de aprendizagens, entre muitos alunos que apresentam dificuldades, se destacam os diagnosticados com Transtorno do *Déficit* de Atenção e Hiperatividade (TDAH), objeto dessa pesquisa, que segundo Rohde LA e Benczik EB (1999), é um problema de saúde mental que se evidencia por desatenção, agitação ou hiperatividade e impulsividade. Devido aos problemas causados por esse transtorno na vida do aluno, surge a problemática em questão: Quais as práticas pedagógicas que devem ser utilizadas pelos professores com alunos portadores de transtorno de *déficit* de atenção e hiperatividade?

Procurando responder a esse questionamento, objetiva-se descrever as principais práticas pedagógicas que devem ser utilizadas pelos educadores de alunos TDAHs no processo de ensino-aprendizagem em sala de aula. Para tal pesquisa foi realizado um estudo de cunho bibliográfico visando traçar essas práticas e soluções pedagógicas que os docentes de estudantes TDAHs devem utilizar para amenizar as dificuldades que esse transtorno traz ao aluno em sala de aula.

MÉTODOS

Essa pesquisa teve uma abordagem qualitativa, trata-se de uma revisão da literatura, a

metodologia utilizada seguiu os princípios da pesquisa bibliográfica visando agrupar e analisar estudos científicos. Determinou-se primordialmente a pesquisa em meios eletrônicos, gratuitos e de acesso público para análise de fontes secundárias tais como livros didáticos, guias e manuais com a temática em questão.

A busca de materiais e o acesso ocorreu entre agosto a outubro de 2018. Os descritores utilizados foram: TDAH na escola, alunos com TDAH na sala de aula e Práticas pedagógicas de professores de alunos com TDAH.

A contribuição dos autores dos estudos analíticos no material pesquisado favoreceu a descrição de algumas práticas pedagógicas de professores de alunos com TDAH, que visam minimizar as dificuldades que os mesmos apresentam no processo de ensino.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Barkley R (2002), o TDAH é um transtorno do desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção, o controle do impulso e o nível de atividade. A criança com esse transtorno apresenta dificuldades de controlar as emoções e o próprio comportamento.

Alguns estudiosos e autores defendem que se trata de um transtorno que é perceptível e facilmente identificável por todos que estão em constante contato com o portador, pois esses sintomas são visíveis, podendo causar estranheza em qualquer meio social (ALBANO AMS *et al.* 2012). Mediante isso, o relacionamento social do aluno com TDAH pode ser afetado devido os problemas causados por esse transtorno.

Tipos de TDAH

De acordo com o DSM-V, O TDAH tem três tipos de classificações em seu diagnóstico: a primeira é a combinada, em que se encontram critérios tanto de desatenção quanto de hiperatividade – impulsividade; a segunda é a predominantemente desatento; sendo a terceira o predominantemente hiperativo – impulsivo (APA, 2013). Todos esses tipos podem afetar a vida escolar do aluno com TDAH devido seus problemas predominantes.

As pesquisas demonstram que o TDAH pode se apresentar acompanhado de outros distúrbios, que são chamados de comorbidades. Segundo Souza I, Pinheiro, MAS (2003), comorbidade é o termo utilizado para denominar a ocorrência de dois ou mais transtornos em uma mesma pessoa. Quando o aluno possui outros transtornos além do TDAH, o desafio para a escola é maior e se torna mais complexo de ser analisado. Então, deve-se contar com a ajuda dos pais, de especialistas e da escola para que esse aluno possa progredir como os demais.

O TDAH também pode ter comorbidade com os transtornos de aprendizagem, o que

dificulta o desempenho escolar e acarreta em sofrimentos incalculáveis. Segundo discorre Silva ABB (2009), destacam-se os seguintes: Dislexia: é um transtorno na área da leitura que se manifesta pela facilidade em trocar letras com diferenças sutis de grafias. Podem, também, trocar sílabas de uma palavra, dificultando a compreensão no momento da leitura; Disgrafia: apresenta dificuldade motora na execução da escrita. As letras podem ficar ilegíveis pela falta de harmonia nos movimentos e Discalculia: é um problema neurológico que dificulta ao indivíduo realizar operações matemáticas. Pode-se confundir números e ter enormes dificuldades em memorizá-los. Esses transtornos estão relacionados a problemas neurológicos e necessitam de um olhar diferenciado por parte da escola, além de uma equipe multidisciplinar para acompanhar o aluno em sua rotina estudantil, auxiliando em suas dificuldades apresentadas no momento da aprendizagem.

O TDAH no âmbito escolar

De acordo com a descrição no portal da ABDA – Associação Brasileira do *Déficit* de Atenção (2018), o TDAH é reconhecido oficialmente por vários países e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em alguns países, como nos Estados Unidos, portadores de TDAH são protegidos pela lei quanto a receberem tratamento diferenciado na escola. É importante que a escola se preocupe em ofertar um tratamento diferenciado para esses estudantes, pois devido a esse transtorno surgem muitas dificuldades na sala de aula que podem interferir nesse processo de assimilação do conhecimento.

Considerando que a legislação brasileira deve garantir a todo aluno o direito à uma educação de qualidade, deve-se ressaltar que os professores têm papel fundamental nesse processo e precisam propiciar para essas crianças uma aprendizagem significativa. Por isso, é importante conhecer um pouco de cada aprendiz e suas particularidades e, acima de tudo, respeitar as diferenças e limitações de todo indivíduo, enquanto ser único, conforme evidencia o texto da Declaração de Salamanca, que as escolas devem adaptar-se a todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, sociais, linguísticas ou outras. Neste conceito devem englobar-se crianças com deficiência ou superdotadas, crianças de rua ou crianças que trabalham, crianças de populações imigradas ou nômades, crianças de minorias linguísticas, étnicas ou culturais e crianças de áreas ou grupos desfavorecidos ou marginais (UNESCO, 1994).

Sendo assim, destaca-se que o direito à educação se dá independente das condições físicas, sociais, linguísticas, entre outras. E todos, precisam obter uma educação de qualidade, respeitando suas limitações. Dessa forma, a escola deve adaptar-se a todos, inclusive aos alunos com TDAH, buscando estratégias de ensino que contribuem para o desenvolvimento integral de todos em sala de aula.

A escola precisa dar suporte para que os professores aperfeiçoem seus conhecimentos e

habilidades (CARVALHO RE, 2000), com o intuito de contribuir satisfatoriamente no aprendizado dos alunos com transtorno de *déficit* de atenção e hiperatividade. Os esforços em coordenar o TDAH por meio de apoio aos professores nas práticas pedagógicas são fundamentais para que os alunos com esse transtorno se sintam incluídos em todo processo de ensino aprendizagem.

Albano *et al.* (2012) afirmam que é essencial que o professor não receie em experimentar novas práticas pedagógicas ativas e realmente significativas. Com isso, nota-se que as novas práticas pedagógicas são alicerçadas de estratégias de ensino diferenciadas que incentivam o aprendizado do aluno TDAH de forma expressiva.

Diante de todo esse cenário, é possível observar que a escola exerce uma grande influência na qualidade do ensino de seus TDAHs e o professor poderá contribuir, significativamente, usando algumas estratégias diversificadas. Então, Silva ABB (2009) sugere algumas dicas que poderão contribuir no gerenciamento do TDAH: professores devem ter conhecimento sobre esse transtorno, jogo de cintura e flexibilidade para entender como funciona a cabeça desse estudante para tentar ajudá-lo em sala de aula. E, seguindo essa linha de pensamento, a autora acredita também que os professores precisam manter a disciplina em sala de aula e exigir que os limites sejam obedecidos por todos, incluindo o aluno TDAH. E, para isso, faz-se necessário deixar as regras bem claras e explícitas e ter sempre uma dose extra de paciência (SILVA ABB, 2009).

Por conseguinte, a articulista também adverte que ter conhecimento sobre TDAH é primordial para saber lidar com esse tipo de educando. Manter contato com outros profissionais da escola e com o (s) médico (s) e/ou psicólogos que cuidam dessas crianças e/ou adolescentes é também muito importante; utilizar o estímulo sempre que possível, fazer elogios e proporcionar atividades que diminuam a inquietação e dispersão por meio de recursos como *notebooks*, *palm tops* e outros, são estratégias que segundo Silva ABB (2009), contribuem para um ensino mais significativo para esses estudantes.

Entende-se então, que a utilização de novas tecnologias pode influenciar diretamente no aprendizado de todos os alunos, e é um recurso muito interessante que pode contribuir para uma aprendizagem intensa. E na visão de Albano AMS *et al.* (2012), a tecnologia poderá ser vista como uma possibilidade de diferenciação do trabalho docente, em que o professor, por meio desses elementos tecnológicos, contribui para a compreensão do conteúdo em diferentes contextos. Esse recurso deve ser aliado à ludicidade e explorado na escola, por meio de orientações pedagógicas, estando de acordo com os objetivos traçados de cada atividade a ser desenvolvida.

Os autores destacam, ainda, a importância da figura do educador perante os educandos TDAHs: o professor deve ter a percepção de que a dinâmica familiar influencia, decisivamente, no surgimento de uma série de transtornos nos filhos, cabendo à escola a função

de acolher esses pais para que haja um engajamento entre a escola e a família; o professor enquanto uma das principais referências para a criança, tem condições de perceber quando seus alunos se encontram em estado de sofrimento e de agir “preventivamente”, encaminhando-os para um serviço de avaliação e atendimento de crianças (ALBANO AMS *et al.*, 2012).

Com isso, os estudiosos acreditam que o educador, por meio de observações, deve estar sempre atento para perceber sintomas e indícios de riscos nos alunos, pois são indícios de risco para o desenvolvimento psíquico da criança: elevação da agressividade, desengajamento nas atividades acadêmicas, dificuldades em focar sua atenção, isolamento, entre outros (ALBANO AMS *et al.*, 2012). E, a partir desses dados, encaminhar para uma avaliação com especialistas mantendo sempre contato com os familiares.

Partindo desse pressuposto, vê-se que o contato estreito com a família é muito importante, pois além do tratamento médico e/ou psicológico é primordial para a criança TDAH conviver em um ambiente confortável. Para Dupaul GJ e Stoner G (2007), as crianças que apresentam tanto TDAH quanto outros déficits nas habilidades acadêmicas vão necessitar de tratamento em múltiplos contextos, implementados por vários profissionais.

Segundo Oliver L (2011) e Chamat LSJ (2008), as crianças com TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) e Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA) devem receber acompanhamento com psicopedagogo e, em casos mais graves, há necessidade de tratamento medicamentoso. A parceria dos especialistas na superação das dificuldades causadas pelo transtorno na vida do TDAH contribui muito na aprendizagem desses alunos em sala de aula.

Diante dessa perspectiva, o professor deve permitir-se utilizar do poder de influência que exerce sobre o estudante, para auxiliá-lo na superação de suas dificuldades no ambiente da sala de aula; deve sempre “olhar” para os seus alunos supondo e apostando que eles poderão realizar tarefas e adquirir conhecimentos que ainda não possuem no momento; a expressão de afetos é muito importante para os TDAHs e isso pode ser permitido por meio da expressão dos conteúdos de forma diferenciada e lúdica como: via desenhos ou brincadeiras (ALBANO AMS *et al.*, 2012). Proporcionar momentos de expressão de afeto, contribui para que esses alunos se sintam mais seguros em suas atividades escolares.

Albano AMS *et al.* (2012) apud Acúrcio e Andrade (2003), ressaltam igualmente a importância do jogo como estratégia de desenvolvimento de raciocínio, da lógica, como forma de entendimento e fixação de conteúdo. Propiciar ao aluno TDAH atividades por meio de jogos e brincadeiras, o coloca a cumprir tarefas seriamente que prendem a atenção, ao cumprimento de desafios e regras, tão importantes para o seu desenvolvimento. No momento do jogo, esse aluno busca possibilidades de superar algumas dificuldades em busca de alcançar o objetivo traçado, e atividades lúdicas podem contribuir na aprendizagem, pois o prazer

e o desejo de aprender devem caminhar juntos (ALBANO AMS *et al.*, 2012). O professor deve inserir essas atividades lúdicas em suas práticas pedagógicas, pois ajuda a criança a estabelecer vínculos positivos e a compreender situações de limites.

Por conseguinte, entende-se que as estratégias utilizadas por meio do lúdico, além de serem atividades agradáveis poderão contribuir muito para alcançar as habilidades previstas nas atividades diárias, e também contribuir para que a desatenção e a inquietude sejam amenizadas.

Tratar o aluno TDAH como sujeito desde pequeno, e não como alguém incapaz auxiliando a buscar ajuda quando se sentir ameaçado. Apresentar o combinado, de forma clara, antes do início de uma atividade e sempre retorná-lo quando necessário, são estratégias relevantes na sala de aula, de acordo com o ponto de vista de Albano AMS *et al.* (2012)

Portanto, intervenções comportamentais baseadas em sala de aula, para o TDAH, devem incluir os sistemas de reforço por fichas combinados com custo da resposta, nos quais as contingências estão disponíveis na escola, em casa ou em ambos os cenários, a fim de se motivar a criança a prestar atenção às tarefas designadas e às regras da sala de aula (DUPAUL GJ e STONER G, 2007). As intervenções são fundamentais na vida do TDAH por meio de atividades com reforços que contribuirão para a melhoria da obediência às regras, a atenção e as tarefas designadas.

Por consequência, outro destaque importante com TDAHs é a formação da imagem corporal, pois crianças que apresentam o sintoma de hiperatividade precisam executar atividades que propiciem a representação de seus corpos, já que elas têm uma imagem distorcida do próprio corpo (ALBANO AMS *et al.*, 2012).

Phelan TW (2005) traz algumas sugestões que também podem ser úteis ao educador quanto ao estímulo para um melhor desempenho escolar de alunos com TDAH. São elas: limpar a área de trabalho, fragmentar a tarefa em unidades pequenas e administráveis, dar orientações para uma tarefa e fazer checagens frequentes para ter certeza de que a tarefa está sendo realizada. Diante disso, o professor deve sempre ajudar a manter a limpeza da carteira e os materiais dos TDAHs organizados, contribuindo para um momento mais tranquilo na realização das tarefas desse aluno.

O articulista ressalta também que tentar administrar as tarefas, dar somente as orientações necessárias e checar continuamente para verificar se elas estão sendo realizadas de acordo com o solicitado é sempre muito válido para essas crianças. Para Phelan TW (2005), essas estratégias também podem e devem ser aplicadas no seio familiar.

Dupaul GJ e Stoner G (2007), destacam algumas questões que merecem atenção durante o planejamento de intervenções comportamentais com os TDAHs: Crianças com diagnóstico de TDAH geralmente carecem de *feedback* mais frequente e específico que

seus colegas para fortalecer o desempenho, precisam constantemente de reforços para salientar a atenção deles na execução das atividades na sala de aula, considerando que costumam dispersar rápido.

Logo, o *feedback* do professor precisa ser mais frequente do que para os demais alunos, até sobre o desempenho deles para evitar a perda da motivação ou até algum tipo de frustração mediante às dificuldades do dia a dia.

Diante desse cenário, Dupaul GJ e Stoner G (2007) advertem que de forma geral, a quantidade de tarefas na sala de aula deve ser reduzida para os alunos TDAHs, e a complexidade dessas atividades deve ser aumentada gradualmente. E ainda alertam para outro fator relevante, que se trata de casos em que uma tarefa que seja voltada para a mesma habilidade ou área conceitual, pode ser substituída com o intuito de evitar o tédio e a exacerbação potencial dos problemas de atenção.

A dupla pondera ainda que as recompensas ou reforços podem ser programadas sempre ao término de uma tarefa em uma área de menor preferência, sendo sempre variados conforme necessário, atividades preferidas (por exemplo, tempo para atividades de livre escolha, acesso ao computador) devem ser usadas como reforços, em vez de recompensas tangíveis sempre que possível (DUPAUL GJ e STONER G, 2007).

Buscar entender os transtornos funcionais que existem na vida dos alunos, inclusive os portadores de TDAH, não é tarefa fácil, mas necessária para que o professor possa contribuir de forma satisfatória na busca de novas práticas pedagógicas, que atendam às necessidades específicas de cada aluno no processo de ensino aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após verificar as informações encontradas na pesquisa, conclui-se que as dificuldades apresentadas por alunos TDAHs no processo de ensino podem ser amenizadas caso a escola possibilite a esses discentes, metodologias e intervenções que visam valorizar as potencialidades e criatividade dos estudantes portadores de TDAH.

Portanto, os professores desenvolvem um papel muito importante no processo de aprendizagem dos alunos com transtorno de *déficit* de atenção e hiperatividade. E, em função disso, precisam buscar cada vez mais conhecimentos sobre esse transtorno, para que possam manejar melhor as próprias aulas quando se depararem com as dificuldades encontradas em classe com esses alunos.

Compreende-se que a escola deve buscar, sempre que possível, formar e manter uma parceria com os pais de alunos, principalmente aqueles que tem dificuldades de aprendizagem como os diagnosticados com TDAH, tendo em vista que ambos contribuem no desenvolvimento das potencialidades desses alunos e podem, juntos, superar os obstáculos do

cotidiano escolar, buscando sempre o bem-estar desses alunos por meio de um ensino eficaz.

Espera-se, a partir desse estudo, contribuir de forma efetiva para que professores de alunos TDAHs reflitam em suas práticas pedagógicas, tornando a própria atuação mais adequada, vislumbrando, assim, a transposição de dificuldades vivenciadas pelos estudantes portadores de TDAH.

REFERÊNCIAS

ABDA, Associação Brasileira do *Déficit* de Atenção. Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais V. <https://tdah.org.br/?s=Manual+diagn%C3%B3stico+e+estat%C3%ADstico+dos+transtornos+mentais+V>. Acesso em 14: set. 2018.

ALBANO AMS, VICENZI E, et al. A criança com TDAH: metodologias e adaptações curriculares. Curitiba: Fael, 2012.

APA, American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM - V. 1ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BARKLEY R. A. Transtorno de Déficit de Atenção/hiperatividade. São Paulo: Artmed, 2002.

BRASIL, Constituição Federal do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

CARVALHO, RE. Removendo Barreiras para a Aprendizagem. Educação Inclusiva. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

CHAMAT LSJ. Técnicas de intervenções psicopedagógicas: para dificuldades e problemas de aprendizagem. São Paulo: Vetor, 2008.

DUPAUL GJ, STONER G. TDAH nas Escolas. São Paulo: M. Books do Brasil, 2007.

OLIVER L. Distúrbios de aprendizagem e de comportamento: Como detectar, entender e tratar os problemas de aprendizagem. Um guia indispensável para pais, professores e profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011.

PHELAN TW. TDA/TDAH: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. São Paulo: M Books do Brasil Editora Ltda., 2005.

ROHDE LA, BENCZIK EBP. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. O que é? Como posso ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.

SILVA ABB. Mentes inquietas: TDAH; desatenção, hiperatividade e impulsividade. 4. Ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

SOUZA I, PINHEIRO MAS. Co-morbidades. In: Rohde, Luiz Augusto, Mattos, Paulo e cols. Porto Alegre: Artmed AS, 2003.

UNESCO, Declaração de Salamanca. Salamanca: Conferência Mundial de Educação Especial, 1994.

MOURA, L. T.; SILVA, K. P. M. O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e as práticas pedagógicas em sala de aula. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 22, p. e216, 7 abr. 2019. Artigo original.

“ Oficina de primeiros socorros com profissionais e pacientes de um ambulatório: relato de experiência

Carliane da Conceição Machado **Sousa**
UEMA

Hiugo Santos do **Vale**
UEMA

Jaqueline da Cunha **Morais**
UFPI

Sara Sabrina Vieira **Cirilo**
UEMA

Mariana Rodrigues da **Rocha**
UFPI

Raquel dos Santos Lima **Santos**

Marcos Alexandre Lima da **Costa**
UEMA

Soray de Oliveira **Vieira**
FAI

Fabrina Ravenna Saraiva da **Silva**
UNIFACEMA

Helton Pereira dos **Santos**
UNIFACEMA

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os primeiros socorros são procedimentos de emergência fornecidos à uma vítima de acidente ou mal súbito, com os objetivos de manutenção da vida e de minimização de complicações decorrentes do acontecimento. As ações e intervenções aplicadas nesse primeiro contato devem ser de qualidade e eficientes, elas possuem influência direta no sucesso das etapas posteriores e são decisivas na sobrevivência do paciente. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de uma oficina de noções de primeiros socorros realizada com profissionais e pacientes de um ambulatório universitário ministrada por uma enfermeira residente de saúde da família. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da vivência de uma oficina sobre noções de primeiros socorros, que teve como público alvo os profissionais e pacientes do ambulatório da Universidade Estadual do Maranhão na cidade de Caxias – MA no mês de setembro de 2019 em que a facilitadora foi uma residente de enfermagem de Saúde Família da Universidade Estadual do Maranhão. **RELATO DA EXPERIÊNCIA:** A oficina aconteceu no turno vespertino, durou 4 horas e 00 minutos e foi composto por 13 participantes sendo 6 homens e 7 mulheres, com a faixa etária média de 20-40 anos. As profissões foram as mais diversas: auxiliar em serviços gerais, porteiro, estudante universitário, nutricionista, assistente administrativo, técnico de enfermagem, entre outras. A oficina foi composta por momentos distintos em que foi mesclado entre a atualização dos saberes por meio da explanação com o auxílio do datashow; a discussão de forma participativa sobre as dúvidas, conhecimentos prévios dos participantes, experiências e as estratégias já utilizadas por eles e o momento prático em que eram colocados situações problemas e os participantes eram convidados a resolvê-las por meio de simulações de primeiros socorros. **CONCLUSÃO:** A troca pedagógica viabilizada pelo diálogo foi importante tanto para os participantes como para a facilitadora, uma vez que ampliou o olhar de todos não somente pelas técnicas ali experienciadas, como também pelas vivências trocadas.

Palavras-chave: Primeiros Socorros; Educação em Saúde; Relato.

INTRODUÇÃO

Os primeiros socorros são procedimentos de emergência fornecidos à uma vítima de acidente ou mal súbito, com os objetivos de manutenção da vida e de minimização de complicações decorrentes do acontecimento. As ações e intervenções aplicadas nesse primeiro contato devem ser de qualidade e eficientes, elas possuem influência direta no sucesso das etapas posteriores e são decisivas na sobrevivência do paciente (SINGLETERY et al., 2015).

Na prestação dos primeiros socorros não é imprescindível a presença de profissionais capacitados, esses cuidados podem ser ofertados por pessoas leigas. No entanto, para proporcionar uma assistência correta, a população precisa de conhecimentos suficientes e adequados sobre noções de primeiros socorros, o que eventualmente não acontece, sendo necessária a orientação de todos, constituindo um importante elemento para diminuir a mortalidade e morbidade ocasionadas por acidentes e emergências (DIXE; GOMES, 2015).

A realização dos procedimentos dever ser iniciada o mais brevemente possível e o socorrista é o sujeito capacitado e habilitado para efetuar o reconhecimento, a avaliação e o controle das situações que possam comprometer a vida, devendo efetuar as medidas básicas de primeiros socorros, assim como efetivar as intervenções fundamentais até a chegada de uma equipe especializada ou até o encaminhamento, do sujeito acidentado ou vítima de mal súbito, à uma unidade de saúde (SOUSA et al., 2018).

A educação em saúde é um recurso de troca de saberes entre a população e o profissional de saúde, o qual objetiva alcançar a autonomia da pessoa como transformadora de sua realidade. Em vista disso, é indispensável que todos tenham acesso às informações a respeito dos principais acidentes, como preveni-los e como agir perante os acontecimentos que requerem cuidados imediatos com as finalidades de minimizar complicações decorrentes de medidas impróprias e inadequadas, bem como, adquirirem a capacidade de preservar e melhorar a sua qualidade de vida (PEREIRA et al., 2015; MESQUITA et al., 2017).

A atividade educativa foi idealizada após o relato de uma funcionária do ambulatório sobre uma experiência pessoal vivenciada com um familiar em que a profissional não conseguiu agir satisfatoriamente devido ao não conhecimento do procedimento a ser realizado. Além disso, era necessária uma atualização acerca da temática aos profissionais.

O presente trabalho possui o objetivo de relatar a experiência de uma oficina de noções de primeiros socorros realizada com profissionais e pacientes de um ambulatório universitário ministrada por uma enfermeira residente de saúde da família.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da vivência de

uma oficina sobre noções de primeiros socorros, que teve como público alvo os profissionais e pacientes de um ambulatório de uma universidade pública do nordeste brasileiro.

A pesquisa descritiva é utilizada no intuito de estar sempre voltada ao tempo presente de forma a observar, discutir, classificar, descrever, interpretar e comparar os eventos e fenômenos que estão acontecendo, com a finalidade de esclarecê-los sem, portanto, utilizar de testes ou hipóteses que lhe causem causa ou efeito (MARTINS-JUNIOR, 2017).

Um modo de apresentação do estudo descritivo é o relato de experiência, ele aborda vivências e ações que são experimentadas durante a vida acadêmica ou profissional e utilizadas como forma de criar uma reflexão dentro da comunidade científica acerca do que é apresentado a respeito da atividade vivenciada (CAVALCANTE; LIMA, 2012).

Elaborou-se este estudo com base em uma prática vivenciada por uma residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família que oportunizou a vivência de saberes e experiências para a aquisição e atualização do conhecimento dos profissionais e pacientes do ambulatório sobre Noções de Primeiros Socorros.

O local onde a oficina foi ministrada é o ambulatório da Universidade Estadual do Maranhão que presta serviços em saúde à comunidade em geral. Os profissionais que atendem são vinculados a universidade por meio da residência multiprofissional, residência em enfermagem obstétrica e residência médica, bem como, os professores da instituição. Além disso, há os profissionais que prestam serviços administrativos e serviços gerais.

A oficina que deu origem a redação desde relato aconteceu no mês de setembro de 2019, em uma sala do ambulatório e versou sobre vertigem, desmaio, crise convulsiva e asfixia. Os temas abordados foram propostos previamente conjuntamente pelos profissionais e pela enfermeira que ministrou a oficina.

Para o desenvolvimento do estudo, foram considerados os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, não havendo variáveis que possibilitem a identificação dos participantes, nem qualquer possibilidade de dano de ordem física ou moral.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Os primeiros socorros estão associados aos comportamentos de assistência e cuidados iniciais prestados a uma doença ou lesão agudizada. Eles podem ser realizados por qualquer pessoa, sendo possível até a atividade socorrista da vítima em si mesma. Os principais objetivos do socorrista estão relacionados à conservação da vida, o abrandamento do sofrimento, a prevenção de complicações e à promoção da recuperação. Para tanto, as intervenções ofertadas devem ser eficientes, baseadas em evidências científicas ou em consenso com especialistas (SOUSA et al., 2018).

As ações educacionais desenvolvidas durante a oficina tiveram início com a dinâmica

de apresentação dos participantes. Neste primeiro momento cada pessoa falou seu nome, idade, profissão e se tinha conhecimento teórico-prático a respeito dos temas que seriam abordados, bem como as dúvidas.

A dinâmica oportuniza e incentiva as pessoas que nela está envolvida a uma infinidade de vivências, o que permite crescimento intelectual. Ela é um acelerador de tempo de aprendizagem, pois em poucos minutos possibilita que cada um adquira experiências que porventura, nunca viesse a ter (MAYER, 2017).

A oficina aconteceu no turno vespertino, durou 4 horas e 00 minutos e foi composta por 13 participantes sendo 6 homens e 7 mulheres, com a faixa etária média de 20-40 anos. As profissões foram as mais diversas: auxiliar em serviços gerais, porteiro, estudante universitário, nutricionista, assistente administrativo, técnico de enfermagem, entre outras.

A oficina foi composta por momentos distintos em que foi mesclado entre a atualização dos saberes por meio da explanação com o auxílio do datashow; a discussão de forma participativa sobre as dúvidas, conhecimentos prévios dos participantes, experiências e as estratégias já utilizadas por eles e o momento prático em que eram colocados situações problemas e os participantes eram convidados a resolvê-las por meio de simulações de primeiros socorros.

A utilização de simulações é uma poderosa ferramenta de treinamento de competências porque permite uma melhor interação com o grupo e apreensão das informações compartilhadas, facilitando a aprendizagem (GUEDES et al., 2017).

No segundo momento foi realizada a explicação a respeito da vertigem e do desmaio. De acordo com Porto & Porto (2016) o desmaio pode ter origem por diminuição do fluxo sanguíneo cerebral ou por causa psicogênica, é caracterizado pela perda repentina e transitória da consciência podendo acontecer de forma parcial ou total. Enquanto na vertigem ocorre uma sensação inesperada de movimento e desequilíbrio, há uma diminuição da força, visão turva e sensação de perda da consciência (BRASIL, 2016).

Neste momento, foi discutido sobre os seus conceitos, as causas, manifestações clínicas e os primeiros socorros às vítimas, também foram discutidas ações que não deveriam ser realizadas e que são corriqueiras, como oferecer substâncias para a vítima cheirar, sacudir a vítima, entre outras. Durante a explanação os participantes puderam participar ativamente, dando suas contribuições falando sobre suas vivências e incertezas a respeito dos assuntos.

No terceiro momento a enfermeira apresentou situações problemas para os participantes que foram convidados a solucioná-las em duplas por meio de simulações. Nas simulações os profissionais puderam aprender como agir perante uma vítima que sofreu vertigem ou desmaiou em pé ou sentada, além disso, treinaram como era realizada a posição lateral de segurança.

A simulação é um meio de ensino fundamentado na metodologia ativa. Ela objetiva estimular e preservar o estímulo, envolver o trabalhador, desenvolver a habilidade de resolução de problemas e compreensão dos conceitos. Na Aprendizagem Baseada em Problemas, são retratadas situações reais, possibilitando a participação ativa na obtenção dos conceitos essenciais para a compreensão e resolução de problemas. Nesse tipo de aprendizagem há um condutor ou facilitador (COSTA et al., 2015).

Em seguida, a facilitadora da oficina versou sobre a crise convulsiva e a asfixia. Na crise convulsiva foi discutido o seu conceito, principais causas, realizada a diferenciação de crise convulsiva e crise epiléptica, bem como os primeiros socorros às vítimas.

A crise convulsiva é caracterizada pela súbita perda da consciência, acompanhada de contrações musculares involuntárias, cianose, sialorreia, lábios e dentes cerrados. Além disso, o paciente pode apresentar, eventualmente, liberação de esfíncteres, evidenciada por incontinência fecal e urinária. E na fase pós-convulsiva: sonolência, confusão mental, agitação, flacidez muscular e cefaleia, sinais de liberação esfinteriana (BRASIL, 2016). É fundamental que os profissionais e a população em geral saibam identificar e tenha a ciência de como agir diante de um paciente com crise convulsiva. Nesta oficina, os participantes foram instruídos em relação a identificação e conduta, incluindo o acionamento do serviço de urgência.

Na asfixia foi abordado a sua definição, principais causas, sintomas, os tipos de vítimas que podem ser encontradas (consciente ou inconsciente), assim como, os primeiros socorros às vítimas adultas com obstrução por líquido, adultas e crianças maiores de 1 ano com obstrução por sólidos, pessoas obesas ou gestantes obstruídas por sólidos, pessoas deitadas ou inconscientes, além de ser abordado especificadamente o caso de asfixia em crianças menores de 1 ano, citando suas principais causas, sinais e sintomas, bem como, demonstrando a técnica realizada nos seus primeiros socorros.

Posteriormente, foi realizado o segundo momento de prática em que os alunos puderam exercitar as técnicas que lhe foram apresentadas: rolamento 90°, manobra de Heimlich, Manobra de Desobstrução/Compressão Torácica e a Manobra de 5 tapas e 5 compressões. Para esse momento foram colocadas situações problemas que eram resolvidas em duplas e por meio de simulações. Nas situações que envolveram crianças menores de 1 ano um manequim infantil de tamanho real foi utilizado.

As práticas simuladas podem ajudar no processo de interação, na apropriação e no desenvolvimento de conceitos científicos, além de possibilitar que os envolvidos aprendam como abordar e avaliar objetivamente as situações, bem como, desenvolver soluções para problemas complexos (PAGEL; CAMPOS; BATITUCCI, 2015).

O conhecimento sobre primeiros socorros propicia autonomia e segurança para o indi-

víduo que experiencia uma situação de emergência, pois o mesmo identifica e utiliza meios e formas para salvar vidas (CALANDRIM et al., 2017; CASTRO; CORDEIRO; ANDRADE, 2019). Ressalta-se ainda o quão importante é a inserção e discussão dessa temática, visto que, essas pessoas podem tornar-se agentes multiplicadoras do conhecimento e serem disseminadoras das condutas corretas em situações de urgências e emergências (MATOS; SOUZA; ALVES, 2016).

Ao final da oficina a facilitadora solicitou que os participantes falassem um pouco sobre o momento, se houve aprendizado, a existência de alguma dúvida seja de caráter teórico ou prático e, por fim, uma avaliação citando os pontos fortes e os pontos que poderiam ser melhorados, caso houvesse um outro momento, com temas distintos.

CONCLUSÃO

O compartilhamento de informações a respeito dos primeiros socorros apesar de imprescindível, encontra-se restrito aos profissionais e estudantes da saúde. É necessário que haja uma maior disponibilização e democratização de tais conhecimentos, visto que, é uma situação que pode ocorrer a qualquer instante e com qualquer indivíduo. Além disso, a instrução torna as pessoas mais seguras diante das situações e menos vulneráveis.

Salienta-se que o uso de metodologias ativas possibilitou uma maior dinamização durante a oficina, além de permitir que as pessoas que estavam participando se tornassem atores do processo e não meros expectadores. A troca pedagógica viabilizada pelo diálogo foi importante tanto para os participantes como para a facilitadora, uma vez que ampliou o olhar de todos não somente pelas técnicas ali experienciadas, como também pelas vivências trocadas. Diante do exposto, evidencia-se que a atividade alcançou o objetivo para a qual foi proposta, uma vez que os participantes foram atualizados e capacitados acerca de intervenções básicas em primeiros socorros, sendo estimulados a compartilhar as informações recebidas com seus familiares e amigos, promovendo uma cadeia de socorristas preparados para prestarem socorro a potenciais vítimas, seja em seus ambientes de trabalho, em casa ou na rua.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2a edição, 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2020.

CALANDRIM, L.F et al. Primeiros socorros na escola: treinamento de professores e funcionários. Revista Rene, n.13, v. 3, p.292-299, maio-jun, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/20044>>. Acesso em: 26 jul. 2020.

CASTRO, J. A.; CORDEIRO, B. C.; ANDRADE, K. G. M. O conhecimento e a importância dos primeiros socorros para professores e funcionários em uma instituição de ensino federal do Rio de Janeiro. *Debates em Educação*, vol. 11, n. 25, p.254-270, 2019. Disponível em: DOI: 10.28998/2175-6600.2019v11n25p254-270. Acesso em: 26 jul. 2020.

CAVALCANTE, B.L.L; LIMA, U.T.S. Report of an experience of a nursing student in a clinic specialized in treatment of wounds. *Journal of Nursing and Health*, [Internet], v. 2, n. 1, p. 94-103, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3447/2832>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

COSTA, R.R.O. et al. O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica. *Revista Espaço para a saúde*. Londrina, v. 16, n. 1, p. 59-65, 2015. Disponível em: <<https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/issue/viiv/1047>>. Acesso em 15 jul, 2020.

DIXE, M.A.C.R.; GOMES, J.C.R. Conhecimento da população portuguesa sobre Suporte Básico de Vida e disponibilidade para realizar formação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.49, n. 4, p. 640-649,2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/issue/view/7825>>. Acesso em: 20 set. 2019.

GUEDES, M. H. C. et al. Uso de simulação no ensino de urgência e emergência pré- hospitalar para discentes de medicina: Relato de experiência. *Revista de Saúde*. n.08, v.1, p.08-14, 2017. Disponível em: <<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/460>>. Acesso em: 26 jul. 2020.

MARTINS-JUNIOR, J. Como escrever trabalhos de conclusão de curso: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos. Editora Vozes Limitada, 2017.

MATOS, D. O. N.; SOUZA, R. S.; ALVES, S. M. Inclusão da disciplina de primeiros socorros para alunos do ensino básico. *Revista Interdisciplinar*. n.9, v.3, p.168-178, 2016. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/923/pdf_35_4>. Acesso em: 26 jul. 2020.

MAYER, C. O poder de transformação: dinâmicas de grupo. Papirus Editora, 2017.

MESQUITA, T. M. et al. Recurso educativo em primeiros socorros no processo ensino- aprendizagem em crianças de uma escola pública. *Revista Ciência Plural*. n.3, v.1, p.35-50, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/11464/8587>>. Acesso em: 26 jul. 2020.

PAGEL, U.R.; CAMPOS, L.M.; BATITUCCI, M.C.P. Metodologias e práticas docentes: uma reflexão acerca da contribuição das aulas práticas no processo de ensino-aprendizagem de biologia. *Experiências em Ensino de Ciências*, v.10, n.2, p.14-25, 2015. Disponível em: <https://if.ufmt.br/eenci/artigos/Artigo_ID273/v10_n2_a2015.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.

PEREIRA, K. C. et al. A construção de conhecimentos sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros junto ao público leigo. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v.5, n.1, p.478-1485, 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/456/837>>. Acesso em: 24 jul. 2020.

PORTO, C. C.; PORTO, A. L. Exame clínico: Porto & Porto. 7 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, p. 96, 2016.

SINGLETERY E.M et al. Part 15: first aid: 2015 American Heart Association and American Red

Cross Guidelines Update for First Aid. *Circulation*, v. 132, suppl 2., p. S574–S589, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000269>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

SOUSA, N. P. et al. Ensino baseado em simulação: experiência no ensino de primeiros socorros em curso técnico. *Revista Eixo*, v. 7, n. 2, p. 79-86, 2018. Disponível em: <<http://revistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/view/623/347>>. Acesso em: 27 jun.2020.

“ Os direitos das parturientes

Thayná Cristina de **Melo**

Rossano Sartori **Dal Molin**

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento de parturientes sobre os seus direitos quanto ao trabalho de parto. **Método:** o estudo constitui uma revisão integrativa a respeito dos direitos das parturientes. A avaliação dos dados coletados será por meio de análise crítica do material localizado por meio de um quadro sinóptico, onde serão dispostas informações pertinentes acerca do artigo em questão, tornando possível a identificação dos estudos mais condizentes com o que se está buscando. **Resultados:** tendo em vista os estudos dos artigos selecionados, foram observadas as seguintes informações: 1) autonomia das parturientes; 2) situações violadoras e 3) a enfermagem na Obstetrícia. **Conclusões:** constata-se o desconhecimento das parturientes à cerca dos seus direitos, bem como, a falta do cumprimento das diretrizes do Ministério da Saúde, que ainda é uma realidade em alguns hospitais no Brasil. A intervenção nesses casos é relevante, através da adequada orientação, com o oferecimento de programas informativos e educativos, contribuindo para uma gestação saudável e digna, resultando em mães e bebês saudáveis, ou seja, a humanização da assistência as parturientes.

Palavras-chave: Parto Humanizado; Parturientes; Direitos da Mulher; Enfermeiras Obstétricas.

INTRODUÇÃO

O parto e o nascimento de um bebê são acontecimentos marcantes na vida das mulheres. Há registros de inúmeros casos onde esses momentos foram vivenciados com atitudes desrespeitosas e agressivas, se configurando em violência e a geração de traumas profundos. Esses posicionamentos são assumidos por profissionais que prestam assistência no momento do parto, sem a devida capacitação e orientação. Simultaneamente, se tornam momentos acompanhados de dor física, solidão e humilhação, a partir da adoção de práticas institucionais e da assistência a parturiente que intensificam sentimentos de incapacidade e o empoderamento da equipe em relação ao corpo da mulher na hora do parto. (BRASIL, 2012).

Entende-se que no processo de parturição quem deve ser protagonista é a mulher, tomar as suas decisões, ter liberdade de escolha e contar com uma assistência segura e humanizada, com profissionais qualificados, com uma estrutura adequada e com os seus direitos sendo respeitados. Para que tudo isso aconteça, é necessária uma assistência de pré-natal adequada, com profissionais qualificados e responsáveis com o processo de parir e nascer. (BRASIL, 2012).

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na implantação do parto humanizado. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), a parturiente de baixo risco pode ser acompanhada por um enfermeiro obstetra, sendo que este profissional está capacitado, legalmente, para tal função. Além disso, o enfermeiro atua durante o trabalho de parto proporcionando a mulher maior segurança e conforto, sempre com uma escuta ativa e atenciosa. (OMS, 1996).

As vivências profissionais permitiram observar que, ainda hoje, em alguns casos e em algumas instituições, adota-se a medida de não permitir acompanhante no decorrer do trabalho de parto e, que, as parturientes não têm autonomia em suas escolhas, que acabem sendo feitas pelos profissionais de saúde. Essa realidade leva ao questionamento sobre a aplicabilidade das diretrizes que regem a atenção ao parto e nascimento como, por exemplo, o Manual de Maternidade Segura, que está instituído desde 1996 pela Organização Mundial de Saúde, que acabam inúmeras vezes não sendo seguidas, mesmo sendo indubitavelmente as melhores evidências científicas de humanização e atenção ao parto e nascimento. (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

Diante disso, o objetivo do estudo é analisar o conhecimento de parturientes sobre os seus direitos durante o trabalho de parto.

MÉTODO

Tipo de Estudo

O estudo constitui-se em uma revisão sistemática. Trata-se de um tipo de pesquisa direcionada a um tema bem específico, que objetiva identificar, separar, classificar e resumir as evidências importantes sobre um assunto. Os critérios adotados em revisão sistemática são divulgados de maneira outros acadêmicos/profissionais consigam refazer a mesma pesquisa. Revisões sistemáticas bem elaboradas são as melhores ao buscar um conhecimento científico e posterior utilização. Por seguir um método científico comprovado e apresentar resultados novos, é considerada como pesquisa original em grande parte das revistas científicas. (COOPER, 1982).

Coleta de Dados

As bases de dados utilizadas serão: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO), a partir dos seguintes descritores: parto humanizado, humanização da assistência, gestantes, direitos da mulher, enfermeiras obstétricas. Os critérios de inclusão são artigos que abordam a temática, estes com o texto completo, escritos na língua portuguesa, publicados a partir de 2014 e gratuitos. Como critérios de exclusão entrarão qualquer artigo que não se encaixe no que está descrito acima.

Procedimentos de Análise

A avaliação dos dados coletados será por meio de análise crítica do material localizado por meio de um quadro sinóptico, onde serão dispostas as informações pertinentes acerca do artigo em questão, fazendo-se possível a identificação dos estudos mais condizentes com o que se está buscando. (COOPER, 1982).

Será realizada uma análise de conteúdo que servirá como embasamento para compreender o significado dos dados coletados e também possui a finalidade de facilitar o entendimento dos conteúdos localizados através da pesquisa bibliográfica, a fim de, encontrar respostas para o objetivo desse estudo.

Aspectos Éticos

Por se tratar de uma pesquisa cujo material é de domínio público, torna-se dispensável aprovação em Comitê de Ética. No entanto, observam-se os princípios éticos que trazem as citações e propriedade intelectual dos materiais. (COOPER, 1982).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresenta-se abaixo o fluxograma do processo de busca dos artigos que compõe a amostra desse estudo.

FIGURA 1. Fluxograma do processo de busca dos artigos.



Fonte: Acadêmica pesquisadora, 2020.

Através de uma análise criteriosa dos artigos, foram selecionados cinco estudos para a construção desta revisão, o quadro 1 (apêndice A) elenca as informações sobre revista, autores, ano de publicação e base de dados.

Tendo em vista os estudos dos artigos selecionados nesta revisão integrativa, foram observadas algumas informações para melhor sintetizar a temática. Foram selecionadas três categorias: autonomia das parturientes, situações violadoras e a enfermagem na obstetrícia.

Autonomia das Parturientes

De acordo com a publicação Maternidade Segura, da Organização Mundial da Saúde (OMS), as parturientes tem inúmeros direitos, alguns deles: estar acompanhada em todo trabalho de parto e parto por alguém de sua escolha, ser informada pelos profissionais de saúde sobre todos os procedimentos que serão realizados com a parturiente e com o seu bebê, optar a posição que desejar no momento da expulsão do bebê, caminhar e se movimentar durante todo trabalho de parto, receber líquidos e alimentos durante o trabalho de parto, sem exageros, receber massagens e outras técnicas não farmacológicas para alívio da dor, utilizar roupas confortáveis durante o trabalho de parto, receber o bebê para mamar

de imediato após o parto, ser chamada pelo seu nome e conhecer a identidade dos profissionais que lhe prestam atendimento. (OMS, 1996).

O estudo de Rocha et al (2017) traz experiências de mulheres durante o trabalho de parto em um hospital comum versus um Centro de Parto Normal (CPN), em todas as suas falas as gestantes trazem experiências negativas sobre ter autonomia dentro do hospital, mas experiências positivas no CPN:

“No hospital não permitiram que eu me alimentasse nem que eu bebesse água. Aqui desde o momento que cheguei foi me oferecido tudo, chá, biscoito, água, então o que eu pude comer e o que eu quis comer e beber eles permitiram.” (ROCHA et al, 2017).

“Lá eles fizeram corte, não perguntaram se eu queria, foi em última hora, o menino não queria sair [...]” (ROCHA et al., 2017).

“[...] aqui eu pude escolher [posição].” (ROCHA et al., 2017).

“Não, ficou não, tiraram ficaram longe de mim, [hospital] aqui teve, eles colocaram em cima de mim, assim que nasceu eles já deram fiquei mais de uma hora.” (ROCHA et al, 2017).

“Lá não podia [hospital], aqui teve ele [marido] e a doula”. (ROCHA et al., 2017).

O Ministério da Saúde salienta que a opinião das parturientes no parto deve ser respeitada. Para que isso realmente aconteça, essas mulheres devem receber as informações ainda em seu pré-natal, assim favorecendo-as em suas escolhas nesse momento tão importante de sua vida. Quando se fala no respeito ao direito da autonomia, a informação é fundamental, pois implica em instruir a parturiente a agir autonomamente. (BRASIL, 2020).

Situações Violadoras

Segundo uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo uma em cada quatro mulheres sofrem violência obstétrica. As violências mais ocorridas nas maternidades são: jejum forçado, isolamento, o desacompanhamento das pacientes, restringir a paciente ao leito para não se movimentar, amarrar a parturiente à maca, utilizar métodos farmacológicos sem autorização, induzir ao parto, episiotomia, manobra de *Kristeller*¹, não deixar que a parturiente grite ou converse, agressões físicas e humilhações. (NAZARIO; HAMMARSTRON, 2015).

O estudo feito por Carvalho et al (2014) informa que entre 16 usuárias entrevistadas apenas 10 tinham algum conhecimento sobre os seus direitos, dessas nove referiam como direito apenas a presença de um acompanhante e uma única relatou o direito de ser informada e questionada pelos profissionais sobre os procedimentos realizados. (CARVLHO et al., 2014).

¹ Quando a barriga da parturiente é empurrada para auxiliar no nascimento do bebê.

Se as mulheres estivessem cientes de seus direitos, talvez fossem mais exigentes, mais atuantes e menos dominadas e submissas, ou seja, empoderadas de um momento que, por direito, lhes deve ser oportunizado vivê-lo com respeito e dignidade. Geralmente, a não aplicabilidade dos direitos das parturientes decorre da falta de estrutura e conhecimento dos profissionais da saúde sobre a temática. Sendo assim, é necessário o investimento das instituições hospitalares em educação para os profissionais de saúde, cursos de atualização e treinamentos técnicos, a fim de assegurar que as diretrizes do Ministério da Saúde sejam seguidas e respeitadas, dentro do contexto hospitalar. (AIRES et al., 2015).

A Enfermagem na Obstetrícia

A importância dos enfermeiros é grande na redução da ansiedade das gestantes e parturientes, assegurando-lhes mais conforto, coragem e segurança. Frente a um acompanhamento humanizado dos partos, o papel da enfermagem exige que o profissional aja sem preconceitos, realizando a prestação do cuidado livre de qualquer dano e mínima utilização de intervenções em suas práticas. A solidariedade, respeito, apoio, incentivo e orientação são condições que demonstram o cuidado e importância desse profissional na assistência humanizada. O vínculo dos enfermeiros com suas pacientes requer dinamismo, para que os conhecimentos da paciente sejam agregados ao conhecimento científico e sua autonomia seja preservada. (LAMBERT et al., 2010).

Menezes et al. (2020) trazem experiências de residentes de enfermagem no qual apresentam discursos sobre presenciar condutas inadequadas na assistência ao parto, desde maus-tratos físicos, psicológicos e verbais e até procedimentos que incidem sobre o corpo da mulher e que poderiam causar sentimentos de vulnerabilidade, inferioridade, instabilidade emocional, insegurança e medo.

“[...] outra situação também, com essa de não ficar quieta durante os pontos, durante a sutura, né, era uma menina nova, 16 anos, era o primeiro filho dela... e ela falava que deu anestesia e tudo, mas ela tava com medo, era tudo novo pra ela, e ela não ficava quieta, toda hora ela balançava o bumbum, subia o bumbum, aí a profissional foi, largou tudo e falou: ‘Enquanto você não ficar quieta, eu não volto!’” (MENEZES et al., 2020).

CONCLUSÕES

Nesta pesquisa foi possível observar o desconhecimento das parturientes acerca dos seus direitos, bem como, a falta do cumprimento das diretrizes do Ministério da Saúde, ainda é uma realidade nos hospitais no Brasil.

Esses fatos instigam há uma reflexão para a mudança necessária em relação ao nasci-

mento e a humanização da assistência. O enfermeiro reconhece a importância de uma prestação de assistência adequada e com qualidade. Por isto, está sempre procurando acolher a mulher, proporcionando segurança, percebendo alguns fatores que possam gerar estresse, como a dor, criando um ambiente confortável tanto para a parturiente quanto para a família. Assim, cada vez mais a enfermagem vem delineando uma história diferente, salientando sua capacidade, habilidade e importância, aliado a experiência e sua autoconfiança no processo de parir, sempre preservando as condições emocionais, físicas e as culturas da parturiente.

O enfermeiro tem como atribuições pertinentes à sua profissão a educação em saúde, tornando-se necessário salientar o seu papel em criar atividades para o conhecimento das gestantes sobre os seus direitos e aos profissionais de saúde condutas mais humanizadas.

REFERÊNCIAS

AIRES, N.T. et al. Aplicabilidade dos direitos das parturientes: do paradigma a realidade. *Saúde Santa Maria*, v.41, n.1, p. 263-270, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2020, às 14:00h.

BRASIL. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2020.

CARVALHO, V. F.; KERBER, N. P. C.; AZAMBUJA, E. P.; BUENO, F. F.; SILVEIRA, R.S; BARROS. A.M. Rights of parturients: adolescents' knowledge and that of their companion. *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.2, p.572-581, 2014.

COOPER H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. *Review of educational research*. 1982;52(2):291-302. Florianópolis, SC, Brasil. Doi 10.1590/S0104-12902014000200017.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Systematic reviews of the literature: steps for preparation. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.23 n.1 Brasília mar. 2014. Doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018.

INSTITUTO MICHEL ODENT. Michel Odent. Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer. Disponível em: <https://www.institutomichelodent.com.br>, acesso em 23.05.2020, às 07:00h.

LAMBERT, A. C. S.; HOGA, L. A. K.; JAMAS M. T. Desarrollo de un modelo de asistencia continua en el parto. *Investigación y Educacion em Enfermaria*, v. 28, n. 2, p. 187-194, 2010.

MENEZES, F.R., REIS, G.M., SALES, A.A.S., JARDIM, D.M.B, LOPES, T.C. The obstetric nursing residents' view on obstetric violence in institutions. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24: e180664. Doi.org/10.1590/Interface.180664.

NAZARIO, L.; HAMMARSTRON, F. F. B. Os direitos da parturiente nos casos de violência obstétrica. XVII Congresso Internacional de Educação do Mercosul, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Maternidade segura: assistência ao parto normal,

um guia prático. Genebra, 1996.

ROCHA, F. R., MELO, M. C., MEDEIROS, G. A., PEREIRA, É. P., BOECKMANN, L. M. M., DUTRA, L. M. A. Análise da assistência ao binômio mãe-bebê em centro de parto normal. *Cogitare Enferm.* (22)2:e49228, Brasília, DF, Brasil, 2017. Doi.org/10.5380/ce.v22i1.49228.

“ Padrão eletrocardiográfico e concentração plasmática de TNF- α em ratos suplementados com nicotina

| Carlos Alberto **Silva**

|
|
|
|
| Bruno Ferreira Gonçalves e **Silva**
|
|
|
|
|

RESUMO

O objetivo foi avaliar o eletrocardiograma (ECG) e a concentração plasmática da citocina TNF- α (fator de necrose tumoral) em ratos suplementados com nicotina. Foram utilizados 10 ratos machos Wistar (180-200g) suplementados com nicotina (50 mg/L via oral durante 30 dias), estando o estudo aprovado pelo protocolo CEUA - 03/2018. No ECG foi utilizado o sistema Heart Ware System no 1º dia (chegada) e sequencialmente nos dias 3º, 5º, 10º, 20º e 30º. O TNF- α foi determinado nos mesmos dias da coleta do ECG utilizando-se o Kit de aplicação laboratorial. Resultados: 1. a partir do 5º dia do tratamento houve taquicardia, aumento na concentração de TNF- α e menor tempo de condução no intervalo QRS. 2. No 30º dia, foi observada bradicardia e aumento no tempo do QRS, porém, o TNF- α manteve-se elevado durante todo o tratamento. As alterações no ECG podem ser decorrente da ação da nicotina no sistema nervoso central e no músculo cardíaco. Conclusão. As ações cardíacas e deletérias da nicotina manifestam-se precocemente e permanecem a longo prazo.

Palavras-chave: Nicotina; eletrocardiografia; ratos.

INTRODUÇÃO

A nicotina é um alcaloide encontrado nos derivados do tabaco e de ocorrência espontânea na natureza. Cerca de 5% do peso do tabaco é composto por nicotina e um cigarro contém de 8 a 20 mg de nicotina, no entanto, desta somente cerca de 1 mg chega a ser absorvida pelo organismo quando se fuma um cigarro. A nicotina é o maior alcalóide do tabaco, correspondendo a aproximadamente 5% da massa total da planta sendo o agente farmacologicamente mais ativo ^{1,2}.

Por similaridades com a neurotransmissão autonômica colinérgica, a nicotina atua em áreas do sistema nervoso central na interface $\alpha 4$, $\alpha 2$ e $\alpha 7$ dos receptores colinérgicos nicotínicos (nA-ChR) presente no córtex e hipocampo, onde promove excitação neuronal. No mesmo perfil de análise, tem sido observado inibição dos reflexos espinhais e relaxamento do músculo esquelético, assim, não se pode afirmar que a nicotina é simplesmente excitatória ou inibitória, ou seja, em baixas doses, a nicotina promove uma hiperatividade e, em altas doses, sedação ³.

Ao inalar a nicotina, através da fumaça do cigarro, ela é absorvida pelos pulmões e rapidamente atinge o cérebro pela corrente sanguínea entre 7 a 12 segundo estimulando a liberação de dopamina e proporcionando sensação de prazer e bem-estar. Alguns tabagistas relatam que o hábito de fumar alivia o estresse e a depressão, eventos que acompanham os efeitos neuroquímicos representados pela liberação de dopamina, noradrenalina e serotonina, semelhante aos efeitos de alguns antidepressivos ^{4, 5}.

A administração crônica de nicotina leva a mudanças substanciais na população de receptores nicotínicos, e pode representar uma resposta adaptativa à dessensibilização prolongada no sistema nervoso autônomo, modificando o equilíbrio funcional nos diferentes tecidos inervados tal como no tronco encefálico, locus do controle cardiovascular. Neste aspecto, tem sido descrito muitos efeitos da nicotina e suas relações com distúrbios cardiovasculares representado por lesões oxidativas, alteração endotelial, trombose, estresse hemodinâmico ⁶.

Einthoven desenvolveu o eletrocardiograma (ECG) visando a identificação de alterações cardíacas tanto no homem quanto em animais de experimentação ⁷. A eletrocardiografia é uma técnica simples e não invasiva com ampla aplicabilidade no diagnóstico de arritmias, hipertrofias, modificações na condutância, isquemia e infarto do miocárdio ⁸. Em condições fisiológicas normais, a heterogeneidade na distribuição do potencial de ação no miocárdio e sua correspondente corrente iônica determinam as ondas ou deflexões do ECG na ativação (despolarização) e na recuperação (repolarização).

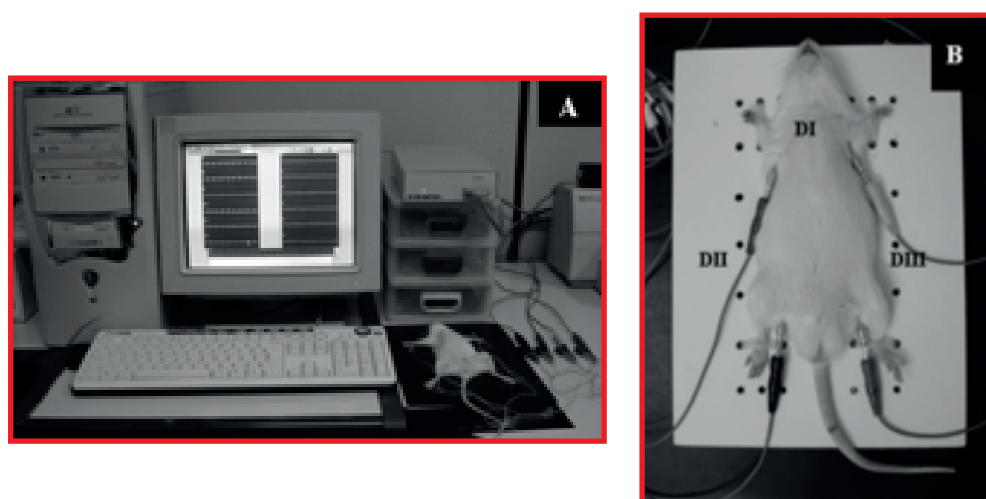
Estudos mostram que as deflexões eletrocardiográficas correspondentes a P, Q, R, S e T são semelhantes no homem e no rato e podem ser avaliadas pela voltagem e pelo tempo

de dispersão das ondas elétricas. Frente as alterações orgânicas geradas pela nicotina, a proposta do trabalho foi investigar, em ratos, a ação da nicotina sobre o comportamento elétrico cardíaco, bem como a concentração plasmática de TNF- α (citocina inflamatória), com ênfase em 30 dias de exposição ao alcaloide.

MATERIAIS E METODOS

Foram utilizados ratos jovens Wistar, com 2 meses de idade, pesando entre 180-200g, os quais foram mantidos em regime claro-escuro de 12/12 h, com água e ração *ad libitum*. Os ratos (n=10 por grupo) foram avaliados antes da administração da nicotina no primeiro dia que antecedeu a presença do alcaloide, a seguir procedeu-se o tratamento que consistiu na administração da nicotina na dose de 50 mg/L disponível na água para beber, sendo avaliado o período de 3, 5, 10, 20 e 30 dias de tratamento, assim este modelo experimental mimetiza um tabagista que consome 20 cigarros/dia. Para análise eletrocardiográfica, os animais foram anestesiados com Pentobarbital sódico (40mg/Kg, ip), visto que não altera parâmetros eletrocardiográficos, a seguir eletrodos foram conectados aos canais do eletrocardiógrafo (HeartWare System) e registradas as derivações DI, DII, DIII, aVR, aVL e aVF, com sensibilidade N e velocidade de 50 mm/segundo (figura 1). Foram avaliados o intervalo PR e o complexo QRS. Após a obtenção do sinal eletrocardiográfico foi coletado sangue na veia lateral da cauda dos animais e transferido para eppendorf sob gelo e prontamente centrifugados e o plasma direcionado a avaliação da concentração plasmática da citocina TNF- α através do KIT (TNF (Monoclonal Anti-TNF antibody produced in mouse REF.000001 MARCA WH0007124M2 Sigma-Aldrich clone 1C3-A1-F4, purified immunoglobulin, buffered aqueous solution). A análise estatística foi realizada aplicando ANOVA e teste de Tukey, $p<0,05$.

Figura 1- Obtenção do registro eletrocardiográfico. A) Eletrocardiógrafo tipo Heartware utilizado para a captação dos sinais elétricos cardíacos; B) Posicionamento dos eletrodos no corpo do animal



RESULTADOS

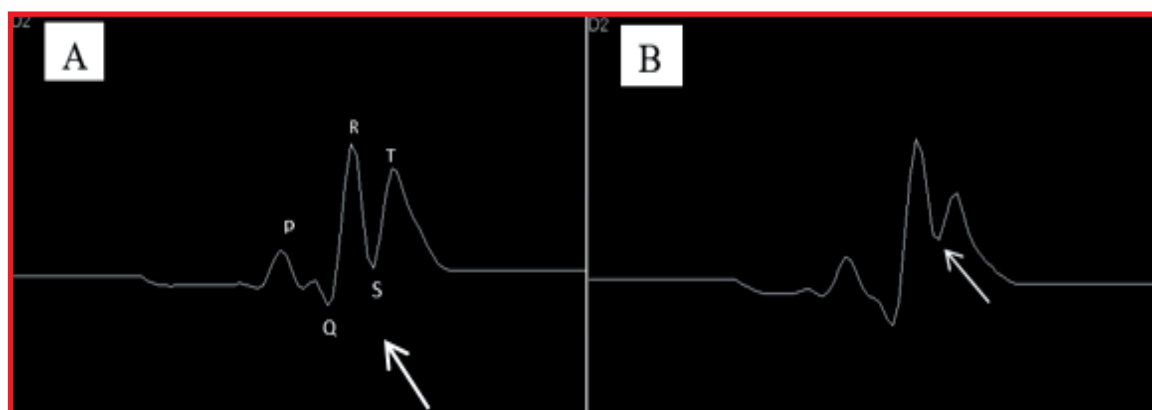
Inicialmente foi avaliado a frequência cardíaca (FC) sendo verificado que nos 3 primeiros dias do tratamento com nicotina, não houve mudança na FC, no entanto, a partir do 5º dia foi observado elevação média de 51% na FC, permanecendo durante os próximos 20 dias de observação. No 30º dia do tratamento foi observado uma expressiva redução na FC atingindo valores 39% menores, padrão também observado na avaliação dos diferentes segmentos eletrocardiográficos, sendo verificado até o 20º dia, 40% de elevação na temporização do intervalo QRS, evento não observado no intervalo PR (tabela 1). No 30º dia houve elevação no tempo do QRS atingindo 32%, condição também observada no segmento PR onde os valores da temporização foram aumentados em 31%, sugestivo de bradicardia.

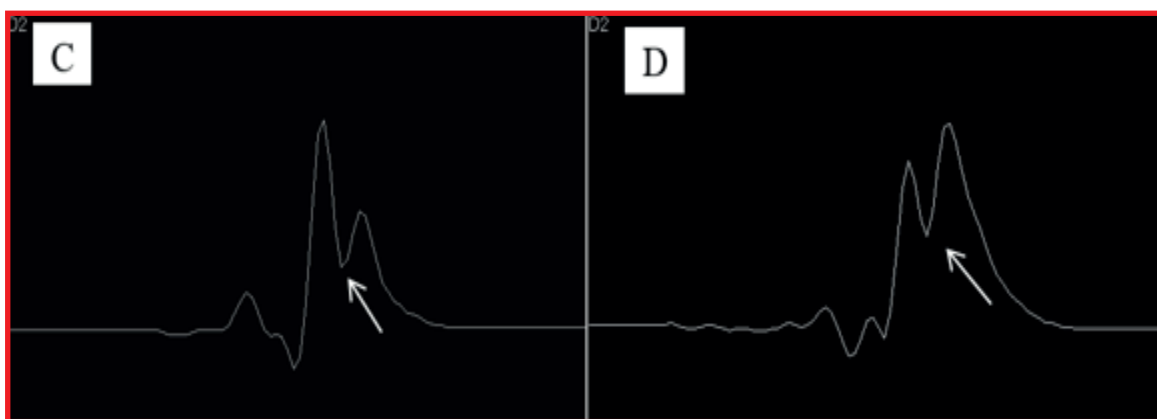
Tabela 1. Frequência cardíaca, intervalo PR e complexo QRS na avaliação eletrocardiográfica realizada durante o período de 30 dias. O Primeiro dia (1o) se refere ao período que antecedeu o tratamento. Os valores correspondem à média $\pm$ dp, n=10. *p<0,05 se comparado ao 1o dia e #p<0,05 se comparado ao período do 5º ao 20º dia.

Dias	FC (bat/min)	QRS (ms)	Intervalo PR (ms)
1º	154.00 $\pm$ 8	39.2 $\pm$ 0.5	29 $\pm$ 1.3
3º	163.00 $\pm$ 6	35.7 $\pm$ 1.4	29 $\pm$ 0.8
5º	262.38 $\pm$ 2.9*	32.5 $\pm$ 0.4*	26 $\pm$ 1.5
10º	221.77 $\pm$ 1.3*	31,4 $\pm$ 1.0*	29 $\pm$ 0.9
20º	233.61 $\pm$ 11*	30.5 $\pm$ 0.3*	29 $\pm$ 1.1
30º	123.12 $\pm$ 1.7#	51.7 $\pm$ 0.9#	38 $\pm$ 0.8*,#

Na análise das ondas eletrocardiográficas foi observado que na presença da nicotina houve elevação no traçado da onda S afastando ao retorno a linha de base representado por ondas 30%, 70% e 90% menores, condição que indica redução na capacidade de repolarizar o músculo cardíaco (figura 2).

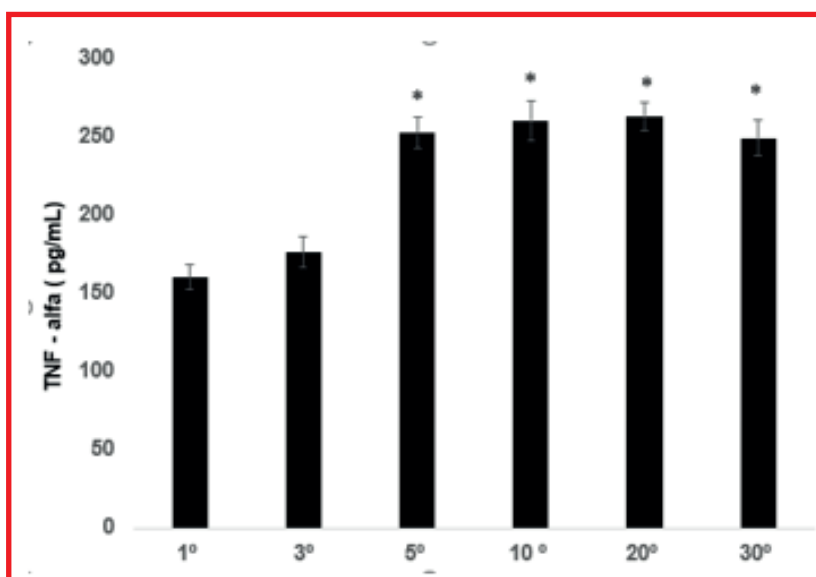
Figura 2. Representação do registro eletrocardiográfico indicando as ondas P, QRS, T de ratos na condição 1º dia (A); 5 dias na presença de nicotina (B); 10 dias na presença de nicotina (C); 20 dias na presença de nicotina (D). O registro 30 dias não diferenciou do registro 20 dias. Observa-se supra desnivelamento da onda S (seta).





A seguir foi avaliada as concentrações plasmáticas do fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) sendo observado que a partir do 5º dia de exposição a nicotina houve uma expressiva elevação de 47% na concentração plasmática permanecendo durante os 30 dias de avaliação (figura 3).

Figura 3. Concentração plasmática de TNF α (pg/mL) do primeiro (1º) ao 30º dia (30º) de tratamento com nicotina, reiterando que o 1º dia corresponde a fase sem a presença do alcaloide. Os valores correspondem à média $\pm$ dp, n=6. *p<0,05 comparado ao controle.



DISCUSSÃO

Tem sido descrito que na fumaça do cigarro encontra-se mais de quatro mil substâncias químicas, constituindo o tabaco além da nicotina que é o principal agente responsável pelo desenvolvimento da dependência ao tabaco^{9, 10}.

No aspecto farmacológico, a nicotina exerce sua ação ligando-se a receptores colinérgicos nicotínicos (nAChR), os quais são compostos por diferentes combinações de cadeias de polipeptídeos, presentes nos gânglios autonômicos, junção neuromuscular e sistema nervoso central. As combinações dessas subunidades estão dispostas na membrana celular formando um canal iônico, assim, a ligação da nicotina com esses receptores induz altera-

ções conformacionais promovendo o influxo de cátions (Na^+ e Ca^{2+}). Em áreas específicas do SNC, a nicotina ao interagir com nAChRs pré-sinápticos localizados nos terminais dos axônios resulta no aumento da liberação de vários neurotransmissores ¹¹.

Tem sido sugerido que haja ativação do sistema dopaminérgico meso-corticolímbico promovendo o circuito de recompensa que tem como principais componentes a área tegumentar ventral (sítio de corpos celulares de neurônios dopaminérgicos) e suas projeções para regiões do sistema límbico incluindo o núcleo acumbens, o tubérculo olfativo, a amígdala e o córtex frontal e límbico¹². Importante salientar que estas áreas ao ativar grupos neuronais específicos, modificam o padrão de controle das funções cardíacas e que podem promover as alterações demonstradas neste trabalho.

Neste sentido, tem sido sugerido que existem importantes modificações na atividade cardíaca que são geradas indiretamente pela nicotina no sistema nervoso central, no entanto, não é consenso se as alterações ocorrem a curto ou a longo prazo. Neste aspecto, este trabalho demonstra que alterações na frequência cardíaca, bem como nas vias intracardíacas de condução elétrica se manifestaram precocemente e passam por ajustes induzidos pela nicotina a longo prazo, sendo sugestivo ter relação com as ações do alcalóide no sistema nervoso central ^{12,13}. Considera-se também, que além das alterações indiretas também haja ajustes teciduais, uma vez que a nicotina reduz o aporte de substratos energéticos bem como na oxigenação no músculo cardíaco tendo em vista a ação constritora coronariana.

O envolvimento do sistema mesolímbico foi demonstrado através de técnica de ressonância magnética após a administração intravenosa de nicotina. Os autores demonstraram que a nicotina ativa o núcleo acumbens, a amígdala, o tálamo límbico e o lobo cortical frontal e modifica o controle autonômico das funções cardíacas. Outro aspecto importante é que no circuito há liberação de dopamina, no núcleo acumbens, trazendo bem estar e mascarando a sobrecarga do sistema cardiovascular ¹⁴.

No que se refere ao controle autonômico sabe-se que a nicotina pode inibir a enzima monoamino oxidase (MAO). A inibição da MAO pode contribuir para o aumento dos efeitos reforçadores da nicotina ¹³. Com ênfase no sistema cardiovascular, tem sido sugerido que a nicotina atuando na via adrenérgica, via receptores colinérgicos nicotínicos ativam gânglios autonômicos com subsequente liberação de noradrenalina pós-ganglionar e adrenalina da medula supra-renal. O conjunto de efeitos neuroendócrinos se manifestam como aumento na frequência cardíaca fato sugerido porém constatado e reiterado neste estudo.

Tem sido relatado ainda aumento da frequência cardíaca em tabagistas resultado de vasoconstrição periférica e aumento da resistência vascular periférica, além disto, a nicotina, predispõe a arritmias do tipo extra-sístoles ¹⁵. Neste sentido verificou-se tanto supra desnivelamento quanto aumento no tempo de transcrição da onda S indicando que possivelmente

possa ter referência na ação constritora coronariana, fato limitante da oxigenação e nutrição da câmara ventricular e responsável pela alteração no perfil eletrocardiográfico.

A nicotina é conhecida por seus efeitos sobre a função cardiovascular via estimulação simpática neural ¹⁶. Efeitos simpaticomiméticos da nicotina são mediados por vários mecanismos, podendo ocorrer pela ativação de receptores periféricos e efeitos diretos no tronco cerebral, resultando em aumento da frequência cardíaca, também induz a secreção de adrenalina e noradrenalina pela medula adrenal, fatores associados que podem promover diretamente elevação na pressão arterial ¹¹. Efeito similar ao demonstrado neste trabalho, sendo observado inicialmente taquicardia, porém, no 30º dia da presença da nicotina, foi observado bradicardia, corroborando com uma recente publicação que demonstrou em humanos a mesma sintomatologia ¹⁷.

Na literatura é consenso a importância dos canais de K⁺ no processo de repolarização da musculatura cardíaca, neste contexto e dentro da análise do sinal eletrocardiográfico, a câmara ventricular esquerda que é representada pela onda S, apresenta-se supra desnivelada, condição manifesta a partir do 5º dia de observação indicando redução na permeabilidade ao K⁺ e corroborando com a proposta da existência de ação antagônica da nicotina nestes canais. Uma resposta importante ligada ao bloqueio de canais de K⁺ pela nicotina promove taquicardia, arritmia e aumento da pressão arterial eventos aqui descritos que se manifestaram a partir de um curto período de exposição à nicotina. No estudo em tela, está demonstrado que inicialmente houve interferência na homeostasia da propagação do sinal elétrico nas câmaras ventriculares representado pelo segmento QRS, acompanhando o aumento na frequência cardíaca.

Na análise do 30º dia, o perfil eletrocardiográfico apresentou-se diferenciado indicando bradicardia e pode ter referência na alteração funcional do receptor de acetilcolina. Tem sido descrito que a exposição crônica à nicotina promove mudança na população de receptores de acetilcolina ou nos sítios de ligação, assim, este estudo acompanha autores que descrevem que a exposição crônica à nicotina pode interferir na homeostase do sistema cardiovascular e reitera-se ainda, que as alterações cardiovasculares sejam mascarados pelo bem estar que o alcaloide promove ao modificar a neurotransmissão dopaminérgica e serotoninérgica no sistema nervoso central ^{6, 11}.

TNF- α é uma citocina pró-inflamatória, estando descrito que frente a muitas ações deletérias apresenta-se em alta concentração plasmática ¹⁸. Este trabalho demonstra que o tratamento com nicotina promoveu precocemente aumento na concentração plasmática desta citocina e corrobora com recente estudo o qual sugere que a exposição crônica a nicotina é a responsável por este efeito indicando a dimensão das alterações provocadas por este alcalóide ¹⁹.

CONCLUSÃO

A nicotina promoveu desajustes no controle cardiovascular exibindo efeitos diferenciados que se manifestaram precocemente e permaneceram a longo prazo, fatores extremamente significativos para a manutenção da qualidade de vida e que podem estar mascarados pela sensação prazerosa propiciada pelo alcaloide.

REFERÊNCIAS

PUPULIM AF. Mecanismos de dependência química no tabagismo: revisão da literatura. Rev. Med. UFPR 2015; 2(2):74-78.

FOCCHI GRA. Tabagismo: uma revisão. Psychiatry on line. 2017; 22: 1-8.

MAROTTA CB. Selective Ligand Behaviors Provide New Insights into Agonist Activation of Nicotinic Acetylcholine Receptors. ACS Chemical Biology. 2014; 9(5): 1153-1159.

SUBRAMANIYAN M, DANI JA. Dopaminergic and Cholinergic Learning Mechanisms in Nicotine Addiction. Annals of the New York Academy of Sciences. 2015; 1349: 46-63.

BENOWITZ NL, BURBANK AD. Cardiovascular toxicity of nicotine: Implications for electronic cigarette use. Trends Cardiovasc Med. 2016; 26(6):515-23.

RAJEEV P. Nicotinic Receptor Up regulation and Nicotine Addiction: A Review of Mechanisms. Chronicles of Pharmaceutical Science. 2018, 2(3): 572-580.

KONOPELSKI P, UFNAL M. Electrocardiography in rats: a comparison to human. Physiol Res. 2016; 65(5):717-725.

ZEYMER U. ST resolution in a single electrocardiographic lead: A simple and accurate predictor of cardiac mortality in patients with fibrinolytic therapy for acute ST-elevation myocardial infarction. Am Heart J. 2005; 149: 91–97.

STOLERMAN IP, JARVIS MJ. The Scientific Case that Nicotine Is Addictive. Psychopharmacology. 1995; 117: 2-10.

GONZÁLEZ EMF, OLIVA DAF. Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares Smoking and its relation to cardiovascular diseases. Rev Haban Cienc Med. 2018; 17(2): 225-235.

TOYODA H. Nicotine facilitates synaptic depression in layer V pyramidal neurons of the mouse insular cortex. Neurosci Lett. 2018; 672 (13): 78-83.

ZOLI M et al. Neuronal and Extraneuronal Nicotinic Acetylcholine Receptors. Curr Neuropharmacol. 2018; 16(4):338-349.

NARKIEWICZ K. Cigarette smoking increases sympathetic outflow in humans. Circulation. 1998; 98:528.

GREEN TA. Contributory Role in Nicotine Neuropharmacology: Nornicotine-Evoked [3H]Dopamine Overflow from Rat Nucleus Accumbens Slices Biochem. Pharmacol. 2002; 62(12):1597-603.

DANI JA, HEINEMANN S. Molecular and Cellular Aspects of Nicotine Abuse. Neuron 1996; 16(5):

905-908.

JONES RT, BENOWITZ NL. Therapeutics for nicotine addiction. *Neuropsychopharmacology*. 2002; 107: 1533-1543.

PAIK JH. Symptomatic bradycardia due to nicotine intoxication. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018; 30(1):121-126.

IDRISS HT, NAISMITH JH. TNF alpha and the TNF receptor superfamily: structure-function relationship(s). *Microsc Res Tech*. 2000, 50(3):184-95.

MALOVICHKO MV. Systemic Toxicity of Smokeless Tobacco Products in Mice. *Nicotine Tob Res*. 2019; 21(1):101-110.

RESUMO

OBJETIVO: Identificar o perfil epidemiológico de pacientes portadores de doença calculosa da vesícula biliar atendidos em um Ambulatório Escola de Cirurgia. **METODOLOGIA:** Tratou-se de um estudo retrospectivo, quantitativo e transversal, no qual foi realizado o levantamento de dados com base nos prontuários eletrônicos de todos os pacientes portadores de colelitíase no período de agosto de 2017 a agosto de 2018 (número CAAE: 80563417.3.0000.5495). **RESULTADOS:** Foram analisados os dados de 235 pacientes. 71,4% são mulheres e 28,6% homens, quanto a idade 31% tem 60 anos ou mais, 22% entre 50- 59 anos, 21% entre 40 - 49 anos, 18% entre 30 – 39 anos, 7% entre 18 – 29 anos e 1% com menos de 18 anos. Em relação a raça 76% eram brancos, 7% negros e 17% pardos. Em relação ao IMC, 28% tinha sobrepeso, 23% com obesidade grau I, 20% com obesidade grau II, 14% com peso adequado, 9% com obesidade grau III e 6% abaixo do peso ideal. Quanto à história familiar 12%, tinham parentes de primeiro grau com o mesmo diagnóstico e 88% não tinha história familiar positiva. Quanto ao diabetes mellitus, 73% não tiveram a associação das duas patologias, e 27% tinham as duas patologias. Em relação à gestação, 18% das mulheres tiveram apenas uma gestação, 26% com duas gestações, 22% com três gestações, 9% com quatro gestações, e 25% com cinco ou mais gestações. **CONCLUSÃO:** os dados epidemiológicos da colelitíase neste trabalho foram compatíveis com a literatura, exceto pela história familiar em que, neste estudo, não se observou relação. Além disso, a maioria dos fatores de risco, são modificáveis, ou seja, passíveis de prevenção.

Palavras-chave: Doenças da Vesícula Biliar; Colelitíase; Diagnóstico; Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

A colelitíase é a presença de cálculos no interior da vesícula biliar formando um processo inflamatório. É uma das patologias gastrointestinais mais prevalentes no mundo e acomete até 10% da população. A relação homem-mulher da colelitíase ajustada para idade é de 2,9 no intervalo de 30 a 39 anos, ^{1,2} no intervalo de 50 a 59 anos. Além do sexo feminino, a gravidez também é um fator de risco para colelitíase em mulheres jovens, aumentando de 1,3% em nulíparas, para 13% em múltíparas. O avançar da idade e a etnia caucasiana e asiática também são fatores de predisposição à litíase biliar.^{1,2}

A obesidade também é um importante fator de risco para cálculos biliares, proporcionalmente ao grau de obesidade. ^{1,3} Em contrapartida a redução rápida de peso está associada a formação de cálculos biliares. Outros fatores de risco são o uso de estrogênios, dislipidemias, história familiar em parentes de primeiro grau, sedentarismo, cirrose alcoólica, diabetes mellitus .^{1,3}

Estudos no Brasil obtiveram resultados epidemiológicos semelhantes à literatura com prevalência no sexo feminino de cerca de 4:1 em análises de resultados de exames clínicos⁴, ultrassonografia abdominal⁴ e até mesmo autópsias.^{5,6} Nestes estudos, observou-se ainda a idade superior a 60 anos, multiparidade e obesidade como fatores de risco.⁷

O sistema biliar é constituído pelos canalículos, ductos, ampola hepatopancreática e vesícula biliar. O sistema é responsável pela secreção e armazenamento de sais biliares que solubilizam lipídeos intestinais, pela metabolização do colesterol, excreção de íons e bilirrubina. ¹

São conhecidos três tipos de cálculos biliares: os cálculos pigmentados, cálculos de colesterol e os cálculos mistos, sendo que 80% destes são cálculos de colesterol e cálculos mistos¹. Os cálculos de colesterol são compostos por mais de 50% de cristais de colesterol, associados a sais de cálcio, pigmentos da bile, proteínas e ácidos graxos.² Os cálculos pigmentados são divididos em cálculos negros, que contêm bilirrubinato puro, carbonato e fosfato de cálcio, e marrons que contêm sais de cálcio e bilirrubina desconjugada, proteínas e, em menor quantidade colesterol. ^{1,2} Por último, os cálculos mistos contem em sua composição maior parcela de bilirrubina. ¹

A formação do cálculo de colesterol é baseada em fases: aumento da produção de colesterol, supersaturação da bile e nucleação. Fatores como obesidade (pelo aumento do colesterol) e gravidez, jejum e dietas com restrição calórica (pela hipomotilidade biliar) favorecem o aparecimento de cálculos. ²

Já os cálculos pigmentados, são formados em estados como o de aumento da hemólise, no qual há um aumento da oferta de substrato para a síntese e excreção de sais biliares, fazendo com que estes precipitem na bile.

A partir da formação dos cálculos biliares, tem-se um longo período assintomático até que sintomas inespecíficos começam a aparecer, como náuseas, abdome distendido e dor no quadrante superior direito que na maioria das vezes não são motivos de procura médica. Muito comum e de grande importância para o paciente é a chamada cólica biliar, que é a dor epigástrica ou no quadrante superior direito que ocorre de 15 a 30 minutos após uma refeição, imprevisível, podendo irradiar-se para o dorso e durar até 3 a 4 horas, tem caráter constante e intenso, podendo estar associada a vômitos e náuseas.¹⁸

O diagnóstico dos cálculos biliares assintomáticos é habitualmente feito por meio de ultrassonografia. Cerca de 2 a 3% dos portadores de cálculos na vesícula biliar desenvolvem cólica biliar anualmente. Nestes, as complicações da colelitíase surgem em uma taxa menor do que 1% ao ano. Visto isso, reserva-se a colecistectomia para pacientes sintomáticos. A colecistectomia profilática é recomendada para casos específicos: pacientes que serão transplantados, portadores de obesidade grau ³, durante cirurgias abdominais por outra indicação, portadores de anemia falciforme, esferocitose, situações de risco elevado de câncer de vesícula biliar (cálculos maiores que 3 cm, vesícula em porcelana ou pólipos na vesícula com rápido crescimento ou maiores do que 1 cm), entre outros.^{1,9,10}

Uma das complicações mais comuns da colelitíase é a colecistite aguda, a qual pode evoluir para perfuração da vesícula biliar, fístula, peritonite e abscessos. Ela é causada pela obstrução do ducto cístico e elevação da pressão intraluminal, que leva ao comprometimento dos vasos biliares. Clinicamente, nem sempre é fácil diferenciar a cólica biliar e a colecistite aguda e, por isso, faz-se necessária a associação com achados laboratoriais (leucocitose) e radiológicos (visualização do cálculo obstrutivo, vesícula biliar preenchida, espessamento da parede biliar e a presença de líquido livre pericolecístico, além de excluir outras patologias).¹

A prevenção da colelitíase é indicada para pacientes com fatores de risco para desenvolvimento de cálculos (mulheres, obesos, múltiparas, dislipidêmicos, etc) por meio de medidas como manutenção de peso ideal, adoção de hábitos de vida e alimentação saudáveis e prática de atividade física. A prevenção farmacológica não é recomendada.¹⁰

Na literatura, recomenda-se a colecistectomia para pacientes sintomáticos já na primeira ocorrência de cólica biliar. Outras indicações para a extração da vesícula biliar são colecistite crônica e colelitíase acalculosa.¹

Com a evolução das técnicas cirúrgicas a colecistectomia convencional aberta foi substituída pela colecistectomia laparoscópica como procedimento de escolha para cálculos pelas vantagens da via laparoscópica, a qual inclui alta precoce, menos infecções das incisões, menor custo, retorno precoce ao trabalho e menor dor.¹ Durante a colecistectomia laparoscópica pode-se realizar a colangiografia operatória e os cálculos identificados nos ductos biliares podem ser removidos no próprio ato ou subsequentemente por uma colan-

giopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).¹

Nos pacientes com contraindicações absolutas ou relativas ao procedimento cirúrgico, como doença cardiopulmonar ou doença hepática, está indicada a terapia farmacológica. Pode ser usado uma combinação dos ácidos quenoeoxicólicos com ácido ursodesoxicólico (UDCA) ou isoladamente o UDCA para cálculos de até 5 mm. Para cálculos maiores, a litotripsia com ondas de choque extracorpórea pode ser utilizada.^{1,10}

Visto isso, o estudo em questão tem relevância na comunidade, já que a litíase biliar é uma doença, além de ter elevada prevalência em nosso país (10% na população geral), causa prejuízo funcional e complicações potencialmente graves. Conhecendo-se o perfil epidemiológico da colelitíase é possível traçar estratégias de saúde para prevenção, detecção precoce e tratamento adequado.

OBJETIVO GERAL

Identificar o perfil epidemiológico de pacientes portadores de colelitíase atendidos em um Ambulatório de Cirurgia

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relacionar o sexo e a idade com a prevalência da colelitíase na população atendida em um ambulatório de cirurgia;
- Relacionar a etnia, o IMC, a história familiar, o etilismo, o tabagismo, o diabetes mellitus e o número de gestações com a prevalência de colelitíase na população atendida em um ambulatório de cirurgia.

MATERIAIS E MÉTODOS

1. Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo retrospectivo, quantitativo e transversal, no qual foi realizado o levantamento com base nos prontuários eletrônicos de todos os pacientes portadores de Colelitíase (CID 10 K 80 e seus subtipos) atendidos em um ambulatório de cirurgia no período de agosto de 2017 a agosto de 2018.

2. Local do estudo

Prontuários eletrônicos de todos os pacientes portadores de colelitíase atendidos nos

ambulatórios de cirurgia do Ambulatório Escola da Santa Casa de Franca, no período de agosto de 2017 a agosto de 2018.

3. Critérios de inclusão e exclusão

Para critérios de inclusão, foram utilizados os prontuários cujo diagnóstico seja de colelitíase com o CID 10 (código internacional de doença) K 80 e seus subtipos (K 80.0, K 80.1, K 80.2, K 80.3, K 80.4, K 80.5, K 80.8 – calculoses da vesícula biliar e/ou via biliar com ou sem colecistite). Como critério de exclusão, foram utilizados prontuários que não tinham o diagnóstico da patologia citada anteriormente e que não possuíam 50% ou mais das variáveis estudadas.

4. Coleta de dados

O levantamento de dados foi feito por meio da análise dos prontuários eletrônicos do Ambulatório Escola da Santa Casa de Franca com o CID K 80, dos quais foram analisadas as seguintes informações: gênero, idade, etnia, Índice de massa corpórea (IMC), número de gestações, etilismo, tabagismo, presença de diabetes mellitus (DM) e história familiar de patologias biliares (Apêndice A).

5. Aspectos éticos

A autorização para a coleta de dados foi feita por meio de documento enviado ao Comitê de Ética da Santa Casa de Franca (número CAAE: 80563417.3.0000.5495), contendo as informações da pesquisa e assumindo o compromisso de zelar pela privacidade e garantir o sigilo das informações. O acesso aos prontuários foi feito em horário que não afetou o funcionamento do Ambulatório Escola, garantindo a rotina normal do mesmo.

6. Análise Estatística

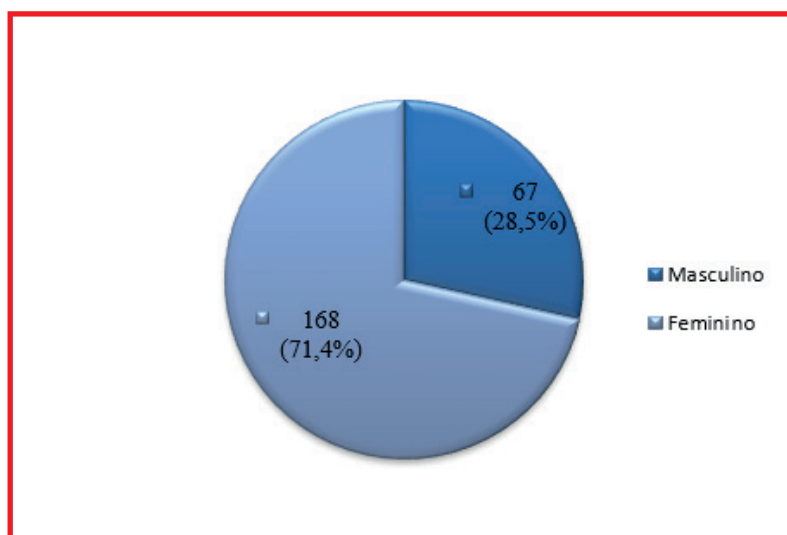
A análise dos dados foi realizada pela tabulação dos mesmos expostos em tabelas e gráficos. A ferramenta utilizada foi o Excel com suplemento Action. As variáveis nominais (categóricas) foram compiladas em planilha de dados do programa Excel e, posteriormente apresentadas descritivamente em gráficos na forma de porcentagens (%) ou proporções e feitas as análises e comparações.

RESULTADOS

Foram analisados os dados de 235 pacientes, mas, nem todos os prontuários continham todos os dados analisados neste trabalho. Dessa forma, os resultados demonstrados em alguns gráficos terão quantidades de pacientes inferiores ao “n” de 235 pacientes deste artigo. Pelo motivo acima exposto, foram excluídos de seus respectivos gráficos: 3 pacientes sem etnia registrada, 96 pacientes sem IMC registrados, 44 pacientes sem história familiar descrita, 38 pacientes sem histórico exposto de etilismo, 39 pacientes sem informação de tabagismo, 38 pacientes sem diagnóstico relatado de diabetes mellitus e 114 mulheres que não possuíam dados sobre gestações nos prontuários.

No gráfico 1, é possível observar que dos 235 pacientes com colelitíase, 168 (71,4%) são mulheres e 67 (28,5%) homens.

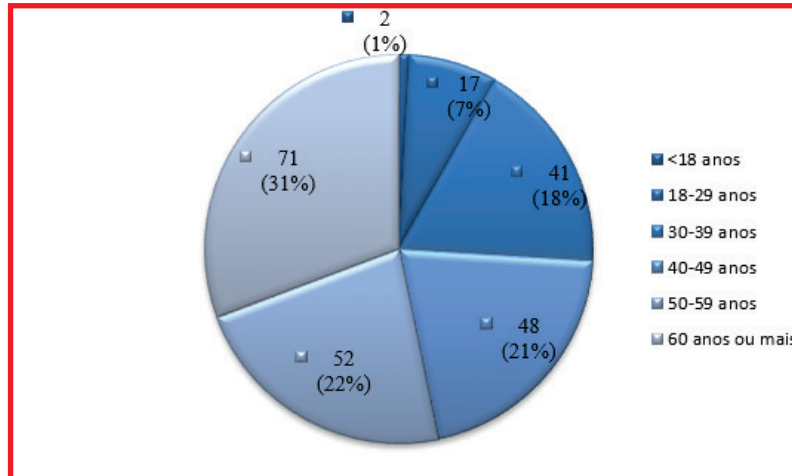
Gráfico 1. Gênero



Fonte: Autores da pesquisa, Mar. 2019

Em relação à idade dos pacientes com colelitíase neste estudo, 71 deles (31%) tinham 60 anos ou mais, 52 (22%) tinham entre 50- 59 anos, 48 (21%) tinham entre 40- 49 anos, 41 (18%) tinham entre 30 – 39 anos, 17 (7%) entre 18 – 29 anos e 2 (1%) com menos de 18 anos conforme gráfico 2.

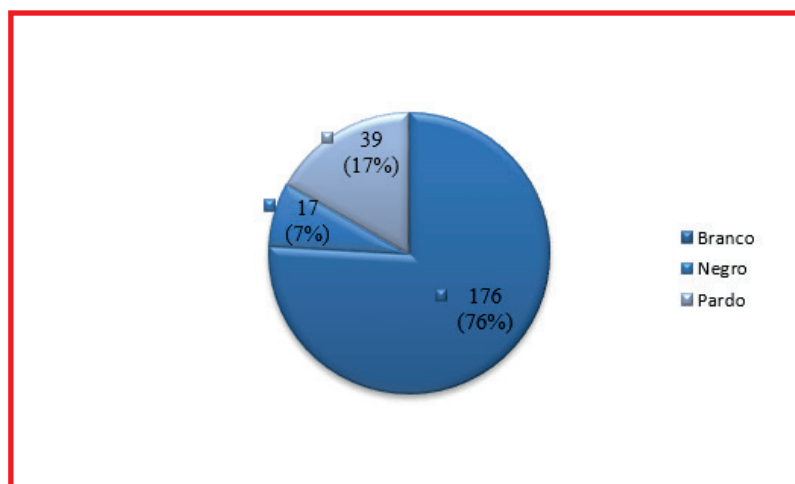
Gráfico 2. Idade



Fonte: Autores da pesquisa, Mar. 2019

No estudo das raças (gráfico 3), 176 dos pacientes avaliados (76%) eram brancos, 17 (7%) negros e 39 (17%) pardos.

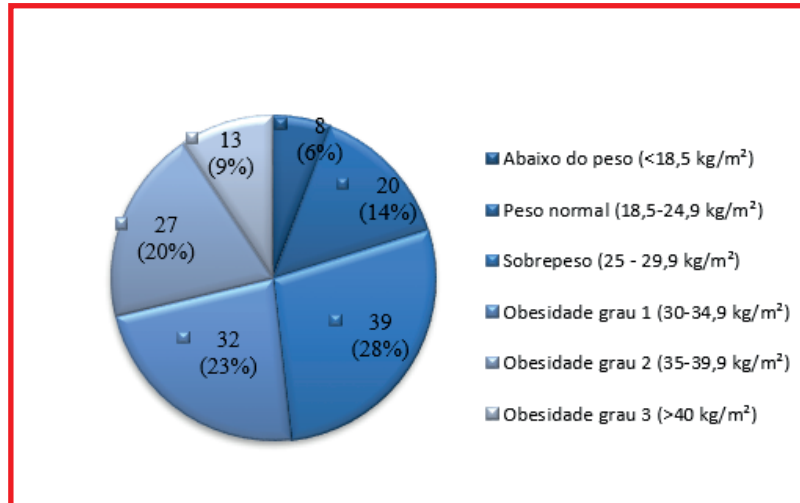
Gráfico 3. Etnia



Fonte: Autores da pesquisa, Mar. 2019

Em relação ao IMC, 39 (28%) tinha sobrepeso, 32 (23%) obesidade grau I, 27 (20%) obesidade grau II, 20 (14%) peso adequado, 13 (9%) obesidade grau III e apenas 8 (6%) abaixo do peso ideal, como demonstrado no gráfico 4.

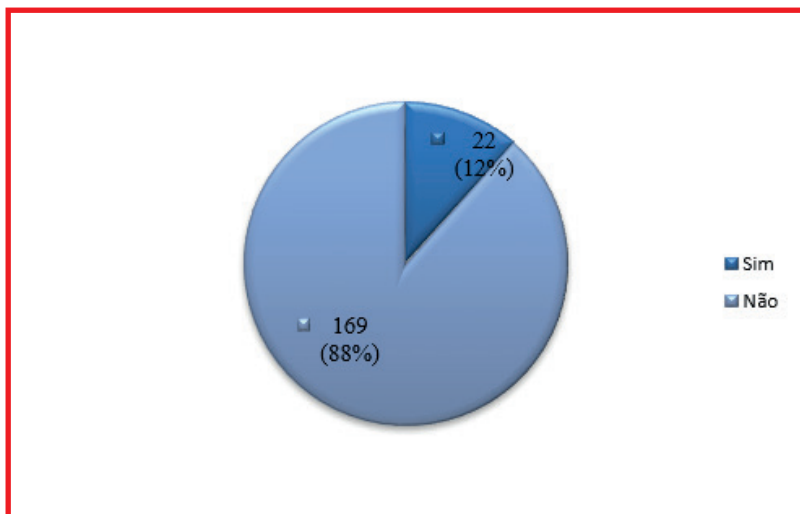
Gráfico 4. IMC



Fonte: Autores da pesquisa, Mar. 2019

O gráfico 5 demonstra a relação com história familiar. Dos pacientes com colelitíase, 22 (12%), tinham parentes de primeiro grau com o mesmo diagnóstico e 169 (88%) não tinha história familiar positiva.

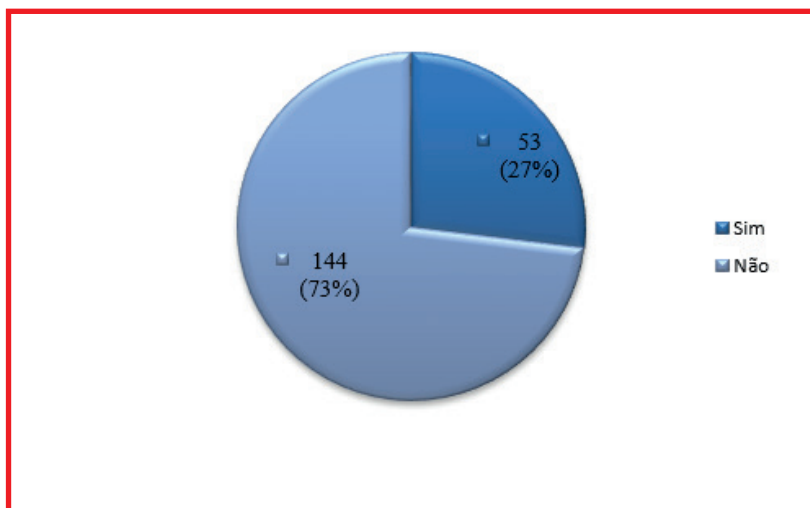
Gráfico 5. História Familiar



Fonte: Autores da pesquisa, Mar. 2019

Quando analisado a relação do etilismo nos pacientes com colelitíase, foi possível observar que 144 (73%) não fazia uso de bebida alcoólica e 53 (27%) era descrito como etilista, sem especificação de quantidade ingerida, tempo do hábito, tipo de bebida, etc, como demonstrado no gráfico 6.

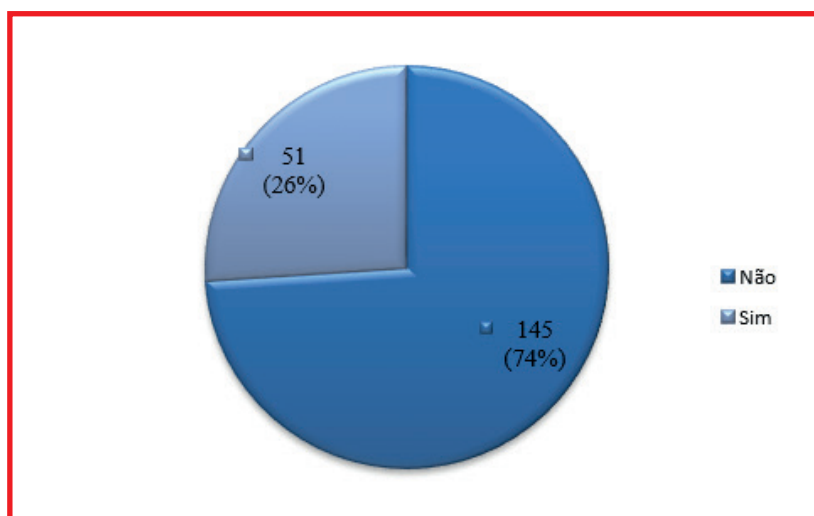
Gráfico 6. Etilismo



Fonte: Autores da pesquisa, Mar. 2019

À análise de tabagismo, 51 pacientes (26%) afirmaram ser fumantes e 145 (74%) não eram fumantes entre os pacientes com colelitíase (gráfico 7).

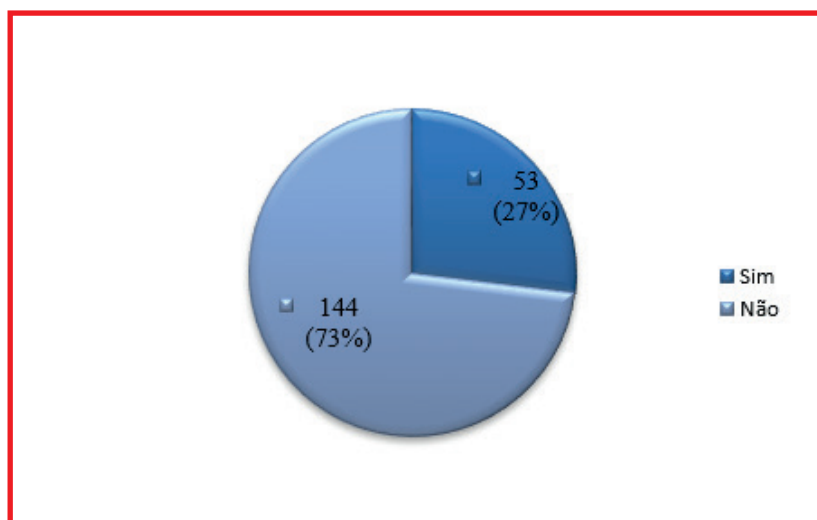
Gráfico 7. Tabagismo



Fonte: Autores da pesquisa, Mar. 2019

Em relação aos pacientes com colelitíase e com diabetes mellitus, foi observado que 144 (73%) não tinha a associação das duas patologias, e apenas 53 (27%) tinha as duas patologias, conforme apresentado no gráfico 8.

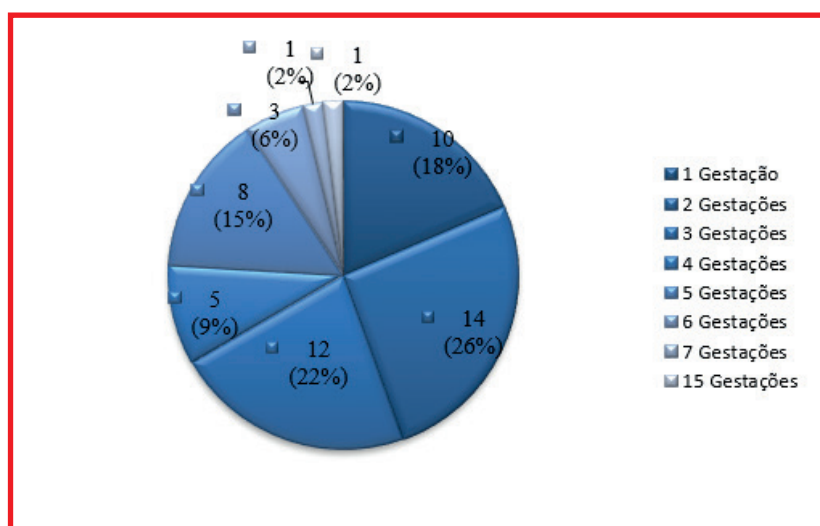
Gráfico 8. Diabetes Mellitus



Fonte: Autores da pesquisa, Mar. 2019

Em relação ao número de gestações nas pacientes com colelitíase, foi observado que 10 (18%) tiveram apenas uma gestação, 14 (26%) tiveram duas gestações, 12 (22%) tiveram três gestações, 5 (9%) tiveram quatro gestações, e 13 (25%) tiveram cinco ou mais gestações, de acordo com o gráfico 9.

Gráfico 9. Número de gestações



Fonte: Autores da pesquisa, Mar. 2019

DISCUSSÃO

Este presente estudo apresenta os aspectos epidemiológicos dos pacientes com diagnóstico de colelitíase atendidos em um Ambulatório Escola de cirurgia entre os meses de

agosto de 2017 a agosto de 2018.

A colelitíase pode acometer pacientes de ambos os sexos e em qualquer faixa etária, apesar de haver uma prevalência maior da doença, a partir dos 30 anos.¹¹ Neste estudo foi encontrado um acometimento significativamente maior nos pacientes acima da quarta década (74%). Em relação ao gênero, o sexo feminino (71,4%) houve uma maior incidência, concordando com os dados científicos, que mostram predileção pelo sexo feminino (1 homem:1,4-1,7 mulheres), o que se justifica pelo perfil hormonal da mulher, já que o hormônio estrogênio aumenta a produção de cálculos de colesterol, por aumentar a secreção deste, diminuir a secreção de ácidos biliares e reduzir a motilidade da vesícula biliar.¹¹

Com a análise da raça dos pacientes em estudo, a raça branca (76%) teve uma maior proporção se comparada às outras raças. Em análise da literatura, foi observado que a prevalência de calculose biliar na raça branca é 1,47 vezes maior em relação às demais raças e, no Brasil, os dados corroboram com os EUA e, apesar de a população brasileira ser mista, a maioria dos pacientes acometidos por cálculos biliares são brancos.¹² Neste estudo, a proporção foi de 3,14 brancos para 1 paciente negro/pardo, confirmando então os dados científicos.

Quando analisados alguns dos fatores de risco para desenvolvimento de colelitíase, a obesidade (IMC e/ou circunferência abdominal aumentada) e a perda ponderal rápida tem um valor significativo no desenvolvimento da doença pela precipitação de bile litogênica, um grande fator de risco para desenvolvimento de calculose de vesícula biliar e vias biliares. Neste presente estudo foi possível observar uma alta prevalência de pacientes acima do peso, levando em conta o IMC. 28% dos pacientes se apresentaram com sobrepeso (IMC de 25 a 29,9), 23% com obesidade grau I (IMC de 30 a 34,9), 20% com obesidade grau II (IMC de 35 a 39,9) e 9% com obesidade grau III (IMC acima de 40), dando um total de 80% dos pacientes acima do peso ideal. A literatura traz que a incidência de colelitíase aumenta em até quatro vezes em pacientes com obesidade grau III e que 30% destes, que são submetidos ao tratamento cirúrgico desenvolveram colelitíase (pela perda rápida de peso).¹³

A história familiar configura um dos fatores importantes para a ocorrência da colelitíase. Neste estudo foi observado que (88%) não apresentava nenhuma história familiar para a doença, mas a literatura mostra que os indivíduos de primeiro grau têm um risco 2 a 2,5 vezes maior de desenvolver cálculos biliares se comparados com os pacientes que não tem nenhuma história na família, o que sugere que existe um fator genético que possa influenciar no aparecimento de colelitíase.¹⁴

A relação entre pacientes com colelitíase e diabetes mellitus (principalmente tipo 2) já é bem estabelecida na literatura e em um estudo de Souza e Guimarães foi observada uma prevalência de 32% de pacientes com as duas patologias, um valor próximo encontrado

neste presente estudo, no qual foi possível identificar um total de 27% de pacientes com diabetes mellitus e colelitíase diagnosticados. Essa associação se dá devido à ocorrência de distúrbios do metabolismo lipídico, aumento da demanda de insulina que reduz motilidade e aumenta síntese de colesterol, além de alterações no sistema nervoso autônomo do paciente diabético que causam atonia vesicular e, consequentemente, calculose biliar e das vias biliares.^{7,15}

Um fator de risco isolado para a ocorrência de litíase biliar é a gestação (devido aos efeitos da progesterona que diminuem a motilidade biliar), que tem o risco potencializado se associado à multiparidade (risco diretamente proporcional ao número de gestações). Na literatura, observou-se que o risco de calculose aumenta de 1% em nulíparas para 3,2% em mulheres com 4 ou mais gestações, ou seja, há correlação direta desses fatores. Neste estudo apresentou 26% para mulheres com duas gestações, 22% para três gestações e 34% com quatro ou mais gestações. Sendo assim, este estudo mostrou concordância com a literatura de que a gestação é fator de risco no aparecimento da litíase biliar.¹⁵

Este estudo avaliou também a relação da colelitíase com o uso de álcool e tabaco, encontrando alta incidência desses dois fatores nos portadores, porém não foram encontrados na literatura analisada dados consistentes quanto à importância desses dois fatores na incidência da colelitíase.

Como a maioria dos fatores de risco para colelitíase estudados neste trabalho, para diminuir o aparecimento e agravo desta patologia, se faz importante a redução dos fatores causadores, já que estes são modificáveis, como a obesidade, a ingestão de alimentos gordurosos e calóricos, o tratamento adequado do diabetes mellitus. O entendimento da fisiopatologia por profissionais de saúde e familiares, possibilitando que o paciente compreenda a melhor forma de prevenir a doença, também se faz necessário. Além disso, estudos prospectivos com casuísticas maiores devem ser realizados neste cenário, com o objetivo de discriminar melhor os pacientes com risco aumentado para doenças de vias biliares e, deste modo, permitir o aperfeiçoamento do tratamento e, principalmente, da prevenção.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que a população atendida no Ambulatório Escola apresenta prevalência e proporções semelhantes de fatores de risco para colelitíase às casuísticas da literatura. Os dados encontrados neste trabalho reafirmam que a maioria dos portadores de colelitíase é do sexo feminino em idade fértil, raça branca, múltipara e com algum grau de obesidade. Houve também concordância quanto a outros fatores de risco avaliados, como diabetes mellitus. Houve discordância com a literatura, quando analisada a relação da história familiar e colelitíase.

REFERÊNCIAS

- Goldman L, Ausiello D. Cecil Medicina. 23^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 1331-1335
- Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG. Clínica Médica: doenças do aparelho digestivo, nutrição e doenças nutricionais. 2^a ed. Barueri: Manole; 2016; v.4. p. 263-286.
- Townsend CD, Beuchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston: Tratado de cirurgia, a base da prática cirúrgica moderna. 18^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010; v. 2. p. 1452-1458.
- Coelho JC, Bonilha R, Pitaki SA, Cordeiro RM, Salvalaggio PR, Bonin EA, et al. Prevalência de cálculos biliares em uma população brasileira. Int Surg. 1999 Jan/Mar; 84 (1): 25-8.
- Rocha A. Litíase da vesícula biliar em material de autópsia no Triângulo Mineiro. Rev Ass Med Bras. 1977; 23(5): 196- 208.
- Sallum RAA, Padrão EMH, Szachnowicz S, Seguro FCBC, Bianchi ET, Cecconello I. Prevalência de colelitíase em 1.229 pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico laparoscópico de DRGE e megaesôfago: a colecistectomia associada mostra-se segura. Arq Bras Cir Dig. 2015; 28(2):113-116.
- Torres OJM, Barbosa ES, Pantoja PB, Diniz MCS, Silva JRS, Czezko NG. Prevalência ultra-sonográfica de litíase biliar em pacientes ambulatoriais. Rev Col Bras Cir. 2005 Jan/fev; 32(1): 47-49.
- Junior WS, Santos JS. Protocolo Clínico e de Regulação para Litíase Biliar e suas Complicações. In: Santos JS, et al. Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012, 805-812.
- Nunes SI, Pinto CMB, Lima EC, Fernandes CBF, Pereira GA, Neto JÁ. Colelitíase assintomática: quando operar?. Rev. HU; 2007 jul/set; 33(3): 69-73.
- Associação Europeia para o Estudo do Fígado (EASL). [http://www.easl.eu]. Normas de Orientação Clínica da EASL sobre a prevenção, diagnóstico e tratamento dos cálculos biliares [Acesso em 23 out 2018]. Disponível em: http://www.easl.eu/medias/cpg/pdf_files/Gallstones_PT.pdf.
- Shimabukuro LY, Castro HDP, Soares MN, Cristina S. Aspectos nutricionais e antropométricos de portadores de colelitíase. Rev. Colloquium Vitae. 2017; 9 (Especial). Jul-Dez: 129 -135.
- Mantovani M, Leal RF, Fontelles MJ. Incidência de colelitíase em necropsias realizadas em hospital universitário no município de Campinas-SP. Rev. Col. Bras. Cir. 2001; 28 (4) Jul-Ago; 259-263.
- Coelho JCU, Contieri FL, Matias JEF, Parolin MB, Godoy L. Prevalência e fisiopatologia da litíase biliar em pacientes submetidos a transplante de órgãos. Rev. ABCD Arq Bras Cir.Dig.2009;22(2):120-123.
- Babulal J. Colelitíase e Coledocolitíase em doente jovem. Tese de mestrado. Julho 2008/2009. Universidade do Porto Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Sousa KPQ, Souza PM, Guimarães NG. Fatores antropométricos, bioquímicos e dietéticos envolvidos na litíase biliar. Rev. Ciências Saúde. 2008;19(3):261-270.

“

Perfil epidemiológico dos casos de morte materna na cidade de Manaus por: causa, escolaridade e raça, no período de 2011 a 2015

Alexsandro Sampaio de **Oliveira**

UNINILTONLINS

Dayson José **Jardim Lima**

CEULM/ ULBRA

Nadionara Costa **Menezes**

SEMSA

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil epidemiológico da morte materna em Manaus, criando indicadores de sensibilidade. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico com finalidade quantitativa, com base na análise de dados secundários dos serviços de informações humanas governamentais como da própria Secretaria Municipal de Saúde, utilizando para isto a experimentação randomizada num período compreendido entre 2011 a 2015, baseando-se na prevalência da saúde da população feminina, a presente pesquisa identificou grupos populacionais em risco de morte materna. **Resultados:** Nos anos de 2011 a 2015, registrou-se 136 casos de Morte Materna, permitindo-nos estabelecer indicadores de sensibilidade, quanto frequência e condição socioeconômica, estratificando-os da seguinte forma: Nível Educacional entre 8 e 11 anos estudados, com 38%; Prevalência Racial de 79% entre mulheres parda; as Mortes Maternas Obstétricas Diretas estão ocupando 55% dos casos, dividindo-se entre as doenças conhecidas como; Doença Específica da Gravidez e Infecção Puerperal. **Conclusão:** Conclui-se que a maioria da Mortes Maternas ocorreram por causas obstétricas diretas, ou seja, causas evitáveis podendo ser prevenidas com uma atenção de qualidade em todos os níveis de assistência à saúde. Observa-se a disparidade entre o número de gestantes na Faixa etária de 20 a 29 e Escolaridade entre 8 e 11 anos.

Palavras-chave: Mortalidade; Indicadores de sensibilidade; Perfil epidemiológico.

INTRODUÇÃO

A Morte Materna (MM) traz em seu conceito, o óbito da mulher durante o período gestacional, até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada e agravada pelo estado gestacional, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (VIANA JFS, 2004).

Morte materna obstétrica direta (MMOD), aquela resultante de complicações obstétricas, durante o estado gestacional, parto ou puerpério devidas em intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou de uma sequência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações; e a Morte materna obstétrica indireta (MMOI), é aquela que resulta de doença preexistente ou que se agrave ou desenvolve durante o período gestacional, não devida a causas diretas, mas agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez (ONUBR, 2016).

A classificação da MM é definida em duas causas distintas a primeira em Morte Materna Obstétrica Direta (MMOD), que são complicações obstétricas no período gravídico, no parto ou puerpério e consequentes de doenças como; a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), Infecção Puerperal, anomalias gestacionais (gravidez ectópicas), bem como intervenções, omissões, tratamento incorreto ou ocorrência concomitante de qualquer uma dessas. A segunda se conceitua pela Morte Materna Obstétrica Indireta (MMOI) que resultada de doenças pregressas a gestação, como; doenças cardíacas, renais, insuficiência respiratória e virais, ou que se desenvolva neste período, agravando-se pelos efeitos fisiológicos da gravidez (SOUZA KV et al, 2011). A Organização das Nações Unidas do Brasil (ONUBR), classifica a Razão de Mortalidade Materna (RMM) do seguinte modo: RMM baixa, quando menor que 20 óbitos por 100.000 Nascidos Vivos (NV), RMM alta é classificada com valores entre 50 e 149 óbitos maternos e RMM muito alta a partir de 150 por 100.000 NV (BRASIL, 2012).

Estudo sobre a RMM realizado pelo Ministério da Saúde (MS) e Serviço de Vigilância em Saúde (SVS), aponta que a RMM passou de 143 óbitos por 100 mil NV, em 1990, para 70 óbitos por 100 mil NV no ano de 2010. Como principais causas MM, nos anos de 2000 a 2009 foram relacionadas: outras doenças obstétricas diretas que complicaram na gravidez, parto e puerpério (17,10%); eclampsia (11,88%); hipertensão gestacional com proteinúria elevada (6,22%); hemorragia pós-parto (5,86%); infecção puerperal (5,18%) e descolamento prematuro de placenta (4,28%). No Brasil, em 2014, foram registrados 1.552 MM, por 100 mil NV, com maior incidência nas regiões do Sudeste, com 540 MM, por 100 mil NV (BRASIL, 2015; MARTINS, SILVA, 2015).

A região norte do Brasil é a segunda área de maior prevalência de morte maternos e os locais de maior incidência são as maternidades públicas. O período de 2001 a 2010,

houveram 6392 casos de morte de em mulheres na idade fértil em Manaus, desses casos, 241 foram classificados como MM, resultando em uma RMM de 63,2/100 000 NV. As MMOD representaram 162 casos (67,2%), enquanto as MMOI caracterizaram 62 casos (25,7%). As Morte Maternas Obstétricas Não Especificadas (MMNE) constituíram 17 casos (RAMOS SCS, 2013; CASTRO BMC, RAMOS SCS, 2016).

Tratando-se de Manaus, nos anos de 2011 a 2015 foram registrados pela SEMSA 212.585 NV e 135 casos de MM, dentre esses em seu acumulado podemos traçar como indicadores de sensibilidade os grupos mais atingidos, são eles; as Mulheres com escolaridade entre 8 a 11 anos de estudo e mulheres classificadas como pardas. As Morte Maternas Obstétricas Diretas (MMOD) estão ocupando o ápice dos casos. Os casos de MM que ocorrem no puerpério possuem pouca expressão com pouca representação de eventos no período tardio (SEMSA-MN, 2016).

Muitos casos de MM podem ser prevenidos com simples intervenções como: planejamento familiar, melhor atendimento pré-natal, atenção adequada durante o trabalho de parto e no período pós-parto, essas medidas podem reverter o quadro de MM. Nesta perspectiva o acompanhamento gestacional é imprescindível para uma gestação saudável, ao parto seguro e conseqüentemente redução da mortalidade. A fim de exercer melhor controle sobre a RMM, o Ministério da Saúde (MS) determinou que os centros de saúde realizassem as notificações de MM através de suas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os dados referentes ao binômio mãe e filho fossem enviados aos Comitês Municipais de Prevenção do Óbito Materno e Infantil (CMPOMIF), em seguida inseridos a plataforma de acompanhamento do SUS (BRASIL, 2012; CASTRO BMC, RAMOS SCS, 2016, WINGERTER DG, 2012).

Apesar da grande relevância dos estudos sobre MM em nosso país, ainda são escassos a forma estratificada do estudo, há muito para se conhecer, especialmente em certas regiões do país. Assim, o objetivo do estudo foi revisar pesquisas anteriores relacionadas ao tema e avaliar os dados ecológicos dos sites governamentais e cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), a fim de criar marcadores que identifiquem os grupos de risco e traçar o perfil epidemiológico da morte materna em Manaus, criando indicadores de sensibilidade para isso.

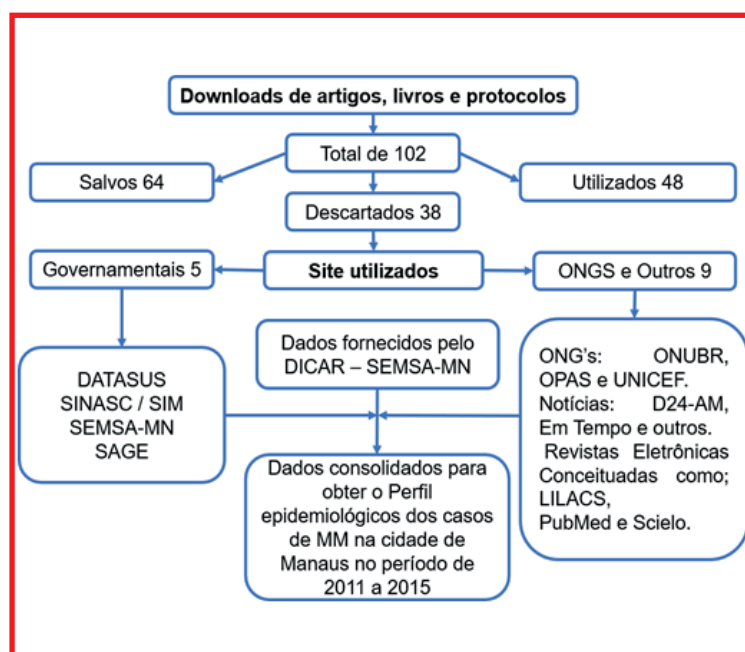
MÉTODOS

A pesquisa tratou-se de um estudo ecológico com finalidades quantitativa, realizado de forma exploratória, que utilizou para suas análises, as bases de dados secundários dos serviços governamentais de informações humanas, como: DATASUS, SIM, SINASC e SAGE, além de dados fornecidos pela própria Secretária Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA-MN, que aceitou o projeto por apreciação autorizando-o através da Gerência de

Gestão da Educação e Saúde, em janeiro de 2017, por parte dos profissionais avaliadores, que autorizaram o fornecimento de dados ecológicos referentes as Declarações de Óbitos (DO) e fichas de investigação de morte materna da cidade de Manaus, destes avaliou-se informações sociais e epidemiológicas das mortes maternas, como: causa, escolaridade e raça, os dados foram coletados, estratificados e interpretados de acordo com os preceitos legais vigente no país e de associações internacionais que lutam para a redução da MM.

A avaliação da pesquisa acompanhou o entendimento da comunidade científica nacional e internacional que vem descrevendo e compreendendo o fenômeno estatístico da Mortalidade Materna como um problema social e de saúde pública, para fins comparativos, utilizou-se também artigos científicos de revistas conceituadas, cuja as pesquisas realizaram-se nas bases de dados LILACS, pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); MEDLINE, via PubMed, Scielo entre outras, que trataram o tema da morte materna em suas diversas variáveis ao longo dos anos. A fim de analisar a prevalência da saúde da população feminina gestante ou no período puerperal da cidade de Manaus, utilizou-se de dados já disponíveis e eticamente aceitável, o estudo apurou e quantificou dados em um determinado período de tempo, compreendido entre janeiro de 2011 a dezembro de 2015, baseando-se na prevalência da saúde da população feminina (Figura 1), a presente pesquisa identificou grupos populacionais em risco de morte materna, para comprovação deste foram confeccionados, tabelas e gráficos afim de nortear os resultados das amostras sobre Morte Materna e suas principais causas de forma estratificada, sistemática e imparcial (PRESTES, 2008).

Figura 1. Esquema representativo das pesquisas.



Fonte: SESMA, 2017.

RESULTADOS

A Morte Materna é um indicador que reflete a qualidade do sistema de saúde como; o acesso aos serviços, a qualidade da atenção básica, a educação em saúde e a assistência especializada nos hospitais. Observamos através de nosso estudo e colocamos a divisão dos casos mostrados em números naturais e estratificados na Tabela 1 abaixo, porém neste período as variações da classe de MM dividiu-se entre MMOI, MMOD e MMNE, respectivamente a MMOI apresentou 50 casos, cerca de 38%, a MMOD teve 72 casos totalizando 55% e a MMNE possuiu apenas 10 casos, detendo apenas 8% do total das MM em Manaus.

Tratando-se da MMOD os casos foram muito diversificados entre suas principais causas, entendemos que há prevalência das doenças relacionadas a Pressão Arterial, a Infecção Puerperal, e as relativas ao conjunto de doenças com a determinação no quadro de “Outras”, essas por finalidade são as complicações que podem ocorrer na gravidez, descritas através; da ruptura de útero, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, gravidez tubária entre outras complicações relacionada diretamente aos órgãos da mulher e ao efeito que a gravidez produz sobre eles, na apreciação do quadro observamos também que a causa definida como “Choque” possui uma estabilidade de 1 caso por ano, tendo em 2012 uma única elevação para 3 casos/ano e em 2013 com 2 casos/ano, tornando a estabilidade de 1 caso/ano a partir de 2014.

Tabela 1. Distribuição da Frequência de MMOD por CID 10 em Manaus no período de 2011 a 2015.

Distribuição da Frequência de MMOD por CID 10 em Manaus no período de 2011 e 2015						
Causa da MM	2011	2012	2013	2014	2015	Acumulado
Infecção Puerperal	6	1	0	3	0	10
Outras Infecções	1	2	1	2	2	8
D. Relacionadas a PA	1	5	4	8	1	19
Choque	1	3	2	1	1	8
Outras	5	1	11	7	3	27
Total	14	12	18	21	7	72

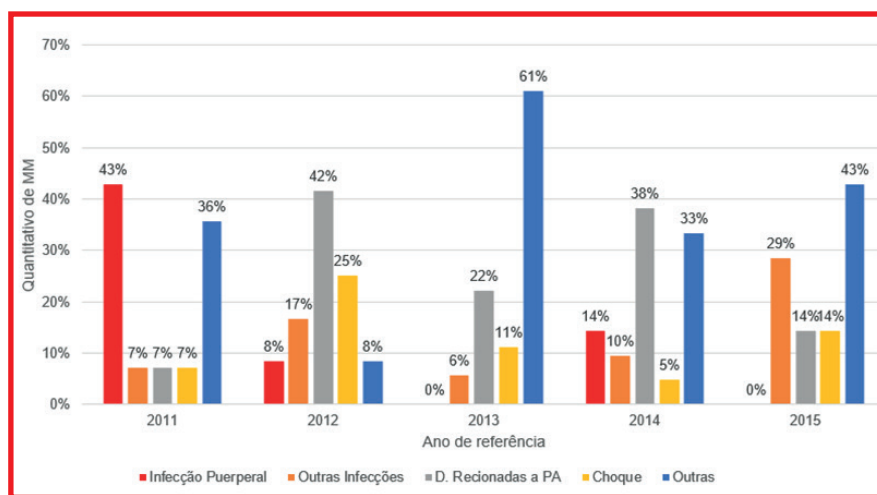
Fonte: SEMSA, 2017.

As denominadas “Outras Infecções” estão relacionadas com as infecções comunitárias, aquelas contraídas em seu meio de convivência comum, como a Infecção do Trato Urinário (ITU) e outra dessa natureza que agravadas colocam em risco o binômio mãe e filho. Em suma a grande maioria dos casos de MM ocorridas em Manaus são por causas obstétricas diretas e poderiam ser evitadas ainda na atenção básica, mais especificadamente no Pré-Natal.

Os dados relacionados ao Pré-Natal fornecidos pela SEMSA-MN, mostra no acumulado de 2011 a 2015 o exato número de 213.585 partos registrados na cidade e desses partos,

194.888 mulheres foram acompanhadas no Pré-Natal e 18.596 não acompanhadas, porém observou-se (Tabela 1) que o número de gestantes acompanhadas com mais de 7 consultas, ainda é insatisfatório, menos de 50% realizam o Pré- Natal de forma completa com no mínimo 7 consultas, esse número no programa de pré-natal tem grande relevância no estudos, pois muitas das etapas do Pré-Natal como exames realizados de acordo com o mês de gesta são negligenciados por muitas gestantes, nos levando a refletir quanto à qualidade da assistência, a capacidade dos profissionais, a estratégia utilizada para permanência da gestante ao programa, e a possibilidade de acompanhamento das gestantes frente suas necessidades básicas, entendendo que muitas trabalham e compõe renda familiar, quando não são as únicas provedoras da família.

Gráfico 1. Distribuição da Frequência percentual de MMOD por CID 10 em Manaus de 2011 a 2015.



Fonte: SEMSA, 2017.

Após a análise gráfica, no gráfico 1, podemos apreciar os valores percentuais ano a ano, observamos que a infecção puerperal, vem caindo significativamente, porém as doenças relacionadas a PA tendem a um leve crescimento exponencial discreto, o choque, que está relacionado ao período cirúrgico ou em decorrência dele como: choque hipovolêmico, anafilático ou séptico, apresentou variações significativas entre os anos de 2012 e 2015, apresentando seu ponto máximo em 2012 com 25% dos casos de MM e seu ponto mínimo em 2014 com 5% dos casos, já o conjunto de anomalias na gravidez, determinada no gráfico como “Outras” teve um crescimento alarmante e pode estar relacionado a gravidez na adolescência, porém, se o Pré-Natal ocorresse de forma categórica conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, a grande maioria dos casos poderiam ser evitados com o diagnóstico e tratamento precoce, se tratando das anomalias como gravidez ectópica, ruptura do útero, placenta prévia e descolamento prematura da placenta poderiam ser identificados em seus estágios iniciais com um simples exame de ultrassonografia.

É relevante a observação dos dados que indicam desigualdades sociais, em especial os relacionados a escolaridade, pois segundo informações do Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Materno e Infantil (CMPOMIF), o entendimento sobre prevenção, limpeza e autocuidado é melhor compreendido pelas famílias e gestantes com grau de ensino acima de 12 anos de escolaridade, nas fases gestacionais e no puerpério observamos que apenas 12% dessas mulheres veem a óbito, por essa razão entendemos que os casos de MM estão diretamente ligados ao conhecimento, devido ao entendimento sobre higiene, limpeza e necessidades. Porém vale ressaltar que ainda há muito casos de preenchimento inadequado das Declarações de Óbito (DO) nas zonas rurais da cidade de Manaus. Esses casos de preenchimento inadequado ou não preenchimento vem sendo combatido pelo comitê através de treinamento por Educação Continuada em loco e planos de ação voltados para excelência da assistência Pré-Natal e hospitalar, por meio de reuniões mensais e visitas aos postos de atendimento Pré-Natal e Hospitalares.

Em relação ao nível de escolaridade em anos de estudo das mulheres acometidas pela Morte Materna, consolidamos os dados fornecidos pela SEMSA-MN através do CMPOMIF e poderemos observar em números naturais e percentuais por ano e no acumulado do período, no Tabela 2 abaixo a referência de que 38% das mulheres encontravam-se entre o ensino fundamental ou no início do ensino médio, o que não determina uma faixa etária abaixo de 18 anos, pois em áreas periféricas da cidade ainda é comum esse retardo no ensino, Observamos também que 27% das mulheres acometidas pela MM haviam terminado o ensino primário, 12% terminará apenas a alfabetização, um ponto crítico encontrado na pesquisa foram os 5% de mulheres que não possuíam registro de escolaridade e os 2% nunca houvera estudo, Apenas 12% dessas mulheres acometidas pela MM possuíam nível escolar entre o ensino médio, superior ou além dele. Entendemos com essa análise que o nível de instrução/escolaridade afeta negativamente os conceitos do autocuidado em saúde, higiene pessoal e necessidades básicas para o bem-estar social, a exemplo podemos citar a noção de conservação ambiental e a percepção da necessidade de atuação da indivíduo como cidadã em contextos sanitários coletivos, considerando em Manaus há muitas invasões com pouca urbanização.

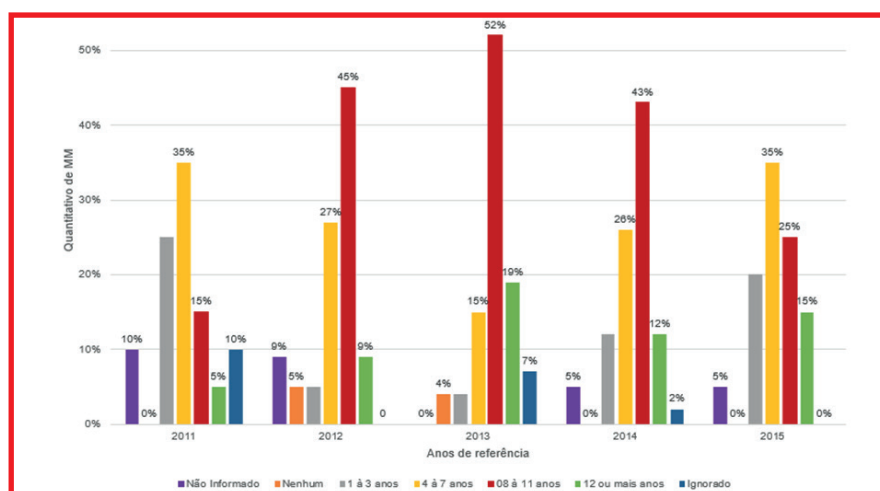
Tabela 2. Distribuição dos casos de MM por grau Instrução/Escolaridade Manaus de 2011 – 2015.

Distribuição da Franquência de Morte Materna por Grau de Instrução/Escolaridade em Manaus de 2011 - 2015												
Ano de	2011		2012		2013		2014		2015		Total	
Frequência	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não Informado	2	10%	2	9%	0	0%	2	5%	1	5%	7	5%
Nenhum	0	0%	1	5%	1	4%	0	0%	0	0%	2	2%
1 à 3 anos	5	25%	1	5%	1	4%	5	12%	4	20%	16	12%
4 à 7 anos	7	35%	6	27%	4	15%	11	26%	7	35%	35	27%
08 à 11 anos	3	15%	10	45%	14	52%	18	43%	5	25%	50	38%
12 pi mais anos	1	5%	2	45%	5	19%	5	12%	3	15%	16	12%
Ignorado	2	10%	0	9%	2	7%	1	2%	0	0%	5	4%
Total de Casos	20		22		27		42		20		131	

Fonte: SIAB, DATASUS, Manaus.

Observando o gráfico 2 abaixo, podemos constatar que em Manaus a prevalência de mulheres atingidas pela Morte materna possuíam nível de escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo, o que nos remete a entender que a grande maioria das mulheres vítimas da MM estão entre o final do ensino fundamental a meados do ensino médio, 27% das mulheres acometidas pela MM haviam terminado o ensino primário. Ao colocarmos em um avaliação mais ampla a relação grau de instrução/escolaridade, podemos observa que as mulheres que nunca estudaram, não possuem registros, estudaram apenas o ensino primário e as que estudaram até o ensino fundamental ou início do ensino médio correspondem a 88% do total de mulheres acometidas pela morte materna, o que comprova a relação do autocuidado e grau de instrução/escolaridade.

Gráfico 2. Distribuição do Percentual de MM por grau Instrução/Escolaridade Manaus. 2011 - 2015.



Fonte: SEMSA, 2017.

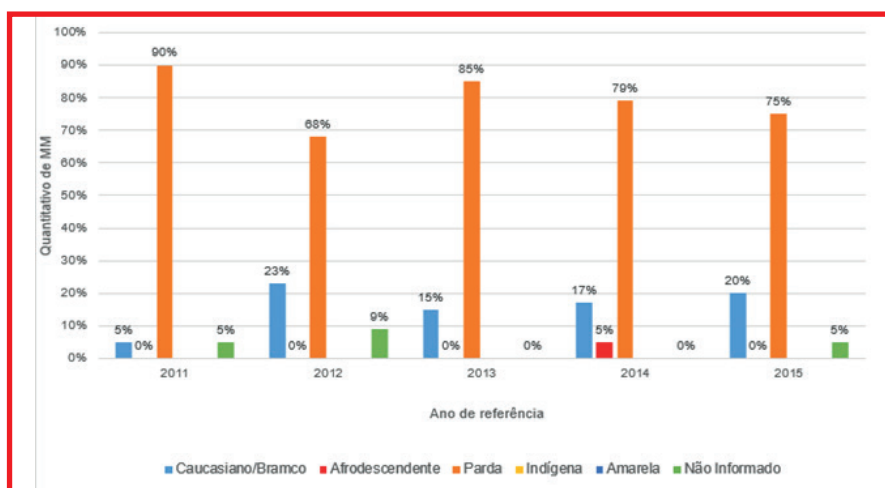
A relação dos casos de Morte Materna entre as condições associadas, identificou-se iniquidades sociais relativas à escolaridade e raça com o predomínio de causas diretas de MM.

A análise feita no período de 2011 a 2015, identificou mulheres da raça parda com prevalência na evolução para Morte Materna, a raça pardas ocupou 79% desta população de mulheres acometidas com a MM, A população de mulheres caucasiano branca representam apenas 16%, a população afro brasileira ocupou apenas 2% dos casos na cidade de Manaus, 3% da população afetada por esse indicador não foram informadas, o que leva ao questionamento do preenchimento das Declaração de Nascidos Vivos (DNV), fato esse que vem sendo investigado pelo CMPOMIF, que já vem aplicando treinamentos e medidas para zerar esse indicador.

A população indígena e amarela não teve registros nessa série histórica, essas análises sobre a raça das mulheres acometidas pela MM, possuem condições que convergem com estes eventos na maioria das regiões brasileiras, esses percentuais variam de acordo com a composição de cor/raça predominante na região avaliada.

Frente a tal análise torna-se impreciso apontar a cor que apresenta maior risco em decorrência da intensa miscigenação racial na cidade de Manaus, este estudo observou a predominância da morte materna em mulheres pardas (79%). Esta evidência pode estar relacionada a miscigenação racial local, mas há um ponto importante a ser apontado nesse fenômeno, muitas mulheres se definem como pardas e alguns profissionais quando possuem dúvidas na classificação racial/cor dessas mulheres durante o preenchimento da DNV e da DO, as classificam como de cor parda. É importante essa observação frente a esses dados, para realização de treinamentos relacionados ao preenchimento das Declaração de Óbito (DO) ou Declaração de Nascido Vivo (DNV), esses pontos já vêm sendo discutido pelo CMPOMIF e colocado como ponto fundamental nos treinamentos e reuniões do comitê.

Gráfico 3. Distribuição do Percentual de Morte Materna por Raça em Manaus. 2011 - 2015.



Fonte: SEMSA, 2017.

Observando os gráficos 2 e 3 acima, podemos observar que em Manaus a prevalência mais atingida pela mortalidade materna respectivamente, é a raça parda e que o nível de escolaridade das mulheres atingidas por essa fatalidade concentra-se entre 8 e 11 anos de estudo, o que nos remete a entender que a grande maioria das mulheres vítimas da MM estão entre o final do ensino fundamental a meados do ensino médio. Frente a tal análise torna-se impreciso apontar a cor parda apresenta maior risco e essa predominância é decorrência da intensa miscigenação racial que a capital possui.

DISCUSSÃO

Em Manaus de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, houve 131 casos de Morte Materna sendo 72 desses casos ou 55% relacionados a (MMOD), em segundo com 50 casos totalizando 38% do total de óbitos maternos está relacionado com a (MMOI), apenas 10 casos ou 8% desse total são classificados como (MMNE), o que sugere, que é necessário ampliação no processo de investigação. Os principais casos conforme o CID-10 estão relacionados no quadro 1 dessa pesquisa.

Segundo Ramos (2013), em seu estudo retrospectivo, apontou as principais causas de morte materna (MM), no Brasil, entre os anos de 2000 a 2009, foram por causas obstétricas diretas, com: (29%) eclampsia e hipertensão gestacional; (6,2%); hemorragia pós-parto (5,9%); infecção puerperal (5,2%); descolamento prematuro de placenta (4,3%). Em estudo comparativo entre as regiões do país observou que na região Norte, a principal causa de morte foi por eclampsia (16,18%). Um estudo sobre a análise de casos de mortes maternas, em Manaus, nos anos de 2001 a 2010, identificou 241 casos de MM, correspondendo a RMM de 63,2 / 100 000 NV e percentuais de causas direta e indireta de, respectivamente, 67,2 e 25,7%, as causas de MM obstétricas diretas foram responsáveis por 162 casos e, as indiretas, por 62 casos. A maior proporção foi observada em mulheres com 4 a 7 anos de escolaridade (34,8%), de raça não branca (69,7%); com ocorrência predominante em hospitais públicos (72,2%) de Manaus/AM. A evolução da RMM aconteceu em dois picos nos anos de 2003 e 2009. As causas de MM direta foram predominantes, com maior ocorrência nos anos de 2001 e 2006. No período de 2001 a 2010, os indicadores das MM de Manaus/AM reproduziram o panorama característico de países em desenvolvimento.

Fazendo uma análise quanto ao quantitativo de casos, classe e as causas de Morte Materna, observamos que proporcionalmente, houve mas casos neste estudo de série histórico de 5 anos, do que no estudo de Ramos acima citado, que avaliou 10 anos, no entanto, a classe de MMOD prevaleceu com percentual equivalente em nosso estudo que apresentou 72 casos (55%), e, as causas com maior impacto na ocorrência dessas Morte Maternas mantiveram-se relacionadas a hipertensão gestacional, que em nosso estudo apresentou

19 casos, a infecção puerperal apresentou 10 casos, o choque 8 casos e os relacionados a outros tipos de patologias obstétrica diretas apresentou 27 casos registrados. Em relação as MM por causas indiretas, nosso estudo apresentou 50 casos (38%), dentre eles se destacam, as doenças do aparelho respiratório e circulatório complicadas pela gestação. Outro ponto em comum dos estudos, é que a grande maioria dos casos ocorreu no ambiente hospitalar, independente do período gravídico a maioria no ambiente público, conforme os registros do CMPMIF.

A evolução da RMM em Manaus apresentou comportamento diferenciado estatisticamente significativo, ao longo do período de 2011 a 2015. Considerando os índices de 2011, onde a RMM era 47,25. Em 2012 apresentou valor de 50,61, pequeno aumento, em 2013 a (RMM) tem um crescimento significativo alcançado o patamar de 64,84. Mas em 2014 com RMM de 98,11 o valor mais que dobrou em relação ao de 2011. Já em 2015 o valor da RMM voltou ao patamar de 47,23. Valor esse pouco abaixo no evidenciado em 2011. A MMOD predominou em todo o período, com maior pico nos anos de 2013 e 2014 e menor ocorrência em 2011 e 2015, conforme dados do CMPMIF. Em relação ao percentual de MMOI, observa-se maior pico em 2014 e 2015. Em 2011 e 2013 foram registrados os menores percentuais de MM por causa indireta. Às maiores taxas de morte maternos concentram-se em 2014, o ano de 2015 expressa os menores índices de MM neste estudo. Fato este relacionado à implantação de medida e de controle do CMPOMIF.

Em estudos similar, constatou-se que a baixa escolaridade correspondeu a 45,1% das MM no período, de 2001 a 2010, equivalendo-se de resultados já relatados em grandes capitais do Brasil, como Recife e Rio de Janeiro, e outros. A escolaridade está fortemente associada a indicadores obstétricos negativos, que contribuem para elevação da ocorrência de MM em mulheres com baixo nível de instrução, muitos estudos brasileiros destacam a escolaridade como indicador das piores condições de vida e justiça social em país e reforça como grupo com maior risco para a mortalidade materna. (RAMOS, 2013). Em relação ao nível de escolaridade a pesquisa provou que, 38% das mulheres encontravam-se entre ensino fundamental ou o início do ensino médio, 27% haviam terminado o ensino primário, 12% terminará apenas a alfabetização, 5% não possuíam registro de escolaridade e 2% nunca houvera estudo, Apenas 12% dessas mulheres acometidas pela MM possuíam nível escolar entre o ensino médio, superior ou além.

A Morte Materna com maior prevalência nas bases inferiores da educação possui um entendimento simples, esse fenômeno se explica pela baixa escolaridade afetar negativamente a formulação de conceitos sobre os princípios do autocuidado em saúde. A relação entre o nível educacional e MM está ligada a noção de conservação ambiental e a percepção da necessidade de atuação da indivíduo como cidadã em contextos sanitários individuais

e coletivos, como; limpeza, saneamento descarte de lixo e higiene coletiva, residência e pessoal. (CASTRO; RAMOS, 2016).

Outra variável analisada nessa pesquisa no período de 2011 a 2015 foi a raça das mulheres que evoluíram para Morte Materna, sendo que as pardas são as mais acometidas na cidade de Manaus, ocupando 79% desta do grupo atingido, a população de mulheres caucasiana branca representam 16%, a população afro brasileira ocupou apenas 2% dos casos, 3% da população afetada por esse indicador não foram informadas ou não possui registro na Declaração de Óbito, a população classificada como indígena e amarela não tiveram registro nessa série histórica, condição que converge com estes eventos na maioria das regiões brasileiras embora os percentuais variem de acordo com a composição de cor/raça predominante localmente. Uma importante observação frente a esses dados, é que em nossa região muitas pessoas se definem pardas e muitos profissionais ao preencher a Declaração de Óbito (DO) ou Declaração de Nascido Vivo (DNV), quando possuem algumas dúvidas quanto a raça, optam por registrar a cor parda.

Segundo Assayag (2015), esse dado pode ser compreendido pelo fato da maioria da população em Manaus ser classificada como parda, além do grande crescimento da população parda em todo o Amazonas.

Martins, (2004) relatou que em Manaus no ano de 2002 não houve casos de Morte Materna a mulheres Brancas, Mulheres negras e pardas tiveram 6 casos cada, as demais classificações de raça tiveram seus valores ignorados ou zerados, naquele ano houve 174.621 Nascidos vivos e a RMM ficou em 65,86. A autora levou em consideração que a morte materna está relacionada aos agravos que afetam mais a população negra em decorrência da evolução das doenças ou agravadas pelo tratamento ineficaz e dificultado pela falta de acesso aos serviços básicos de saúde ou falta do mesmo.

Conforme Ramos (2013), em seu estudo realizado em Manaus no período de 2001 a 2010, foram registrados 241 casos de morte materna sendo que esses acometeram 54 mulheres Brancas 22,4%; Não Branca 168 casos 69,7%; porém houve a situação de dados classificados como; não informado com 19 casos 7,9% do total. Esse estudo não estratificou de forma isolada os casos de MM nas raciais indígenas, negras e pardas, somando todas essas em uma única categoria denominada Não Branca, outro dado importante foi a quantidade de casos que não foram registrados na DO ou DNV a classificação da raça da mulher acometida pela MM.

Entendendo que a MM está relacionada com o baixo nível de escolaridade e atinge mais a raça predominante do local, muitos autores concordam que quanto maior o nível de conhecimento, menor é a razão da morte materna, quanto maior o investimento em educação e atenção básica menor é o resultado da RMM no Brasil, porém a MM com relação a

escolaridade e raças possui predominância local alta em Manaus e mantém-se ainda em níveis elevados, com diferença entre as regiões. Os dados indicam desigualdades sociais, especialmente relacionadas à escolaridade e cor da pele. (CASTRO e RAMOS, 2016; BRASIL, 2009; Souza et al., 2008).

Soares et al (2008), afirmam que na gestação, a mulher passa por profundas transformações, não só físicas como também emocionais. É importante conhecer alguns destes aspectos, pois alguns sintomas podem ser acentuados ou aliviados em função da capacidade de compreender a gestação e entender as próprias emoções.

Se tratando do risco da MM e concordando com todos os autores citados nessa pesquisa destacamos que o indicador de MM é um dos maiores problema da Secretaria de Saúde (SEMSA), assim como para sua população. Analisando todos os dados e informações adquiridas pelo CMPOMIF e demais estudos que dizem que entre 90 e 95% dos casos de MM poderiam ser evitados apenas com melhorias relacionadas às condições sociais e melhorias na qualidade da atenção básica, com a assistência à gestante durante o Pré-Natal, pré- parto, parto e puerpério.

Acreditamos que a pesquisa nos mostrou a Estratégia Saúde da Família (ESF) é responsável por garantir a adesão e a permanência das gestantes na rede de serviços relacionada a gestação, parto e puerpério. Quando não são alcançadas as metas da (ESF), muitas mulheres ficam expostas a situações de riscos, ou seja, à possibilidade para a ocorrência de óbitos materno, os programas já existem e são bem fundamentados pelo Ministério da Saúde, porém ainda falta muito investimento na melhorias sociais como; saneamento básico, educação e principalmente em saúde, no que se refere a atenção básica.

CONCLUSÃO

O resultado desta pesquisa nos mostrou que em Manaus ocorreram 136 casos de morte materna em mulheres na idade fértil, e destes casos, 131 foram relacionados a morte materna obstétrica, dividindo-se entre as suas classificações com; 55% de MMOD, 38% de MMOI, entretanto a prevalência das doenças relacionadas a Pressão Arterial e a Infecção Puerperal, foram as causa que mais se repetiram dentro da classificação de MMOD, o quantitativo de partos não teve uma grande variação em seu total anual, porém esse valor está diretamente relacionado a RMM, que teve seu ponto máximo em 2014 com RMM de 98,11 e seus menores resultados permaneceram nos anos de 2011 e 2015, com média de 47,24 nesses dois anos. A pesquisa apontou ainda que 79% das mulheres acometidas pela morte maternas foram classificadas como pardas, quanto aos dados de escolaridade, observamos que a grande maioria das mulheres acometidas possuíam entre 8 a 11 anos de estudo, apresentando um percentual de 38%; o grupo de mulheres com o nível de escolaridade entre 4

e 7 anos ocupou um percentual menor, de 27% do total de MM. É importante compreender a maioria da população feminina de Manaus é, ou se classifica como parda, devemos levar em consideração que essa classificação também é subjetiva ao profissional que preenche a DO. Entendemos os óbitos por causas obstétricas diretas podem ser evitados, mediante melhoria da assistência às mulheres no Pré-Natal, parto e puerpério, isso nos leva a refletir quanto à qualidade da assistência oferecida, no tocante ao Pré-Natal e as estratégias para manter as gestantes vinculadas ao programa, observando o cenário da desigualdade social e econômica ainda muito presente em Manaus, que só se intensifica quando agregado à complexidade geográfica presente no município, mesmo com toda a dificuldade a redução da RMM apresentou valores estatisticamente significativo, ao longo do período 2011 a 2015. Esses resultados reproduziram as características do município de Manaus, contudo, todas as medidas tomadas em prol da redução do indicador de MM e, sobretudo, as estratégias propostas pelo CMPOMIF deverão refletir de modo positivo no panorama de controle de MM em Manaus/AM, necessitando para isso, apenas de maiores investimentos na saúde básica por parte do Ministério da Saúde e Município.

Agradecimentos e financiamento

A SEMSA-MN por ter colaborado com o fornecimento de dados para a pesquisa através do Departamento de Informação, Controle e Regulação (DICAR). Ao Centro Universitário Luterano de Manaus – (CEULM/ ULBRA), Manaus – AM. Pela análise e aprovação do projeto em tempo hábil. Ao corpo docente da instituição, essenciais para o aprendizado e conclusão do mestrado em Saúde.

REFERÊNCIAS

ASSAYAG Y. Mais da metade da população do Amazonas é jovem, parda, mostra PNAD. Jornal Em tempo, 13 de novembro de 2015. Disponível em: <<http://d.emtempo.com.br/sem-categoria/48004/mais-da-metade-da-populacao-do-amazonas-e-jovem-e-parda-mostra-pnad>>. Acesso em 22 de outubro de 2017.

BRASIL. Portal Brasil. Mortalidade materna atingiu em 2011 menor índice dos últimos 10 anos, calcula Saúde. Portal Brasil. Publicado: 23/02/2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/02/ministerio-da-saude-preve-que-2011-tera-reducao-recorde-da-mortalidade-materna>. Acesso em 21 de outubro de 2016.

BRASIL; Ministério da Saúde; Conselho Federal de Medicina; Centro Brasileiro de Classificação de doenças. A declares de óbito: documento necessário e importante. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL; Governo do Estado do Ceará; Secretaria de Saúde - SESA/CE. Informe Epidemiológico - Mortalidade Materna de 09 de julho de 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Alexsandro/Downloads/informe_mortalidade_materna_junho_2015%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Alexsandro/Downloads/informe_mortalidade_materna_junho_2015%20(3).pdf). Acesso em: 16 de outubro de 2016.

CASTRO BMC, RAMOS SCS. PERFIL DE MORTALIDADE MATERNA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DA CIDADE DE MANAUS-AM. Santa Maria, v. 42, n.1, p. 103-112, jan. /jun. 2016. Manaus-AM, 2016.

CASTRO BMC, MOYSÉS RPC, AMORIM MF. COBERTURA DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E MORTALIDADE MATERNA: UMA ANÁLISE DE DADOS SECUNDÁRIOS NO MUNICÍPIO DE MANAUS-AM. Revista do Hospital Universitário Getúlio Vargas. v. 15, n. 1 (2016) / Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2016.

ONUBR, Nações Unidas no Brasil. A ONU e o desenvolvimento. Disponível em <https://nacoesunidas.org/acao/desenvolvimento/>. Com acesso em 01 de outubro de 2016.

PRESTES MLM. A pesquisa e a construção do conhecimento científico. 3. ed., 1. reimp. São Paulo: Rêspel, 2008.

RAMOS SCS. ANÁLISE DE CASOS DE MORTES MATERNAS EM MANAUS NOS ANOS DE 2001 a 2010. UFAM. Universidade Federal do Amazonas. Manaus-AM, 2013.

SEMSA; Secretaria Municipal de Manaus. Área Técnica de Saúde da Mulher. Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/>. Acesso em 05 de outubro de 2016.

SEMSA-Mn, Secretaria Municipal de Saúde. SITUAÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MANAUS – Relatório Executivo. Manaus, 26 de abril de 2013.

SILVA RVG. Doença Hipertensiva Específica da Gestação – Projeto de Intervenção para o trabalho com as gestantes do território da Estratégia Saúde da Família no Município de Pedra da Anta – Minas Gerais. UFMG, MG 2015.

SOARES VMN, AZEVEDO EMM, WATANABE TL. Subnotificação da mortalidade materna no Estado do Paraná. Brasil: 1991-2005. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA KV, ALMEIDA MRCB, SOARES VMN. PERFIL DA MORTALIDADE MATERNA POR ABORTO NO PARANÁ: 2003-2005. Esc Anna Nery Rev Enferm, dezembro de 2008.

SOUZA JP. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011;

WINGERTER DG. ÓBITOS MATERNOS NO RIO GRANDE DO NORTE EM 2009 E A SUA EVITABILIDADE ANALISADA A PARTIR DA FERRAMENTA DE INVESTIGAÇÃO SIMWEB. XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Lindóia/SP – Brasil, novembro de 2012.

VIANA JFS. Óbitos Maternos por infecção Puerperal no período de 1998 a 2002 em Manaus - AM. UFAM – Universidade Federal do Amazonas / FMT – Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. Manaus – 2004.

OLIVEIRA, A. S. DE; LIMA, D. J. J.; MENEZES, N. C. Perfil epidemiológico dos casos de morte materna na cidade de Manaus por: causa, escolaridade e raça, no período de 2011 a 2015. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 23, p. e 424, 18 maio 2019. Artigo original.

“

Perfil sociodemográfico e de saúde das pessoas atendidas em um dispositivo de consultório na Rua do Rio de Janeiro, Brasil

Patricia dos Santos da **Costa**
ENSP/FIOCRUZ

Nádia Cristina Pinheiro **Rodrigues**
ENSP/FIOCRUZ

Mônica Kramer de Noronha **Andrade**
ENSP/FIOCRUZ

Vinícius Rodrigues Fernandes da **Fonte**
SMSRJ

Césio Sotero dos **Santos**
SMSRJ

Raíssa Valéria Branco **Bahia**
SMSRJ

Raquel Martins da **Silva**
SMSRJ

Raissa Tereza Casseb **Oliveira**
SMSRJ

Norma Maria **Gomes**
SMSRJ

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo descrever o perfil sociodemográfico e os principais agravos da população atendida por uma equipe de Consultório na Rua do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com uma abordagem quali-quantitativa, onde realizou-se a análise de 494 prontuários de usuários cadastrados e entrevista semiestruturada com profissionais da equipe. Os resultados revelaram uma população composta na sua maioria por homens, pretos ou pardos, adultos jovens, em idade produtiva; mais da metade dessa população tem baixo nível de escolaridade e parte é analfabeta. A grande maioria declarou não possuir CPF, cartão SUS, ou acesso a benefícios sociais. Os prontuários apontaram também queixas, como sintomas respiratórios e dermatológicos, relatos de violência, além do uso abusivo de álcool, tabaco e de drogas ilícitas. Esses achados nos remetem aos possíveis processos de exclusão impostos a essa população. É de fundamental importância que os rótulos e estigmas destinados a essa população sejam continuamente ressignificados, não impedindo a oferta de cuidado integral à saúde.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua; Condições de Vida; Atenção Primária à Saúde; Integralidade em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

A Constituição Cidadã, promulgada em 1988, propunha avançar na construção de um país mais justo, legitimando a Saúde como dever do Estado e direito de todos, sem distinção de raça, credo, sexo, cor, classe social e demais formas de discriminação. O Sistema Único de Saúde, lei 8080/90, dispõe que:

“Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.¹

Sendo assim, as diferenças individuais, econômicas, sociais, entre tantas outras, em tese, não deveriam representar mais impedimentos ao acesso a bens e serviços de saúde. No entanto, essa não é a realidade para uma parcela considerável da população brasileira, para os quais o SUS continua praticamente inacessível.²

Para Varanda³, os serviços de saúde devem considerar os diferentes grupos que integram uma mesma população. Estes grupos apresentam problemas específicos e diferentes formas de viver e adoecer. Além disso, as oportunidades disponíveis para satisfazer suas necessidades de vida também são distintas de acordo com o grupo. Desta forma, os serviços de saúde devem se apropriar destas diferenças e trabalhar para atender as especificidades de cada grupo.³

Partindo desse pressuposto, o Ministério da Saúde identificou alguns grupos populacionais considerados vulneráveis, criando comitês de saúde específicos para cada um deles. Encontram-se entre os grupos selecionados a população em situação de rua com todas as suas particularidades, que incluem a dificuldade de acesso aos diversos bens e serviços, entre eles os de saúde.

Conceituar o que entendemos como população em situação de rua não é tarefa fácil. Segundo Rosa et al⁴, “a multiplicidade de condições pessoais, a diversidade de soluções dadas à subsistência e à moradia são fatores que dificultam a formulação de conceitos livres de ambiguidades”.

De acordo com o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, trata-se de grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular.⁵

Essa política coloca ainda que essa população se caracteriza pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória.⁵

Compreendendo as condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados da população em situação de rua, em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), institui os Consultórios na Rua (CnaR), com o objetivo de ampliar o acesso desta população aos serviços de saúde e oferecer atenção integral à saúde para esse grupo populacional.⁶

As Equipes dos CnaR são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

O objetivo desse artigo é descrever o perfil sociodemográfico e principais agravos da população atendida pela equipe CnaR do Jacarezinho nos anos de 2016 e 2017.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada tendo por base os prontuários eletrônicos da população adulta (acima de 18 anos) em situação de rua cadastrada pela equipe de CnaR que atua no bairro do Jacarezinho (região metropolitana do Rio de Janeiro) nos anos de 2016 e 2017. A comunidade do Jacaré/Jacarezinho reúne cerca de 50.000 habitantes e ocupa uma extensa dimensão geográfica.⁷ De acordo com o índice de Progressão Social, que consiste na combinação de variáveis sociais comumente usadas em avaliações do desenvolvimento humano e bem-estar, a área investigada classifica-se como uma das áreas menos desenvolvidas e mais vulneráveis da cidade do Rio de Janeiro.⁸ A unidade básica de saúde investigada que abriga a equipe do Consultório na Rua localiza-se a menos de cem metros de uma grande aglomeração de usuários de drogas e moradores em situação de rua.

Para que fosse traçado o perfil sociodemográfico e de saúde dos usuários, foram coletados dados de 494 prontuários da população adulta cadastrada pela equipe. A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho e agosto de 2018.

Frequências e testes de hipóteses foram utilizados para descrição e comparação dos dados coletados em prontuário segundo sexo. Todas as análises foram realizadas através do software estatístico R Project - versão 3.5.1.

Foram entrevistados os profissionais da equipe de CnaR (1 médico, 1 enfermeiro, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 1 técnico de enfermagem, 2 agentes sociais), além da gestora da unidade. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas em ambiente reservado na própria unidade. Todas as entrevistas foram gravadas em mídia digital e realizadas pelo mesmo investigador, com duração de 15 a 40 minutos.

Na etapa seguinte, as entrevistas foram integralmente transcritas, mantendo-se a linguagem utilizada pelo participante, e inseridas no software de análise de dados qualitativos WebQDA, específico para análises qualitativas. Em seguida, o material produzido foi sub-

metido à análise de conteúdo, modalidade temática ⁹, seguindo as três etapas propostas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados com inferências e interpretações. Desse modo, após transcrito e organizado todo material empírico, foi iniciado o processo de leitura - primeiro flutuante e depois minucioso - para identificação dos elementos gerais de cada entrevista.

As narrativas dos entrevistados da análise qualitativa foram incorporadas à sessão de discussão e relacionados com os resultados da análise quantitativa dos prontuários, à luz da literatura científica.

Essa pesquisa foi realizada em conformidade com os princípios éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidos na Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CAAE: 82171418.7.0000.5240) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE: 82171418.7.30015279).

RESULTADOS

A tabela 1 descreve o perfil sociodemográfico dos usuários cadastrados pela equipe do Consultório na Rua do Jacarezinho, nos anos de 2016 e 2017, segundo sexo. Verifica-se que a população é majoritariamente masculina (70%), formada principalmente por pretos e pardos (82%). Com relação à faixa etária, mais da metade das pessoas se encontra na faixa etária de 20- 40 anos (64%). A distribuição por sexo e faixa etária indica que o percentual de homens na faixa etária de 40-60 é aproximadamente o dobro das mulheres nesta faixa etária. Com relação ao nível de escolaridade, cerca da metade dos usuários relataram ter ensino fundamental incompleto (51%). Apenas 5% relataram analfabetismo. Nos dados relativos ao CPF e cartão SUS dos prontuários analisados verificamos que em apenas 32% dos prontuários analisados havia registro de CPF, e só 27% dos prontuários sinalizavam registro de que o usuário possuía cartão SUS. Tanto o percentual de pessoas com CPF, quanto com cartão SUS, foi superior no sexo feminino (p-valor <0.05). Quanto ao acesso a benefícios sociais, os dados coletados indicaram que apenas 10% dos usuários cadastrados declararam ter acesso a benefícios sociais. Sobre o tempo de vida nas ruas, verificamos que a maior parte dos usuários encontram-se nas ruas há menos de 1 ano (38%), enquanto 35% dos usuários, de 1 a 5 anos, e 27% há mais de 5 anos. Sobre a vida nas ruas, 85% dos usuários relataram possuir um local de permanência, diurno ou noturno. Desses, 28% relatou permanecer em bairro vizinho e 23% no bairro investigado. Ao avaliarmos a procedência desses usuários, verificamos que 67% dos usuários declararam ser naturais da cidade do Rio de Janeiro, 14% oriundos de outros municípios localizados nos arredores da cidade do Estado do Rio de Janeiro e 17% são oriundos de outros estados. Sobre o modo de vida nas ruas, 67% dos

usuários relataram ter acesso a itens e locais para higiene pessoal, que incluíam acesso ao sanitário, banho e insumos para higiene bucal. Quanto ao acesso à alimentação, cerca de 83% dos usuários relataram realizar duas ou mais refeições diárias.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos usuários cadastrados pela equipe do Consultório na Rua do Jacarezinho, nos anos de 2016 e 2017, segundo o sexo

CARACTERÍSTICAS	TOTAL	MASCULINO (N = 350) (70%)	FEMININO (N = 144) (30%)	P-VALOR
Possui CPF	157 (32%)	71 (20%)	62 (44%)	0,01
Possui cartão sus	133 (27%)	71 (21%)	62 (44%)	0,0001
Faixa etária				
17-20	20 (4%)	8 (2%)	12 (8%)	0,0001
20-40	316 (64%)	213 (61%)	103 (72%)	
40-60	135 (27%)	114 (33%)	21 (15%)	
60-80	23 (5%)	15 (4%)	8 (5%)	
Etnia				
Pretos/Pardos	404 (82%)	287 (82%)	117 (81%)	0,95
Branco/Amarelo/Indíg.	90 (18%)	63 (18%)	27 (19%)	
Naturalidade				
Rio de Janeiro (capital)	284 (67%)	196 (65%)	88 (72%)	0,57
Outras cidades - reg. metr.	61 (14%)	47 (15%)	14 (11%)	
Demais regiões do ERJ	10 (2%)	8 (3%)	2 (2%)	
Outros estados	72 (17%)	53 (17%)	19 (15%)	
Escolaridade				
Analfabeto	24 (5%)	16 (5%)	8 (7%)	0,46
E. Fund. incompleto	250 (51%)	178 (58%)	72 (61%)	
E. Fund. completo	139 (28%)	63 (21%)	26 (22%)	
E. Médio	11 (2%)	49 (16%)	12 (10%)	
Tempo de rua				
< 6 meses	106 (22%)	75 (22%)	31 (22%)	0,24
6 a 12 meses	76 (16%)	56 (17%)	20 (14%)	
1 a 5 anos	170 (35%)	126 (37%)	44 (31%)	
> 5 anos	130 (27%)	83 (24%)	47 (33%)	
Acesso à higiene pessoal	223 (67%)	152 (64%)	71 (74%)	0,11
Recebe benefício social	50 (13%)	30 (11%)	20 (16%)	0,22
Com vínculo familiar	234 (65%)	154 (73%)	80 (70%)	0,28
Acesso a alimentos				
1 vez ao dia	63 (17%)	41 (15%)	22 (20%)	0,24
2 a 3 vezes ao dia	218 (57%)	163 (60%)	55 (51%)	
> 3 vezes ao dia	98 (26%)	67 (25%)	31 (29%)	
Local de permanência				
Bairro Jacarezinho	115 (23%)	82 (23%)	33 (23%)	0,46
Bairro vizinho	138 (28%)	80 (23%)	58 (40%)	
Demais localidades	168 (34%)	132 (38%)	36 (25%)	
Não informado	73 (15%)	56 (16%)	17 (12%)	
Com ocupação	117 (24%)	91 (18%)	26 (26%)	0,08

CPF = Cadastro de Pessoa Física; Indíg.= Indígena; reg. metr. = região metropolitana; ERJ = Estado do Rio de Janeiro; E. = Ensino; Fund. = Fundamental. O p-valor calculado refere-se ao teste qui-quadrado ou teste de Fisher

A tabela 2 apresenta um consolidado das principais condições da saúde referidas pela população analisada, com base nos prontuários eletrônicos dos usuários cadastrados pela

equipe do Consultório na Rua do Jacarezinho, nos anos de 2016 e 2017, segundo sexo. Segundo os dados contidos nos prontuários eletrônicos analisados, apenas 91 usuários (23%) referiram possuir alguma doença; 99 usuários (28%) disseram estar realizando tratamento em alguma unidade de saúde, e 56 usuários (17%) relataram fazer uso de alguma medicação que não psicotrópicos. Queixas de sintomas respiratórios, como tosse ou falta de ar estavam presentes em 26% dos prontuários analisados, e de sintomas dermatológicos (manchas ou feridas) em 18%. Relatos de violência também foram encontrados em 8% dos prontuários analisados e em apenas um prontuário foi verificado relato de tentativa de suicídio.

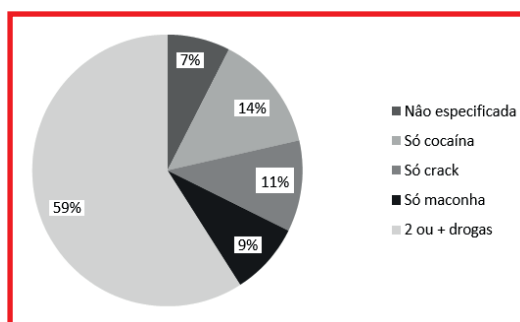
Tabela 2. Principais condições da saúde referidas em prontuário eletrônico pelos usuários cadastrados pela equipe do Consultório na Rua do Jacarezinho, nos anos de 2016 e 2017, segundo o sexo

CARACTERÍSTICAS	TOTAL	MASCULINO (N = 350) (70%)	FEMININO (N=144) (30%)	P-VALOR
Faz tratamento de saúde	99 (28%)	66 (26%)	33 (34%)	0,15
Uso de medicação	56 (17%)	35 (14%)	22 (4%)	0,12
Uso de álcool e drogas				
Tabaco	244 (49%)	165 (33%)	79 (16%)	0,06
Álcool	166 (34%)	133 (38%)	33 (23%)	0,003
Drogas ilícitas	359 (72%)	254 (73%)	105 (73%)	0,99
Presença de doença	91 (23%)	55 (22%)	36 (36%)	0,01
Sintoma respiratório	127 (26%)	86 (25%)	41 (29%)	0,43
Manchas ou feridas	91 (18%)	70 (20%)	21 (15%)	0,20
Internação prévia	190 (38%)	140 (40%)	50 (35%)	0,32
Violência	39 (8%)	27 (8%)	12 (8%)	0,96
Tentativa de suicídio	1 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	0,29

O p-valor calculado refere-se ao teste quiquadrado ou teste de Fisher

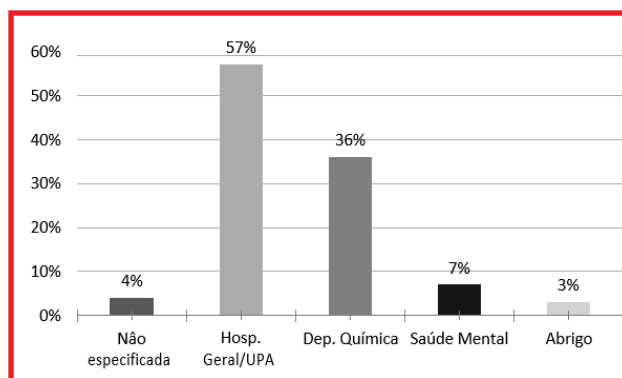
Quanto ao uso de substâncias psicoativas, 49% dos usuários relataram uso de tabaco, 34% uso de álcool, e 6% uso de medicamentos psicoativos. A figura 1 apresenta a distribuição dos tipos de drogas ilícitas utilizadas. Ao analisarmos o consumo de drogas ilícitas, observamos que 72% dos usuários informaram fazer uso de drogas ilícitas, sendo mais frequente a associação de duas ou mais drogas (59%). O uso exclusivo de cocaína foi apontado por cerca de 14% dos usuários - crack em cerca de 11% e maconha em 9%.dições de saúde diagnosticadas referentes aos usuários cadastrados nos anos de 2016/2017, segundo sexo:

Figura 1. Distribuição dos usuários, segundo o uso de drogas ilícitas, 2016/2017



Com relação às internações, cerca de 38% dos usuários relataram ter sofrido algum tipo de internação. A maior parte dessas internações (57%) se deram em hospitais gerais ou UPAs, 36% em instituições para dependentes químicos e 7% em instituições de saúde mental, como hospitais psiquiátricos ou CAPS. Os abrigos foram apontados como instituições de internação em 3% dos casos, conforme consta na figura 2.

Figura 2: Distribuição dos usuários segundo relato de internação, 2016/2017



Quanto às condições de saúde diagnosticadas, 13% foram diagnosticados com sífilis, 8% com tuberculose e 5% com diagnóstico positivo para HIV/AIDS. Transtornos mentais foram apontados em 13% dos prontuários analisados. Hipertensão arterial foi um diagnóstico presente em 5% dos usuários cadastrados. Asma e diabetes foram apontados em cerca de 1% dos prontuários e deficiência física e/ou visual em cerca de 1%. Das 144 mulheres cadastradas no período em análise, 19 eram gestantes (cerca de 13%), conforme consta na tabela 3.

Tabela 3. Principais condições de saúde diagnosticadas referentes aos usuários cadastrados nos anos de 2016/2017, segundo sexo:

CONDIÇÃO DE SAÚDE	TOTAL	MASCULINO	FEMININO	P-VALOR
	N (%)	N (%)	N (%)	
Sífilis	66 (13%)	33 (9%)	33 (23%)	0,0001
Transtorno mental	66 (13%)	36 (10%)	30 (21%)	0,003
Tuberculose	40 (8%)	27 (8%)	13 (9%)	0,76
HIV	25 (5%)	15 (4%)	10 (7%)	0,32
HAS	24 (5%)	18 (5%)	6 (4%)	0,82
Asma	7 (1%)	2 (1%)	5 (4%)	0,02
Diabetes	6 (1%)	5 (1%)	1 (1%)	0,68
Deficiência visual	4 (1%)	4 (1%)	0 (0%)	0,32
Deficiência física	1 (<1%)	1 (<1%)	0 (0%)	0,99
(*) Gestante		*	19 (13%)	

HIV = Human Immunodeficiency Virus; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; * a condição "gestante" não se aplica ao sexo masculino; apenas foram incluídas doenças com Código internacional de doenças (CID) ativo no prontuário.

A análise qualitativa foi realizada através das entrevistas coletadas na quinta etapa deste estudo. Foram entrevistados seis mulheres e três homens, com idades compreendidas

na faixa dos 20 aos 65 anos. A maior parte dos profissionais entrevistados faziam parte da equipe há quatro ou cinco anos (seis profissionais), dois estavam na equipe há cerca de seis anos, e um entrevistado há três anos. Quanto ao nível de escolaridade, seis entrevistas foram realizadas com profissionais de nível superior e três realizadas com profissionais de nível médio.

Dentre as quatro categorias temáticas identificadas na análise de conteúdo (Caracterização da População em Situação de Rua, O Consultório na Rua: princípios, diretrizes e processo de trabalho, Redes de Atenção à Saúde: um olhar sobre acesso e integralidade, e Fluxos e formas de encaminhamento: os caminhos da rede) selecionamos a categoria “Caracterização da População em Situação de Rua” para ser discutida neste trabalho. Esta categoria abrange as principais características da população em situação de rua apontadas pelos profissionais durante suas falas.

Para facilitar a análise da categoria selecionada, foram identificadas quatro subcategorias: 1º) perfil da população em situação de rua, 2º) vulnerabilidade social, 3º) garantia de direitos e 4º) principais agravos em saúde. Estas subcategorias abrangem, respectivamente: 1º) características como itinerância/nomadismo, imediatismo e drogadição, 2º) processo acentuado de exclusão e maior exposição a diferentes riscos, 3º) temas como falta de documentação básica e desemprego, e 4º) tuberculose, ISTs, e demais agravos.

DISCUSSÃO

Ao observarmos o perfil sociodemográfico traçado a partir das informações colhidas nos prontuários eletrônicos, vimos se tratar de uma população composta na sua maioria por homens, pretos ou pardos, adultos jovens, em idade produtiva. No entanto, mais da metade dessa população apresenta baixo nível de escolaridade, e parte deles são analfabetos. A grande maioria declarou não possuir CPF, cartão SUS, ou acesso a benefícios sociais. Esse perfil encontrado na população em situação de rua investigada é compatível com o perfil traçado pela Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.¹⁰ Foi verificado também que aproximadamente 40% dessas pessoas encontram-se nas ruas há menos de um ano. Este resultado é corroborado por uma pesquisa realizada em Belo Horizonte com a população em situação. Neste estudo, os pesquisadores alertam que o tempo de estadia da pessoa na rua é diretamente proporcional as suas dificuldades encontradas.¹¹ Entre as dificuldades encontradas, destaca-se os processos de exclusão que vêm sendo impostos à população de vida mais precária, aos destituídos de vínculos fortes e de garantias de direitos, aos mais vulnerabilizados (negros, pobres, de baixa escolaridade, sem documentos) e àqueles com poucas ferramentas para adentrarem ou permanecerem no processo produtivo, segundo o que está posto pela agenda neoliberal no Brasil e no mundo.^{11, 12}

A maioria esmagadora de pretos e pardos encontrada na pesquisa nos remete a lembrar que os processos históricos de desigualdades vividos cotidianamente pelos negros no Brasil estão intrinsecamente associados ao racismo. O racismo, por assim dizer, estrutura o Estado brasileiro, sendo um dos principais organizadores das desigualdades materiais e simbólicas vividas por essa população. Ele estrutura as condições e possibilidades de trabalho, de estudo, de vínculo (incluindo o casamento e os vínculos de amizade), de liberdade, de lugar e de não lugar, onde morar e o não direito de morar, assim como a forma de morrer. Afeta a possibilidade de os negros garantirem o presente, planejarem o futuro, realizarem sonhos, satisfazerem necessidades. ¹³ Falar de população em situação de rua é falar também desse processo de racismo histórico e estrutural, como nos diz Costa ¹³:

“Com a abolição da escravatura (1888), o Estado brasileiro, os fazendeiros, ou qualquer outra escravista ou instituição escravocrata foram eximidos das responsabilidades pelos atos realizados nos tempos do escravismo e dos cuidados básicos com o andamento seguinte da vida dos então libertos. Assim sendo, de maneira geral, à população liberta e desapropriada das condições fundamentais para a sobrevivência restaram a morte, os afazeres presentes nas regiões rurais economicamente decadentes, as atividades urbanas desqualificadas e as tarefas propiciadoras de risco de morte. Tornar-se mendigos, errantes, ladrões, prostitutas foi o destino de alguns...”

O processo migratório também foi apontado nos prontuários de uma forma bem interessante: cerca de 70% das pessoas em situação de rua eram do próprio município do Rio de Janeiro. Esse dado vai de acordo com o movimento migratório apontado por Oliveira ¹², que corresponde ao caminho que leva da pobreza para a miséria extrema, deslocando as pessoas das periferias para as ruas e demais logradouros públicos das regiões mais centrais da cidade. ¹² O território estudado e bairros vizinhos é o principal local de permanência dessas pessoas, que se concentram em bolsões de pobreza, em grandes cenas de uso de drogas, embaixo de viadutos e na linha férrea. Com todos esses problemas, o Jacarezinho (área investigada) é considerada a 3ª área mais vulnerável da cidade, segundo Índice de Progressão Social 8, e também é o local de permanência escolhido por muitas pessoas em situação de rua. Esse achado coaduna com o que nos diz Oliveira ¹², apontando que muitas vezes os espaços vazios dos bairros mais periféricos da cidade do Rio de Janeiro são vistos pela população não só como cenário de descartes de dejetos, mas como área de ocupação de pessoas-lixo, conforme o termo utilizado por uma pessoa em situação de rua ao referir-se sobre a forma como era visto pelos moradores. ¹²

Boa parte dessa vulnerabilidade foi apontada durante os relatos dos profissionais: a migração e dificuldade de conseguir emprego, a falta dos documentos, o preconceito e a estigmatização. A vulnerabilidade social que os moradores em situação de rua estão submetidos tem várias faces, tais como, a própria precariedade da vida nas ruas pela falta

de higiene e de lugar de adequado para o descanso, a falta de segurança, a exposição à violência e o olhar preconceituoso a que são submetidos. Essa realidade, característica do processo de exclusão no Brasil tem origem não só econômica, mas também se caracteriza pela falta de pertencimento social, falta de perspectivas, dificuldades de acesso à informação e perda de autoestima. ¹⁴

População em situação de rua engloba vários modos de vida no território e diferentes relações com esse mesmo território. Macerata ¹⁵ nos diz que a rua evidencia as diferenças e abismos sociais em seu grau máximo, sendo o local daqueles que perderam o seu lugar. ¹⁵ Essas diferentes formas de vida evidenciadas na rua, com todas as suas singularidades, foram notadamente percebidas na fala dos profissionais entrevistados. O caráter itinerante e o imediatismo também foram características apontadas nas falas de profissionais. Van Wijk ¹⁶ define esse caráter itinerante, ou nomadismo, como uma condição permanente de itinerância das pessoas em situação de rua através dos territórios. ¹⁶ Podemos entender também como população flutuante ou migratória, aquela que mantém intensa itinerância e mobilidade pelos territórios, construindo “rápidas e frágeis” relações de permanência, convivência e cuidados em cada um dos lugares ¹⁷:

“essas pessoas são muito é itinerante né, eles aparecem aqui, vão pra outra (clínica), depois voltam pra cá ” (P4)

Já o imediatismo, definido por Van Wijk ¹⁶ como a urgência em obter aquilo que deseja e dificuldade em esperar, foi destacado como consequência da desorganização de vida a que esses usuários são submetidos ao longo da sua história.

“eles não têm horário...ele chega, o momento dele é esse, a demanda aparece ele vai lá e pede e se tiver um retorno, tudo bem, se não tiver ele vai embora” (P2)

“...na maioria dos casos a vida foi, é, há uma desorganização no modo de vida, quando a pessoa vai pra rua ela acaba tendo outros modos de organização, é muito foco no hoje, no agora...” (P6)

A questão da vulnerabilidade social a que esses usuários estão submetidos surgiu de diversas formas nos relatos: na fragilidade dos vínculos familiares, na não garantia de acesso aos direitos básicos, na falta de emprego e de documentação, no estigma e no preconceito. Esse conceito de vulnerabilidade social relaciona-se ao resultado de um acentuado processo de exclusão, discriminação e enfraquecimento de indivíduos ou grupos sociais, provocados por fatores como pobreza, crises econômicas e nível educacional deficiente. ¹⁴

“eles são mais vulneráveis e precisam de mais ajuda...” (P2)

“...eles não funcionam da mesma forma que os pacientes domiciliados, que

tem apoio familiar, tem o suporte nutricional, tem uma vida normalizada, não tem tantos fatores externos que atrapalhem a vida deles.” (P4)

“...são pessoas muito estigmatizadas, sofrem muito preconceito” (P6)

“ são pessoas que vêm de outro Estado né, que fica em situação de rua por não conseguir um emprego.” (P2)]

“...os usuários né e o morador de rua, geralmente, não têm documentos, porque perdem ou porque roubam” (P8)

A exposição a determinantes de saúde e doença em determinados contextos e exposições sócio sanitárias podem produzir maior ou menor suscetibilidade a doenças. Sendo assim, a vulnerabilidade é um indicador de iniquidades sociais, precede, e pode determinar os diferentes riscos no processo saúde-doença.¹⁸ Nossos resultados apontaram que em apenas 20 a 30% dos prontuários os usuários relataram possuir qualquer tipo de doença, estar em tratamento médico ou fazer uso de alguma medicação. Essa percepção do corpo, das suas fragilidades e do processo saúde/doença foi apontado também no estudo de Bottil e colaboradores, sendo explicado pela existência de percepções diferenciadas do processo de se sentir doente, sendo influenciado pela cultura, trabalho, e renda.¹¹ Por outro lado, tanto os dados de prontuários como as falas dos profissionais indicaram presença de queixas de sintomas respiratórios e dermatológicos, relatos de violência, doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, transtornos mentais, uso abusivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas. Devido às condições de vulnerabilidade das gestantes, a gestação também foi, de certa forma, considerada como “agravo em saúde” pelos profissionais.

“Eu acho que algumas questões do consultório na rua são muito fortes, tipo, tuberculose, DSTs, laqueadura, algumas questões muito presentes pro consultório na rua.” (P3)

“ Tuberculose é uma doença muito vinculada às questões de mobilidade social, de extrema pobreza, pessoa em situação de rua então...” (P6)

“a demanda da nossa maioria é HIV, tuberculose...a parte de tuberculose e HIV que é a nossa luta maior” (P8)

Esses dados também são compatíveis com os apresentados em outros estudos.¹⁹,²⁰ Reis Junior²¹ destaca entre as morbidades da população em situação de rua, agravos como psicoses, HIV, e tuberculose, cuja frequência média é superior à população em geral. Quanto à sífilis, segundo dados do último Boletim Epidemiológico de Sífilis²², a população mais afetada pela sífilis no Brasil são as mulheres, principalmente as negras e jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos. Estes resultados corroboram os dados desta pesquisa, onde 23% das mulheres apresentaram esse agravo, em contraste com os 9% de homens. Essa alta incidência requer maior atenção da equipe para este agravo.

Cabe aqui um destaque especial ao consumo de drogas ilícitas, condição bastante presente entre os usuários em situação de rua desse território. Como já foi descrito, a região do Jacarezinho concentra muitas cenas de uso de drogas ilícitas. No entanto, o presente estudo demonstrou que apenas 11% dos usuários de drogas ilícitas consomem apenas crack. A grande maioria faz o uso associado de duas ou mais drogas. Esse dado é importante, pois desmistifica a ideia formada pela panaceia midiática da tal “epidemia”, onde o crack é o grande vilão, a substância que transforma homens em “zumbis”. Adorno ²³ no livro “A Nova Face da Vida Nas Ruas” fala um pouco sobre a formação das “cracolândias” em São Paulo, e as destaca também como uma região de busca de vida e diversão, e não necessariamente um amontoado de pessoas amorfas, destituídas de sentido pelo uso da droga. As cenas de uso não necessariamente se restringem a cenas de uso de crack. ²³ O mesmo verificamos aqui no Jacarezinho. Na região da linha do trem, por exemplo, não se observa apenas consumo de crack, também existe comércio de roupas, alimentos e água, pessoas trabalhando no garimpo de materiais recicláveis e profissionais do sexo oferecendo seus serviços à clientes de fora, que se aproximam em busca de sexo barato. Quando Adorno diz que ao compreendermos os territórios psicotrópicos como sendo também territórios de lazer, podemos imaginar que a promoção da diversidade e de atividades de lazer pode ser uma estratégia de redução de danos. ²³ Essa estratégia também foi identificada na fala de um dos membros da equipe:

“Você ir e levar a um cinema, no parque.... É uma redução de danos né, que eles vão naquele momento tá utilizando a atenção deles voltada para atividade, não pro consumo de droga, prá violência...” (P1)

No relato dos profissionais foi importante perceber que o consumo abusivo de álcool e outras drogas é percebido por eles na lógica de um agravo importante, que precisa de um cuidado muitas vezes complexo. No entanto, o uso da droga não foi colocado como o centro desse cuidado em todos os casos.

“...não é porque ele está dentro e vivendo em situação de rua, que possa dizer que ele é usuário de droga...às vezes não é...” (P2)

“pra eles (demais serviços da rede), todos os usuários que moram na rua usam entorpecentes...” (P2)

“a maioria dos nossos usuários aqui acompanhados, também fazem uso prejudicial de álcool ou outras drogas, além de estarem em situação de rua. O uso abusivo de drogas é visto de uma maneira muito moralista pelos profissionais né...” (P6)

Atentar para essa questão é importante, pois o uso e os efeitos de substâncias psicoativas não são, de fato, o único fator de risco que afeta a população em situação de rua ou

que fragiliza o seu estado de saúde.²⁰ O maior enfoque, percebido nas falas não foi sobre o agravo em si, e sim sobre como combater o estigma associado à ele. Esse olhar vai ao encontro do que foi descrito na publicação “Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do Cuidado no POP RUA”²⁴:

“A redução de danos foca o sujeito e seus processos de vida e não a substância psicoativa de que se faz uso ou abuso. O uso de drogas pode ser ou não um problema de saúde.”

A fala de um dos membros da equipe aponta a lógica da redução de danos como ética orientadora do cuidado, destacando o quanto essa lógica vai na contramão “de tudo que sempre existiu”. Martinez²⁵ traz essa perspectiva, afirmando que as estratégias de redução de danos trazem consigo uma perspectiva progressista para as políticas públicas, ao considerarem que se usuários de drogas não querem ou não conseguem abrir mão do consumo destas.²⁵ Estratégias de redução de danos foram inicialmente utilizadas por profissionais que buscavam diminuir os riscos causados pelo uso abusivo de drogas injetáveis e a transmissão do HIV, sendo extrapoladas para o âmbito da saúde mental, incorporadas pela atenção básica, da qual os Consultório na Rua é um dos mais recentes dispositivos.

“... a equipe do consultório na rua ela trabalha numa direção e numa ética, que é a de redução de danos...a gente tenta transmitir qual que é a nossa ética, qual que é a proposta do nosso trabalho, na verdade nós somos um serviço que vai na contramão de tudo que sempre existiu.” (P5)

Foi possível obter diversas informações tanto de cadastro como de atendimentos, que possibilitaram tamanha riqueza de dados. No entanto, a não obrigatoriedade do preenchimento de dados básicos para a realização do cadastro, como CPF ou cartão SUS pode ter gerado um subregistro dessas informações, reduzindo a mobilização da equipe na garantia do direito a essa documentação.

CONCLUSÃO

A população em situação de rua parece ser composta, na sua maioria, por homens pretos ou pardos e adultos jovens, que apresenta baixo nível de escolaridade. Na sua maioria, esta população não possui documentação básica, o que favorece os processos de exclusão e a não garantia de direitos.

Queixas de sintomas respiratórios e dermatológicos, relatos de violência, doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, transtornos mentais, uso abusivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas estão entre os principais agravos da população em situação de rua.

Oferecer um cuidado integral para a população em situação de rua ainda é um desafio, diante de tantas complexidades e especificidades. Os rótulos e estigmas destinados a essa

população precisam ser continuamente ressignificados, para que o preconceito e exclusão, tônica em geral imprimida à essa parcela populacional não seja um impeditivo na garantia do cuidado em saúde. É importante ter clareza para enxergar todo o processo de vulnerabilização a que esses sujeitos foram submetidos ao longo de séculos da nossa história. Romper com essa realidade não será tarefa fácil.

Esse trabalho apontou diversas questões que podem ser úteis na criação de indicadores de avaliação, formulação e aplicabilidade de políticas públicas de diversos setores que propiciem abordagens flexíveis no atendimento e cuidado a população em situação de rua. Para isso, o acolher, o acesso e o vínculo, enquanto prática política e terapêutica precisam fazer parte da agenda em saúde na perspectiva de enxergar o morador em situação de rua como um sujeito de direito, buscando garantir assim os princípios de universalidade, integralidade e equidade no acesso, respaldados pela Constituição de 1988, pela Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) de 1990.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

COSTA, P. S. Atenção primária à saúde para população em situação de rua. Trabalho de conclusão de curso de especialização em Saúde Pública. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, p. 43. 2012.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para as políticas de saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13 (1), p. 56-69, abril 2004. ISSN 0104-1290.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O PROCESSO SAÚDE- DOENÇA-CUIDADO E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. Revista Latino Americana de Enfermagem , São Paulo, v. 13 (4), p. 576-82, Julho/agosto 2005.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, 24 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

SIMAS, R. S.; SOUZA, D. Território de Pedra. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. Cap. 4, p. 87-99.

PULICI, A.; MOURA, D. C.; MOSANER, M. S. Índice de progressão social no Rio de Janeiro - IPS Rio 2016 - Resumo Executivo. IPS Rio - Índice de progressão social, 2016. Disponível em: <<https://s3.amazonaws.com/ipsrio/publicacoes/resumo-executivo.pdf>>. Acesso em: 16 dezembro 2017.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 70. ed. Lisboa: 1977.

BRASIL. Política Nacional para a inclusão social da População em Situação de Rua. Brasília, maio 2008.

BOTTIL, N. C. L. et al. Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 1, p. 162-176, OUT-DEZ 2009. ISSN 1984-2147

OLIVEIRA, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 37-50, 2018. ISSN DOI 10.1590/S0104-12902018170915.

COSTA, E. S. Racismo, política pública e modos de subjetivação em um quilombo do Vale do Ribeira. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia. São Paulo, 275p. 2012.

SAMPAIO, C. Território e Redes. In: LOPES, L. E. Atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua: caderno de atividades. 2ª. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 1, 2018. Cap. 1, p. 320.

MACERATA, I. M. Como Bruxos maneando ferozes: relações de cuidado e de controle no fio da navalha: experiência "psi" em dispositivo da política de assistência social para crianças e adolescentes em situação de rua. Tese de Doutorado. Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. Niterói, p. 200. 2010.

VAN WIJK, L. B. O cuidado a pessoas em situação de rua: a experiência da Rede de Atenção Psicossocial da Sé. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 137. 2017.

PACHECO, J. et al. Processos de trabalho das equipes de Consultório na Rua. In: LOPES, L. E. Atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultório na rua: caderno de atividades. 2ª. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 1, 2018. Cap. 2, p. 320.

TRINO, A. T.; MACHADO, M. P. M.; RODRIGUES, R. B. Conceitos Norteadores do Cuidado junto à População Em Situação de Rua. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à População em Situação de Rua e Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. Cap. 1, p. 263.

AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, p. 115-24, janeiro 2012.

HALLAIS, J. A. D. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, julho 2015. ISSN DOI. 10.1590/0102-311X00143114.

REIS JUNIOR, A.G. Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 2011.

BRASIL. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Volume 49, nº 45. Brasília: outubro de 2018.

ADORNO, R. de Vestígios e de Poder: "não adianta maquiagem o Minhocão, a cracolândia anda". In: RUI, T.; MARTINEZ, M.; FELTRAN, G. Novas Faces da Vida nas Ruas. 1. ed. São Carlos: EDUFSCAR, v. 1, 2016. p. 378.

EQUIPE POP RUA 2012/2013 & GRUPO DE PESQUISA "ENATIVOS: CONHECIMENTO E CUI-

DADO". DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO NO POP RUA". Universidade Federal Fluminense. Niterói, p. 37. 2014.

MARTINEZ, M. O Consultório na Rua e as Novas Formas de Intervenção em Cenários de Uso de Crack. In: RUI, T.; MARTINEZ, M.; FELTRAN, G. Novas Faces da Vida na Ruas. 1. ed. São Carlos: EDUFSCAR, v. 1, 2016. p. 378

“

Pessoas em situação de rua no litoral do Piauí: um relato de experiência pelas lentes do pet-saúde/interprofissionalidade

Alexia Jade Machado **Sousa**
UFPI

Thalia Ariadne Pena **Aragão**
UFPI

Isaac Vasconcelos **Barbosa**
UFPI

Joyce Maria Araújo **Cavalcante**
UFPI

Kerolayne de Castro **Fontenele**
UFPI

Shacha de Brito Vêras Brejal **Pereira**
UFPI

Beatriz de Oliveira **Nobre**
UFPI

Geovania Vieira de **Brito**
UFPI

Cláudio Ângelo **Ventura**
UFPI

Francisco Jander de Sousa **Nogueira**
UFPI

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de trabalho interprofissional de acadêmicos da área de saúde junto às pessoas em situação de rua em um município do estado do Piauí. **Relato de Experiência:** Esse estudo trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo qualitativo, obtido pela participação dos estudantes do PET-Saúde/Interprofissionalidade em rodas de conversa com usuários e usuárias do Centro POP em um município no litoral do Piauí. Nas falas percebemos o sofrimento dessa população: o preconceito direcionado a pessoas em situação de rua, o que é observado também em âmbito nacional. Pesquisas nacionais nos mostram que as Infecções Sexualmente Transmissíveis estão relacionadas a fatores individuais, sociais e de saúde, atreladas a condições do contexto no qual as pessoas estão inseridas, sendo alguns grupos populacionais, a exemplo das Pessoas em Situação de Rua, considerados em estado de maior vulnerabilidade. **Considerações Finais:** A perspectiva dos participantes que protagonizam esse estudo trata-se de um público que traz impregnado no seio de seu discurso, a denúncia de um preconceito, um desvaler e uma total desigualdade no tocante às formas de atendimento e recebimento de cuidados, bem como nas diversas formas de existência como um todo.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua; Atenção primária à saúde; Promoção da saúde.

INTRODUÇÃO

A crescente globalização e o avanço tecnológico têm consequências que contribuem para o aumento das desigualdades sociais, como também prejudicam as garantias de direitos sociais para grande parcela da população. Essa desigualdade na distribuição de bens sociais, a vulnerabilidade locacional, a insalubridade, a discriminação, o desrespeito às diferenças, são fortalecidas pelo pensamento globalizado e também pelo processo econômico vigente (COSTA APM, 2005).

Segundo Costa APM (2005) em países como o Brasil, onde não aconteceu um efetivo estabelecimento do estado de bem-estar social da população, há uma elevada tendência para que se encontrem fortes desigualdades sociais. Na realidade brasileira, as políticas sociais adotadas durante os diferentes governos tiveram uma implicação de caráter focalizado, refletindo a tendência de enfrentar os problemas sociais como fatos isolados, tendo como consequência resultados não efetivos na melhoria da qualidade de vida de parte da população, principalmente entre as pessoas em situação de rua.

Sobre esse grupo, se configura como uma “categoria social complexa e em construção, cujo lugar na cotidianidade transita entre o visível e o invisível” (PIMENTA MM, 2019), deve-se destacar que é heterogêneo, composto por pessoas com diferentes realidades, porém, com a pobreza absoluta como fator de interseção entre elas. Dentre os seus representantes, existem homens, mulheres, jovens, famílias inteiras ou grupos afetados por inúmeras e diferentes intempéries em suas histórias de vida. Além da origem econômica (principal fator), essa exclusão social existente no país também tem origem na falta de pertencimento social e possibilidades de perspectivas diferentes, além da dificuldade de acesso à informação e perda de autoestima. Essa realidade é característica do processo de exclusão social que existe no Brasil neste início de milênio (COSTA APM, 2005).

A política de Assistência Social propõe uma resolução das necessidades ligadas à situação de extrema pobreza no país, sendo inclusos a garantia de direitos, o acesso a serviços assistenciais, a reconstrução de vínculos sociais e projetos de vida para pessoas em situação de rua e sua inserção em serviços de acolhimento em repúblicas. No entanto, os principais serviços de referência sócio assistenciais apresentam problemas ao lidar com essa população quando se refere a transtornos mentais e articulação com os outros serviços da rede de saúde (BORYSOW IC; FURTADO JP, 2013).

Alguns autores discorrem sobre os principais motivos que levam as pessoas a morarem nas ruas: perda de vínculos familiares, desemprego, violência, perda de algum ente querido, perda de autoestima, alcoolismo, drogadição, doença mental, dentre outros fatores. São histórias de rupturas sucessivas e que, com muita frequência, estão associadas ao uso de álcool e drogas, não só pela pessoa que está na rua, mas por outros membros da família

(COSTAAPM, 2005).

Na Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída em 2009—política que faz parte das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, sendo um conjunto de Políticas e Programas de Saúde, instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; tem como princípio a equidade e contribui para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral no SUS às populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. Ela também dispõe sobre essa população como um grupo heterogêneo que converge em aspectos como a pobreza extrema, os laços familiares rompidos e o fato de se utilizarem provisória ou permanentemente de locais públicos como moradia (BRASIL, 2009).

Também foram definidas diretrizes para a implantação e implementação de serviços destinados a esta população, como os Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua, previsto no Decreto Nº 7.053/2009, no âmbito da Assistência Social. Sendo esta uma unidade de referência da Proteção Social Especial de Média Complexidade, as ações do centro de referência devem ser articuladas intersetorialmente, contando tanto com ações da assistência social quanto de outros setores, como a previdência social, saúde, lazer, educação, cultura, trabalho, renda, dentre outros. O pleno funcionamento desse dispositivo cumpre o que é trazido pela Política Nacional para a População em Situação de Rua e deve ser associado a ações de proteção e promoção de direitos desses sujeitos, para fortalecimento de sua autonomia (BRASIL, 2011).

O Centro de referência visitado para a construção desse estudo atende a homens e mulheres maiores de idade, que chegam ao serviço por demanda espontânea ou encaminhada. O objetivo do serviço é o fortalecimento de vínculo equipe-usuários para a superação da situação de rua, por meio de acompanhamentos e encaminhamentos gerados a partir da demanda, como apoio para a obtenção de benefícios sociais e documentação; além da integração e/ou inserção do usuário na rede de saúde. Ademais, o serviço fornece duas refeições ao dia e dispõe de espaço para que os usuários e usuárias cuidem da sua higiene pessoal.

Nesse sentido, o Projeto de Educação pelo trabalho para a Saúde—Interprofissionalidade (PET-Saúde/Interprofissionalidade) de um município do Piauí, objetiva fomentar processos formativos atentos a interprofissionalidade nos cenários da universidade, serviço e comunidade, apoiando institucionalmente o município e instituições de ensino no que se refere à produção de dados e dispositivos promotores de vivências e experiências que envolvam assistência, gestão, trabalho e educação em saúde.

Este projeto de extensão é uma parceria de uma Universidade e a Secretaria Municipal de Saúde de um município do Piauí. Estão inseridos no projeto os/as alunos/as e docentes dos Cursos de Graduação em Medicina, Psicologia e Fisioterapia. Os três cursos de gradua-

ção da área da saúde da realidade em questão, apresentam suas peculiaridades formativas e potencialidades a serem melhoradas em consonância às necessidades dos territórios da saúde, integração ensino-serviço-comunidade e princípios e diretrizes do SUS.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Esse estudo é de caráter descritivo qualitativo, sendo possível com os recursos metodológicos da observação participante, a produção de diários de campo e das rodas de conversa. No que se refere à observação participante, compreende-se um modelo co-participativo no qual existe uma interação mais genuína entre os membros do grupo, uma vez que o pesquisador torna-se um membro efetivo e atuante do grupo ao qual está tecendo sua análise. Dessa forma, é possível obter uma série de dados comportamentais dos indivíduos e, ainda por cima, trabalhar para que a distorção resultante do fato do investigador ser o agente estranho seja reduzida ao mínimo (KLUCKHOHN FR, 2018).

Seguindo este viés, utilizamos a confecção de diários de campo, que são instrumentos frequentemente utilizados nas pesquisas de cunho qualitativo e possuem como objetivo não apenas o registro das estratégias metodológicas empregadas na condução do processo de pesquisar em saúde, mas também se constitui em um modo de compreender o objeto de estudo em suas múltiplas dimensões e inter-relações (ARAÚJO LFSD et al, 2013), ou seja, a análise foi feita tanto com base nas falas, quanto nas expressões corporais e impressões pessoais do próprio observador.

Diante do contínuo aumento das pessoas em situação de rua, bem como dos desafios na atenção às demandas de saúde desta população, este estudo teve como principal objetivo, tecer uma análise acerca das pessoas em situação de rua em um município do Piauí, através de um relato de experiência, abordando o aspecto subjetivo apresentado nos relatos dos usuários e usuárias do Centro POP durante visitas realizadas para que, através deste novo olhar, pudessem ser planejadas e realizadas intervenções práticas que atendessem às reais necessidades desta população. Esse estudo trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo qualitativo, obtido durante a participação dos estudantes do PET-Saúde/ Interprofissionalidade em rodas de conversa com usuários e usuárias de um centro de referência de um município no litoral do Estado do Piauí.

O centro de referência do município do Piauí funciona desde 2014, de segunda-feira à sexta-feira das 07h30minh às 11h30minh e das 13h30minh às 17h30minh (horário comercial). A equipe profissional do serviço conta com dois psicólogos, uma coordenadora, duas assistentes sociais, dois educadores sociais, duas auxiliares de serviços gerais, uma cozinheira, um motorista e dois guardas.

Ao entrar no centro de referência, percebemos a necessidade de conhecer melhor a

população em situação para que sejam elaboradas intervenções efetivas direcionadas ao público em questão, pois só há dados em relação ao número de pessoas que frequentam o serviço, o qual representa apenas parte do total de pessoas em situação de rua da cidade. Ações eficazes na melhoria da qualidade de vida dessa população são urgentes em todo o território nacional, em especial em cidades de porte médio a grande.

Durante o período de visitas ao centro de referência, pode-se acompanhar a rotina desse dispositivo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e observar, bem como interagir com alguns dos usuários e usuárias, que aceitaram participar de pequenas rodas de conversas formadas espontaneamente em cada visita. Durante as rodas de conversas foram abordadas várias questões: (1) apresentações individuais; (2) a nacionalidade; (3) informações sobre vida sexual e amorosa. Uma interação de forma descontraída e informal, gerando o mínimo de desconforto e contribuindo para maior entrosamento do grupo de estudantes com os usuários e usuárias.

A respeito das informações obtidas, percebeu-se que a maioria dos usuários e usuárias do centro de referência que participaram dos encontros é de nacionalidade brasileira, excetuando-se um, que se identificou como venezuelano. Com o passar das atividades, foi observado que poucos desses usuários reapareciam na semana seguinte, compreendemos assim, que o acompanhamento longitudinal de todos os indivíduos faz-se impossibilitado. Com referência à idade, o serviço dá suporte a usuários e usuárias que possuem a faixa etária entre 18 e 60 anos, sendo a maioria do sexo masculino. Em contrapartida, observou-se também que alguns usuários não sabem ou não lembram suas datas de nascimento, evidenciando assim, a ausência de documentos de identificação de parte da população abrangida pela instituição.

Por meio de suas falas conseguimos perceber um dos grandes sofrimentos dessa população: o preconceito estabelecido contra elas, que também é observado em âmbito nacional. Por exemplo, João (nome fictício) nos expressou seu sentimento de injustiça ao relatar que durante os festejos religiosos do município, ele e outros colegas são constantemente mal interpretados e sobre si recaem inúmeras suspeitas sobre a qualidade do caráter de cada um, ou seja, sempre supõem que querem roubar os carros ou seus donos quando, na verdade, eles estão apenas atrás de uma “fonte de renda extra” ao vigiar os carros durante a noite. Ao terminar seu relato, outro membro do grupo tentou “justificar” o comportamento preconceituoso das outras pessoas: “uns fazem, nós pagamos...”. Ao proferir essas palavras, percebemos que sua entonação e expressão facial nos mostraram tristeza.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Natalino MAC (2006) já alertava que é mais difícil realizar pesquisas com este público

que com populações moradoras de domicílios particulares e/ou moradias coletivas, tais como presídios, hospitais e conventos. Ferreira CPS, Rozendo CA e Melo GB (2016) apontam que há uma realidade do grupo populacional em questão que indica para uma vivência em extrema vulnerabilidade social, em que as vidas são demarcadas por privações de direitos, rompimento de vínculos afetivos, violência, sofrimento e estigmas.

De acordo com o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2009), as pessoas em situação de rua são impedidas de acessar os serviços de saúde (18.4%), os transportes coletivos (29.8%), os shoppings centers (31.3%), os estabelecimentos comerciais (31.8%) e os órgãos públicos (21.7%).

O que se estende ao relato de João, que se sente afastado dos festejos da cidade em que reside, mas também contempla o desabafo e situação de vida de muitos outros usuários os quais tivemos contato, que necessitam do acompanhamento do centro de referência para que sejam atendidos em órgãos públicos.

Tais informações foram necessárias para compreendermos mais sobre as pessoas em situação de rua da realidade em questão, ademais, pesquisas nacionais nos mostram que as Infecções Sexualmente Transmissíveis (alta prevalência de sífilis e hepatites) estão relacionadas a fatores individuais, sociais e de saúde, atreladas a condições do contexto no qual as pessoas estão inseridas, sendo alguns grupos populacionais, a exemplo das Pessoas em Situação de Rua (PSR), considerados vulneráveis (SANTOS MVS et al., 2016; SILVA RJC et al, 2001).

Para Curvo D et al (2018) a condição rua institui marcas de estigmatização e criminalização, que se dão partir da imposição de poder instituído por saberes e práticas que permitem a inferioridade social e econômica do referido grupo, que é culpabilizado e criminalizado pelas condições as quais está exposto.

A partir desses fatos, o grupo propôs o desenvolvimento de atividades que giravam em torno da conscientização dos usuários e usuárias a respeito da importância da realização de testes rápidos para detecção de HIV, sífilis e hepatite B e C.

Ao longo da ação, detectou-se um teste reagente ao HIV. Após o ocorrido, referenciou-se o usuário para o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) que é o local dentro da rede especializado em dar apoio e suporte aos pacientes com infecções sexualmente transmissíveis.

Nosso trabalho no centro de referência também esteve direcionado à aproximação dos usuários do serviço e da equipe; no sentido de que autores como Bulla LC, Mendes JMR e Prates JC (2004) já destacavam a relevância da integração dos sujeitos que estão nas ruas com as instituições que os acolhem, sendo que a função acolhedora exercida pelos trabalhadores das instituições pode ser decisiva na construção de projetos individuais e coletivos.

Assim, Costa APM (2005, p.14) conclui que a realização de um trabalho social que vise à segurança das pessoas e o direito à convivência e à individualidade, deve se guiar por princípios éticos de respeito à dignidade humana e à realidade de vida dessas pessoas que serão atendidas. Dessa forma, as instituições devem avaliar-se permanentemente, na busca constante de coerência.

É neste sentido que compreendemos, a partir da nossa experiência, que os seres humanos possuem necessidades, prazeres e vontades, portanto, deve-se conhecer e compreender cada uma dessas variáveis para se começar a projetar tal perfil. Identificamos o que Mattos RM e Ferreira RF (2004) destacam, em que há sim a existência de representações sociais pejorativas, em relação à população em situação de rua, que se materializam nas relações sociais.

O resultado desse estudo não é, em circunstância alguma, fixa e fechada, pelo contrário, é livre de padrões e está em constante mutação, como os indivíduos com quem se trabalhou. A perspectiva dos participantes que protagonizam esse estudo trata-se de um público que traz impregnado no seio de seu discurso, a denúncia de um preconceito, um desvaler e uma total desigualdade no tocante às formas de atendimento nos serviços públicos e recebimento de cuidados.

Entretanto, os problemas que atingem diretamente a população em situação de rua estão longe de serem apenas os relacionados à saúde/doença (SCHERVINSKI AC, et. al., 2017). Tal público declara várias vezes à sensação de invisibilidade social que sofrem nas ruas, ao serem ignorados ou tratados com desprezo, por exemplo, tal invisibilidade se revela também pela falta de documentação necessária para acessar serviços e benefícios sociais que o Estado garante (HALLAIS J; BARROS N, 2015).

Desse modo, é importante ressaltar a necessidade de garantir meios que ajudem e favoreçam na implementação de políticas públicas que sejam capazes de ampliar sua atuação e abrangência protetiva com esse público, promovendo e produzindo saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO LFSD. et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde: subtítulo do artigo. Rev. Bras. Pesq. Saúde: subtítulo da revista, Vitória, Volume, Número, p. 53-61, set./2013. Disponível em: <http://www.portaldepublicacoes.ufes.br/RBPS/article/viewFile/6326/4660>. Acesso em: 15 set. 2019.

BORYSOWIC, FURTADO JP. Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 23, p. 33-50, 2013.

BRASIL; BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de Dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, 2009.

BRASIL. Departamento de Proteção Social Especial. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop. Gráfica e Editora Brasil LTDA, Brasília, 3 ed. 2011.

BULLA LC, MENDES JMR, PRATES JC. (Orgs.). As múltiplas formas de exclusão social. Porto Alegre: Federação Internacional de Universidades Católicas: EDIPUCRS, 2004.

COSTA APM. População em situação de rua: contextualização e caracterização. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 4, n. 1, p. 1-15, 2005.

CURVO D, MATOS A, SOUSA W, PAZ, A. Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, 2018.

FERREIRA CPS, ROZENDO CA, MELO GB. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, p. e00070515, 2016.

FERRO MCT. Política Nacional para a População em Situação de Rua: o protagonismo dos invisibilizados. Revista Direitos Humanos, v. 8, p. 35-39, 2012.

HALLAIS J, BARROS N. Consultório de rua: visibilidades, invisibilidade e hipervisibilidade. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, jul. 2015.

IBGE, IBGE. Cidades. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>, v. 1, 2010.

KLUCKHOHN FR. O Método de Observação Participante no Estudo de Pequenas Comunidades. Sociabilidades Urbanas. Revista de Antropologia e Sociologia, v2, n5, p. 29-38, julho de 2018. ISSN 2526-4702.

MATTOS RM, FERREIRA RF. Quem vocês pensam que (elas) são?-Representações sobre as pessoas em situação de rua. Psicologia & Sociedade, v. 16, n. 2, p. 47-58, 2004.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Rua aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de Rua. Brasília: MDS. 2009.

NATALINO MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Texto para Discussão, 2016.

PIMENTA MM. Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: Processos de estigmatização e invisibilidade social. Civitas-Revista de Ciências Sociais, v. 19, n.1, p. 82-104, 2019.

SANTOS MVS et al. Sexo Obrigado: cuidados de pessoas em situação de rua para infecções sexualmente transmissíveis. V Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades, 2016.

SCHERVINSKI AC et al. Atenção à saúde da população em situação de rua. Extensio: Revista Eletrônica de Extensão, Florianópolis, v. 14, n. 26, p. 55-64, nov. 2017.

Silva RJC et al. Syphilis in a homeless population in Sao Paulo, Brazil. In: International Congress of Sexually Transmitted Infections, ISSTD/IUSTI; 2001 jun 24-27 Berlin (AI). Int J of STD & AIDS 2001; 12: 136-7.

VIEIRA MC, BEZERRA EMR, ROSA CMM. (Orgs.). População de rua: quem é? Como vive? Como é vista? São Paulo: Hucitec, 1994.

“

Pré-natal de alto risco em um serviço de referência: perfil sociodemográfico e clínico

Daniele Socorro de Brito Souza **Paiva**
FSCMP/UEPA

Heliana Helena de Moura **Nunes**
FSCMP/UEPA

Sônia Fátima da Silva **Moreira**
UFPA

Maria Goreth Silva **Ferreira**
UEPA

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de gestantes de alto risco. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo e descritivo com abordagem quantitativa, elaborado a partir de coleta e análise de dados obtidos em prontuários de gestantes atendidas no pré-natal de alto risco da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no período de janeiro a junho de 2016. **Resultados:** A análise dos 536 prontuários incluídos na pesquisa demonstrou que 79,8% das gestantes estão nas faixas etárias abrangentes dos 15 aos 34 anos, 48,3% convivem em união estável, 78% são pardas, 48,3% possuem o ensino médio, 36% são do lar, 44,4% são procedentes de Belém, 81% possuem antecedentes mórbidos familiares e 53,9% antecedentes mórbidos pessoais. Em relação ao histórico obstétrico, 32,1% são primigestas, 65,9% não tem antecedentes de abortamento e 90,1% estavam com idade gestacional inferior a 32 semanas na primeira consulta médica. As três patologias mais prevalentes encontradas nesta pesquisa foram a hipertensão arterial (15,3%), malformações fetais (9,5%) e diabetes (7,3%). **Conclusões:** Considerando a importância da identificação e intervenção dos fatores de risco gestacional para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, é fundamental que pesquisas periódicas sejam realizadas para a identificação dos agravos mais prevalentes, subsidiando o planejamento de estratégias das políticas públicas. Neste estudo, as patologias mais frequentes foram a hipertensão arterial, malformações fetais e diabetes.

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco; Perfil de Saúde; Prevalência.

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico, com alterações físicas, sociais e emocionais. Porém, situações de risco podem estar presentes durante a gravidez e resultarem em desfechos desfavoráveis. Assim sendo, é fundamental que a avaliação dos fatores de risco gestacional seja permanente e sempre que possível devem ser investigados durante os períodos pré-concepcional, concepcional, gestacional, parcial e puerperal (BRASIL, 2012).

O pré-natal, quando realizado com qualidade, pode melhorar os indicadores de saúde, tais como a morbimortalidade materna e neonatal, pois possibilita a identificação e intervenção das situações de risco de uma gravidez (BRASIL, 2013a).

A portaria nº 1.020 / 2013 do Ministério da Saúde (MS) instituiu as diretrizes para a atenção à saúde na gestação de alto risco e define gestação, parto e puerpério de risco quando doenças preexistentes ou intercorrências que surgem na gravidez, parto ou puerpério podem comprometer o estado de saúde das gestantes. Estas situações de risco podem ser decorrentes de fatores orgânicos, socioeconômicos e demográficos (BRASIL, 2013b).

O objetivo do pré-natal nas gestações de alto risco é reduzir o risco que o binômio materno-fetal estão expostos ou reduzir suas prováveis consequências adversas, interferindo no percurso de gravidezes com maior probabilidade de complicações (BRASIL, 2012).

A mortalidade materna é um problema de saúde pública não só nacional como também mundial, diante disso, foi definido como o quinto dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU) melhorar a saúde das gestantes, com a meta de reduzir em $\frac{3}{4}$ a Razão de Mortalidade Materna (RMM) até 2015. Em 1990 a RMM no Brasil era de 139 óbitos para cada 100 mil nascido vivos (NV) e a meta estabelecida foi de 35 mortes por 100 mil NV (COSTA, 2012).

Com o objetivo de melhorar a saúde das gestantes e, em especial, reduzir a mortalidade materna, o MS elaborou políticas públicas direcionadas às mulheres, tais como o Projeto Maternidade Segura criado em 1995, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, em 2004, juntamente com o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida e a Política Nacional de Atenção Básica. Infelizmente nenhum desses programas foi totalmente implantado. E por fim, em 2011 foi lançado o Programa Rede Cegonha, que corresponde ao modelo de assistência de pré-natal atual que se baseia em uma rede de cuidados de saúde à gestante e à criança (MAMEDE e PRUDÊNCIO, 2015).

A Rede Cegonha foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria nº 1.459 / 2011 do MS, devido a identificação da necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança (BRASIL, 2011).

Atualmente o Brasil tem a RMM de 62 casos a cada 100 mil NV, segundo o MS. Apesar de não ter alcançado a meta estabelecida pelos ODM da ONU, a taxa caiu pela metade desde 1990. Nos países desenvolvidos a RMM é inferior a 16 óbitos maternos por 100 mil NV (CARNEIRO, 2015).

A mortalidade materna é definida como a morte de uma gestante ou puérpera, independente da duração ou da localização da gravidez, decorrentes da própria gravidez ou agravada por ela ou por conduta relacionada a ela (COSTA, 2012; MONTENEGRO e REZENDE FILHO, 2014).

As mortes maternas podem ser divididas em causas obstétricas diretas ou indiretas. As obstétricas diretas decorrem de complicações que surgem durante a gravidez, parto ou puerpério (período de até 42 dias após o parto) ou de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas mencionadas. As mortes obstétricas indiretas resultam de doenças preexistentes ou que se manifestam durante a gravidez e agravam-se pelos efeitos fisiológicos da gestação, como problemas circulatórios e respiratórios (BRASIL, 2013a; MONTENEGRO e REZENDE FILHO, 2014).

Existem, ainda, os óbitos maternos não obstétricos, que são decorrentes de causas acidentais ou incidentais não relacionadas com a gravidez ou com o seu manejo. Esses óbitos não são inseridos no cálculo da RMM (MONTENEGRO e REZENDE FILHO, 2014).

Os óbitos maternos diretos são passíveis de prevenção a depender da qualidade dos cuidados no pré-natal, parto e puerpério. No Brasil correspondem a 66% das mortes maternas e estão relacionados a fatores socioeconômicos (DIAS *et al.*, 2015).

Segundo Costa (2012) a identificação dos geradores da desigualdade de saúde, como exemplo raça e cor, escolaridade, classe social, renda, é de fundamental importância para as ações em saúde com impacto positivo na qualidade da assistência. Outra análise importante é a compreensão do quão vulnerável e exposta está a saúde das pessoas sob determinadas condições e correlacioná-la com os indicadores de saúde.

Conforme Campos *et al.* (2010), conhecer os problemas de saúde mais frequentes, suas causas e consequências é fundamental para o planejamento de ações em saúde. Os dados levantados são transformados em informação, que por sua vez, produz o conhecimento para subsidiar este planejamento.

Desta forma, conhecer o perfil sociodemográfico das pacientes e as principais patologias atendidas no Pré-natal de alto risco (PNAR) é de grande valia para o planejamento estratégico na saúde. Sendo assim o objetivo do presente estudo foi descrever o perfil sociodemográfico e clínico de gestantes de alto risco.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa, elaborado a partir de coleta e análise de dados obtidos em prontuários de gestantes atendidas no PNAR da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP) no período de janeiro a junho de 2016.

A amostragem das gestantes foi por conveniência, pois foram selecionados os prontuários que estavam disponíveis nos arquivos da FSCMP no período da coleta de dados, sendo, desta forma, incluídos 536 das 710 pacientes atendidas no referido período.

Para viabilizar a pesquisa, foi elaborado um instrumento de coleta de dados e foram analisadas as seguintes variáveis categóricas (nominais e ordinais) e quantitativas, coletadas das fichas médica do PNAR e da folha de rosto: Identificação: idade, procedência, estado civil e raça; Inserção social: escolaridade e situação profissional; História clínica: antecedentes familiares e pessoais; História obstétrica: paridade, idade gestacional (na primeira consulta médica no serviço), patologia principal que motivou o encaminhamento, outras patologias. Na ficha médica do PNAR e na folha de rosto dos prontuários da FSCMP não constam os dados referentes ao nível socioeconômico das pacientes e por este motivo esta variável não foi pesquisada.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FSCMP e aprovado com o número do parecer 66938317.3.0000.5171, sendo respeitados os princípios preconizados em pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Os dados obtidos dos prontuários das gestantes do PNAR foram analisados com base em suas frequências absolutas e relativas.

A análise dos 536 prontuários incluídos na pesquisa demonstrou que as idades das gestantes do PNAR da FSCMP no período pesquisado variam dos 11 aos 45 anos, com leve predomínio dos 30 aos 34 anos. A maioria convivem em união estável, são pardas, possuem ou estão cursando o ensino médio, são do lar e residem fora de Belém (Tabela 1).

TABELA 1. Características sociodemográficas de gestantes do PNAR na FSCMP

IDADE	nº (536)	%
11-14 anos	14	2,6%
15-19 anos	50	9,3%
20-24 anos	116	21,6%
25-29 anos	125	23,3%

30-34 anos	137	25,6%
35-39 anos	64	12,0%
≥ 40 anos	30	5,6%
ESTADO CIVIL		
Sem registro	31	5,8%
Solteira	128	23,9%
Casada	114	21,3%
União estável	259	48,3%
Divorciada	4	0,7%
RAÇA		
Sem registro	51	9,5%
Branca	44	8,2%
Parda	418	78,0%
Negra	22	4,1%
Amarela	1	0,2%
ESCOLARIDADE		
Sem registro	60	11,2%
Analfabeta	1	0,2%
Ensino Fundamental	128	23,9%
Ensino Médio	259	48,3%
Ensino Superior	88	16,4%
OCUPAÇÃO		
Sem registro	193	36,0%
Estudante	28	5,2%
Do lar	193	36,0%
Atividade remunerada	122	22,8%
PROCEDÊNCIA		
Sem registro	5	0,9%
Belém	238	44,4%
Outros municípios	293	54,7%

Fonte: Resultados da pesquisa, 2018.

Na tabela 2, observamos que a maioria das gestantes possuem antecedentes mórbidos familiares (81%), sendo que 41,2% apresentam dois antecedentes. A hipertensão arterial é o antecedente familiar mais frequente, seguido de diabetes e a associação dessas duas patologias está frequente em 68,7% dos casos com dois antecedentes presentes.

TABELA 2. Antecedentes mórbidos familiares das gestantes do PNAR na FSCMP.

ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES (AMF)	n (536)	%
Sem registro	19	3,5%
Ausente	83	15,5%
Presente	434	81,0%
NÚMERO DE AMF	n (434)	%
Presença de um AMF	176	40,6%
Presença de dois AMF	179	41,2%
Presença de três AMF	64	14,7%
Presença de quatro AMF	15	3,5%
PATOLOGIA		%
Hipertensão arterial	343	79,0%

Diabetes mellitus	248	57,0%
Gemelaridade	132	30,5%
Malformações	35	8,1%
Outros	17	3,9%

Fonte: Resultados da pesquisa, 2018.

As gestantes com antecedentes mórbidos pessoais correspondem a 53,9% das pesquisadas, sendo mais frequente apenas uma patologia como antecedente, destes o histórico de infecção urinária é o mais prevalente, seguida de hipertensão arterial e diabetes (Tabela 3). A associação de hipertensão arterial e diabetes também é a mais habitual (17%) quando na presença de dois antecedentes.

TABELA 3. Antecedentes mórbidos pessoais das gestantes do PNAR na FSCMP.

ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS (AMP)	n (536)	%
Sem registro	13	2,4%
Ausente	234	43,7%
Presente	289	53,9%
NÚMERO DE AMP	n (289)	%
Presença de um AMP	214	74,1%
Presença de dois AMP	53	18,3%
Presença de três AMP	21	7,3%
Presença de quatro AMP	1	0,3%
PATOLOGIA	n	%
Infecção urinária	125	43,3%
Hipertensão arterial	53	18,3%
Diabetes mellitus	30	10,4%
Tabagismo	26	9,0%
Asma	23	8,0%
Etilismo	22	7,6%
Lúpus eritematoso sistêmico	16	5,5%
Doenças hematológicas	16	5,5%
Epilepsia	13	4,5%
Nefropatias	11	3,8%
Tireoidopatias	10	3,5%
Cardiopatias	9	3,1%
Patologias uterinas	8	2,8%
Hepatite B	7	2,4%
Drogas ilícitas	5	1,7%
Neuropatias	4	1,4%
Doenças reumatológicas	3	1,0%
Outras	12	4,2%

Fonte: Resultados da pesquisa, 2018.

A tabela 4 expõe o antecedente obstétrico das gestantes: 32,1% são primigestas; 44,8% são nulíparas; 65,9% não têm antecedentes de abortamento; 89,2% não têm mau passado obstétrico com história de natimorto ou neomorto; e a idade gestacional durante a primeira

consulta médica no PNAR tem uma discreta predominância entre 16 e 19 semanas e 6 dias.

TABELA 4. História obstétrica das gestantes do PNAR na FSCMP.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
Gestação	nº (536)	%
Uma	172	32,1%
Duas	146	27,2%
Três	107	20,0%
Quatro ou mais	111	20,7%
Paridade	nº (536)	%
Nenhuma	240	44,8%
Uma	158	29,5%
Duas	82	15,3%
Três	33	6,1%
Quatro ou mais	23	4,3%
Abortamento	nº (536)	%
Nenhum	353	65,9%
Um	126	23,5%
Dois ou mais	57	10,6%
Natimorto / Neomortos	nº (296)	%
Ausente	264	89,2
Presente	32	10,8
Idade Gestacional	nº (536)	%
6 semanas - 11 semanas e 6 dias	80	15,0%
12 semanas - 15 semanas e 6 dias	75	14,0%
16 semanas - 19 semanas e 6 dias	100	18,6%
20 semanas - 23 semanas e 6 dias	82	15,3%
24 semanas - 27 semanas e 6 dias	75	14,0%
28 semanas - 31 semanas e 6 dias	71	13,2%
32 semanas - 36 semanas e 6 dias	46	8,6%
A partir de 37 semanas	7	1,3%

Fonte: Resultados da pesquisa, 2018.

A presença de apenas uma patologia como indicação de encaminhamento da gestante ao PNAR foi mais predominante, correspondendo a 87,5%. A três principais patologias mais frequentes encontradas nesta pesquisa foram a hipertensão arterial, malformações fetais e diabetes (Tabela 5). Dos casos de hipertensão arterial, 64,6% correspondem a forma crônica da doença e 35,4% a pré-eclâmpsia. Contudo, acrescentando os 14 casos que a doença hipertensiva na gravidez foi relatada como comorbidade, ou seja, associada à outra patologia principal, esse prevalência sobe para 18,9%.

TABELA 5. Patologias que motivaram o encaminhamento ao PNAR na FSCMP.

NÚMERO PATOLOGIAS	nº (536)	%
Presença de uma patologia	469	87,5%
Presença de duas patologias	52	9,7%
Presença de três patologias	13	2,4%

Presença de quatro patologias	2	0,4%
PATOLOGIA PRINCIPAL	nº (536)	%
Doença hipertensiva	82	15,3%
Hipertensão arterial crônica	53	64,6%
Pré-eclâmpsia	29	35,4%
Malformações fetais	51	9,5%
Sistema nervoso central	27	53,0%
Outros sistemas	17	33,3%
Múltiplas malformações	7	13,7%
Diabetes	39	7,3%
Diabetes Mellitus	30	76,9%
Diabetes Gestacional	9	23,1%
Toxoplasmose	32	5,9%
Gemelaridade	31	5,8%
Incompetência ístmo-cervical	18	3,4%
Abortamento recorrente	17	3,2%
Mau passado obstétrico	17	3,2%
Patologia uterina: miomatose uterina	16	2,8%
Lúpus eritematoso sistêmico	15	2,8%
Outras patologias em gestação atual: polidrâmio, CIUR	15	2,8%
Cardiopatia materna	14	2,6%
Ameaça de abortamento	14	2,6%
Epilepsia	13	2,4%
Pós-gestação molar	12	2,2%
Estupro consensual	12	2,2%
Neuropatias	12	2,2%
Doenças hematológicas	11	2,0%
Sífilis	10	1,9%
Placenta prévia	10	1,9%
Outras doenças maternas	9	1,7%
Hepatite B	9	1,7%
Tireoidopatia	8	1,5%
Baixo risco	8	1,5%
Asma	7	1,3%
Doenças hepáticas	6	1,1%
Patologias em gestação anterior	6	1,1%
Nefropatias	5	0,9%
Doenças reumatológicas	4	0,7%
Câncer	4	0,7%
Lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG)	4	0,7%
Outras doenças infecciosas: citomegalovírus, HIV, zika vírus e leishmaniose visceral	4	0,7%
Patologias ovarianas	4	0,7%
Psicopatias	4	0,7%
Prematuridade habitual	3	0,6%
Usuárias de drogas	3	0,6%
Idade materna avançada	3	0,6%
Pós-conização	2	0,4%
Iteratividade	2	0,4%

Fonte: Resultados da pesquisa, 2018.

DISCUSSÃO

Conhecer os fatores de alto risco das gestantes pode contribuir positivamente no planejamento das ações em saúde desse público alvo, com impactos reais e mais efetivos. A identificação e manejo clínico adequado das principais patologias corrobora para a melhoria dos indicadores de saúde, em especial, a mortalidade materna e perinatal.

A maioria das gestantes do PNAR está nas faixas etárias que compreendem dos 15 aos 34 anos (79,8%), dados similares foram encontrados por Anjos *et al.* (2014) com 82,9% dos 16 aos 35 anos e por Costa *et al.* (2016) onde 82% tinham idade entre 15 e 35 anos de idade. Em contrapartida, 20% das gestante têm idades inferiores a 15 anos ou superiores a 35 anos, ou seja, com características maternas individuais consideradas mais propensas a complicações obstétricas e neonatais, em especial aos distúrbios hipertensivos. Gravena *et al.* (2013) identificaram mais prevalência de prematuridade, baixo peso ao nascer e baixo índice de Apgar no quinto minutos nas gestações em adolescentes e com idade materna igual ou superior a 35 anos.

Merece destaque a presença de gestantes com até 14 anos de idade, o que é considerado resultante de estupro de vulnerável, somando-se às grávidas de 15 a 19 anos temos 11,9% de gravidezes na infância e adolescência. No entanto este número provavelmente não reflete a real situação da nossa região, visto que nosso serviço não é a referência em pré-natal na adolescência. As gestantes adolescentes têm mais riscos maternos-fetais, com destaque para anemia, pré-eclâmpsia, hemorragia no pós-parto, prematuridade, infecções genito-urinárias, recém-nascido com baixo peso e óbito neonatal (BOUZAS *et al.*, 2014).

A gravidez na adolescência normalmente ocorre de forma não planejada e segundo estudo de Fernandes *et al.* (2017) tem como causa e consequência a baixa escolaridade, uma vez que frequentemente resulta em abandono ou baixo desempenho escolar e assunção dos afazeres domésticos, além do mais, essas adolescentes são mais propensas a serem vítimas de violência doméstica. Todavia, a educação é um elemento fundamental na prevenção de gravidezes na adolescência.

Gravena *et al.* (2013) identificaram que o início tardio e um menor número de consultas de pré-natal são frequentes nas gestantes adolescentes, reforçando a relevância da sensibilização e motivação desse público alvo pela equipe de saúde. Para Dias *et al.* (2015) o desconhecimento dos riscos gestacionais e a baixa escolaridade podem também resultar em uma baixa adesão ao pré-natal, aumentando ainda mais os riscos maternos e perinatais.

Ferraz e Bordignon (2012) pesquisaram o perfil da mortalidade materna no Brasil e constataram maior frequência de óbitos maternos na faixa etária dos 20 aos 29 anos (41,8%), solteiras (53,1%), pardas (42,7%) e com baixa escolaridade (44,5%). Identificaram também diferenças regionais do coeficiente de mortalidade materna, com a Região Norte apresentan-

do o segundo maior coeficiente, perdendo apenas para a Região Nordeste. Segundo Costa (2012) essa diferença regional na mortalidade materna é resultante das desigualdades de acesso aos serviços de saúde e da qualidade dos mesmos.

O presente estudo detectou a prevalência de algumas condições com menores riscos gestacionais: quase 70% das gestantes apresentam relações estáveis (convivem em união estável ou são casadas) e não foi identificada uma baixa escolaridade de nossas gestantes, fatos esses que podem contribuir positivamente para os desfechos dessas gestações de alto risco.

Por outro lado, foi observado que a maioria das gestantes não exerce atividade remunerada, o que pode contribuir para condições socioeconômicas desfavoráveis e consequentemente aumentar os riscos gestacionais. Além do mais, mais da metade das gestantes se consideram pardas, esses dados vão ao encontro dos dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), visto que a raça parda é a mais frequente no nosso Estado (69,5%) (IBGE, 2011).

Fernandes (2014) em uma pesquisa com gestantes internadas na maternidade da FSCMP identificou que 48,2% das gestantes tinham entre 21 a 30 anos, 60,2% eram pardas, 75% situação conjugal de união estável, 34,7% tinham o ensino médio completo, 75,4 eram donas de casa. Resultados semelhantes com os encontrados no presente estudo, ratificando as características sociodemográficas das nossas gestantes.

Contudo, Costa *et al.* (2016) em um estudo do perfil das gestantes de alto risco em um município paranaense, identificaram que a maioria das gestantes eram brancas (62,3%) e casadas (52,5%), divergendo do nosso estudo e explicado pelas nossas diferenças étnicas e culturais. Dado semelhante encontrado foi o ensino médio como a escolaridade mais frequente em ambos estudos (47,5%).

Os antecedentes mórbidos familiares estão presentes em 81% das gestantes, em especial a hipertensão arterial e diabetes, isolados e associados. Resultados semelhantes foram encontrados por Costa *et al.* (2016) que identificaram a presença de antecedentes familiares em 88,5% da população estudada, sendo a hipertensão arterial a mais frequente (63,9%), seguida de gemelaridade e diabetes. A presença de antecedentes familiares de hipertensão arterial e de diabetes em parentes de 1º grau pode ser fator de risco para o desenvolvimento dessas patologias, em especial no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2012).

Outro fator de risco importante é a presença de antecedentes mórbidos pessoais, que estão presente na maioria das gestantes pesquisadas, com destaque para o histórico de infecção urinária, seguido por hipertensão arterial e diabetes. Na presença de dois antecedentes a associação de hipertensão arterial e diabetes também é a mais habitual no histórico pessoal. Costa *et al.* (2016) identificaram em sua pesquisa que 52,5% das gestantes

relatarem a infecção urinária como antecedente pessoal, seguido de cirurgia pélvica prévia e hipertensão arterial sistêmica.

A presença de patologias na gravidez, como infecção urinária, hipertensão arterial, diabetes, entre outras, são fatores de risco para a prematuridade, aumentando a morbimortalidade perinatal, além do mais a hipertensão arterial crônica é um fator de risco para pré-eclâmpsia e diabetes e da mesma forma o diabetes também é um fator de risco para pré-eclâmpsia (ACOG, 2013; CUNNINGHAM *et al.*, 2016; KAHHALE *et al.*, 2018).

Quanto ao histórico obstétrico das gestantes, dados semelhantes foram encontrados por Fernandes (2014), que em um estudo em nossa maternidade identificou que 40,2% eram primigestas, 33,7% nulíparas e 65,8% não referiam abortamento. No entanto, em nosso estudo, chama a atenção ao fato de que se as primigestas fossem desconsideradas da análise, o histórico de abortamento está presente em 50,2% das gestantes e foi ainda observado a presença de mau passado obstétrico com história de natimorto ou neomorto em 10,8% das pacientes com história de parto anterior.

Em relação a idade gestacional no momento da primeira consulta médica no PNAR, foi observado uma predominância e frequências equivalentes entre si dos grupos com menos de 32 semanas gestacionais, esses dados ressaltam a possibilidade dos fatores de riscos estarem presentes antes da gravidez ou de surgirem no decorrer da mesma. O que reforça a necessidade de um pré-natal de qualidade para a identificação correta desses fatores de risco e para o encaminhamento oportuno para um serviço de referência (BRASIL, 2012).

As três patologias mais frequentes encontradas neste estudo foram a hipertensão arterial, malformações fetais e diabetes. Merece destaque o fato de que juntas correspondem a 32,1% dos casos, o que mostra a pluralidade das patologias prevalentes na população estudada.

Em um município do Baixo Amazonas do Pará, dos 94 casos estudados de encaminhamento para um centro de referência em PNAR, a hipertensão arterial foi mais frequente (40,4%), seguida por malformação fetal (7,4%) e diabetes (7,4%), ambas com 7 casos (ANJOS *et al.*, 2014). Costa *et al.* (2016) também verificaram a hipertensão arterial (24,6%) como principal motivo de acompanhamento para o PNAR em sua pesquisa com análise de 61 prontuários.

Botelho *et al.* (2014) identificaram que a hipertensão arterial é a principal causa de morte materna no Estado do Pará, com destaque para a pré-eclâmpsia e suas formas clínicas (causa direta), e em menor frequência hipertensão arterial pré-existente à gravidez (causa indireta). Além do mais, esta morte materna é mais frequente no puerpério, o que reforça a necessidade de assistência integral e de qualidade à saúde da gestante em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal.

O manejo clínico adequado da hipertensão arterial é fundamental para a redução da mortalidade materna, visto que é a principal causa de óbito materno no Brasil (COSTA, 2012). Segundo o Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, em 2016, tivemos 1.288 óbitos maternos totais declarados, destes as causas obstétricas diretas foram responsáveis por 68%, sendo a hipertensão arterial responsável por quase 20% desses. Say *et al.* (2014) identificaram que 73% dos óbitos maternos no mundo foram decorrentes de causas obstétricas diretas, porém a hemorragia, especialmente durante e após o parto, foi causa mais frequente (27%), seguida da hipertensão arterial (14%).

Em relação as malformações fetais, as mais prevalentes são do sistema nervoso central, com destaque para a ventriculomegalia / hidrocefalia, seguidos de anencefalia. Esta última é considerada 100% prevenível com o uso do ácido fólico no período periconcepcional, reafirmando a importância de medidas e orientações nesse período (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

O diabetes foi a terceira patologia mais encontrada na pesquisa. No presente estudo o diabetes mellitus pré-gestacional representa 76,9% dos casos de diabetes, enquanto que o gestacional 23,1%. Esses dados vão de encontro aos da literatura e podem ser decorrentes de subdiagnóstico de diabetes gestacional. O diabetes pré-gestacional corresponde a 10% e o diabetes gestacional a 90% dos casos de diabetes na gestação (BRASIL, 2012). Weinert *et al.* (2010) identificaram em um ambulatório de diabetes e gestação que 84% dos casos correspondiam ao diabetes gestacional, 8% ao diabetes mellitus tipo 2, 6% ao diabetes mellitus tipo 1 e 2% aos outros tipos.

O diabetes na gestação é a endocrinopatia mais prevalente e está relacionado a elevados índices de morbimortalidade perinatal. Nas gestações com diabetes gestacional as complicações mais frequentes são macrosomia fetal, polidrâmnio, trabalho de parto prematuro, amniorrexe prematura, hipoglicemia neonatal, síndrome do desconforto respiratório neonatal e óbito neonatal, enquanto que no diabetes pré-gestacional, além das mesmas complicações do gestacional, ocorrem riscos aumentados de abortamento e malformações fetais (ACOG, 2018; MCCANCE *et al.*, 2018). Por esses motivos é importante o tratamento adequado dessa patologia no intuito de reduzir tais consequências.

As principais causas da morbimortalidade materna e perinatal são conhecidas, portanto, as estratégias das políticas públicas devem incidir nessas causas e é de fundamental importância uma assistência obstétrica de qualidade, abrangendo ações durante a gravidez, parto e puerpério.

CONCLUSÕES

É relevante conhecer o perfil sociodemográfico-clínico das gestantes de alto risco para o planejamento estratégico das ações em saúde. Considerando a importância da identificação

e intervenção dos fatores de risco gestacional para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, é fundamental que pesquisas periódicas sejam realizadas para a identificação dos agravos mais prevalentes, subsidiando o planejamento de estratégias das políticas públicas. As patologias mais frequentes encontradas nesta pesquisa foram a hipertensão arterial, malformações fetais e diabetes.

REFERÊNCIAS

ANJOS JCS, PEREIRA RR, FERREIRA PRC et al. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. *Revista Paraense de Medicina*, 2014; 28(2): 23-33.

BOTELHO, NM, SILVA IFMM, TAVARES JR et al. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2014; 36(7): 290-295.

BOUZAS ICS, CADER AS, LEO L. Gravidez na adolescência: uma revisão sistemática do impacto da idade materna nas complicações clínicas obstétricas e neonatais na primeira fase da adolescência. *Adolescência & Saúde*, 2014; 11(3): 7-21.

BRASIL. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1.ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.

BRASIL. Gestação de alto risco: manual técnico. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Brasília: Diário Oficial da União; 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Brasília: Diário Oficial da União; 2011.

BRASIL. Painel de monitoramento da mortalidade materna, 2016.

CAMPOS FCC, FARIA HP, SANTOS MA. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2010; 110p.

CARNEIRO JD. Mortalidade materna cai no Brasil, mas não atingirá meta da ONU.

COSTA AM. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. et. al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

COSTA LD, CURA CC, PERONDI AR et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare enferm.*, 2016; 21(2): 01-08.

CUNNINGHAM, FG, LEVENO KJ, BLOOM SL et al. *Obstetrícia de Williams*. 24 ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

DIAS JMG, OLIVEIRA APS, CIPOLOTTI R et al. Mortalidade Materna. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2015; 25(2): 168-174.

FERRAZA L, BORDIGNONB M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2012; 36(2): 527-538.

FERNANDES MMSM, SANTOS AG, ESTEVES MDS et al. Fatores de riscos associados à gravidez na adolescência. Revista de enfermagem da UFPI, 2017; 6(3): 53-58.

FERNANDES TLR. Perfil das gestantes atendidas em um hospital de referência. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Pará. Programa de pós-graduação em enfermagem, Belém, 2014; 80p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultado do universo. Rio de Janeiro, 2011.

KAHHALE S, FRANCISCO, RPV, ZUGAIB M. Pré-Eclampsia. Revista de Medicina (São Paulo), 2018; 97(2): 226-34.

MCCANCE DR, MARESH M, DACKS DA. A Practical Manual of Diabetes in Pregnancy. 2ed. U.S.A.: Wiley Backwell, 2018; 430p.

MAMEDE FV, PRUDÊNCIO PS. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhoria as saúde materna. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2015; 36(esp): 262-266.

MONTENEGRO CAB, REZENDE FILHO J. Rezende Obstetrícia fundamental. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014; 1088p.

SAY L, CHOU D, GEMMILL A et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health, 2014; 2: 323- 333.

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST (ACOG). Hypertension in pregnancy. 2013; 89p.

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST (ACOG). Gestational Diabetes Mellitus. Obstetrics & Gynecology. ACOG Practice Bulletin, 2018; 131(2): e49-64.

WEINERT LS et al. Diabetes e gestação: perfil clínico e laboratorial em pré-natal de alto risco. Rev. HCPA, 2010; 30(4): 334-341.

PAIVA, D. S. DE B. S.; NUNES, H. H. DE M.; MOREIRA, S. F. DA S.; FERREIRA, M. G. S. Pré-natal de alto risco em um serviço de referência: perfil sociodemográfico e clínico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 2, p. e136, 25 dez. 2018. Artigo original.

“

Prevalência de alterações visuais entre caminhoneiros no Estado do Pará no ano de 2018

Rafael **Scherer**
UFPA

Giovanni Vielmond Borges da **Silva**
PRF

Ana Caroline Coelho **Gomes**
CESUPA

Marcio Lima da **Costa**
UFPA

Vivian Danielle Bastos da Silva
Gonçalves
CESUPA

Nathalia Pereira **Scherer**
UEPA

Willian Brendon Ferreira **Santos**
PRF

Raissa Tereza Casseb **Oliveira**
UFPA

Nicholas Fernandes **Mota**
ABRAMET

Luiz Ricardo Cruz **Neves**
UFPA

RESUMO

Objetivo: Estudar e quantificar a acuidade visual dos motoristas de veículos pesados atendidos no projeto comando de saúde das rodovias no Pará. **Métodos:** Estudo epidemiológico retrospectivo, com abordagem quantitativa, descritivo com corte transversal. Constituído através de levantamento em Banco de Dados relativo ao Comando de Saúde em Rodovia Federal do Estado do Pará no ano de 2018, realizado e disponibilizado pela Superintendência de Polícia Rodoviária Federal no Estado do Pará. Foram analisados 185 prontuários. **Resultados:** Considerando-se a acuidade visual (AV) medida com a melhor correção disponível no momento da direção veicular, para cada olho separadamente, 137 (74,05%) pacientes tinham AV 20/30 ou melhor no olho direito (OD), e 135 (72,9%) tinham AV 20/30 ou melhor no olho esquerdo (OE), considerando assim o suficiente para um motorista profissional. Em 18,9%, a AV foi inferior a 20/40 no olho direito e em 20,54% no olho esquerdo, incapacitando segundo a legislação para a direção profissional. Somado a isso, 23,8% demonstraram alteração no teste para estereopsia. **Conclusão:** A baixa acuidade visual é bastante prevalente entre motoristas profissionais, podendo estar ligadas ao grande número de acidentes no trânsito em rodovias no Estado do Pará.

Palavras-chave: Acuidade Visual; Transtornos da visão; Exame para habilitação de motoristas.

INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo com os dados do Seguro Obrigatório de automóveis (DPVAT), o número de mortes por acidente de trânsito aumentou de 33.547 no ano de 2016, para 41.151 no ano de 2017, totalizando um adicional de 23%. Estudos apontam que destes acidentes nas rodovias, os veículos com transporte de carga são responsáveis por 25% dos acidentes, e que 15% destes causam óbito e 7% levam a caso de invalidez permanente. (RIBEIRO CLS et al, 2017)

Enxergar bem é uma capacidade essencial para quem quer dirigir, sendo assim, motoristas com boa acuidade visual dirigem com mais segurança e tem menos risco de provocar acidentes. A baixa acuidade visual é o déficit mais comum entre motoristas jovens, sendo importante fator de risco para segurança nas estradas. O estilo de vida pouco saudável e a sobrecarga de trabalho desses profissionais interferem diretamente no cuidado à saúde ocular e a prevenção de novas comorbidades. (BRANDÃO EO et al, 1995)

Segundo a resolução 425/2012 do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), para estar apto à conduzir veículos automotores nas categorias C, D e E, é exigido acuidade visual de 20/30 no melhor olho e 20/40 no outro olho, com visão binocular de 20/25, além de que devem ser capazes de reconhecer as luzes semafóricas (verde, vermelho e amarelo) em posições padronizadas, sendo exigido ao candidato possuir visão em baixa luminosidade. Esses valores podem ser obtidos com ou sem correção óptica, devendo, neste último caso, constar na Carteira Nacional de Habilitação (CNH) obrigatório o uso de “lentes corretivas”.

É importante atentar-se que nas categorias C, D e E, não é permitido visão inferior a 20/30 em qualquer olho, e os portadores de visão baixa (inferior a 20/40) ou de visão monocular (acuidade 0 – zero) não podem exercer atividade remunerada. (DUARTE WR et al, 2002)

A legislação brasileira de trânsito prevê que a cada 5 anos sejam renovados os exames psicológicos e médicos exigidos aos condutores que exercem atividade remunerada, entre eles, o exame de acuidade visual. Estudos comprovam que esses profissionais devem possuir uma acuidade visual mínima que forneça condições de localizar e reagir a pedestres, veículos e sinalizações. Sendo informado que 44,2% dos condutores que possuíam comorbidades tiveram complicações em seu campo visual (QUAGLIATO LB et al, 2012).

Diante deste cenário, os acidentes automobilísticos apresentam importante posição de destaque no aumento da mortalidade por causas externas, e o aumento dos casos de acidentes de trânsito, grande parte provocadas por motoristas profissionais, é um fator de grande relevância para a criação deste trabalho.

O presente estudo tem como objetivo avaliar e descrever a prevalência de alterações visuais entre caminhoneiros no Estado do Pará no ano de 2018, sendo de extrema importância para a criação de novas medidas preventivas e corretivas para evitar tais acontecimentos.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico retrospectivo, com abordagem quantitativa, descritivo com corte transversal. Constituído através de levantamento em Banco de Dados relativo ao Comando de Saúde em Rodovia Federal do Estado do Pará no ano de 2018, realizado e disponibilizado pela Superintendência de Polícia Rodoviária Federal no Estado do Pará.

O Comando de Saúde nas Rodovias é realizado 04 vezes ao ano por cada superintendência estadual da Polícia Rodoviária Federal, em um ponto pré-estabelecido de uma das rodovias que entrecorta o estado. Nestes comandos são atendidos como meta 100 caminhoneiros que trafegam nas rodovias e se dispõem a participar voluntariamente do evento. A partir do aceite do caminhoneiro, o mesmo trafega entre diversas estações de atendimento, onde recebe avaliação multidisciplinar que inclui dados sobre acuidade visual, visão de cores e estereopsia.

Visto que a coleta de dados foi realizada por meio de banco de dados, onde não foram disponibilizados os dados de identificação dos participantes, conforme pode-se confirmar no documento: https://sei.prf.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, código verificador 15157146, CRC 805CCB39, esta pesquisa não submetida a apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa, em acordo com a Resolução n. 510 de 07 de Abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no seu Artigo 1 Inciso V.

A medida da acuidade visual, as medidas de visão cromática, reação ao ofuscamento e estereopsia se deram através do aparelho RZ2000 Plus, certificado pela ANVISA.

A análise estatística de dados foi realizada através do software Microsoft Excel e BioEstat 5.0, onde foram feitas medidas de tendência central e dispersão para os dados quantitativos, e frequência relativa e absoluta para todos os dados. Não foram realizados quaisquer cálculos de validação amostral por ser estudo com a totalidade de prontuários disponibilizados.

As principais limitações da presente pesquisa encontram-se nos fatos de ser uma população selecionada num horário específico e dia pontual de tráfego nas BR-316 e BR-163 em proximidade com o município de Benevides-PA e Santarém-PA, respectivamente, nas datas de Maio e Outubro de 2018. No entanto, por ser população que se caracteriza por grande mobilidade a dos caminhoneiros, este constitui um dos métodos mais factíveis de se discriminar de forma epidemiológica este seguimento profissional.

RESULTADOS

Neste estudo, 185 prontuários foram avaliados, 99,5% eram do sexo masculino. Destes, 22,2% tem idade superior a 50 anos, 28,1% tem idade entre 40 e 50 anos, 35,1% estão

entre 30 e 40 anos e 11,9% são menores de 30 anos.

Quanto à escolaridade, 23 (12,4%) apresentam ensino fundamental incompleto, 46 (24,9%) ensino fundamental completo, 6 (3,2%) ensino médio incompleto, 96 (51,9%) ensino médio completo, 7 (3,8%) ensino superior incompleto, 5 (2,7%) ensino superior completo e 1 (0,5%) analfabeto. Um prontuário não foi informado quanto à esta categoria.

Com relação ao tempo de habilitação, a média dos motoristas é de 19,3 anos (desvio-padrão 11,1 anos), com amplitude de 3 a 55 anos, porém, a maior predominância é de 40% em indivíduos com mais de 20 anos (Tabela 1).

De acordo com o artigo 147 do Código de Trânsito Brasileiro, encaixa-se na categoria A os condutores de veículos motorizados de duas ou três rodas, com ou sem carro lateral. Já na categoria D, são veículos usados no transporte de passageiros cuja lotação exceda oito lugares, excluído o do motorista, e na categoria E, os condutores de combinação de veículos em que a unidade tratora se enquadre nas categorias B, C ou D e cuja unidade acoplada, reboque, semirreboque, trailer ou articulada tenha 6.000 Kg ou mais de peso bruto total, ou cuja lotação exceda 8 lugares. Diante disso, 42,7% dos motoristas dispõem de CNH na categoria “AE” e 32,4% estão enquadrados na categoria “AD” (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos motoristas de acordo com Tempo de habilitação e Categoria da carteira de habilitação.

TEMPO DE HABILITAÇÃO	N	%
<10	33	17,8 %
10 A 20	69	37,3 %
>20	74	40,0 %
NINF	9	4,9 %
CATEGORIA DA CARTEIRA		
C	3	1,6 %
D	6	3,2 %
E	20	10,8 %
AC	9	4,9 %
AD	60	32,4 %
AE	79	42,7 %
NI	8	4,3 %
TOTAL	185	100%

Fonte: Banco de dados Polícia Rodoviária Federal (PRF), 2018.

Neste estudo pelo menos 27,6% dos motoristas estavam conduzindo veículos de grande porte sem as condições mínimas visuais exigidas pelo Código de Trânsito Brasileiro, que estabelece pelo menos 20/30 de visão em ambos os olhos. Somado a isso, 23,8% demonstraram alteração no teste para estereopsia e 76,2% não demonstraram alteração (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos motoristas quanto à acuidade visual e estereopsia.

VARIÁVEL		N	%	N	%
ACUIDADE VISUAL		OD		OE	
20/20		34	18,4 %	41	22,2 %
20/25		83	44,9 %	70	37,8 %
20/30		20	10,8 %	24	13,0 %
20/40		9	4,9 %	14	7,6 %
20/50		9	4,9 %	14	7,6 %
20/60		3	1,6 %	1	0,5 %
20/80		5	2,7 %	2	1,1 %
20/100		18	9,7 %	20	10,8 %
NINF		4	2,2 %	4	2,2 %
ESTEREOPSIA	SIM	44	23,8 %		
	NÃO	141	76,2 %		

Fonte: Banco de dados Polícia Rodoviária Federal (PRF), 2018.

Outro parâmetro utilizado para avaliar a saúde visual dos condutores é a adequada visão cromática destes, mostrada na TABELA 3. Neste estudo, 88,1% dos motoristas conseguiram distinguir as cores verde, amarelo e vermelho, os demais apresentaram screening positivo para algum tipo de discromatopsia.

Tabela 3 - Distribuição dos motoristas quanto à visão de cores.

VISÃO CROMÁTICA		N	%
VERDE	SIM	162	87,6 %
	NÃO	23	12,4 %
AMARELO	SIM	164	88,6 %
	NÃO	21	11,4 %
VERMELHO	SIM	163	88,1 %
	NÃO	22	11,9 %

Fonte: Banco de dados Polícia Rodoviária Federal (PRF), 2018.

DISCUSSÃO

Os resultados apontam o predomínio dos caminhoneiros do sexo masculino, com idade média de 41,1 anos e com tempo médio de habilitação maior de 20 anos. De acordo com dados do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN), dos 45 milhões de motoristas no Brasil, quase 30 milhões são do sexo masculino. Pesquisas indicam que 71% dos acidentes provocados no país são por homens. Essa relação pode estar associada ao tempo de sono, ao cansaço, às longas jornadas de trabalho, o que pode afetar a saúde física e mental desses profissionais. (RIBEIRO CLS, 2017)

Hoje, segundo dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação (IBPT), aproximadamente 41,2 milhões de veículos fazem parte da frota brasileira em circulação, sendo 2 milhões classificados como veículos pesados. O Código Nacional de trânsito já passou por diversas modificações e atualmente estabelece que esses condutores devem passar por exames médicos, incluindo os oftalmológicos, a cada 5 anos para renovação da CNH. (DUARTE WR et al, 2002) Entretanto, de acordo com a nosso estudo, 27,6% dos condutores avaliados estão dirigindo nas estradas sem as condições necessárias, o que requer uma atenção maior a este tema.

De acordo com SEDANO GS, et al (2010), após analisar um estudo, notou-se que 38,2% dos caminhoneiros entrevistados nunca haviam realizado um check-up médico, sendo que, 19,6% nunca foram ao oftalmologista para uma consulta e 9,8% não procuram este profissional há mais de cinco anos. O principal motivo alegado é a mais absoluta falta de tempo.

A ausência do homem nos serviços de atenção básica, o medo de perder seu trabalho e o déficit de comportamentos preventivos de autocuidado, são questões que contribuem para os preocupantes dados em relação à saúde dos caminhoneiros (HINO P et al 2017).

Diante do exposto, destaca-se a importância da intensificação de ações preventivas com enfoque à saúde e, principalmente, a saúde visual. Além de priorizar a constante qualificação dos profissionais responsáveis pelas triagens de cunho médico no exame de renovação da CNH (DUARTE WR et al, 2002).

CONCLUSÃO

Considera-se que este estudo avança ao quantificar a acuidade visual dos condutores de trânsito de veículos pesados nas condições em que se encontram no momento da direção. É de extrema importância a elaboração de novas pesquisas no intuito de caracterizar melhor os fatores e hábitos de vida dos motoristas que influenciam sua saúde visual. Por fim, baixa acuidade visual ainda é bastante prevalente entre motoristas profissionais, podendo estar ligada aos acidentes no trânsito nas rodovias do Estado do Pará. Elaborar programas de saúde pública que atinjam esse público-alvo, que é, por natureza, itinerante, constitui grande desafio ao Sistema Único de Saúde que hoje é totalmente estruturado para atingir a população de uma forma regionalizada, ou seja, funcional para aqueles que tem residência fixa somente.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO EO, OLIVEIRA NM, PEREIRA MVC et al. Acuidade visual de motoristas de veículos pesados numa rodovia de grande circulação – Problemática e sugestões. Arq Bras Oftal 58(2), ABRIL/1995.

DENATRAN. Resolução Nº 425 CONTRAN. (2012). Acesso em 17 de Janeiro de 2019, disponível em [https://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/\(Resolu%C3%A7%C3%A3o%20425.-1\).pdf](https://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/(Resolu%C3%A7%C3%A3o%20425.-1).pdf)

DUARTE WR, DUARTE MCR, PARANHOS C, et al. O perfil oftalmológico dos candidatos à carteira de motorista na cidade de Pelotas – RS. Arq Bras de Oftalmol 2002;65:651-4.

HINO P, FRANCISCO TR, ONOFRE PSC et al. Análise à saúde de caminhoneiros. Ver enferm UFPE online, Recife, 11(Supl. 11):4741-8, nov., 2017.

QUAGLIATO LB, SOARES CBCC, SOARES MVCC et al. Avaliação oftalmológica de um grupo de motoristas profissionais de Campinas, São Paulo. Rev Med (São Paulo). 2012 out-dez.;91(4):261-6.

RIBEIRO CLS, NUNES JD, OLIVEIRA DML. Caracterização da saúde dos condutores de veículos pesados e perigosos que trafegam em rodovia federal no Estado de Sergipe. Ciências biológicas e de saúde unit. V.4. N.2. p. 35-52. Out. 2017.

SEDANO GS, FERREIRA SCM, VALENTE GSCV et al. Educação em saúde: Um desafio do enfermeiro do trabalho na atenção à saúde dos caminhoneiros. Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online);2(2):760-769, abr-jun. 2010.

SCHERER, R.; SILVA, G. V. B. DA; GOMES, A. C. C.; COSTA, M. L. DA; GONÇALVES, V. D. B. DA S.; SCHERER, N. P.; SANTOS, W. B. F.; OLIVEIRA, R. T. C.; MOTA, N. F.; NEVES, L. R. C. Prevalência de alterações visuais entre caminhoneiros no Estado do Pará no ano de 2018. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 21, p. e593, 20 mar. 2019. Artigo original.

“

Prevenção e Promoção da saúde aplicada à Síndrome da Morte súbita do lactente

Isabella Barbosa **Coelho**

Karen Helaine Mendes **Bertolini**

RESUMO

A Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL) é definida pelo óbito inesperado de uma criança de até um ano, aparentemente durante o sono, que permanece inexplicada após completa investigação, incluindo realização de autópsia, revisão das circunstâncias de morte e história clínica. É uma das principais causas de morte na infância, gerando grande comoção e impacto familiar. A SMSL é responsável por uma taxa significativa de óbitos e possui etiologia incerta. É a causa mais prevalente de morte nos países desenvolvidos e a faixa etária de maior risco se encontra entre dois e cinco meses de vida. A teoria mais aceita para explicação desta se relaciona a existência de imaturidade cardiorrespiratória e autonômica juntamente com alterações do mecanismo de despertar do sono. Estes se associam a fatores maternos, socioculturais e do lactente. A SMSL é uma doença multifatorial, que envolve fatores de risco e o local do sono do paciente. Anteriormente, a posição para dormir mais recomendada pelos pediatras era de decúbito lateral, mas o risco de SMSL é maior nessa posição do que em decúbito dorsal, em vista da maior possibilidade de rolar para a posição ventral do que para a posição dorsal. A SMSL é um tema pouco discutido nos cursos de graduação da área de saúde, porém muito significativo, devido a sua relevância clínica e impacto social gerado. Sabe-se que a conscientização da população sobre os fatores de risco e a adoção de medidas preventivas têm sido eficazes na redução da SMSL, entretanto, o Brasil infelizmente não tem participado de forma significativa da campanha internacional para a redução de seu risco.

Palavras-chave: Morte Súbita; Lactente; Prevenção; Promoção.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL) é definida pelo óbito inesperado de uma criança de até um ano, aparentemente durante o sono, que permanece inexplicada após completa investigação, incluindo realização de autópsia, revisão das circunstâncias de morte e história clínica (Doldan et al.; 2011). É uma das principais causas de morte na infância, gerando grande comoção e impacto familiar (Nunes et al.; 2001).

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é fazer uma abordagem geral sobre a síndrome, relatando-se os possíveis fatores causais, fatores de risco e métodos de prevenção, tendo em vista a relevância do tema e a falta de conhecimento e divulgação do mesmo. Desta forma, divulgar amplamente esses resultados para prevenção e promoção da saúde dos bebês.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada busca especializada, por meio de consulta a artigos a partir de fontes MedLine, PubMed, Lilacs e Scielo.

DISCUSSÃO

A Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL) é definida pelo óbito inesperado de uma criança de até um ano, aparentemente durante o sono, que permanece inexplicada após completa investigação, incluindo realização de autópsia, revisão das circunstâncias de morte e história clínica (Doldan et al.; 2011). É uma das principais causas de morte na infância, gerando grande comoção e impacto familiar (Nunes et al.; 2001). A SMSL é responsável por uma taxa significativa de óbitos e possui etiologia incerta (Nunes et al.; 2001). É a causa mais prevalente de morte nos países desenvolvidos e a faixa etária de maior risco se encontra entre dois e cinco meses de vida (Hunt et al.; 2006).

No Brasil ainda existem poucos estudos sobre o tema. Segundo o Ministério da Saúde, através da sua plataforma DATASUS, em 2014 no Brasil foram constatadas 159 mortes por SMSL, sendo que mais de 25% dos casos se concentraram nos estados de São Paulo e Minas Gerais. Outro estudo realizado em Pelotas indicou que a SMSL foi responsável por 4% das mortes de bebês abaixo de um ano de idade (Barros et al.; 1987). Nunes et al. (2001), identificou o coeficiente de mortalidade específico para SMSL sendo de 0,8 para cada 1.000 nascidos vivos.

A teoria mais aceita para explicação desta se relaciona a existência de imaturidade cardiorrespiratória e autonômica juntamente com alterações do mecanismo de despertar do sono (Dwyer et al.; 1996). Os estudos se complementam, todos concordam que a apneia é a manifestação final da SMSL, mas não sua causa definitiva. Thach et al. (1996), identificou que a posição prona ao dormir aumenta a vulnerabilidade por aumentar a chance de oclusão das vias aéreas superiores, aumentar o stress térmico, retardar a resposta de despertar e aumentar a chance de asfixia. Um amplo estudo populacional, com seguimento até o final do primeiro ano de vida, identificou um intervalo QT prolongado no eletrocardiograma neonatal dos falecidos por SMSL, resultante de possíveis anormalidades no desenvolvimento da inervação cardíaca simpática, o que aumentaria o risco de arritmias ventriculares, levando à SMSL (Schwartz et al., 1998).

Além disso, outros fatores foram identificados como risco, um exemplo é o tabagismo materno que duplica a chance da SMSL (Anderson et al.; 1997). O perfil materno é de mãe jovem, tabagista, sem doenças crônicas, tendo realizado pré-natal e com parto do tipo vaginal (Nunes et al.; 2001). A SMSL é mais freqüente em famílias de baixa renda e pais com baixa escolaridade (Doldan et al.; 2011). Há um predomínio nos bebês do sexo masculino, sugerindo uma hipótese genética ligada ao sexo como etiologia (Nunes et al.; 2001). A posição prona de dormir e o superaquecimento do ambiente são conhecidos que como importantes fatores de risco da síndrome (Geyb et al.; 2006). Portanto, a SMSL é uma doença multifatorial, que envolve fatores de risco e o local do sono do paciente. Anteriormente, a posição para dormir mais recomendada pelos pediatras era de decúbito lateral, mas o risco de SMSL é maior nessa posição do que em decúbito dorsal, em vista da maior possibilidade de rolar para a posição ventral do que para a posição dorsal (Nunes et al.; 2001). Hoje já é recomendada pelos pediatras a posição supina para dormir (Dwyer et al.; 1996).

Com base em estudos sobre a SMSL, foi realizada em diversos países uma campanha para reduzir seu risco (Dwyer et al.; 1996). Essa campanha focou na mudança da posição prona para supina e foi observada uma redução da mortalidade pós-natal em até 50% nos países em que foi realizada (Harper et al.; 1998). Isto posto, as campanhas de conscientização das mães mostram-se muito importantes (Geyb et al.; 2006). Estas podem ser realizadas através de cursos para gestantes nas unidades básicas de saúde como uma medida simples e que gera poucos gastos extras (Geyb et al.; 2006).

CONCLUSÃO

A SMSL é um tema pouco discutido nos cursos de graduação da área de saúde, porém muito significativo, devido a sua relevância clínica e impacto social gerado.

Sabe-se que a conscientização da população sobre os fatores de risco e a adoção de

medidas preventivas têm sido eficazes na redução da SMSL, entretanto, o Brasil infelizmente não tem participado de forma significativa da campanha internacional para a redução de seu risco.

A Estratégia de Saúde da Família, implementada no Brasil, facilita a proximidade o contato do médico com a gestante e puérpera. É possível capacitar os médicos, bem como outros profissionais da saúde, a ensinar às mães os fatores de risco associado à SMSL, bem como as medidas de prevenção desta. Dessa forma, evitando mortes por essa causa.

REFERÊNCIAS

ANDERSON HR; DEREK GC. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997; 52:1003-1009.

BARROS FC; VICTORA CG; VOUGHAN JP; TEIXEIRA AMB; ASHWORTH A. Infant mortality in southern Brasil: a population based study of causes of death. *Arch Dis Child* 1987; 62:487-90.

DOLDAN RV; COSTA JSD; NUNES MF. Fatores associados à mortalidade infantil no Município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil: estudo de caso-controle. *Epidemiol Serv Saúde* 2011; 20 (4): 491-8.

DWYER T; PONSOBY AL. The decline of SIDS: a success story for epidemiology. *Epidemiology* 1996; 7:323-5.

GEIB LTC; NUNES ML. Hábitos de sono relacionados à síndrome da morte súbita do lactente: estudo populacional. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(2): 415-23.

HARPER RM; BANDLER R. Finding the failure mechanism in sudden infant death syndrome. *Nature Medicine* 1998; 4:157-8.

HUNT CE; HAUCK FR. Sudden infant death syndrome. *CMAJ* 2006;174(13):1861-9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Sistema de informações sobre mortalidade). Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evita10uf.def>>. Acesso em: 23 nov 2016.

NUNES ML; PINHO APS; AERTS D; SANTANNA A; MARTINS MP; COSTA JC. Síndrome da morte súbita do lactente: aspectos clínicos de uma doença subdiagnosticada. *Jor Ped* 2001; 77(1): 24-34.

RESUMO

Introdução: a enfermagem desempenha um papel importante na quimioterapia antineoplásica e, através do emprego do Processo de Enfermagem, seleciona diagnósticos para traçar um plano de cuidado. Crê-se que certos diagnósticos de enfermagem se repetem em determinadas situações, com isso, o objetivo deste trabalho é identificá-los em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia infusional. **Metodologia:** estudo descritivo de corte transversal realizado em uma Instituição Oncológica na cidade de Caxias do Sul/RS. Utilizou-se de busca ativa em prontuários eletrônicos para coleta de dados. **Resultados:** apenas 44,9% da amostra aleatória possuía realização e registro corretos da segunda etapa do Processo de Enfermagem. Foram identificados 11 diagnósticos de enfermagem, os mais prevalentes foram: Risco de infecção (80%), Risco de trauma vascular (75%) e Dor aguda (29%). **Conclusão:** destaca-se a necessidade de uma equipe de enfermagem capaz de intervir prevenindo e remediando efeitos colaterais do tratamento quimioterápico dispondo do processo de sistematização como ferramenta de trabalho.

Palavras-chave: Antineoplásicos; Diagnósticos de Enfermagem; Enfermagem Oncológica; Quimioterapia; Processo de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O termo câncer é utilizado para designar um conjunto amplo de doenças caracterizadas por alterações no processo de divisão celular do corpo humano (JEMAL et al., 2014; SOUZA et al., 2017; RADAEL et al., 2016; MORAES FILHO e KHOURY, 2018; TENTARDINI, 2016). Essas desordens resultam no crescimento anormal de células malignas com alto potencial de disseminação em órgãos e tecidos adjacentes e, através do processo metastático, múltiplas áreas do corpo (JEMAL et al., 2014; SOUZA et al., 2017; RADAEL et al., 2016; MORAES FILHO e KHOURY, 2018; TENTARDINI, 2016). Atualmente, é considerado um problema de saúde pública mundial com incidência crescente atribuída, dentre outros fatores, ao processo de industrialização (MORAES FILHO e KHOURY, 2018; VALDUGA et al., 2018; MOURA et al., 2014; RUELA, SIQUEIRA e GRADIM, 2017).

As modalidades de tratamento disponíveis para neoplasias malignas incluem a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, sendo esta última o foco deste trabalho (JEMAL et al., 2014; TENTARDINI, 2016). A terapia quimioterápica, geralmente associada com outros métodos de tratamento, consiste na utilização de substâncias químicas isoladas ou combinadas que atuam de forma sistêmica no processo de crescimento e divisão celular tanto de células saudáveis quanto de cancerosas (JEMAL et al., 2014; SOUZA et al., 2017; MORAES FILHO e KHOURY, 2018; MOURA et al., 2014). A via de administração destes compostos antineoplásicos é selecionada de acordo com cada caso, porém a via intravenosa, por garantir rápida absorção e nível sérico adequado para uma ampla quantidade de grupos farmacológicos, é a mais utilizada (SOUZA et al., 2017; RADAEL et al., 2016; MOURA et al., 2014). Embora a quimioterapia prove efetividade no aumento da sobrevida de pacientes com câncer, sua toxicidade desencadeia uma série de efeitos indesejáveis generalizados e também relacionados diretamente ao sítio de acesso (SOUZA et al., 2017; RADAEL et al., 2016; MORAES FILHO e KHOURY, 2018; MOURA et al., 2014).

O paciente oncológico submetido à quimioterapia infusional deverá ser atendido por uma equipe multiprofissional (MOURA et al., 2014). A enfermagem, por ter uma visão holística do paciente, desempenha um papel muito importante neste cuidado, e o mesmo encontra-se regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em sua resolução 210/1998 (SOUZA et al., 2017; MOURA et al., 2014; NANDA, 2018). Desta forma, cabe ao profissional enfermeiro uma gama de atividades que visam à segurança e bem-estar do paciente, assim como o zelo pela qualidade da assistência (SOUZA et al., 2017; TENTARDINI, 2016; MOURA et al., 2014; NANDA, 2018).

O enfermeiro dispõe de um instrumento facilitador para desempenho de suas funções, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), descrita pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7498/86 (REMIZOSKI, ROCHA e VALL, 2010). Dentro da

SAE, encontramos o Processo de Enfermagem (PE), o qual pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas, exigentes de raciocínio clínico, planejamento e execução do cuidado (NANDA, 2018; REMIZOSKI, ROCHA e VALL, 2010). O diagnóstico de enfermagem, uma das etapas do PE, é definido pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como “(...) julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/ processo de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta (...)” e é parte essencial do cuidado, pois baseia as intervenções a serem realizadas (NANDA, 2018). Para padronização em sua nomenclatura, utiliza-se a taxonomia NANDA-I (NANDA, 2018).

Crê-se que certos diagnósticos de enfermagem se repetem com frequência em determinadas situações clínicas e regimes de tratamento e que a análise desses padrões tenha sua importância na formulação de protocolos assistenciais e melhora na qualidade do cuidado. Com isso, o presente estudo tem como objetivo identificar os principais diagnósticos de enfermagem em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia infusional.

METODOLOGIA

Estudo descritivo de corte transversal e caráter retrospectivo realizado durante os meses de maio e junho de 2019 no Instituto do Câncer de um hospital de grande porte localizado no interior da Serra Gaúcha (ESTRELA, 2018). Utilizou-se de busca ativa em prontuários eletrônicos para a coleta de dados. A seleção da população do estudo ocorreu de forma aleatória, onde foram avaliados pacientes que possuíam evoluções com diagnósticos de enfermagem identificados pelo profissional enfermeiro e padronizados pela taxonomia NANDA-I.

Os demais critérios de inclusão consistem em idade maior de 18 anos e realização do procedimento quimioterápico por via endovenosa na Instituição no período 2017-2019. Não foram adotados critérios de exclusão. Todas as evoluções de enfermagem foram revisadas, desde o primeiro uso da quimioterapia até, se aplicável, um mês após o fim da mesma.

A análise das informações obtidas dos 100 pacientes considerados elegíveis foi realizada na plataforma Microsoft Excel, na qual a prevalência de cada diagnóstico de enfermagem foi aferida e um breve perfil da amostra foi traçado. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pompéia (parecer nº 3.313.997).

RESULTADOS

Um total de 233 pacientes foi avaliado, dos quais 100 apresentavam diagnósticos de enfermagem padronizados pela Taxonomia NANDA-I em suas evoluções. Com isso, pode-se concluir que apenas 44,9% da amostra aleatória continha realização e registro corretos da segunda etapa do Processo de Enfermagem. Apenas os 100 pacientes com dados válidos

foram considerados para a análise de resultados e cálculo de prevalência.

A população do estudo foi composta por uma maioria masculina (60%) e com média de idade de 57,5 anos. Quanto às neoplasias, cólon e reto (21%), esôfago (10%), estômago (8%) e pâncreas (7%) foram identificados como os sítios primários de maior ocorrência.

A partir da análise dos dados obtidos, foram identificados 11 diagnósticos de enfermagem. Os mais prevalentes foram: Risco de infecção (80%), Risco de trauma vascular (75%) e Dor aguda (29%) (Tabela 1).

Vale ressaltar que, embora apenas 44,9% da amostragem apresentem diagnósticos de enfermagem padronizados em suas evoluções, todos os 233 pacientes submetidos ao regime de tratamento em questão possuíam avaliações feitas pela equipe de enfermagem. Dentre elas, foi possível identificar os diagnósticos de enfermagem não padronizados de risco de: dor aguda, derramamento, extravasamento e flebite, além do registro de procedimento sem intercorrências que acompanhava cada aplicação dos compostos quimioterápicos.

Tabela 1. Diagnósticos de enfermagem encontrados na amostra populacional

Título	Domínio	%
Risco de Infecção	Segurança e Proteção	80
Risco de trauma vascular	Segurança e Proteção	75
Dor Aguda	Conforto	29
Risco de quedas	Segurança e Proteção	12
Proteção ineficaz	Promoção da Saúde	10
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	Nutrição	7
Conforto prejudicado	Conforto	5
Náusea	Conforto	2
Risco de desequilíbrio eletrolítico	Nutrição	1
Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada	Segurança e Proteção	1
Risco de síndrome do idoso frágil	Promoção da Saúde	1

Fonte: os autores

DISCUSSÃO

Ao passo que médicos tratam doenças e utilizam a taxonomia Classificação Internacional de Doenças (CID) e psicólogos e psiquiatras tratam transtornos mentais e fazem uso do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), os enfermeiros tratam respostas humanas a problemas de saúde/processo de vida e usam a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (NANDA, 2018). A taxonomia NANDA-I, com tradução em cerca de 20 idiomas, proporciona uma linguagem compartilhada entre os profissionais de enfermagem internacionalmente,

sendo de extrema importância (NANDA, 2018).

Um diagnóstico de enfermagem pode identificar um risco potencial, um estado de promoção de saúde, ou pode ser focado em um problema (TENTARDINI, 2016; NANDA, 2018). Na população do estudo, pôde-se observar uma prevalência dos diagnósticos de risco, os quais incitam intervenções preventivas. Isto pode ser justificado pelo fato de que a quimioterapia antineoplásica, ao expor o paciente a toxicidades, desencadeia uma série de eventos adversos conhecidos (RADAEL et al., 2016; MORAES FILHO e KHOURY, 2018; TENTARDINI, 2016; MOURA et al., 2014). Tal predominância também se deve à facilidade de elaborar diagnósticos de risco contrastante com a dificuldade observada na seleção de títulos retratantes de um problema tátil (NANDA, 2018).

Com o emprego da quimioterapia antineoplásica endovenosa, há preocupação com respostas indesejáveis tanto sistêmicas quanto no sítio do acesso (SOUZA et al., 2017; RADAEL et al., 2016). A complicação aguda mais severa nesta modalidade de tratamento é o extravasamento, que consiste na infiltração das substâncias infundidas por via endovenosa para os tecidos circunjacentes ao espaço puncionado (SOUZA et al., 2017; RADAEL et al., 2016). O autor Souza et al. (2017) afirma que este agravo acidental pode ocorrer em aproximadamente 6% dos pacientes em tratamento quimioterápico por essa via de administração e por isso o acesso vascular deve ser selecionado criteriosamente e constantemente avaliado, de modo a prevenir complicações. A preocupação da equipe com este possível evento adverso é evidente na Instituição em análise devido à identificação dos riscos de extravasamento e derramamento, e, além disso, o zelo pela integridade vascular pode ser percebido na descrição do risco de trauma vascular e de flebite.

Ao que se trata de efeitos sistêmicos, a quimioterapia compromete o sistema imune do indivíduo, o que pode ser evidenciado pelos diagnósticos de Proteção ineficaz e Risco de infecção (TENTARDINI, 2016). Tal déficit imunitário ocorre devido à redução transitória na contagem de leucócitos, atribuída aos efeitos citotóxicos que o tratamento quimioterápico proporciona (INSTITUTO ONCOGUIA, 2017).

A dor é um dos sintomas relatados com mais frequência pelo paciente oncológico e tem caráter multifacetário, podendo estar relacionada com diversos fatores além da neoplasia e o regime terapêutico (RUELA, SIQUEIRA e GRADIM, 2017). Esse sintoma é complexo, pois geralmente o paciente experiencia diferentes tipos de dor, em intervalos e intensidades variadas, com sensações concomitantes de dor aguda e crônica (RUELA, SIQUEIRA e GRADIM, 2017).

Neste estudo, vale ressaltar que, a seleção do diagnóstico de Dor aguda, observada em 29% da amostra avaliada, por vezes poderia ser de Dor crônica em virtude de sua duração superior a 3 meses. Dentro do domínio de Conforto da taxonomia em uso, o diagnóstico de

Conforto prejudicado também emergiu nesta pesquisa. O desconforto provocado, tanto pelo câncer quanto pela quimioterapia, é amplamente descrito em diversos estudos na área e cabe à equipe de assistência a diminuição deste sintoma, sempre que possível (MORAES FILHO e KHOURY, 2018; TENTARDINI, 2016; MOURA et al., 2014; RUELA, SIQUEIRA e GRADIM, 2017; MOYSÉS et al., 2016).

Outro sintoma conhecido deste regime de tratamento é a náusea, a qual embora tenha sido relatada em apenas 2% da amostra, tem uma incidência de 37 a 70% em pacientes em quimioterapia (MOYSÉS et al., 2016). Este sintoma está relacionado com o potencial emético dos agentes antineoplásicos, sua dose e velocidade de administração (MOYSÉS et al., 2016). Moysés et al. (2016) elucida um ponto muito importante, a inexistência do diagnóstico de enfermagem de Risco de náusea na taxonomia NANDA-I, o qual poderia desencadear intervenções preventivas, como a administração de antieméticos. Sabe-se que a náusea causa dificuldades para a alimentação por via oral e pode ter um impacto negativo no estado nutricional e qualidade de vida do paciente (MOYSÉS et al., 2016). Desta forma, é imprescindível que o profissional enfermeiro esteja atento para este sintoma e atue de maneira preventiva sempre que possível (MOYSÉS et al., 2016). A náusea, assim como a mucosite oral, constituem fatores potenciais para alterações negativas na nutrição do paciente oncológico (VALDUGA et al., 2018).

A mucosite oral é provocada pelo dano que o tratamento quimioterápico causa às células proliferativas da mucosa oral, causando dor e comprometimento na capacidade de alimentação (VALDUGA et al., 2018). O diagnóstico de Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais é consequência destes e de outros fatores e pode agravar o estado de fragilidade do paciente, levando ao identificado Risco de queda, Risco de síndrome do idoso frágil, entre outros (VALDUGA et al., 2018; MOYSÉS et al., 2016).

A experiência da quimioterapia impõe que o paciente conviva com uma série de efeitos tóxicos indesejáveis, os quais podem tornar o tratamento mais aversivo que a própria doença (MORAES FILHO e KHOURY, 2018). A minimização desses efeitos colaterais tem como agente essencial o enfermeiro, devido ao seu papel de cuidador (MOURA et al., 2014). Com o aumento nos casos de câncer e as mudanças sociais constantes, o profissional de enfermagem deve exercer suas funções com pensamentos críticos e baseados em evidências científicas, ao passo que promove cuidado humanizado ao paciente criando uma relação mútua de respeito e confiança (MOURA et al., 2014). A implementação dos diagnósticos de enfermagem, envolvidos pelo Processo de Enfermagem, o qual por sua vez é envolvido pela SAE, acarreta em uma melhora na assistência, o que justifica sua relevância (MOURA et al., 2014; MOYSÉS et al., 2016).

CONCLUSÃO

A metodologia selecionada oportunizou que o objetivo proposto fosse atingido. Entre as limitações do estudo, deve-se considerar que o mesmo retrata a realidade de apenas um Instituto do Câncer de um hospital de grande porte localizado no interior da Serra Gaúcha. Contudo, apenas desta mácula, o presente trabalho tem sua importância justificada pelos benefícios decorrentes da análise dos padrões de diagnósticos de enfermagem, que envolvem a personalização do cuidado e sua consecutiva melhora.

Destaca-se novamente a necessidade de uma equipe de enfermagem preparada e munida de conhecimento, capaz de intervir prevenindo e remediando efeitos colaterais do tratamento quimioterápico dispondo dos processos de sistematização como ferramenta ao seu trabalho. Os benefícios do Processo de Enfermagem seguem pouco explorados e esta realidade necessita de atenção. Almeja-se que esta leitura incentive maiores estudos acerca da temática, visando uma evolução no cuidado ao paciente oncológico submetido à quimioterapia antineoplásica por via endovenosa.

REFERÊNCIAS

- ESTRELA, C. Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- INSTITUTO ONCOGUIA [homepage na internet]. Pacientes com câncer devem dobrar os cuidados com a saúde em épocas mais frias do ano. 2017. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/pacientes-com-cancer-devem-redobrar-os-cuidados-com-a-saude-em-epocas-mais-frias-do-ano/10722/7/>. Acesso em: 12 jun. 2019
- JEMAL, A.; VINEIS, P.; BRAY, F.; TORRE, L.; FORMAN, D (Eds). The Cancer Atlas. 2 ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2014. Disponível em: www.cancer.org/canceratlas.
- MORAES FILHO, L. S.; KHOURY, H. T. T. Uso do Coping Religioso/Espiritual diante das Toxicidades da Quimioterapia no Paciente Oncológico. Rev Bras Cancerologia, v. 64, n. 1, p. 27-33. 2018. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/112/53>.
- MOURA, J. W. S.; ASSIS, M. F.; GONÇALVES, F. A. M.; MENDES, M. L. M. Enfermagem e Quimioterapia: um estudo no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. Cadernos de Graduação: ciências biológicas e da saúde, v. 1, n. 3, p.11-20. 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/facipesaude/article/view/1712>.
- MOYSÉS, A. M. B.; DURANT, L. C.; ALMEIDA, A. M.; GOZZO, T. O. Integrative review of factors related to the nursing diagnosis nausea during antineoplastic chemotherapy. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 24. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02812.pdf. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018/2020. 11 ed. Philadelphia: NANDA; 2018.
- RADAEL, W.; RADAEL, W.; CARVALHO, A.; DUTRA, J.; LAZARONE, B.; FUMIAN, L. Avaliação do Risco de extravasamento de quimioterápico antineoplásico administrado via cateter de inserção periférica: relato de caso. Acta Biomedica Brasiliensia, v. 7, n. 1, p. 124-129. 2016. Disponível em: <https://www.actabiomedica.com.br/index.php/acta/article/view/26>.

REMIZOSKI, J.; ROCHA, M. M.; VALL, J. Dificuldades na implantação da sistematização da assistência de enfermagem - SAE: uma revisão teórica. *Cad Esc Saúde*, v. 1, n. 3, p. 1-14. 2010. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/2298>.

RUELA, L. O.; SIQUEIRA, Y. M. A; GRADIM, C. V. C. Avaliação da dor em pacientes em tratamento quimioterápico: utilização do questionário McGill. *Rev. Dor*, v. 18, n. 2, p.156-160. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132017000200156&script=sci_arttext&tlng=pt.

SOUZA, N. R.; BUSHATSKY, M.; FIGUEIREDO, E. G.; MELO, J. T. S.; FREIRE, D. A.; SANTOS, I. C. R. V. Emergência oncológica: atuação dos enfermeiros no extravasamento de drogas quimioterápicas antineoplásicas. *Esc. Anna Nery*, v. 21, n. 1. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170009.pdf>.

TENTARDINI, D. M. Diagnósticos de Enfermagem utilizados na oncologia: uma revisão integrativa. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/148100>.

VALDUGA, F.; OLTRAMARI, E.; LEMES, L. T. O.; MATTOS, C. E.; STEFENON, L.; MOZZINI, C. B. Prevenção da mucosite oral em pacientes submetidos à quimioterapia. *Rev Bras Cancerologia*, v. 64, n. 2, p. 189-194. 2018. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_64/v02/pdf/07-artigo-prevencao-da-mucosite-oral-em-pacientes-submetidos-a-quimioterapia.pdf

“

Probióticos: como uma microbiota Intestinal saudável ajuda a combater infecções respiratórias virais agudas, similares à COVID-19

Diego Lisboa **Rios**
UFMG

Thiago Araújo **Andrade**
UFMG

Silvia de Siqueira **Costa**
UFMG

Pedro Gontijo **Carneiro**
UFMG

Rodrigo César de Oliveira **Sanches**
UFMG

Cássio Siqueira Souza **Cassiano**
UFSJ

Vidyleison Neves **Camargos**
UFMG

Wellington Ribeiro Aquino **Marques**
UFOP

César da Silva Santana **Moura**
UFMG

Patricia Costa Lima da **Silva**
UFMG

RESUMO

Objetivo: Abordar os benefícios antivirais e imunológicos do uso de probióticos no combate de infecções respiratórias virais agudas, como as causadas pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2). **Revisão Bibliográfica:** Em 2 de abril de 2020 o SARS-CoV-2, causador de infecções respiratórias virais agudas, já era uma pandemia com o número mundial de casos confirmados de 900.306, em 206 países, com um total de mortes de 45.693. Em virtude da falta de vacinas e tratamentos disponíveis até o momento, o uso de alternativas como os probióticos, é uma estratégia viável baseada em comprovados resultados positivo. Esta pesquisa seguiu os princípios de uma revisão sistemática, com buscas realizadas por periódicos escritos em inglês, português e espanhol, em cinco bases de dados bibliográficas distintas no período entre 1999 e 2020. Probióticos são moduladores do sistema imunológico do hospedeiro, tendo ação antiviral por interferir na fixação, invasão e até na inibição da replicação viral. Resultados *in vitro* revelaram ainda, que produtos metabólicos da linhagem N4 de *Lactobacillus plantarum* apresentaram atividade significativa anti-TGEV, um membro dos Coronavírus. **Considerações finais:** Apesar de ainda não existirem dados do efeito de probióticos em pacientes com a COVID-19, estudos sobre os efeitos de probióticos em infecções causados por outros vírus causadores de Infecção do trato respiratório superior (URI), sugerem potencial efeito benéfico na saúde da população em meio a pandemia.

Palavras-chave: Coronavírus; Probióticos; Imunomodulação; Pandemia; Antiviral.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, um surto contínuo de pneumonia associada a um novo coronavírus, chamado de Coronavirus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), foi relatado em Wuhan, província de Hubei, China. Nas semanas seguintes, infecções se espalharam pela China e outros países ao redor do mundo (HUANG C, et al., 2020). Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (WHO) declarou o surto uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (PHEIC). Em 12 de fevereiro de 2020, a WHO nomeou a doença causada pelo novo coronavírus como “Doença de Coronavírus 2019” (COVID-19) (WHO, 2020).

Atualmente, sete coronavírus humanos já foram identificados e nomeados em ordem cronológica: *Human Coronavirus 229E* (HCoV-229E), *Human Coronavirus OC43* (HCoV-OC43), *SARS-CoV*, *Human Coronavirus NL63* (HCoV-NL63, New Haven Coronavirus), *Human Coronavirus HKU1*, *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus* (MERS-CoV), SARS-CoV-2. O SARS-CoV-2 é completamente novo para o nosso sistema imunológico. Antes do surto atual, não há evidências de exposição prévia de seres humanos ao SARS-CoV-2. A ausência dessa exposição prévia faz com que nosso sistema imunológico seja susceptível à infecção, causando um enorme número de casos com sintomatologia (tosse, febre, cansaço, dificuldade para respirar) ausente ou de moderada a grave. O aumento da carga viral em hospedeiros imunodeficientes pode ser uma das razões pelas quais o vírus está se espalhando tão rapidamente pela população (PHAN LT, et.al., 2020).

O vírus é transmitido através de gotículas produzidas nas vias respiratórias das pessoas infectadas. Ao espirrar ou tossir, essas gotículas podem ser inaladas ou atingir diretamente a boca, nariz ou olhos de pessoas em contato próximo. Estas gotículas podem também depositar-se em objetos e superfícies próximas que podem afetar quem nelas toque e leve a mão aos olhos, nariz ou boca, embora esta forma de transmissão seja menos comum (CHEN Y, et al., 2020).

Apesar dos esforços unidos dos sistemas de saúde pública, hospitais e da comunidade científica chinesas, que compartilharam prontamente a sequência genômica do novo vírus com o mundo, uma vacina pode ainda levar meses (WU D, et.al., 2020). A demora no desenvolvimento de uma vacina faz necessário a busca por tratamentos eficazes para controlar e prevenir à infecção por SARS-CoV-2.

Dados clínicos iniciais mostraram potencial no tratamento de COVID-19 com esses três medicamentos e possíveis agentes: Cloroquina, um medicamento antimalárico; Inibidores de protease como o ritonavir, um medicamento anti-Vírus da imunodeficiência humana (HIV); Remdesivir, um medicamento antiviral usado anteriormente contra o Ebola. Atualmente, ensaios clínicos em larga escala estão em andamento na China e no mundo (WU D, et.al.,

2020). Com a indisponibilidade de vacina ou de um tratamento clinicamente comprovado, as melhores estratégias de prevenção da infecção pelo SARS-CoV-2 são: realizar higiene pessoal ao lavar as mãos, isolamento social e reforçar o sistema imunológico (PHAN LT, et.al., 2020).

Uma poderosa alternativa em meio a esta crise na saúde mundial é o uso de bactérias denominadas probióticas, capazes de interagir com nossa microbioma intestinal e, entre outros benefícios, reforçar o sistema imunológico, aumentar as respostas imunológicas e promover sinalização imunológica específica com relevância fisiológica (SANTADATI, et al., 2015). Probióticos são definidos como organismos vivos com atribuição de promoção da saúde quando ingeridas em número adequado (FAO, et al., 2002). Diversos *Lactobacillus* spp. são usados amplamente como aditivo alimentar no tratamento de distúrbios gastrointestinais e ajuste do equilíbrio intestinal (STJERNQUIST-DESATNIK A, et al., 2000). As bactérias ácido lácticas (LABs) tem atividade antibacteriana e antiviral contra diversos vírus em hospedeiros humanos e animais. Experimentos já mostraram a inibição significativa do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), H1N1 (Gripe Influenza Tipo A ou gripe suína), RSV (Vírus Sincicial Respiratório), TGEV (Coronavírus da gastroenterite transmissível) in vitro e redução da multiplicação viral in vivo, com níveis de interferon e outros fatores antivirais elevados (LEE DK, et al., 2015; CHAI W, et al., 2013; MAEDA N, et al., 2009).

Uma variedade de metabólitos, como plantaricina, exopolissacarídeos (EPS), ácido láctico, ácido acético, ácido gama-aminobutírico produzido por probióticos, são capazes de aumentar a imunidade corporal, antitumoral e antiviral (MERENSTEIN D, et al., 2010).

Diante disso, o presente artigo teve como objetivo apresentar uma revisão de literatura na qual sejam expostos os efeitos benéficos conhecidos do uso de probióticos e seu potencial antiviral e imunomodulador frente à alguns vírus causadores da Síndrome Respiratória Aguda Grave, similares ao SARS-CoV-2.

METODOLOGIA

Esta pesquisa seguiu os princípios de uma revisão sistemática (KHAN et al., 2003), ou seja, com definição a priori dos critérios a serem seguidos em relação ao tipo de estudo, ao período de tempo, à seleção e ao tamanho da amostra, às medidas de desfecho e de associações, à presença de vieses, às perdas de acompanhamento, entre outros. Através desse método, a detecção de todas as publicações dentro do período de busca estabelecido, assim como a seleção e a classificação das mesmas em termos de evidência científica foram seguidas de forma sistemática e padronizada, assegurando o rigor metodológico da presente revisão.

Bases de dados, limite de tempo e idiomas.

As buscas foram realizadas em cinco bases de dados bibliográficas — *PubMed*, *Web of Science*, *EMBASE*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *LILACS*. Ao finalizar as pesquisas em cada base, as referências duplicadas foram excluídas. Foram selecionados artigos publicados entre 1999 e 2020 (incluindo aqueles disponíveis online em 2020 que poderiam ser publicados em 2020), escritos em inglês, português ou espanhol.

Termos livres e critérios de inclusão e exclusão.

Há problemas e diferenças nos processos de indexação nas bases de dados bibliográficas; portanto, optou-se pela busca por termos livres, sem o uso de vocabulário controlado (descritores).

Com essa estratégia, houve uma recuperação de um número maior de referências, garantindo a detecção da maioria dos trabalhos publicados dentro dos critérios pré-estabelecidos. Um dos autores graduado em letras e com experiência em biblioteconomia foi responsável por essa etapa do trabalho. Os termos "*chronic pulmonary disease*"; "*pulmonary disease*"; "*chronic lung diseases*"; COVID-19; "*coronavirus*", "*probiotics*", "*immunomodulation*"; "*antiviral*". Foram combinados com as associações e desfechos de interesse, conforme proposto por Sin e colaboradores (2003).

Foram incluídos todos os artigos originais indexados no período selecionado, com delineamento experimental (ensaios clínicos, randomizados ou não) ou observacional (estudos de caso-controle, estudos de corte e estudos antes e depois), realizados *in vitro*, em cobaias e humanos, nos quais foram avaliados os seguintes desfechos: proteção por imunomodulação, proteção competição, antagonismo, mortalidade, função pulmonar, sintomas, qualidade de vida, efeitos adversos e exacerbações em Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Artigos que analisaram efeitos dos medicamentos sobre processo inflamatório, imunidade, avaliação de custo-efetividade, estudos observacionais com análise transversal, estudos de fase I ou II foram analisados e incluídos quando de acordo com os objetivos do trabalho.

Níveis de evidência científica

Os níveis de evidência científica (graus de recomendação) utilizados para a classificação das publicações desta revisão estão definidos, conforme os critérios recomendados no relatório *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (2006). A curadoria manual final foi realizada em reuniões com todos os participantes, cada um contribuindo nas res-

pectivas áreas de pesquisa.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Infecções respiratórias virais agudas

As Infecções do trato respiratório superior (URI), como as causadas pela COVID-19, estão entre os problemas de saúde mais comuns em humanos (SANTADATI, et al., 2015). Mesmo na ausência de pandemia, nos EUA, 25 milhões de consultas médicas são feitas por ano devido às URI. Em 2016, as doenças do sistema respiratório representaram 8,2% de todas as mortes na União Europeia (HUANG C, et al., 2020).

Sabe-se que mais de 200 vírus causam infecções respiratórias em humanos. Os agentes causadores mais comuns são o Coronavírus, Vírus Sincicial Respiratório (RSV), Vírus Parainfluenza, Enterovírus (EV), Vírus Influenza e Adenovírus, sendo o principal o Rinovírus Humano (HRV). Os sintomas da URI surgem após um período de incubação que varia dependendo do agente causador (ARAUJO GV, 2015).

Etiologia da COVID-19

Os coronavírus são vírus conhecidos por causar infecções respiratórias e geralmente provocam resfriados leves. São associados a um terço dos casos registrados no mundo em épocas mais frias. O prefixo “corona”, do latim coroa, deve-se à sua aparência de coroa solar devido a picos de proteínas em sua superfície medindo de 9 à 12 nm de comprimento (PHAN LT, et.al., 2020). Em relatório preliminar, a análise completa do genoma viral revela que o vírus compartilha 88% da identidade de sequência com dois coronavírus do tipo “Síndrome Respiratória Aguda Grave” (SARS) (bat-SL-CoVZC45 e bat-SL-CoVZXC21), derivados de morcegos. No entanto, o genoma é mais distante do Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV), 79%, e do Coronavírus da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV), 50%. Por isso, foi chamado temporariamente de novo coronavírus 2019 (2019-nCoV) (ROUJIAN L, et al., 2020). O SARS-CoV-2 é um vírus de RNA de fita simples e polaridade positiva, com alta capacidade de mutação, e que por ter aproximadamente 29.903 nucleotídeos, é considerado um dos maiores vírus de RNA conhecido (CHEN Y, et al., 2020).

Existem quatro proteínas estruturais principais codificadas pelo genoma coronaviral, uma das quais é a proteína spike (S). Esta proteína transmembrana se liga ao receptor da enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) e medeia a fusão subsequente entre o envelope, contendo o RNA viral, e as membranas celulares do hospedeiro para, assim, facilitar a entrada na célula hospedeira (HUANG C, et al., 2020). Em 11 de fevereiro de 2020, o

Grupo de Estudos sobre Coronavírus (CSG) do Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus (ICTV) finalmente o designou como Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2) com base na filogenia, taxonomia e prática estabelecida (CHEN Y, et al., 2020). Logo depois, a WHO nomeou a doença causada por este coronavírus como Doença de Coronavírus 2019 (COVID-19). Com base nos dados atuais, o SARS-CoV-2 pode ter infectado inicialmente morcegos e transmitido aos seres humanos via pangolim, ou outros animais selvagens vendidos no mercado de frutos do mar de Huanan. A partir daí, a disseminação ocorreu via transmissão de humano para humano (PHAN LT, et.al., 2020).

Epidemiologia da “Doença de Coronavírus 2019”

Evidências de grupos de familiares infectados e trabalhadores médicos confirmaram a presença de transmissão homem a homem por gotículas de saliva, contato e fômite. As estimativas atuais são de que o SARS-CoV-2 tem um período médio de incubação de 3 dias (faixa de 0 a 24 dias), com potencial transmissão assintomática (HUANG C, et al., 2020).

Em dezembro de 2019, apareceram os primeiros sintomas em pacientes já confirmados. No início a morbidade permaneceu baixa, mas atingiu um ponto de inflexão em meados de janeiro de 2020. Na presente data, 2 de abril de 2020, o número mundial de casos confirmados é de 900.306, em 206 países, com um total de mortes de 45.693 (WHO, 2020).

Apesar dos alarmantes números de mortes, a taxa de letalidade do novo vírus é em média 3,4%, menor do que a da SARS (8%) e da dengue (3,8%), sendo que de 80% das pessoas que forem infectadas terão um quadro respiratório leve, muito semelhante a uma gripe. Dos outros 20%, o quadro pode evoluir com falta de ar e, numa parcela 5 a 10% deles, será necessária a assistência ventilatória, levando à internação hospitalar. Além disso, existem certos grupos chamados de risco. Na comparação da faixa etária, os grupos de maior vulnerabilidade são dos 70 à 79 anos (8%) e mais de 80 (14,8%). Dentre os fatores que aumentam a letalidade, temos o câncer (6,2 vezes), hipertensão (6,7 vezes), doenças respiratórias crônicas (7 vezes), diabetes (8,1 vezes) e doenças cardiovasculares (11,7 vezes) (WU D, et.al., 2020).

Com a indisponibilidade de vacinas e tratamentos comprovadamente eficazes, o controle da COVID-19 é a única alternativa neste momento. Medidas eficazes de prevenção e controle devem incluir detecção, diagnóstico, tratamento dos casos graves em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e quarentena precoces, para bloquear a transmissão de pessoa para pessoa, além de reduzir infecções secundárias entre contatos próximos e profissionais de saúde (HUANG C, et al., 2020). Um sistema imunológico preparado, forte e saudável, poderia ser a diferença no nível de gravidade dos sintomas da COVID-19, principalmente nas pessoas do grupo de risco (PHAN LT, et.al., 2020).

Probióticos e seus efeitos comprovados na saúde

Os probióticos devem atender aos seguintes critérios: devem sobreviver no trato gastrointestinal e serem capazes de proliferar no intestino; devem beneficiar o hospedeiro através do crescimento ou atividade; e não devem ser patogênicos ou tóxicos (YANG Y, et al., 2017). Características probióticas podem ser encontradas em diversos gêneros, espécies e linhagens de microrganismos. Embora evidências recentes sugere que cada linhagem tenha alguns efeitos comuns à saúde, estas ainda apresentam muitos efeitos específicos na saúde (SANTADATI, et al., 2015). Os organismos probióticos mais comuns são bactérias do gênero *Bifidobacterium* e *Lactobacillus* (STJERNQUIST-DESATNIK A, et al., 2000). Descobertas usando metanálises de probióticos de linhagens específicas, sugerem que os benefícios comuns à saúde são derivados do consumo de uma dose adequada de qualquer linhagem segura, já conhecida por ser um probiótico eficaz. Por exemplo, uma metanálise usando diferentes linhagens em 10.351 pacientes, constatou que os probióticos tiveram um efeito positivo em oito doenças gastrointestinais em todas as espécies probióticas estudadas (YANG Y, et al., 2017).

Organização Mundial de Alergia (WAO) convocou um painel de diretrizes para desenvolver recomendações baseadas em evidências científicas para o uso de probióticos na prevenção de alergias (YANG Y, et al., 2017). Existem ainda evidências para apoiar o uso de probióticos em várias condições: prevenção de gastroenterite aguda, enterocolite necrosante, diarreia associada à antibióticos, constipação, síndrome do intestino irritável, doenças inflamatórias intestinais, intolerância à lactose, alergias, eczema atópico, certos tipos de câncer, doenças hepáticas, hiperlipidemia, infecção por *Helicobacter pylori*, infecções do trato geniturinário e saúde bucal (YANG Y, et al., 2017). A Associação Européia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica (ESPGHAN) também estabeleceu recomendações para o uso de probióticos na prevenção e tratamento de gastroenterite aguda em crianças (TAPIOVAARA L, et al., 2014). Além disso, metanálise de linhagem probiótica específica concluiu que o *Lactobacillus rhamnosus* GG (L. GG) era eficaz na prevenção da diarreia associada à antibióticos em crianças e adultos tratados com antibióticos por qualquer motivo (SWANLJUNG E, et al., 2015).

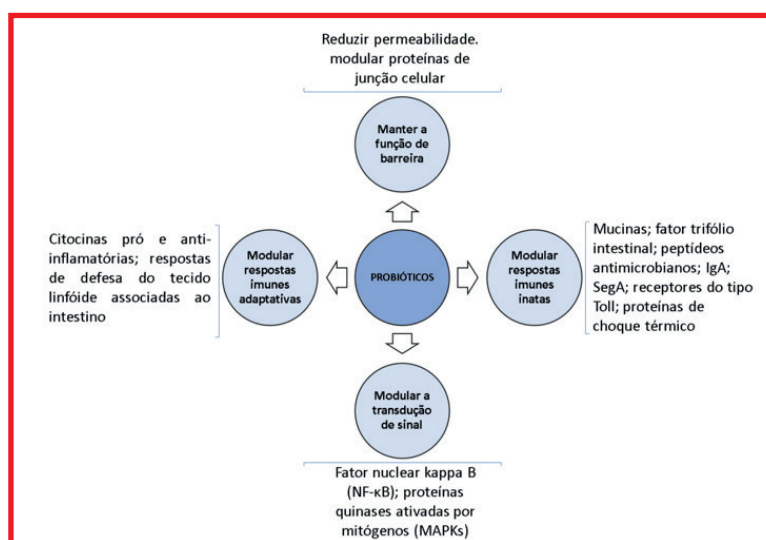
Mecanismos de ação - Probióticos

Os mecanismos de ação dos probióticos em infecções virais e bacterianas ainda não são completamente compreendidos. Linhagens específicas, exibem potenciais probióticos específicos, reforçando a integridade do epitélio intestinal e regular componentes do sistema imunológico. Na regulação de respostas imunes complexas, o trato gastrointestinal da

cavidade oral ao reto, é considerado a maior interface imune do hospedeiro com o meio ambiente. Os potenciais mecanismos são estudados principalmente no epitélio gastrointestinal. Os potenciais mecanismos de ação no trato respiratório permanecem desconhecidos, e mecanismos semelhantes aos do epitélio intestinal podem existir, mas o tópico precisa ser mais estudado (YANG Y, et al., 2017). Alguns mecanismos postulados de ação probiótica na defesa epitelial intestinal são apresentados na (Figura 1).

É possível que bactérias probióticas possam se ligar a um vírus invasor, inibindo assim a ligação do vírus ao receptor da célula hospedeira (SALMINEN S, et al., 2010). As LABs podem exercer atividade antiviral das seguintes maneiras: interação direta como um mecanismo de adsorção ou captura; estimulação do sistema imunológico por interleucina, células “assassinas” naturais, atividade de resposta imune celular do tipo Th1 e produção de IgA; produção de agentes antivirais (por exemplo, peróxido de hidrogênio, ácido láctico e bacteriocinas) (ARAUJO GV, 2015).

Figura 1. Possíveis mecanismos pelos quais as bactérias probióticas modulam as respostas de defesa intestinal.



Fonte: RIOS DL, et al., 2020; dados extraídos de SALMINEN S, et al., 2010; ARAUJO GV, 2015; YANG Y, et al., 2017.

Microbiota do trato respiratório e suas implicações na saúde

A microbiota nasofaríngea e adenóide (MNA) é um sistema interativo complexo, abrigando uma grande variedade de bactérias e vírus. Em crianças, observou-se que a MNA mudava de acordo com a estação, e as proporções de táxons mudavam com o uso de antibióticos. Sendo ainda demonstrado que os vírus respiratórios realizam alterações na adesão bacteriana, colonização e mecanismos imunológicos, na nasofaringe (YANG Y, et al., 2017).

A MNA pode afetar a vulnerabilidade dos indivíduos a infecções respiratórias. Um estudo demonstrou que crianças pequenas apresentavam pequena variedade de táxons e altas

contagens totais de bactérias em sua nasofaringe. Ao contrário de seus pais, que apresentavam muita variedade de táxons e contagem bacteriana baixa. Esse achado sugere que uma maior variedade de MNA poderia proteger o indivíduo contra a URI (YANG Y, et al., 2017).

É possível ainda que a maturação da comunidade microbiana associada ao hospedeiro ocorra de maneira semelhante na área nasofaríngea e no intestino. Curiosamente, o desenvolvimento da MNA já foi estudado em 60 crianças saudáveis, e certos padrões de microbiota foram associados a reduções nos episódios de URI relatados pelos pais. Diante disto, os cientistas começaram a investigar o efeito da adição de bactérias benéficas na microbiota intestinal e respiratória de adultos e crianças (SANTADATI, et al., 2015).

Colonização do trato respiratório com probióticos

A colonização do epitélio intestinal por probióticos têm sido extensivamente estudada (ALANDER M, et al., 1999). Experimentos já identificaram que a adesão na mucosa, apesar de importante, é incorretamente ensinada como essencial para os mecanismos de defesa imunológica e não imune na mucosa. Por exemplo, probióticos não colonizadores, como *Lactobacillus casei*, podem exercer suas funções de maneira transitória ou influenciar a comunidade microbiana existente (MERENSTEIN D, et al., 2010).

Já a colonização do epitélio do sistema respiratório com probióticos específicos ou bactérias do ácido láctico, ainda não é muito bem conhecida. Em um estudo piloto, foi observada a presença do probiótico *Lactobacillus plantarum* DSM9843 a partir da superfície tonsilar de 6 indivíduos no prazo de até oito horas após o consumo por via oral de mingau de aveia fermentado e enriquecido com este probiótico, sugerindo que a cepa pode possuir a capacidade de adesão às células tonsilares (STJERNQUIST-DESATNIK A, et al., 2000).

Em outro estudo populacional da microbiota, foi investigado a recuperação de *Streptococcus salivarius* K12 na nasofaringe e na cavidade oral após a ingestão oral. Neste estudo, uma das 19 culturas nasofaríngeas foi relatada positiva para o probiótico e foi recuperada de três adenóides, das sete examinadas (POWER DA, et al., 2008).

Ainda, um experimento tratou 20 adultos com *Streptococcus salivarius* 24SMBc intranasal por três dias. Os resultados mostraram que 95% dos indivíduos foram colonizados na nasofaringe com o probiótico pelo menos quatro horas após a administração do spray, a colonização persistiu por pelo menos seis dias em 55% dos indivíduos (SANTADATI, et al., 2015).

A recuperação tonsilar de *Lactobacillus rhamnusus* (GG), após consumo oral foi estudada em 57 adultos jovens por estudo controlado com placebo e randomizado. L. GG foi recuperado em 40% das amostras tonsilares dos grupos L. GG e em 30% das amostras dos grupos placebo (KUMPU M, et al., 2013). O L. GG também foi recuperado do tecido

adenóide de crianças que consumiram o probiótico por via oral em um experimento randomizado, duplo-cego. Nestes casos, todos os indivíduos que consumiram L. GG apresentaram a bactéria na adenóide, bem como 76% das amostras dos grupos placebo foram positivas (SWANLJUNG E, et al., 2015). Vinte e cinco amostras de efusão do Fluido do Ouvido Médio (MEF) da mesma população de estudo foram estudadas em outro trabalho. Neste, 21% dos grupos tratados com L.GG, mantiveram a permanência deste probiótico. No entanto, apenas 7% dos grupos placebo apresentaram L.GG no MEF (TAPIOVAARA L, et al., 2014). A descrição dos estudos, que investigaram a colonização do trato respiratório com probióticos, são apresentados na (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos estudos anteriores que investigaram a colonização do trato respiratório com probióticos; RDBPC = ensaio clínico prospectivo, randomizado, controlado por placebo; UFC = unidade formadora de colônia.

Temas	Metodologia e duração	Suplementação probiótica	Principais conclusões	Referência
Voluntários saudáveis, com idade média de 38 anos (n = 6).	Amostras de zaragatoa de amígdalas, após administração única por via oral.	L. plantarum (2x10 ¹¹ UFC)	A colonização permaneceu por 8 horas.	STJERNQUIS-T-DESATNIK A, et al., 2000.
Crianças agendadas para timpanostomia, com idade entre 0,5 e 5 anos (n = 19).	"Amostras de swab da língua e nasofaringe, 10 dias."	S. salivarius K12 (1.7 x 10 ¹⁰ UFC).	33% colonizados.	POWER DA, et al., 2008.
Jovens agendados para amigdalectomia, com idade média de 24,5 anos (n = 57).	"Amostras de tecido da amígdala RDBPC, 3 semanas."	L.GG (2x10 ¹⁰ UFC) ou multiespécies L.GG, Lc705, PJS, BB12.	30-40% de colonizados em diferentes grupos de intervenção.	KUMPU M, al., 2013.
"Adultos saudáveis com idade entre 30 e 54 anos (n = 20)."	Spray nasal, zaragatoas rinofaríngeas, 3 dias.	S. salivarius 24SMBc (8x10 ⁹ ufc).	95% colonizados, 55% permaneceram por seis dias.	SANTAGATI M, et al., 2015.
Crianças agendadas para adenotomia, com média de idade de 37,8 meses (n = 31).	"Amostras de adenóide RDBPC, 3 semanas."	"L. GG (8- 9 x 10 ⁹ UFC) x 2."	100% colonizado no grupo L. GG, 76% no grupo placebo.	SWANLJUNG E, et al., 2015.
Crianças agendadas para timpanostomia, com idade média de 31 meses (n = 13)	"Amostras RDBPC, MEE, 3 semanas."	"L. GG (8- 9 x 10 ⁹ UFC) x 2."	21% colonizados no grupo L.GG, 7% no grupo placebo.	TAPIOVAARA L, et al., 2014.

Fonte: RIOS DL, et al., 2020.

Identificada a colonização por bactérias probióticas benéficas ao organismo, investigou-se o impacto destas na proteção e imunomodulação do hospedeiro diante de infecções virais.

Efeitos clínicos dos probióticos no trato respiratório

A prevenção de infecções respiratórias pelo uso de probióticos vem sendo estudada por vários experimentos. Por exemplo, L.GG sozinho ou em combinação com outros probióticos demonstrou reduzir a incidência ou o risco de URI em crianças (HATAKKA K, et al., 2001). Uma revisão sistemática recente encontrou um resultado favorável ao uso de probióticos na

redução dos episódios de novas URI em crianças (ARAUJO GV, 2015).

No Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas (CDSR), encontra-se trabalho sobre o uso de probióticos em URI, no qual categorizou 13 ensaios clínicos randomizados com participantes em várias faixas etárias, (Tabela 2). Verificou-se que os probióticos eram melhores que o placebo na redução do número de indivíduos que experimentaram URI, havendo ainda redução na duração média desta, no número de prescrições de antibióticos e nas faltas escolares relacionadas ao frio (HAO Q, et al., 2015).

Tabela 2. Características dos estudos controlados randomizados; RD = randomizado, B = controlado por placebo, P = prospectivo, C = ensaio clínico.

Temas	Metodologia e duração	Suplementação probiótica	"Principais conclusões: Probiótico vs. placebo"	Referência
"Adultos saudáveis com idade entre 18 e 65 anos (n = 318)."	RDBPC, 3 meses.	" <i>L. plantarum</i> e <i>L. paracasei</i> (1x10 ⁹ UFC)."	"Incidência de episódios de resfriado comum ↓ Número de dias com sintomas respiratórios ↓"	BERGGREN A, et al. 2011.
Creches de 1 a 5 anos (n = 398).	RDBC, 3 meses.	<i>L. rhamnosus</i> HN001 (1010 UFC).	"Número e duração de URI ↔ Nível de IgA secretora ↑"	CACERES P, et al. 2010.
"Voluntários mais velhos em creches (n = 154)."	RDBPC, 5 meses.	" <i>L. casei</i> estirpe <i>Shirota</i> (4x1010 UFC)."	Número de URI aguda e escore de sintomas ↔	FUJITA R, et al. 2013.
Creches com idade entre 13 e 86 meses (n = 281).	RDBPC, 3 meses.	<i>L. rhamnosus</i> GG (109 UFC).	"Risco de URI ↓ Dias com sintomas respiratórios ↓"	HOJSAK I, et al. 2010a.
Hospitalizado em pediatria, acima de 1 ano (n = 742).	RDBPC, tempo de internação.	<i>L. rhamnosus</i> GG (109 UFC).	"Risco de URI ↓ Episódios de URI > 3 dias ↓"	HOJSAK I, et al. 2010b.
Voluntários saudáveis com idades entre 69 e 80 anos (n = 60).	RPC, 2 ou 3 meses.	<i>L. bulgaricus</i> (1,8 - 3,2x1010 UFC) e <i>S. thermophilus</i> (5,7 - 7,9 x 1010 UFC).	"Risco de URI ↓ Atividade natural de células assassinas ↑"	MAKINO S, et al. 2010.
"Creche saudável ou crianças em idade escolar de 3-6 anos (n = 638)."	RDBPC, 3 meses.	<i>L. casei</i> (2x1010 UFC), <i>S. thermophilus</i> e <i>L. bulgaricus</i> (109 UFC)	Incidência de doenças infecciosas comuns ↓	MERENSTEIN D, et al. 2010.
Bebês que necessitam de fórmula com idade entre 0-2 meses (n = 81).	RDBPC, 12 meses.	<i>L. rhamnosus</i> e <i>B. lactis</i> BB-12 (1x1010 UFC).	"Risco de URI ↓ Risco de OMA e antibióticos ↓"	RAUTAVA S, et al. 2019
"Crianças saudáveis de 8 a 13 anos (n = 80)."	RDBPC, 3 meses.	<i>L. acidophilus</i> e <i>B. bifidum</i> (1x10 ⁹ UFC).	"Sintomas da URI ↓ Ausências na escola relacionadas à URI ↓"	RERKSUPPA-PHOL S, et al. 2012
Crianças de 6 a 25 meses (n = 100).	RPC, 3 meses.	<i>L. acidophilus</i> e <i>L. casei</i> (109 - 1010 UFC).	Episódios de infecções do trato respiratório ↓	RIO ME< et al. 2002
"Crianças em idade escolar de 3 a 12 anos (n = 251)."	RDBPC, 5 meses.	<i>L. casei</i> .	Duração das infecções respiratórias inferiores ↓	SANZ, JM, et al. 2006
Estudantes universitários de 18 a 24 anos (n = 198).	RDBPC, 3 meses.	<i>L. rhamnosus</i> GG e <i>B. animalis-spp. lactis</i> BB-12.	"Duração ou URI ↓ Média da pontuação da gravidade ↓ Dias de aula perdidos ↓"	SMITH TJ, et al. 2013

Adultos saudáveis, idade média 38 ± 13 (n = 479).	RDBPC, 8,5 meses.	<i>L. gasseri</i> , <i>B. longum</i> e <i>B. bifidum</i> (5x10 ⁷ ufc).	"Duração da URI ↓ Escore total de sintomas ↓ Dias com febre durante a URI ↓"	DE VRESE M, et al. 2005

Fonte: RIOS DL, et al., 2020.

Uma metanálise com estudos randomizados e controlados por placebo, indica que o L. GG é capaz de reduzir a incidência de Otite Média Aguda (OMA), prescrições de antibióticos e o risco de URI em crianças (LIU S, et al., 2013). No entanto, em crianças propensas a otite com colonização por patógenos nasofaríngeos, o L. GG não reduziu a ocorrência de OMA (HATAKKA K, et al., 2007).

Novo modelo de tratamento da bacterioterapia intranasal por spray com *Streptococcus sanguinis* e L.GG, mostrou-se eficaz na diminuição do MEF em crianças com prolongada Otite Média com Efusão (OME). A recuperação de ambos os probióticos foi estatisticamente significativa (SKOVBJERG S, et al., 2009). Em crianças propensas a otite, o consumo de L. GG, Lc705, BB99 e PJS reduziu significativamente o número de amostras nasofaríngeas positivas de bocavírus humano (LEHTORANTA L, et al., 2012). Além disso, o L. GG foi recuperado do tecido epitelial das amígdalas, após o consumo oral e apresentando ainda, adesão prolongada (acima de 4 semanas) (KUMPU M, et al., 2013). Experimento in vitro indicou que L. GG é capaz de inibir a aderência do *Streptococcus pneumoniae* às células epiteliais humanas (WONG SS, et al., 2000).

Dois estudos de revisão sugeriram que algumas linhagens de probióticos específicas interagem com patógenos, e têm o potencial de reduzir a colonização destes na nasofaringe, reduzindo potencialmente a OMA e a URI (SALMINEN S, et al., 2010).

***Latobacillus plantarum* possui efeito antiviral in vitro contra Coronavírus**

O TGEV pertence à família *Coronaviridae*, gênero *Alphacoronavirus*, espécie *Alphacoronavirus 1*, sendo o SARS-COV-2, do gênero *Betacoronavirus*, espécie *Sarbecovirus*. O TGEV causa problemas respiratórios e diarreia graves (YANG Y, et al., 2017).

Yang Y, et al., (2017); demonstraram in vitro que o mecanismo antiviral do probiótico *Lactobacillus plantarum* inclui a colonização do epitélio, impedindo estereotipicamente a adesão do TGEV à superfície. Ainda ocorre a ligação entre receptores do probiótico (como pAPN) e o vírus, formando complexos. Não obstante, os probióticos e seus metabólitos também podem interferir indiretamente com o vírus, alterando o estado das células, além de estimular a imunidade inata ou adaptativa. A Cromatografia gasosa acoplada à espectrometria de massas (GC-MS) revelou que os sobrenadantes do probiótico podem conter aproximadamente 123 compostos, sendo mais alta a proporção de moléculas de açúcar. Já a análise por método *Methylthiazolyl-diphenyl-Tetrazolium Bromide* (MTT) indicou que a

principal substância antiviral é o EPS. A surfactina, outro metabólito produzido por *Lactobacillus plantarum*, têm atividade antiviral contra o TGEV. Ela entra nas células IPEC-J2 absorvendo partículas de vírus e bloqueando a ligação viral por inibição competitiva. Metabólitos dos probióticos ainda poderiam ter um efeito inibitório direto na proliferação do vírus, como entrar diretamente no núcleocapsídeo para destruir o RNA viral, afetando a montagem das partículas do vírus e produzindo compostos tóxicos ao vírus.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão propõe-se elucidar a importância do reforço do sistema imunológico pelo uso de probióticos, como estratégia válida frente a (URI), similares à COVID-19. Salientamos ainda, que a manutenção de uma diversidade microbiana intestinal saudável e, por consequência, da imunidade do hospedeiro, tem impacto ainda mais acentuado nos grupos de risco, por estes já estarem em situação de maior vulnerabilidade imunológica. Apesar de ainda não existirem dados do efeito de probióticos em pacientes infectados com o SARS-CoV-2, estudos sobre os efeitos de probióticos em infecções causados por outros vírus causadores de URI, sugerem potencial efeito benéfico na saúde da população em meio a pandemia viral.

REFERÊNCIAS

- ALANDER M, et al. Persistence of colonization of human colonic mucosa by a probiotic strain, *Lactobacillus rhamnosus* GG, after oral consumption. *Appl. Environ. Microbiol.*, 1999; 65: 351-354.
- ARAUJO GV, et al. Probiotics for the treatment of upper and lower respiratory-tract infections in children: systematic review based on randomized clinical trials. *J. Pediatr. (Rio J)*, 2015; 91: 413-427.
- BERGGREN A, et al. Randomised, double-blind and placebo-controlled study using new probiotic lactobacilli for strengthening the body immune defence against viral infections. *Eur. J. Nutr.*, 2011; 50: 203-210.
- CACERES P, et al. Effects of HN001 on acute respiratory infections and intestinal secretory IgA in children. 2010; 5: 353-362.
- CHAI W, et al. Antiviral effects of a probiotic enterococcus faecium, strain against transmissible gastroenteritis coronavirus. *Archives of Virology*, 2013; 158: 799-807.
- CHEN Y, et al. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. *J Med Virol*, 2020; Apr;92(4):418-423. doi: 10.1002/jmv.25681.
- DE VRESE M, et al. Effect of *Lactobacillus gasseri* PA 16/8, *Bifidobacterium longum* SP 07/3, *B. bifidum* MF 20/5 on common cold episodes: a double blind, randomized, controlled trial. *Clin. Nutr.*, 2005; 24: 481-491.
- FAO. Report of a Joint FAO/WHO Working Group on Drafting Guidelines for the Evaluation of Probiotics in Food. London, Ontario, Canada, 2002.

FUJITA R, et al. Decreased duration of acute upper respiratory tract infections with daily intake of fermented milk: a multicenter, double-blinded, randomized comparative study in users of day care facilities for the elderly population. *Am.J.Infect.Control*, 2013; 41: 1231-1235.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Bethesda: National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute; 2006.

HAO Q, et al. Probiotics for preventing acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst.Rev*, 2015; 2: CD006895.

HATAKKA K, et al. Effect of long term consumption of probiotic milk on infections in children attending day care centres: double blind, randomised trial. 2001; *BMJ* 322: 1327.

HATAKKA K, et al. Treatment of acute otitis media with probiotics in otitis-prone children-a double-blind, placebo-controlled randomised study. *ClinNutr*, 2007; 26: 314-321.

HOJSAK I, et al. Lactobacillus GG in the prevention of gastrointestinal and respiratory tract infections in children who attend day care centers: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *ClinNutr*, 2010; 29: 312-316.

HOJSAK I, et al. Lactobacillus GG in the prevention of nosocomial gastrointestinal and respiratory tract infections. *Pediatrics*, 2010; 125: e1171-1177.

HUANG C, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *pii: S0140-6736(20)30183-5*, 2020; doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.

Khan KS, Kunz R, Kleijnen J, Antes G. Systematic Reviews to Support Evidence-Based Medicine. How to Review and Apply findings of Health Care Research. Abington: RSM Press; 2003.

KUMPU M, et al. Recovery of probiotic Lactobacillus rhamnosus GG in tonsil tissue after oral administration: randomised, placebo-controlled, double-blind clinical trial. *Br.J. Nutr*, 2013; 109: 2240-2246.

LEE DK, et al. Probiotic bacteria, *B. longum* and *L. acidophilus* inhibit infection by rotavirus in vitro and decrease the duration of diarrhea in pediatric patients. *Clinics & Research in Hepatology & Gastroenterology*, 2015; 39: 237-244.

LEHTORANTA L, et al. Human bocavirus in the nasopharynx of otitis-prone children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2012; 76: 206-211.

LIU S, et al. Lactobacillus rhamnosus GG supplementation for preventing respiratory infections in children: a meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Indian Pediatr*, 2013; 50: 377-381.

MAEDA N, et al. Oral administration of heat-killed lactobacillus plantarum I-137 enhances protection against influenza virus infection by stimulation of type I interferon production in mice. *International Immunopharmacology*, 2009; 9: 11-22.

MAKINO S, et al. Reducing the risk of infection in the elderly by dietary intake of yoghurt fermented with Lactobacillus delbrueckii ssp. bulgaricus OLL1073R-1. *Br J Nutr*, 2010; 104: 998-1006.

MERENSTEIN D, et al. Use of a fermented dairy probiotic drink containing Lactobacillus casei (DN-114 001) to decrease the rate of illness in kids: the DRINK study. A patient-oriented, double-blind, cluster-randomized, placebo-controlled, clinical trial. *Eur.J.Clin.Nutr*, 2010; 64: 669-677.

- PHAN LT, et al. Importation and human-to-human transmission of a novel coronavirus in Vietnam. NEJM. January 28, 2020. doi: 10.1056/NEJMc2001272.
- POWER DA, et al. Preliminary investigations of the colonisation of upper respiratory tract tissues of infants using a paediatric formulation of the oral probiotic *Streptococcus salivarius* K12. Eur.J.Clin. Microbiol.Infect.Dis, 2008; 27: 1261-1263.
- RAUTAVA S, et al. Specific probiotics in reducing the risk of acute infections in infancy--a randomised, double-blind, placebo-controlled study. Br J Nutr, 2009; 101: 1722-1726.
- RERKSUPPAPHOL S, et al. Randomized controlled trial of probiotics to reduce common cold in schoolchildren. PediatrInt, 2012; 54: 682-687.
- RÍO ME, et al. The nutritional status change the effectiveness of a dietary supplement of lactic bacteria on the emerging of respiratory tract diseases in children. Arch Latinoam Nutr, 2002; 52: 29-34.
- ROUJIAN L, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. doi, 2020: 10.1016 S0140-6736(20)30251-8.
- SALMINEN S, et al. Interaction of probiotics and pathogens--benefits to human health? CurrOpin-Biotechnol, 2010; 21: 157-167.
- SANTAGATI M, et al. Colonization, safety, and tolerability study of the *Streptococcus salivarius* 24SMBc nasal spray for its application in upper respiratory tract infections. Eur.J.Clin.Microbiol. Infect.Dis, 2015; 34: 2075-2080
- SANZ JM, et al. Effect of *Lactobacillus casei* on the incidence of infectious conditions in children. NutrHosp, 2006; 21: 547-551.
- SIN DD, McAlister FA, Man SF, Anthonisen NR. Contemporary management of chronic obstructive pulmonary disease: scientific review. JAMA. 2003;290(17):2301-12.
- SKOVBJERG S, et al. Spray bacteriotherapy decreases middle ear fluid in children with secretory otitis media. Arch Dis Child, 2009; 94: 92-98.
- SMITH TJ, et al. R. Effect of *Lactobacillus rhamnosus* L.GG(R) and *Bifidobacterium animalis* ssp. lactis BB-12(R) on health-related quality of life in college students affected by upper respiratory infections. Br.J.Nutr, 2013; 109: 1999-2007.
- STJERNQUIST-DESATNIK A, et al. Persistence of *Lactobacillus plantarum* DSM 9843 on human tonsillar surface after oral administration in fermented oatmeal gruel. A pilot study. ActaOtolaryngol. Suppl, 2000; 543: 215-219.
- SWANLJUNG E, et al. *Lactobacillus rhamnosus* GG in adenoid tissue: Double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial. ActaOtolaryngol, 2015; 135: 824-830.
- TAPIOVAARA L, et al. *Lactobacillus rhamnosus* GG in the middle ear after randomized, double-blind, placebo-controlled oral administration. Int.J.Pediatr.Otorhinolaryngol, 2014; 78: 1637-1641.
- WONG SS, et al. Inhibition of *Streptococcus pneumoniae* adherence to human epithelial cells in vitro by the probiotic *Lactobacillus rhamnosus* GG. BMC Res.Notes, 2013; 6: 135.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV), 2020.

WU D, et al. The SARS-CoV-2 outbreak: what we know. *Int J Infect Dis*, 2020; Mar 11. doi:10.1016/j.ijid.2020.03.004.

YANG Y, et al. Antiviral Effects of a Probiotic Metabolic Products against Transmissible Gastroenteritis Coronavirus. *J Prob Health*, 2017; 5: 184. doi:10.4172/2329-8901.1000184

RIOS, D. L.; COSTA, S. DE S.; SANCHES, R. C. DE O.; CAMARGOS, V. N.; MOURA, C. DA S. S.; ANDRADE, T. A.; CARNEIRO, P. G.; CASSIANO, C. S. S.; MARQUES, W. R. A.; SILVA, P. C. L. DA. Probióticos: como uma microbiota intestinal saudável ajuda a combater infecções respiratórias virais agudas, similares à covid-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 46, p. e3537, 12 jun. 2020. Artigo original.

“

Processo de melhoria no cuidado
ao recém-nascido pré-termo
na prevenção de lesão nasal
secundária ao uso de VNI/CPAP

Albérica de Cássia da Silva **Pereira**
UFPE/SES/PE - HBL

Ademilton de Freitas **Santos**
UFPE/SES/PE - HBL

Tayná Rafaelle Lopes Pereira da **Silva**
UFPE

RESUMO

Introdução: Os recém-nascidos pré-termos são aqueles que nascem com idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas, sendo assim, a prematuridade engloba uma gama de consequências para o neonato e as doenças respiratórias são mais comuns. Com os avanços da neonatologia, frequentemente os neonatos têm sobrevivido, principalmente pela utilização dos métodos de Ventilação Não Invasiva (VNI/CPAP). O CPAP é modo de assistência ventilatória que fornece pressão positiva contínua nas vias aéreas, melhora a mecânica pulmonar, reduz o esforço respiratório, evitando o colapso alveolar. É ofertado por uma rede de traqueias, que adaptam o ventilador mecânico às vias aéreas, tendo em sua extremidade distal a pronga nasal confeccionada em material de silicone, flexível e em diversos tamanhos. A pressão exercida pela pronga nasal às narinas pode gerar várias lesões no septo nasal caracterizada em 3 estágios: leve (hiperemia nasal), Moderada (lesão e sangramento) e severa (formação de necrose). **Objetivo:** Capacitar a equipe de enfermagem para promoção de um cuidado seguro e prevenir as lesões nasais secundárias ao uso de cpap. **Método:** Proposta de Intervenção que orienta mudanças em uma dada realidade nos serviços de saúde. Feito análise da problemática em relação ao alto índice das lesões nasais em recém nascidos pre termos da UTI neonatal um hospital público de Recife -PE A população analisada foram recém nascidos prematuros incluindo os menores de 37 semanas e até 1500kg e em uso de CPAP por mais de 24h, excluindo os com menos de 24h de uso de terapia respiratória. A coleta de dados ocorreu de novembro de 2017 até abril de 2018, com planilha de avaliação diária dos prematuros em uso de cpap observando indicadores : Data de nascimento e peso, Idade Gestacional (IG), Tempo de Uso de Cpap, Tipo de pronga , Tipo de Lesão, Data de início da lesão e se Uso de protetor de hidrocoloide. Os dados foram comparados com a literatura encontrada nas bases de dados SCIELO, BVS. Utilizou-se as ferramentas de qualidade, PDCA, Brainstorming (tempestade de ideias), Diagrama de Ishikawa e a 5W2H para direcionar a causa da problemática das lesões e nortear o processo de trabalho. **Resultados:** Após comparar os dados colhidos com a literatura atual sobre o tema percebe-se que algumas variáveis se associam e predispõem o surgimento das lesões como IG, tempo de uso do CPAP e Cuidado de enfermagem. Com a identificação do problema através das ferramentas anteriores, foi elaborado um plano de ação baseado na 4ª ferramenta da qualidade 5W2H com o objetivo de nortear a tomada de decisão e o alcance de metas. Espera-se que a proposta conscientize os profissionais sobre os fatores que envolvem o aparecimento das lesões nasais e um cuidado seguro seja oferecido continuamente. **Conclusão:** Esta análise evidenciou que a incidência e a gravidade das lesões nasais em prematuros com uso de CPAP envolve principais fatores como IG, Tempo de Uso, qualidade do material e cuidado Assistencial.

Palavras-chave: Prematuro; Ferimentos e Lesões; Cuidados de Enfermagem; Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera recém-nascido pré-termo (RNPT) aqueles nascidos com menos de 37 semanas de idade gestacional (IG). A prematuridade traz consigo diversas consequências para o recém-nascido, no tocante àqueles com menos de 34 semanas de idade gestacional. Entre as complicações que podem surgir diante da prematuridade está a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), antiga Doença da Membrana Hialina (DMH) que se caracteriza por uma insuficiência respiratória progressiva, na qual os alvéolos pulmonares do recém-nascido pré termo não conseguem permanecer abertos, devido a um aumento da tensão superficial resultante de uma disfunção quantitativa e qualitativa de surfactante endógeno (hormônio composto por uma mistura de proteínas e lipídios, sintetizado a partir da 20ª semana de gestação, atingindo seu pico por volta da 35ª semana de idade gestacional) (AREDES et al., 2017; NASCIMENTO JÚNIOR et al., 2014).

Essa Síndrome afeta principalmente recém-nascidos pré-termos do sexo masculino que pesam entre 1000 e 1500kg, sendo sua incidência inversamente proporcional à idade gestacional, ou seja, quanto menor a idade gestacional (IG), maior é a ocorrência da doença dada a baixa quantidade de surfactante endógeno essencial para a maturação pulmonar do recém-nascido. O RN com Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) sofre com desconforto respiratório precoce e progressivo, taquipnéia, gemido expiratório, tiragem intercostal e subcostal, batimento de asa de nariz, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído e cianose, causando significativa morbimortalidade em curto e longo prazo cooperando para altos custos as unidades de terapia intensivas neonatais (NASCIMENTO JÚNIOR et al, 2014; AMIB 2020).

Neste contexto, a imaturidade pulmonar e a deficiência de surfactante endógeno predis põem a vários graus de distúrbios pulmonares, caracterizando a necessidade de surfactante exógeno e suporte ventilatório. Atualmente, os avanços na assistência neonatal têm reduzido a mortalidade de prematuros de alto risco, e a utilização do método VNI/CPAP (Ventilação Não Invasiva / Continuous Positive Airway Pressure) é uma alternativa para estes neonatos (PRIMO et al., 2014; BONFIM et al., 2014; NASCIMENTO JÚNIOR et al., 2014).

O CPAP é um modo de assistência ventilatória que fornece uma pressão positiva contínua nas vias aéreas, melhora a mecânica pulmonar, diminui o esforço respiratório, potencializa a função do surfactante endógeno, evitando o colapso alveolar. Tais vantagens tornam o CPAP nasal uma abordagem terapêutica eficaz, indispensável nas UTI Neonatais, que assistem os neonatos acometidos por alguma doença respiratória. Tem eficácia comprovada e é opção de primeira escolha em relação a ventilação mecânica, além de baixo custo. A pressão exercida pelo CPAP é ofertada por um dispositivo de conexão as vias aéreas (pronga nasal) confeccionada em material de silicone flexível e em diversos tamanhos.

Apesar das vantagens na prática clínica a pressão exercida pela pronga nasal gera várias lesões na columela, septo e mucosa nasal caracterizadas em três estágios: Lesão Leve (hiperemia nasal), Lesão Moderada (injúria e sangramento) e Lesão Severa (formação de necroses). Vale ressaltar, que a imaturidade do sistema tegumentar do recém-nascido prematuro torna-o mais susceptível ao aparecimento de lesões de pele e infecções. Isto, combinado ao risco de infecção inerente ao cenário hospitalar, representa um alerta sobre a importância de ações de biossegurança, vigilância e cuidado qualificado junto a esta população. (NUNES et al., 2012; SILVA et al., 2010; GOMES, 2017, AREDES et al, 2017).

No entanto, a alta incidência de traumas nasais tem sido considerada pela literatura atual como um evento adverso (incidente que resulta em danos à saúde) em potencial. Os erros de técnica e procedimentos certamente resultam no prolongamento da internação, somando-se aumento no custo da assistência de enfermagem para o paciente e/ou família. Por outro lado, estratégias podem ser realizadas para minimizar esses eventos. A ocorrência de trauma nasal nos recém nascidos pre - termos varia de 20 a 42% em nível mundial atingindo percentuais de 85 a 100% em nível nacional. Estima-se dessa forma, que 88,4% das Unidades Neonatais do Nordeste Brasileiro utilizam método de ventilação não invasiva e que o dispositivo mais utilizado é pronga nasal (MIRANDA, 2017).

A análise dos estudos selecionados evidenciou que algumas variáveis estão diretamente relacionadas com o surgimento das lesões como idade gestacional/imaturidade tegumentar e tempo de uso do Cpap Nasal ou seja quanto menor a IG, maior tempo de permanência da terapêutica e maior incidência e gravidade das lesões nasais, uma vez que o aparecimento se dá em torno do 4º dia de uso desta intervenção. Ademais, ressalta-se que a prevenção de lesões nasais em recém nascidos prematuros em uso de prongas nasais depende da qualidade do material e tamanho adequado ao peso do RN, técnicas de instalação das prongas e monitoramento do cuidado de enfermagem (BONFIM, 2014).

No que diz respeito aos cuidados prestados ao RNs submetidos ao uso de CPAP na prevenção de lesão de septo nasal, grande parte deles é realizada pela equipe de enfermagem tais como: lavar as mãos, posicionamento do RN por meio de estratégias de conforto usando rolinhos, coxins e ninhos (neonato mais tranquilo e evita deslocamento frequente do dispositivo nasal, instabilidade respiratória e perda de integridade da pele), escolher dispositivo adequado ao peso do RN, instalar placa de hidrocoloide para proteger a pele de atrito com o dispositivo, estabilização do circuito e tubulações para evitar peso e tração sobre a pronga e assim repuxar as narinas repercutindo em lesões, umidificação das narinas, manter aquecimento dos gases(melhora a fluidez facilitando a remoção de secreções), aspiração de vias aéreas com sonda de calibre adequado, massagens circulares delicadas na região nasal em contato com o dispositivo, promover a possibilidade de descanso do uso

da pronga de acordo com a estabilidade clínica do RN e alternar máscara nasal e pronga. Neste sentido, todos estes cuidados devem ser dispensados a cada 3h para real prevenção. Apesar, do RN receber na UTIN assistência especializada, observa-se que, as lesões nasais continuam em alto percentual, caracterizando a fragilidade e inadequação dos cuidados dispensados (BONFIM, 2014)

Diante disto, tendo a enfermeira um papel estrutural no cuidado intensivo neonatal, por meio do seu exame físico de rotina nos Recém-Nascidos (RN) verificou que frequentemente os recém-nascidos pré-termos têm apresentado lesões nasais, de graus variados, como uma complicação secundária ao uso da terapêutica VNI/CPAP. Considerando o Diagnóstico Situacional da UTI Neonatal naquele momento percebe-se que alguns fatores predispõem ao aparecimento de lesões nasais na UTIN, destacam-se: Material Inadequado (pronga nasal muito reprocessada); Falta de Protetor de Septo Nasal (hidrocoloide); Equipe Assistencial não Sensibilizada para Prevenção de lesão Nasal durante a terapêutica de VNI/CPAP; Equipe não Treinada para Instalação e Monitorização do Cuidado durante a instalação da Terapêutica; Falta de Protocolo Operacional Padrão Relacionado ao Cuidado Assistencial na Prevenção de lesão Nasal em Recém Nascidos Pré-Termos.

PERGUNTA NORTEADORA

A educação permanente contribui para a assistência de enfermagem prestada ao recém nascido pré termo internado na UTI Neonatal na prevenção das lesões nasais secundárias ao uso de CPAP?

Justificativa

Neste contexto, há necessidade premente de uma intervenção educativa para a equipe assistencial de saúde, no tocante a enfermagem, por meio da Educação em Saúde/ Política de Educação Permanente (PEP), que propõe educação no contexto social, sanitários e dos serviços, concentrando-se nos problemas da prática diária das instituições, promovendo um potencial reflexivo e participativo. A capacitação da equipe deve ser centrada na sensibilização, construção de conhecimento, na oportunidade de refletir criticamente sobre sua realidade, analisando-a, buscando compreendê-la e transformá-la, a fim, de trazer mudanças à prática clínica assistencial em saúde (QUERIDO et al., 2013; VASCONCELOS et al. 2014).

OBJETIVO GERAL

Diminuir a incidência das lesões nasais secundárias ao uso de Ventilação Não Invasiva (VNI/ CPAP) em recém-nascidos pré-termos através da melhoria do cuidado assistencial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilizar a equipe de enfermagem sobre sua importante atuação no monitoramento/prevenção de lesões nasais em recém-nascidos prematuros na UTIN;
- Capacitar a equipe de enfermagem para promoção de um cuidado seguro na prevenção as lesões nasais ao recém-nascido prematuro na UTIN;
- Estimular a cultura de um cuidado seguro em neonatologia;
- Construir um Fluxograma de Cuidados aos recém-nascidos pré-termos na prevenção de lesão Nasal secundária ao uso de VNI/CPAP.

MÉTODO

Projeto de Intervenção orienta a mudança ou transformação de uma dada realidade, incluindo a organização e administração dos serviços de saúde, o processo de trabalho dos profissionais envolvidos, assistência propriamente dita e/ou as ações de educação em saúde (BORBA, et. al , 2015).

O Diagnóstico Situacional foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital da Rede Pública Estadual do Município do Recife – PE, onde este possui 310 leitos, sendo referência em atendimento Materno Infantil no Estado. A UTIN possui 10 leitos, 5 técnicos de enfermagem (cada Técnico de enfermagem é responsável por 2 leitos), 01 enfermeiro plantonista, 01 enfermeiro diarista, 01 médico plantonista, 02 médicos diaristas, 01 fisioterapeuta Respiratório, 01 fisioterapeuta motor, além de uma equipe de Fonoaudiologia, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Psicóloga e Assistente social.

A população analisada composta por recém-nascidos prematuros, com Idade Gestacional inferior a 37 semanas, pesando até 1. 500 kg e em uso de Ventilação Não Invasiva (VNI/CPAP NASAL) internados na UTIN. Tendo como critérios de inclusão, estar classificado como recém-nascido pre termo, estando mais de 24 horas em uso de VNI/CPAP. Excluindo aqueles com menos de 24h em uso desta terapia respiratória.

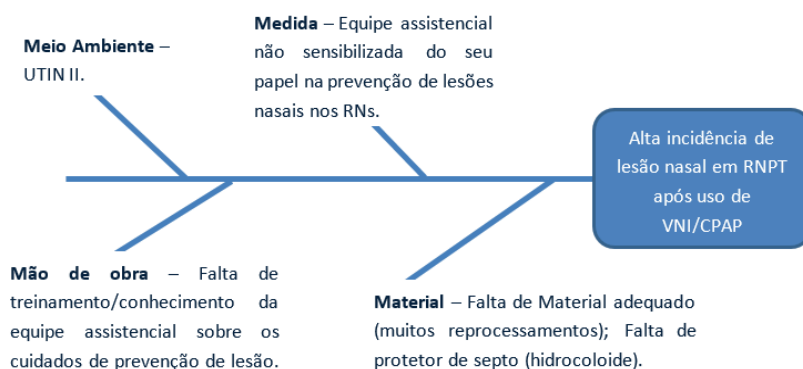
A coleta de dados foi realizada em novembro de 2017 a abril de 2018. Onde utilizou-se uma Planilha de Acompanhamento Diário dos recém-nascidos prematuros em uso de VNI/CPAP composta por duas partes: 1º parte - Identificação do RN (Nome, Registro, Leito, Datas de Nascimento e Admissão, Hipótese Diagnóstica, Peso de Nascimento, IG). 2º parte - indicadores de avaliação: Tempo de uso VNI/CPAP, Uso de Protetor de septo (Hidrocoloide), Existência de Trauma de Face, Existência e classificação do Tipo de Lesão Nasal (L se leve; M se moderada; S se severa), Uso de Antimicrobiano/Corticoide tópico, Tipo de

Pronga Nasal (relacionando à marca, se componente do circuito de VNI do setor, ou origem de extraordinária), Data de Início da Lesão, Tempo de Permanência do VNI/CPAP (havia um calendário na planilha para cada RN e a cada dia de uso da VNI/CPAP, sendo feita uma marcação com a letra “Xis” (X),e no fim, a soma o total de dias de uso). Esta marcação também era utilizada para sinalizar o uso/presença, ou não, dos demais indicadores. A planilha era preenchida pelo profissional enfermeiro da UTIN a cada turno de plantão, diurno e noturno.

Os dados foram colhidos e analisados pelo enfermeiro (a) que diagnosticou a situação, comparou com a Literatura atual sobre o tema e assim permitiu-se confirmar a associação de variáveis que contribuem para o aparecimento das lesões nasais em recém-nascidos pré-termos na UTIN como: Idade Gestacional inversamente proporcional ao Tempo de uso da Terapêutica VNI/CPAP, material inadequado (pronga nasal desgastada) e falta de monitoramento do cuidado Assistencial (PRIMO et al 2014).

Os artigos de revisão da literatura nos possibilitam ampla informação sobre a problemática em questão e a construção de conhecimento que posteriormente deve ser incorporado a uma prática assistencial de qualidade (ERCOLE, 2014). Pesquisa feita no banco de dados do Google Acadêmico, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no Sientific Eletrinic Libray Online (Scielo), Mediline, para busca das publicações foi utilizados os descritores: prematuridade, lesão, ferimentos, unidade de cuidado intensivo, recém-nascido e os cuidados de enfermagem.

Foram utilizadas quatro ferramentas da qualidade para nos direcionar sobre as principais causas da problemática das lesões nasais secundária ao uso de VNI/CPAP como: Brainstorming (tempestade ideias) que coleta informações para a solução de problemas, Diagrama de Ishikawa (Diagrama de Causa e Efeito) método particularmente efetivo que ajuda a pesquisar a origem dos problemas, PDCA método utilizado para atingir metas que proporcionam melhorias nos processos e possui 4 etapas: P (Planejamento de metas) D (Fazer-Execução do Planejamento) C (Checar-Verificação de Resultados) A (Agir Executar Ações de melhoria. Se positivo padroniza o método, se negativo, corrige e retorna ao P do processo) e 5W2H (Plano de ação para desenvolver/organizar as atividades com maior clareza) com objetivo de nortear o processo de trabalho, tomada de decisão e alcance de metas (SILVA et al.,2017).



INTERVENÇÃO DE MELHORIA PROPOSTA PLANO DE AÇÃO-MODELO 5W2H

Problema	WHAT "O QUE" Ações a serem feitas)	WHO "QUEM" (Responsável)	WHEN "QUANDO" (Prazos a serem cumpridos)	HOW "COMO" (Sugestão de mudança)	Status
Alta incidência de lesão nasal em RNPT secundária ao uso de CPAP	Conscientizar/Sensibilizar a equipe da sua contribuição na prevenção de lesão nasal; Alertar para monitorar e execução do cuidado na prevenção a cada 3 horas.	Enfermeiro assistencial da UTIN II.	Em andamento	Orientação pontual/grupo com o profissional responsável pelo RN durante o plantão.	-
Falta de treinamento da equipe assistencial, quando às medidas de prevenção das lesões nasais em RNPT.	Organizar treinamento/capacitação com equipe assistencial de enfermagem, com ênfase na prevenção de lesão nasal nos RNPT.	Enfermeiro assistencial da UTIN II; Coordenação de Enfermagem UTIN II.	Em andamento	Treinamento agendado por plantão, possibilitando a participação de toda equipe.	-
Falta de material adequado (Pronga nasal muito reprocessada)	Solicitar compra de novo material; Elaborar planilha de controle do número de vezes do processamento.	Coordenação UTIN II: Coordenação Central de Material e Esterilização (CME); Gestão Administrativa; núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	Em andamento	Reunião com as coordenações UTIN e CME para orientação sobre planilha de controle de reprocessamento das prongas nasais de acordo com a literatura.	-
Falta de protetor nasal (Hidrocoloide)	Solicitar aquisição de protetor Hidrocoloide nos tamanhos pequeno (P), médio (M) e grande (G).	Coordenação UTIN II; Superintendência de enfermagem (SENF); NSP; Gestão Administrativa.	Em andamento	Reunião para discussão e sensibilização da gestão administrativa.	-
Manual de normas e rotinas de enfermagem pouco detalhado em relação aos cuidados de prevenção das lesões nasais.	Direcionar os cuidados de prevenção para lesão nasal por meio do Protocolo Operacional Padrão (POP).	Enfermeiro assistencial da UTIN II; Coordenação de Enfermagem UTIN II;	Em andamento	Reunião para discussão e elaboração dos cuidados baseados nas indicações da literatura.	-
Planilha de Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem não direciona ao cuidado na prevenção de lesões nasais.	Melhoramento da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE), com diagnósticos e prescrição de enfermagem.	Enfermeiro assistencial da UTIN II; Coordenação de Enfermagem UTIN II;	Em andamento	Reunião para discussão e elaboração dos cuidados baseados nas indicações da literatura.	-

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de coleta 22 neonatos foram avaliados, e destes, 18 deles apresentaram lesão nasal. Onde 55,5% casos foram definidos como lesão leve, por apresentar apenas hiperemia tecidual local, além do incômodo avaliado e registrado pela presença ou

ausência de face de dor do RN. 44,5% dos casos foram definidos como lesão nasal moderada, por apresentar sangramentos e injúria tecidual. Não houve nenhum percentual em números absolutos para casos de lesões severas, quando há progressão da injúria tissular para necrose.

Os dados foram colhidos e analisados pela enfermeira que diagnosticou a situação e decidiu pela intervenção, a profissional comparou os dados obtidos com a literatura atual sobre o tema e assim permitiu-se confirmar a associação de variáveis que contribuem para o aparecimento das lesões nasais em recém-nascidos pré-termos na UTIN como: Idade Gestacional inversamente proporcional ao Tempo de uso da Terapêutica VNI/CPAP, material inadequado (pronga nasal desgastada) e falta de monitoramento do cuidado Assistencial (PRIMO et al 2014).

O tamanho e a fixação inadequada da pronga são os principais fatores que potencializam os riscos para lesões do septo nasal. De acordo com Nunes e colaboradores (2012), a pronga bem posicionada não deve alterar a anatomia da face do RN, uma vez que a ponte da pronga não encosta no septo nasal e não permite a movimentação do dispositivo dentro das narinas, evitando lesões. No entanto, a utilização do hidrocoloide produz a distância indicada para a adaptação correta da pronga nasal do CPAP à face do RN, cerca de 2 mm, o que resulta na prevenção da lesão cutânea da columela nasal, permitindo que o dispositivo ventilatório fique posicionado adequadamente, evitando a mobilização do mesmo (NUNES et al, 2012).

Após diagnose das variáveis na predisposição à ocorrência de lesões nasais em RNPT na UTIN (IG, Tempo de Permanência e Cuidado Assistencial), foi possível elaborar um Plano de Ação baseada na 3ª ferramenta da qualidade de assistência ao paciente (5w2H) com objetivo de nortear o processo de trabalho, tomada decisão e alcance de metas (SILVA e BARBOSA, 2017).

Diante disso, o projeto de intervenção favorece a sensibilização e conscientização dos profissionais de enfermagem, sobre a problemática das lesões nasais, oportunizando sua ativa participação no processo de mudança de sua prática assistencial. Tendo conhecimento dos fatores que envolvem a problemática das lesões nasais, é possível obter um bom resultado no que tange a melhoria da qualidade do cuidado ao recém-nascido pré-termo, através de capacitação/treinamento em educação em saúde e em políticas de educação permanente. E assim, construir uma assistência de qualidade segura e livre de danos, já que estudos evidenciam que a prevenção dessas lesões nasais RNPT além da qualidade e adequação do material utilizado, depende da técnica de instalação das prongas nasais e monitorização dos cuidados de Enfermagem (SILVA et al, 2017; BONFIM, et al, 2014a).

Tal evidência foi observada diariamente após orientações pontuais com cada equipe

de enfermagem no plantão diurno e noturno que passou a identificar maior tempo para aparecimento da lesão nasal leve e não havendo progressão para ferimentos moderados ou grave, devido ao uso de material adequado e monitorização dos cuidados de enfermagem devidamente direcionado a cada 3 horas (BONFIM, 2014b).

É importante salientar, que a Instituição a qual pertence UTI Neonatal e onde foi realizada as intervenções para prevenir as lesões nasais nos recém-nascidos prematuros não dispunha no momento estrutura física para organizar um treinamento que abrangesse todos os profissionais de enfermagem do setor. E mesmo assim, o cuidado preventivo foi conduzido pelo enfermeiro responsável por cada equipe, obtendo os resultados supracitados com a população neonatal daquela unidade.

CONCLUSÃO

Esta análise evidenciou que a incidência e a gravidade das lesões nasais em prematuros com uso de CPAP envolve principais fatores como IG, Tempo de Uso, qualidade do material e cuidado assistencial. É de suma importância, que o treinamento e aperfeiçoamento da equipe, proporcione a esta, fundamentar seu conhecimento a partir da problematização do processo de trabalho, além da atuação reflexiva do seu cuidado, minimizando a ocorrência de lesões aos recém nascidos pré-termo secundária ao uso de CPAP na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

REFERÊNCIAS

AREDES, N.D.A.; SANTOS, R.C.A. FONSECA, L.M.N. Cuidados com a pele do recém-nascido prematuro: Revisão Integrativa. Rev. eletr. Enf. [Internet], 2017. Disponível em: <<http://doi.org/105216/ree.v19.4333>> Acesso em 19 abril 2020.

NASCIMENTO JUNIOR, F.J.M. et al. A síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido: fisiopatologia e desafios assistenciais. Cad. De Graduação Ciências Biológicas e da Saúde, v23, n2, p.189-198.2014.

BONFIM, S.F.S.F. et al. Prevenção de lesão de septo nasal em neonatos pré-termos: revisão integrativa da literatura. Rev. eletr. Enf. [internet], abr./jun; 16 (2): 443-52, 2014 a. Disponível em vol. 162.21350. Acesso em janeiro 2018.

BONFIM, S.F.S.F. et al. Lesão de septo nasal em neonatos pré-termo no uso de pronga nasais. Rev. Latino-Am. Enfermagem. (online) set-out 22(5), 826-33, 2014 b.

PRIMO, C.C. et al. Fatores de risco associado à lesão nasal por dispositivo de pressão positiva em recém nascidos. Rev. Enferm UERJ. Jan/fev 22(1), p.16-21, 2014.

NUNES, C.R. et al. Método de Prevenção de lesão nasal causada por CPAP em recém-nascido pré termo: Relato de Caso. Rev. HCPA, 32 (4) 2012. Disponível em <<http://ser.ufrgs.br/hcpa>> Acesso em março 2018.

SILVA, D.M. et al. Uso de pressão positiva continua das vias aéreas em recém nascidos: Conhecimento da equipe de enfermagem. Rev Rene v.11, p.195-203,2010.

SILVA, R.F., BARBOSA, A.F.B. Aplicação das ferramentas da qualidade em uma empresa de serviços de saúde da região metropolitana do Recife –PE. Revista de engenharia e pesquisa aplicada, v.2, n.4,2017.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

QUERIDO, D.L. Intervenção educativa em uma unidade de terapia intensiva neonatal no manejo da dor. Rev Enferm UFPE (online) out 7(esp):6310-4,2013.

ERCOLE, F.; F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. Rev Min Enferm. Jan/Mar; 18 (1):1-260, 2014.

GOMES, T.A.M. ; REIS, J.C.; GOMES, W.F. Prevalência de lesão de septo nasal em recém nascidos assistidos na unidade de terapia intensiva de um hospital do município de Caratinga -MG. Revista de Ciências, v.8, n2, 2017.

BORBA, A.K. O. T, et. al. Pesquisa e uso da informação em saúde: estruturação de projetos de intervenção em saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2015.

MIRANDA, A. P.: RAELI, F. P.; BASTOS, F.L.: FERREIRA, M. A. Conhecimentos dos profissionais de enfermagem na utilização de pongas em recém nascidos. Revista Enfermagem Brasil, v.16,2. 2017.

Associação de Medicina Intensiva Brasileira- AMIB. I Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica em Pediatria e Neonatologia: Uso do surfactante no recém-nascido. Disponível em:<[http:// www.sbp.com.br/pdfs/I_Consenso Brasileiro de Surfactante pdf](http://www.sbp.com.br/pdfs/I_Consenso Brasileiro de Surfactante pdf) . > Acesso em : 10/ 09/ 2016.

NUNES, C. R. et al. Método de prevenção de lesão nasal causada por CPAP em recém-nascido pré-termo: relato de caso. Revista HCPA. 2012;32(4):480-484.

“

Relação da mancha vinho-do-porto com a síndrome de Sturge-Weber: revisão integrativa

Victor Fernando Costa Macedo **Noronha**
Universidade Tirandentes - UNIT

José Aderval **Aragão**
Universidade Tirandentes - UNIT

Sylvia Kathariny Farias **Andrade**
Universidade Tirandentes - UNIT

Beatriz Guimarães **Ramos**
Universidade Tirandentes - UNIT

Evlyn Karolayne Bispo **Andrade**
Universidade Tirandentes - UNIT

Thayna Brunelly Dorea **Martins**
Universidade Tirandentes - UNIT

RESUMO

Objetivo: Realizar uma revisão de literatura sobre a correlação entre a mancha vinho-do-porto (MVP) e Síndrome de Sturge-Weber (SSW). **Métodos:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa por meio da seleção de periódicos na base de dados eletrônica PubMed entre 2002 e 2019. Utilizou-se os descritores: *"weber sturge syndrome"*, *"stain port wine"* e *"dermatology"*. **Resultados/Discussão:** A SSW é uma síndrome neurocutânea rara, esporádica, congênita e caracterizada por malformações capilares cutâneas, malformações capilares venosas cerebrais e glaucoma. A MVP resulta de mutações somáticas no gene GNAQ durante o desenvolvimento embrionário. Constatou-se que a MVP na área da "testa" possuía maior significância para o desenvolvimento da SSW. Ademais, distribuição mais ampla da MVP, sendo esta unilateral estendendo-se para a maxila e mandíbula e bem como na apresentação bilateral, são considerados fatores de risco. **Considerações finais:** As características da apresentação dermatológica da MVP determinam se há maior predisposição para SSW. Portanto, faz-se necessário o diagnóstico clínico precoce pela observância da MVP associado aos resultados da ressonância magnética. Tal prática alerta os profissionais sobre os sintomas neurológicos e as complicações dos pacientes portadores da síndrome.

Palavras-chave: Síndrome de Sturge-Weber; Mancha vinho-do-porto; Dermatologia.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Sturge-Weber (SSW) é uma síndrome neurocutânea rara, esporádica, congênita e caracterizada por malformações capilares cutâneas (mancha vinho-do-porto), malformações capilares venosas cerebrais (angiomatose leptomeníngea) e glaucoma (ZALLMANN M, et al., 2016). A mancha vinho-do-porto (MVP) resulta de células endoteliais com diferenciação na pele humana com uma dilatação progressiva de vasculaturas imaturas semelhantes a vênulas. No entanto, essa malformação capilar pode existir sozinha ou associada a muitas outras doenças vasculares congênitas além da SSW, como síndrome de Parkes-Weber, síndrome de Klippel-Trenaunay, síndrome de Proteus e malformações arteriovenosas (NGUYEN V, et al., 2019).

A incidência de SSW é desconhecida. Porém, é estimada em 1 em 20.000 a 50.000 nascidos vivos e afeta igualmente bebês do sexo masculino e feminino (DYMERSKA M, et al., 2017; NGUYEN V, et al., 2019; ZALLMANN M, et al., 2016). Já a prevalência da MVP é estimada em 3 a 5 crianças por cada 1.000 nascidos vivos. Aproximadamente 15-20% das crianças com MVP facial que envolve o ramo trigeminal oftálmico têm maior risco de possuírem SSW (NGUYEN V, et al., 2019).

A SSW surge do distúrbio do desenvolvimento das três camadas germinativas levando a malformações vasculares na face, coroide e leptomeninges (KOWALSKA-BROCKA J, et al., 2019; NGUYEN V, et al., 2019). A fisiopatologia está relacionada a recentes descobertas de mutações somáticas na proteína de ligação a nucleotídeo de guanina, subunidade G alfa q (GNAQ) (R183Q), fosfatidilinositol 3 - quinase (PI3K) e ativação das vias de proteína quinase ativada por mitógeno (MAPK) e vias PI3K em lesões cutâneas na SSW e MVP (NGUYEN V, et al., 2019).

Logo, a ideia anteriormente defendida de que o nevus flammeus reflete a distribuição dos ramos trigêmeos deve ser considerada como um erro histórico de acordo com achados moleculares (HAPPLE R, 2019). Na verdade, a MVP está frequentemente distribuída ao longo das divisões oftálmica (V1), maxilar (V2) e mandibular (V3) do nervo trigêmeo (VASANI RJ, et al., 2012).

Aproximadamente 90% das MVP's estão localizadas na face, seguidos pelo pescoço, tronco e extremidades em menor frequência. A maioria das manchas (cerca de 90%) é unilateral. Certas distribuições de MVP's faciais têm maior potencial para associações neurológicas e ocular na SSW (ZALLMANN M, et al., 2018). Vários estudos sugerem que a presença de MVP na testa ou nas pálpebras superiores, dependendo da sua extensão, têm uma chance de 20% a 50% de envolvimento cerebral do SSW. No entanto, o conhecimento atual da relação entre o tamanho da mancha e a gravidade da disfunção neurológica naqueles com envolvimento cerebral da SSW é limitado (KOWALSKA-BROCKA J, et al., 2019).

A síndrome geralmente se manifesta com a MVP, comprometimento neurológico e glaucoma ocular. Ainda pode ocorrer comprometimento funcional da fala, alimentação ou visão nos pacientes com SSW e esse comprometimento depende da localização, tamanho e estágio da MVP (NGUYEN V, et al., 2019).

Além disso, a perda de autoestima e o estresse psicológico geralmente são problemas clínicos significativos nos indivíduos atingidos devido à estigmatização e desfiguração produzidos, principalmente, pela MVP (NGUYEN V, et al., 2019).

De acordo com a classificação da escala Roach, existem três tipos de SSW: tipo I caracteriza-se por angiomas leptomeníngios e faciais com ou sem glaucoma pré-existente, tipo II apresenta um angioma facial com glaucoma pré-existente e o tipo III: inclui aparecimento de angiomas leptomeníngios com ou sem a presença de glaucoma (KOWALSKA-BROCKA J, et al., 2019).

A SSW pode ser diagnosticada por sintomas clínicos típicos, aparência facial da MVP e ressonância magnética cerebral (NGUYEN V, et al., 2019). Muitos autores recomendam a triagem por ressonância magnética (RNM) para bebês assintomáticos com MVP em risco para SSW, mas várias questões permanecem sem resposta sobre quais fenótipos da MVP devem ser rastreados para o diagnóstico da SSW (ZALLMANN M, et al., 2016).

Todavia, a RNM, principalmente quando realizada precocemente, pode falhar na detecção da SSW e a falsa segurança com base em uma RNM negativa pode atrasar o reconhecimento e o tratamento das crises (DUTKIEWICZ AS, et al., 2015).

As opções de tratamento para SSW são limitadas. O objetivo principal é minimizar a atividade convulsiva com medicamentos anticonvulsivantes e quando o tratamento médico é falho, o tratamento cirúrgico é considerado. O glaucoma ocular é tratado para reduzir a pressão do fluido intra-ocular (NGUYEN V, et al., 2019).

Os dermatologistas que cuidam de pacientes com MVP devem perguntar sobre qualidade de vida, fornecer suporte e recursos adequados ao discutir opções de tratamento, além de obter autorização para os procedimentos. Logo, tratamento a laser para a MVP pode melhorar as consequências psicológicas associadas (estresse e depressão) (HAGEN SL, et al., 2017).

Portanto, pela SSW poder gerar complicações decorrente da sua expressão clínica, principalmente o comprometimento neurológico, é primordial compreender dados que possam ajudar a prever, e para isso contamos com a forma e extensão das manifestações extracutâneas. A distribuição corporal da MVP associa-se com o risco de predisposição para SSW.

Logo, as características da apresentação dermatológica da MVP podem auxiliar em uma investigação crítica dos padrões SSW. Destarte, faz-se necessário o diagnóstico clínico precoce pela observância da MVP associado aos resultados da ressonância magnética.

Tal prática alerta os profissionais sobre os sintomas neurológicos e as complicações dos pacientes portadores dessa síndrome.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo com o objetivo de realizar uma revisão de literatura integrativa sobre correlação entre MVP e SSW. Para a realização desta pesquisa procedeu-se as seguintes etapas: seleção do tema e dos descritores, definição da base de dados para busca, identificação do panorama geral do resultado da busca, registro da avaliação geral dos dados coletados, análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio dos periódicos da plataforma United States National Library of Medicine/National Institutes of Health (PubMed). A busca na base de dados ocorreu em agosto de 2019 por meio da associação dos descritores "weber sturge syndrome", "stain port wine" e "dermatology". A partir disso, foram encontrados 23 periódicos publicados entre os anos de 2002 e 2019. Inicialmente foram lidos todos os resumos para avaliar o panorama geral e classificar as publicações de acordo com sua relevância para a produção científica conforme o objetivo estabelecido. Após a leitura de todos os periódicos na íntegra, foram selecionados os trabalhos que melhor atendiam aos critérios de busca.

Os critérios de inclusão foram: trabalhos publicados e disponíveis integralmente em bases de dados científicas ou em versões impressas, artigos com aprovação da comunidade científica e periódicos que aborgem sobre fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico sobre a MVP e/ou correlação da MVP com SSW.

Os critérios de exclusão foram: periódicos que eram relatos de casos e que a temática central era sobre o tratamento para MVP. Dessa forma, 13 publicações constituíram a amostra final (Quadro 1).

Quadro 1. Estudos selecionados para a pesquisa.

Autores	Título do artigo	Periódico
Piram M, et al. (2011)	Síndrome de Sturge-Weber em pacientes com coloração facial vinho-do-porto	Pediatric Dermatology
Melancon JM, et al. (2012)	Mancha vinho-do-porto facial: quando se preocupar?	Pediatric Dermatology
Vasani RJ, et al. (2012)	Lesões vasculares cutâneas e seu manejo em ambiente indiano	Dermatologic Therapy
Waelchli R, et al. (2014)	Nova classificação vascular de manchas vinho- do- porto: melhorando a previsão do risco Sturge- Weber	British Journal Of Dermatology
Haggstrom AN e Frieden IJ (2014)	Padrões de marcas de nascença vasculares: perguntas e pistas	British Journal Of Dermatology
Dutkiewicz AS, et al. (2015)	Estudo prospectivo de risco para síndrome de Sturge-Weber em crianças com mancha vinho- do- porto facial superior	Journal Of The American Academy Of Dermatology
Zallmann M, et al. (2016)	Triagem para a síndrome de Sturge-Weber: uma revisão de ponta	Pediatric Dermatology

Hagen SL, et al. (2017)	Qualidade de vida em adultos com manchas vinho-do-porto faciais	The American Academy Of Dermatology
Dymerska M, et al. (2017)	Tamanho da marca vinho-do-porto facial de nascença pode prever resultado neurológico na síndrome de Sturge-Weber	The Journal Of Pediatrics
Zallmann M, et al. (2018)	Revisão retrospectiva da triagem para síndrome de Sturge-Weber com ressonância magnética cerebral e eletroencefalografia em lactentes com manchas vinho-do-porto de alto risco	Pediatric Dermatology
Happle R, et al. (2019)	Síndromes com anomalias vasculares da pele	Der Hautarzt
Nguyen V, et al. (2019)	A patogênese da Síndrome de Sturge Weber e mancha vinho-do-porto: interações complexas entre alterações genéticas e ativação aberta de MAPK e PI3K	International Journal Of Molecular Sciences
Singh AK e Keenaghan M (2019)	Síndrome de Sturge-Weber	National Center for Biotechnology Information Search database

Fonte: Noronha VFCM, et al., 2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Nguyen V, et al. (2019), a MVP é uma malformação multifatorial que envolve a vasculatura e outras estruturas dentro da derme. É considerada uma das anomalias vasculares congênitas mais comuns, que se apresenta ao nascimento e persiste por toda a vida. O fenótipo primário da lesão vascular decorre do espessamento das paredes dos vasos associado à proliferação de pericitos e da duplicação de membranas basais sem ectasia significativa e o fenótipo secundário ocorre por conta da dilatação dos vasos sanguíneos.

Essas vênulas com fenótipo e morfologia anormais co-expressam marcadores que interferem no desenvolvimento e diferenciação das arteríolas e vênulas dérmicas, como os de células-tronco (CD133 e CD166), o venoso (EphB1) e o arterial (EphA2). Os dados sugerem que os vasos sanguíneos da MVP são imaturos, com propriedades de estatura aberrante e dupla identidade venosa e arterial.

Evidências recentes mostram que a patogênese da MVP e SSW possui grande participação genética por meio das mutações somáticas nos genes GNAQ (R193Q) e PI3K, que desregulam a sinalização vascular e alteram o desenvolvimento embrionário humano. Logo, se a mutação do mosaico no GNAQ ocorrer no início do desenvolvimento embrionário, pode afetar a vasculatura que está em formação no sistema nervoso central, olhos e pele.

As implicações desses achados são que uma mutação precoce no GNAQ pode afetar um tipo de célula que migra dentro dos placódios faciais afetados e não ao longo de dermatômeros. Dymerska M, et al. (2017), em seu estudo, corrobora essa afirmação, tornando desatualizada a teoria dermatômero trigeminal em que a distribuição da MPV ocorreria de acordo com a localização do nervo trigêmeo. Também, Waelchli R, et al. (2014) afirma que

distribuição da MVP facial parece seguir a vasculatura embriológica da face e que essa nova classificação melhora a previsão de SSW com base no fenótipo da mancha facial.

Nguyen V, et al. (2019) afirma que a MVP aparece inicialmente como máculas vermelhas achatadas na infância. As lesões inicialmente moles tendem a escurecer progressivamente para púrpura com hipertrofia dos tecidos moles e, na meia idade, muitas vezes aumentam como resultado do desenvolvimento de nódulos vasculares suscetíveis a sangramento espontâneo ou hemorragia.

Também, pelas lesões serem lisas e rosas na aparência inicial, podem ser confundidas com uma contusão. Ademais, no mesmo estudo, o autor traz que aproximadamente 15 a 20% das crianças com SPW facial dermatomal oftálmica (V1) estão em risco de SSW, um distúrbio neurocutâneo com malformações vasculares no córtex cerebral, no mesmo lado da SPW facial.

De acordo com Waelchli R, et al. (2014), as MVP's faciais geralmente são achados isolados. Contudo, quando associadas com malformações vasculares cerebrais e oculares, fazem parte da tríade clássica da SSW. Os primeiros estudos sobre a relação entre o fenótipo da MVP facial e o risco de SSW implicaram na área oftalmológica (V1), que corresponde a uma divisão do nervo trigêmeo com distribuição bilateral e lesões que afetam as pálpebras superiores.

Porém, em estudos mais recentes, ao comparar o fenótipo da MVP com fatores cerebrais e o fenótipo ocular, mostraram que a bilateralidade e distribuição em V1 parecem ser um fator de risco. Ademais, uma MVP mais extensa com envolvimento adicional de V2 e/ou V3 do nervo trigêmeo contribui para a suspeita de SSW. Segundo Piram M, et al. (2011), a SSW associou-se significativamente ao envolvimento palpebral superior, com extensão aos territórios contralateral (40%) ou proximal homolateral (V1 e V2 ou V1, V2 e V3; 80%), e, quando a MVP afeta essas áreas, os médicos devem estar cientes do maior risco de envolvimento neurológico e ocular.

Conforme Nguyen V, et al. (2019), em um estudo de 310 pacientes com MVP, 32% dos pacientes apresentaram MVP na área inervada pelo ramo maxilar (V2) do nervo trigêmeo, 41% nos ramos combinados V1 e V2, 5% nos ramos combinados maxilar e mandibular (V3) e 10% em todas as sucursais. O mesmo estudo também mostrou que, quando o MVP envolveu todos os três ramos, havia uma probabilidade significativamente maior de complicações oculares e/ou do sistema nervoso central, como ocorre na SSW. O estudo realizado por Dutkiewicz AS, et al. (2015) entre 2006 e 2013 com 71 crianças menores de 1 anos de idade em tratamento de MVP facial, mostrou que 51 pacientes não apresentaram nenhum sinal de SSW.

Logo, o diagnóstico da síndrome ocorreu em 11 crianças (16,6%) com sinais e crises

cerebrais identificadas com auxílio da RNM. Verificou-se que quatro pacientes adicionais apresentavam anormalidades leves em sua primeira ressonância magnética, mas não foi possível determinar a presença definitiva de angioma leptomeníngeo (considerado um grupo suspeito de SSW).

No mesmo estudo verificou-se que três locais específicos (cruzamento da linha média, área temporal e área do nariz) estão associados significativamente a um risco aumentado de desenvolver SSW. Tal dado confirma que o padrão hemifacial clássico está associado a um risco aumentado de SSW.

Também, observou-se uma relação da topografia (extensão da linha média, couro cabeludo, nariz e área temporal) com risco de desenvolver a síndrome. Das crianças com diagnóstico de SSW, 5 tiveram envolvimento de segmento único e 6 com envolvimento de múltiplos segmentos.

Para Haggstrom AN e Frieden IJ (2014), o risco para a SSW também é reconhecido como sendo mais alto nas MVP's com distribuição mais ampla, por exemplo, unilateral estendendo-se para a maxila e mandíbula, bem como na apresentação bilateral. Contudo, para Waelchli R, et al. (2014), a distribuição bilateral não foi um fator de significância independente.

Perceber as características da apresentação dermatológica da MVP pode nos ajudar a prever a predisposição para a SSW. Segundo Waelchli R, et al. (2014), há uma importância na correlação entre acometimento da área V1 do nervo trigêmeo e a SSW.

No entanto, em estudo de Haggstrom AN e Frieden IJ (2014) não foi observada significância nessa distribuição clássica em V1 como fator de risco para SSW, mas, ao invés disso, identificaram a área que se estende do meio da cabeça até o templo, conhecida como “testa”, como forte preditor de SSW.

A “testa”, que inclui áreas inervadas por todos três ramos nervosos trigêmeos, corresponde ao fronto- placóide nasal, que representa vasculatura e crista neural com células originárias do cérebro anterior e do mesencéfalo em desenvolvimento, fornecendo um elo entre as repercussões cutâneas e neurológicas na SSW.

Dymerska M, et al. (2017) mostra que as MVP's de nascença localizadas na “testa” ou em pálpebras superiores tem 20% a 50% de chance de envolvimento cerebral, e que o lado da lesão possui feedback positivo com o lado da disfunção neurológica. A justificativa para esse achado é que uma das áreas citadas, a “testa”, envolve todas as três divisões do nervo trigêmeo e corresponde ao desenvolvimento do sistema vascular embrionário do rosto.

É de extrema importância que a MVP verdadeira não seja confundida com a mancha de salmão (*naevus simplex*). O *naevus simplex* é uma lesão capilar funcional transitória que ocorre em cerca de 40% dos recém- nascidos e que se apresenta mais comumente como mácula rosa simétrica de borda irregular sobre a linha média do pescoço, “testa” ou

pálpebras superiores.

As características oftalmológicas são lesões venosas aumentadas que afetam conjuntiva, episclera, retina e/ou coroides, além de estarem associadas a glaucoma, descolamento de retina e hemorragia coroidal. O glaucoma pode inclusive estar presente desde o nascimento de acordo com Waelchli R et al. (2014) e segundo Nguyen V, et al. (2019) o risco de glaucoma aumenta em até 50%, quase sempre ipsilateral à SPW facial.

No estudo de Piram, et al. (2011), o glaucoma congênito estava presente em todos os casos com envolvimento do V1. Todavia, outros acometimentos também se manifestam com maior frequência em pacientes com lesão concomitante de V1 e V2. Para Piram M, et al. (2011), o glaucoma nem sempre é ipsilateral ao MVP facial. Assim, pacientes com uma mancha do território V1, especialmente se extensa, devem ser submetidos a exame oftalmológico bilateral precoce.

Dymerska M, et al. (2017) observou que os indivíduos sem MVP facial e com envolvimento cerebral no SSW têm início mais tarde das convulsões e melhores resultados neurológicos, sugerindo que o envolvimento cerebral é diferente naqueles pacientes do que naqueles com a lesão facial. Consequentemente, pacientes com extenso envolvimento bilateral da MVP e envolvimento cerebral estão em risco particular de resultados neurológicos graves.

No estudo de Piram M, et al. (2011), o risco de convulsão com MVP facial na ausência de SSW é o mesmo da população em geral e na presença da SSW a frequência das convulsões são mais altas (73,3%), mas nem todos os pacientes com síndrome desenvolveram quadro convulsivos. Todavia, as convulsões ocorreram em todos os pacientes com SSW com envolvimento de V1, V2 e V3. Ademais, Piram et al. (2011) afirma que quanto mais extenso o PWS, maior o risco de convulsões.

Com o uso da tomografia computadorizada (TC) e RNM puderam ser descritas as características neurológicas revelando angiomatose das leptomeninges, atrofia e calcificação do hemisfério cerebral afetado, ausência de veias corticais e/ou veias de drenagem profunda dilatadas e malformações vasculares envolvendo o plexo coroide. Esses exames complementares e a observação da MVP são cruciais para instigar precocemente e, quando apropriado, iniciar a terapia profilática.

Segundo Nguyen V, et al. (2019), a MVP pode ser diagnosticada prontamente com base na localização anatômica e na aparência característica da lesão. No entanto, por poder associar-se a muitas outras malformações vasculares congênitas, como SSW, síndrome de Parkes-Weber, síndrome de Klippel-Trenaunay, síndrome de Proteus e malformações arteriovenosas, a lesão precisa ser examinada por sistemas de imagem, como Doppler, TC ou RNM. Tais métodos podem ser úteis na determinação de possíveis malformações vasculares localizadas em tecidos profundos, como na SSW. No entanto, até 23% dos pacientes com

SSW podem apresentar resultados de ressonância magnética falso-negativos.

De acordo com Zallmann M, et al. (2018), existe o consenso que se deve rastrear crianças com MVP de alto risco. Todavia, a ressonância magnética negativa não pode ser considerada conclusiva se realizada precocemente e não há consenso sobre quem rastrear ou a idade em que uma varredura negativa pode excluir de maneira confiável o SSW. Para Piram M, et al. (2011), a neuroimagem deve ser realizada precocemente se ocorrer convulsão, caso contrário, sugere que o exame deve ser realizado após 1 ano de idade.

Para Dymerska M, et al. (2017) o tamanho da MVP está associada com a gravidade do envolvimento cerebral observado na RMN. Uma exceção ao padrão geral dessa correlação é a lesão de proeminência frontonasal. No estudo, esses pacientes apresentavam MVP relativamente pequena no meio da testa e, no entanto, apresentaram altos escores de anormalidade na RNM e altos escores de disfunção neurológica, indicando comprometimento neurológico significativo.

O atual tratamento de escolha para MVP conforme Nguyen V, et al. (2019) é o laser pulsado de corante (PDL). Tal tratamento consiste na fototermólise seletiva para destruir alvos subterrâneos sem ferir o tecido normal adjacente por dano térmico, ao destruir efetivamente os vasos sanguíneos superficiais da SPW ($\leq <300 \mu\text{m}$ abaixo da superfície da pele). No entanto, as PDLs não conseguem atingir a temperatura crítica do núcleo necessária para destruir irreversivelmente os vasos sanguíneos sentados em locais mais profundos ($> 300 \mu\text{m}$).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A MVP é decorrente de mutações somáticas que alteram o desenvolvimento vascular durante a formação embrionária. Essa malformação capilar tem forte associação com a SSW e demonstra ser um fator importante na sintomatologia da síndrome de acordo com a sua distribuição. Constatou-se que a MVP tem preferência de acometimento na face. A presença da mancha na fronte e pálpebras é um fator de risco maior para desenvolver a SSW. Portanto, as características da apresentação dermatológica da MVP são de extrema importância para determinar a predisposição para SSW e direcionar o raciocínio clínico dos profissionais em pacientes portadores da síndrome.

REFERÊNCIAS

DUTKIEWICZ AS, et al. A prospective study of risk for Sturge-Weber syndrome in children with upper facial port-wine stain. *Journal Of The American Academy Of Dermatology*. 2015 mar; 72 (3):473-480.

DYMERSKA M, et al. Size of Facial Port-Wine Birthmark May Predict Neurologic Outcome in Stur-

ge-Weber Syndrome. The Journal Of Pediatrics. 2017 sep; 188:205-209.

HAGEN SL, et al. Quality of life in adults with facial port-wine stains. Journal Of The American Academy Of Dermatology. 2017 apr; 76 (4):695-702.

HAGGSTROM AN, FRIEDEN IJ. Patterns of vascular birthmarks: questions and clues. British Journal Of Dermatology, [s.l.], v. 171, n. 4, p.693-694, out. 2014.

HAPPLE R. Syndrome mit vaskulären Anomalien der Haut. Der Hautarzt. 2019 jul 20; 70 (7):474-480.

KOWALSKA-BROCKA J, et al. Sturge-Weber syndrome type II treated with PDL 595 nm laser. Advances In Dermatology And Allergology. 2015 feb; 32 (1):63-66.

NGUYEN V, et al. The Pathogenesis of Port Wine Stain and Sturge Weber Syndrome: Complex Interactions between Genetic Alterations and Aberrant MAPK and PI3K Activation. International Journal Of Molecular Sciences. 2019 may 7. 20 (9):2243.

PIRAM M et al. Sturge-Weber Syndrome in Patients with Facial Port-Wine Stain. Pediatric Dermatology. 2011; 29(1), 32–37.

VASANI RJ, et al. Cutaneous vascular lesions and their management in Indian setting. Dermatologic Therapy. 2012; 25(4), 358–375.

ZALLMANN M, et al. Screening for Sturge-Weber syndrome: A state-of-the-art review. Pediatric Dermatology. 2016 oct 16; 35 (1):30-42.

ZALLMANN M, et al. Retrospective review of screening for Sturge-Weber syndrome with brain magnetic resonance imaging and electroencephalography in infants with high-risk port-wine stains. Pediatric Dermatology. 2018 jul 18; 35 (5):575-581.

WAELECHLI R, et al. New vascular classification of port-wine stains: improving prediction of Sturge-Weber risk. British Journal Of Dermatology, [s.l.], v. 171, n. 4, p.861-867, out. 2014. Wiley.

NORONHA, V. F. C. M.; ANDRADE, S. K. F.; RAMOS, B. G.; ANDRADE, E. K. B.; MARTINS, T. B. D.; ARAGÃO, J. A. Relação da mancha vinho-do-porto com a síndrome de Sturge-Weber: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 42, p. e1859, 12 mar. 2020. Artigo original.

“

Remanescentes do úraco: uma revisão da literatura direcionada à abordagem cirúrgica

Larissa Rafaella Pereira **Torres**

Lara Vivian Paixão **Fernandes**

Diane Emereciana da Mata **Borges**

Cássio **Costa**

RESUMO

Introdução: O úraco é uma estrutura fetal tubular que conecta a bexiga à cicatriz umbilical. Sua regressão incompleta em alguns indivíduos pode gerar sintomatologia e complicações.

Objetivo: avaliar o perfil da patologia, enfatizando a terapêutica cirúrgica. **Materiais e**

Métodos: Foi realizada revisão integrativa da literatura nas bases de dados PubMed, SciELO e LiLACS. Foram utilizadas as palavras-chave: “Urachal remnants”; “Diagnosis” e “Surgery”. A análise dos dados foi feita de forma transversal em Agosto de 2019 e incluiu 45 obras, das quais 21 atenderam aos critérios de inclusão: obras publicadas em português e inglês nos últimos dez anos, e que apresentaram relevância no que tange à abordagem cirúrgica dos remanescentes uracais. **Resultados:** Os remanescentes do úraco podem ser diagnosticados incidentalmente ou quando há complicações. O quadro varia de assintomático à simulação de abdômen agudo. O diagnóstico pode ser feito através do exame físico associado a um exame de imagem. Atualmente, a literatura aponta a exérese como tratamento padrão atualmente preconizado, sendo a técnica, escolhida de acordo com o quadro do paciente e o julgamento do cirurgião. **Conclusão:** O tratamento é predominantemente cirúrgico, sendo a abordagem determinada de acordo com o quadro clínico e o critério do cirurgião.

Palavras-chave: Remanescentes do úraco; diagnóstico; cirurgia.

INTRODUÇÃO

O úracó é uma estrutura fetal tubular, responsável por ligar o ápice da bexiga ao umbigo. Embriologicamente, o mesmo é derivado do alantoide e da porção ventral da cloaca, e pode variar de 3 a 10 cm de comprimento e 8 a 10 mm de diâmetro.¹

No primeiro trimestre da gestação, o úracó é responsável por facilitar a eliminação das escórias nitrogenadas do feto através da placenta, via cordão umbilical. Entretanto, no segundo trimestre, a bexiga começa a descer em direção à pelve, o que gera um estiramento do úracó, com consequente obliteração de seu lúmen. Dessa forma, o mesmo torna-se uma estrutura tubular fibrótica, conhecida no adulto como ligamento umbilical mediano.²

Quando a obliteração não ocorre de forma completa, origina-se uma das seguintes patologias: úracó patente (quando há persistência completa deste e comunicação entre umbigo e bexiga urinária), cisto do úracó (quando as extremidades envolvem, mas há persistência da porção medial), seio externo do úracó (quando há dilatação na extremidade superior, sem conexão com a bexiga urinária) e divertículo do úracó nos casos em que o seio interno é obliterado.^{1,3,4}

Recentemente, alguns estudos também apontam a descoberta de uma quinta anomalia: o seio alterado. O cisto do úracó (31-43%), úracó patente (10-48%), seio externo do úracó (18-43%) e divertículo do úracó (3-4%) são as alterações mais comuns. Já a formação do seio alternado é tida como a patologia menos frequente. Dessas, apenas o úracó patente é puramente congênito. As demais anomalias podem obliterar-se ao nascimento, cursando com reabertura ao longo da vida. Logo, podem ser classificadas como doenças adquiridas.⁵

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, tendo como fonte principal de pesquisa uma revisão de literatura. Desta forma, a metodologia utilizada baseou-se no método bibliográfico do tipo descritivo. Para a construção do estudo, o conteúdo necessário foi buscado nas bases de dados PubMed, SciELO e LiLACS, utilizando os seguintes descritores: urachal remnants; Diagnosis e Surgery. A análise dos dados foi feita de forma transversal em Agosto de 2019 e incluiu 45 obras. A avaliação dos artigos identificados foi feita de forma independente pelos pesquisadores, obedecendo aos critérios de inclusão: Texto na íntegra, idiomas (português e inglês) e tempo de publicação (nos últimos dez anos). Os trabalhos selecionados foram aqueles que apresentaram maior relevância no que tange à abordagem cirúrgica dos remanescentes uracais.

Foram excluídos os estudos que não obedeceram aos critérios de inclusão supracitados. Dessa forma, foram utilizadas 21 obras para a construção do presente estudo. Os dados

teóricos foram discutidos à luz dos autores por meio de análise temática e interpretativa sobre o tema do estudo: a abordagem cirúrgica dos remanescentes uracais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As patologias advindas dos remanescentes do úracó são condições incomuns, o que explica o número relativamente pequeno de casos relatados na literatura, bem como a escassez de estudos epidemiológicos de grande precisão.⁶

Alguns estudos apontam a incidência das anomalias na proporção de 1 para cada 5.000 nascidos vivos. Entretanto, as patologias só se tornarão clinicamente relevantes em 1 a cada 150.000 indivíduos. Dessa forma, muitos diagnósticos podem ocorrer de forma acidental ou em autópsia.⁷

A maioria dos pacientes com remanescentes do úracó são assintomáticos, porém as manifestações clínicas, quando presentes, são frequentemente inespecíficas. Sinais como secreção umbilical intermitente, inchaço abdominal, febre e sintomas como dor e desconforto em abdome inferior podem estar presentes e também relacionados às complicações do remanescente do úracó.⁸

Essas doenças remanescentes uracais adquiridas são classificadas em infecciosas e em neoplásicas. A doença remanescente uracal infecciosa é a mais comum, sendo os patógenos *Staphylococcus aureus* e *Escherichia coli* os mais presentes. A via de infecção pode ser linfática, hematogênica ou de origem da bexiga. As neoplasias consequentes aos remanescentes uracais são mais raras comparado às infecções uracais sendo incomum em neonatos e crianças e mais predominantes em adultos e idosos.²¹

Essas complicações são consideradas causas raras e apesar de ser comum a inespecificidade de sinais e de sintomas, drenagem de secreção umbilical em neonatos é sugestivo de úracó patente.⁹ As características clínicas são variadas e sua presença depende do tipo de anomalia do úracó e de complicações.¹⁰

Pacientes com cisto uracal apresentaram principalmente dor abdominal podendo estar presentes ou não sintomas urinários consequentes de uma complicação infecciosa do trato urinário.¹⁰ Os cistos uracais quando infectados apresentam massa infraumbilical sensível na linha mediana do abdome e sepse. Pode haver formação de abscessos e aumento do risco de adenocarcinoma no período de vida adulta.⁵ Além disso, a dor abdominal é sugestiva de peritonite aguda por ruptura intra-abdominal do cisto infectado.¹¹

O patógeno mais comumente associado às infecções de cistos uracais em adultos é o *Staphylococcus aureus* que pode migrar para o umbigo e para a bexiga do paciente, resultando no seio alterado.¹

O úracó patente pode estar presente em pacientes que apresentam, no período pós-

-natal, drenagem de urina pelo umbigo, sintomas de infecções do trato urinário e nefrolitíase, quando não tratado.⁵ É comum também edema umbilical e cicatrização tardia do coto do cordão umbilical em neonatos, dor abdominal periumbilical e umbilical e massa suprapúbica palpável.¹¹

O divertículo vesicouracal é uma anomalia rara preenchendo apenas 3% das anomalias uracais e é frequentemente assintomático em adultos.¹¹ Entretanto, recém-nascidos apresentam comumente a Síndrome de Prune-Belly, além de obstrução crônica do trato urinário com estase urinária e, conseqüentemente, infecções do trato urinário recorrente.⁵

Os carcinomas uracais representam 1% de todas as neoplasias malignas de bexiga sendo que 35% dos carcinomas adenoides de bexiga são de origem uracal, especificamente os mucinosos. Além disso, a cerca de 90% dos carcinomas conseqüente aos remanescentes do úraco são adenocarcinomas que podem ser primários ou secundários. Ainda é incerta a patogênese dos adenomas uracais, mas acredita-se que ocorrem devido metaplasia do tecido epitelial remanescente.^{8,21}

Os pacientes com neoplasias conseqüentes à presença de remanescentes do úraco podem apresentar dor abdominal, hematúria, massa suprapúbica perceptível à palpação e disúria. Entretanto, é importante ressaltar que esses achados clínicos não são suficientes para diferenciar a presença de uma neoplasia de origem uracal de uma complicação aguda como mencionado anteriormente.⁵

Devido à ausência de sinais e de sintomas ou inespecificidade destes, os remanescentes do úraco são identificados, em sua grande maioria, de forma acidental por exames de imagem do abdome e cirurgias abdominais.¹² Entretanto, o exame de imagem com a finalidade de estabelecer diagnóstico inicial de remanescente de úraco e suas complicações é importante para auxiliar na decisão da equipe de saúde que assiste o paciente, especialmente o médico, para assim haver a melhor conduta e a utilização do melhor método para tratamento, principalmente quando há complicações.¹¹

Os exames disponíveis são ultrassonografia abdominal (US), tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM), fistulografia, cistouretrografia (VCUG) e cistoscopia. O mais predominantemente utilizado é a ultrassonografia que apresenta vantagens por ser um método não invasivo, amplamente disponível e econômico.⁵ Através da ultrassonografia, os remanescentes do úraco são visualizados como estruturas totalmente obliteradas na maioria das crianças, embora também não seja incomum que a obliteração seja incompleta no nascimento.¹³

A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são os métodos de imagem mais adequados para delinear se a neoplasia possui relações anatômicas com as estruturas, permitindo um diagnóstico mais definitivo. Inicialmente, utiliza-se a tomografia computado-

rizada que permite visualização de carcinomas urácias e posteriormente, se necessário, é considerado o uso de uma ressonância magnética, caso uma massa pélvica lateralizada não for clara à tomografia.⁵

A ultrassonografia é o primeiro método de imagem a ser usado quando há suspeita de urachus da patente podendo formular um diagnóstico intraútero de patentes urachus no primeiro trimestre. Além disso, a US é utilizada para determinar um diagnóstico presuntivo de seio uraca sendo indicativo de um seio umbilical-uracal quando uma estrutura tubular espessa ao longo da linha média abaixo do umbigo é visualizada.²¹ Entretanto, um diagnóstico confiante de urachus de patentes pode ser feito com um sinograma ou VCUG em que é visualizada uma estrutura tubular cheia de contraste entre a bexiga urinária e o umbigo. Ademais, A VCUG, é um método de escolha para exclusão de válvulas uretrais posteriores e refluxo vesicoureteral. Através da tomografia computadorizada visualiza-se estrutura tubular contendo ar que se estende da cúpula da bexiga urinária para o umbigo com variável aprimoramento e à ressonância magnética há a visualização de uma estrutura tubular que possui hipossinal em T1 e hiperintenso em T2.²

A fistulografia é o método indicado para diagnóstico e avaliação de cisto uracal, uma vez que a fistulização pode ocorrer entre cistos uracais infectados e intestinos, bexiga ou pele em regiões periumbilicais ou inguinais. Quando se utiliza a ultrassonografia, é visualizado lesão cística com realce acústico posterior entre o umbigo e a bexiga urinária, comumente adjacente à cúpula da bexiga urinária. A tomografia computadorizada é método de escolha quando se quer fazer diagnóstico diferencial entre cistos uracais infectados e uma neoplasia.^{2,21} A ressonância magnética é indicada, quando se torna necessário uma avaliação mais minuciosa do cisto uracal sendo visualizado como parede fina homogênea hipointensa em T1 e hiperintensa em T2.²

Divertículo vesicourachal é comumente assintomático e é menos prevalente que as outras anomalias do úraco. TC axial é o método indicado para sua identificação e ele se apresenta à tomografia computadorizada como lesão cística na linha média, ligeiramente acima do ântero-superiorparede da bexiga, permitindo a comunicação da lesão e docúpula da bexiga. A ultrassonografia pode ser utilizada como método alternativo e é possível observar um saco saliente extraluminal sem comunicação com o umbigo. O VCUG e a cistoscopia são outros métodos alternativos também para diagnóstico de divertículo vesicurachal.²¹ Imagens feitas através da ressonância magnética mostram heterogenicidade em tecidos moles e massa irregular no espaço de Retzius.²

Deve-se considerar apendicite aguda, doença inflamatória pélvica, cistite recorrente, intestino perfurado, hérnia umbilical encarcerada, abscesso abdominal, hematoma abdominal e divertículo de Meckel como possíveis diagnósticos diferenciais para os remanescentes

do úraco, por mais que as complicações advindas dos remanescentes do úraco são consideradas raras.^{5,21}

Seio alternado possui características clínicas e radiológicas semelhantes às doseio uracal. A ultrassonografia é o primeiro método de escolha. Porém, a fistulografia é utilizada, quando houver drenagem no umbigo e um cistograma é preferível quando a drenagem é observada na cúpula da bexiga.

A abordagem de pacientes com anomalias uracais evoluiu ao longo do tempo e permanece controversa variando, em alguns casos, conforme a preferência do cirurgião pediátrico e urologistas, de modo que o paciente pode receber cuidados mais invasivos ou conservadores, uma vez que não há um protocolo ou uma diretriz que padroniza o manejo e tratamento dessa comorbidade e suas possíveis complicações.^{13, 14,21}

Nos casos de patência completa do úraco sintomática, a cirurgia aberta foi o tratamento padrão por longo período, sendo enfatizada em crianças menores de seis meses. Entretanto, a ressecção laparoscópica da persistência do úraco com cistectomia parcial tem sido reportada como mais vantajosa por ter alta segurança, maior praticidade e menor tempo de internação em todas as idades. Além disso, cita-se o melhor resultado estético, menor dor pós-operatória e redução do tempo de internação. A técnica laparoscópica permite excelente apresentação do trajeto do úraco até a inserção na cúpula da bexiga, o que proporciona amplo campo de dissecação, reduzindo técnicas invasivas. Por ser um método intra-abdominal há o maior risco de extravasamento de conteúdo infectado ou neoplásico na cavidade abdominal, em casos complicados.¹⁵ Em contramão a essa ideia, alguns estudos ainda indicam a cirurgia aberta com incisão umbilical para recém-nascidos e pré-escolares quando há necessidade de sobreposição ao tratamento conservador, e somente recomendando a abordagem laparoscópica ou incisão infra umbilical para crianças maiores.^{16,17}

Existe a opção da abordagem umbilical e laparoscópica para os casos em que há o seio externo do úraco, realizando a excisão do remanescente do umbigo à bexiga urinária. A escolha pela abordagem ocorre, principalmente em função da idade, uma vez que em menores de um ano a distância entre o umbigo e a cúpula da bexiga é curta, favorecendo a abordagem umbilical, enquanto a abordagem laparoscópica é comumente realizada em idades entre sete e quinze anos. Para os casos em que há divertículo do úraco deve ser feita excisão através de incisão suprapúbica transversal.¹⁸ Em relação às anomalias que se estendem à bexiga há necessidade de colocação de manguito juntamente à excisão do remanescente para evitar complicações a longo prazo.¹⁴

A ressecção laparotômica por incisão mediana infraumbilical é utilizada pela maioria dos cirurgiões, entretanto, atualmente a ressecção videolaparoscópica tem sido encorajada. Os relatos explicitam a melhor visualização da cavidade abdominal, segurança na ressecção e

menor tempo de internação em comparação com a técnica laparoscópica. A associação com o cistoscópio torna a visualização de pequenas lesões mais precisas e possibilita a análise de invasão tumoral na mucosa vesical em casos suspeitos de malignidade.¹⁶

A abordagem conservadora para menores de um ano é sugerida por alguns autores, exceto em infecções graves e recorrentes, pela possibilidade de involução espontânea até o primeiro ano de vida, com resolução dos sintomas.^{4,16,17}

As estratégias de abordagem pré-operatória do cisto do úraco agudo variam, em alguns casos os cirurgiões realizam dupla abordagem com antibioticoterapia e drenagem do cisto do úraco guiada por ultrassom antes da excisão operatória, em outros realizam a excisão dos remanescentes uracais infectados sem redução da inflamação e infecção. Nos casos em que houve dupla abordagem o risco de complicações pós-operatórias, como infecção no corte e vazamento de urina foi reduzido e o tempo de internação passou de 9,2 dias para 5,8 dias. As vantagens foram intensificadas nos casos complicados com fístulas, ruptura de cisto, drenagem purulenta do seio uracal, abscesso e sepse.¹⁹

São citados alguns casos de cistos uracais infectados em pacientes pediátricos, com média de idade de 3,5 anos, variando de quatro semanas a catorze anos, em que medidas conservadoras foram suficientes para a completa obliteração uracal. Nesse estudo 15 pacientes foram tratados com antibióticos, houve drenagem percutânea em dois casos, e drenagem laparoscópica em um caso. Em um seguimento médio de 26 meses houve confirmação via ultrassonográfica da obliteração uracal.¹⁹

Em adição a essa ideia, há um estudo em que após a análise da abordagem de remanescentes do úraco no período de 2000 a 2016 em uma instituição, concluiu-se que houve mudança da abordagem nesses casos para estratégias não-operacionais. De 2000 a 2010 18% dos casos foram tratados inicialmente com medidas não cirúrgicas e 87% dos casos foram resolvidos sem demais intervenções. De 2013 a 2016 35% dos casos receberam inicialmente terapia não operatória, com resolução completa em 90% dos casos.¹³

Uma variável que influencia o manejo cirúrgico é o risco de malignidade futura. Em crianças as anomalias assintomáticas não oferecem risco significativo, porque a maioria se resolve espontaneamente. Entretanto, em adultos sintomáticos a perspectiva é distinta com risco de malignidade aumentado, principalmente em pacientes maiores de 55 anos com hematúria. Nesse sentido, o gerenciamento não operatório não é capaz de prevenir futuras complicações neoplásicas em adultos.¹⁹ O risco aumentado de adenocarcinoma de bexiga se dá pela associação de inflamação e infecção crônica com o agente cancerígeno representado pelo remanescente uracal.²⁰ Nesse sentido há a necessidade de excisão completa para diminuir o risco de malignidade a longo prazo.^{18,20} A localização do carcinoma de úraco se faz, comumente, na junção do ligamento do úraco com a cúpula vesical assim a

excisão completa envolve a retirada dos ligamentos umbilicais mediais juntamente com o remanescente uracal e peritônio adjacente.^{14,16}

Entretanto, não há recomendação para excisão assintomática profilática, uma vez que estudos demonstram a raridade de transformação maligna nesses casos.^{17,18,20} Estima-se que cerca de 5721 remanescentes do úracal deveriam ser excisados para prevenir um caso de adenocarcinoma de úracal.^{14,20} Além disso, os cânceres uracais compreendem menos de 0,5% de todos os cânceres de bexiga.¹³

Há necessidade de acompanhamento do paciente de três a seis meses, por cinco anos, quando houver ressecção incompleta dos remanescentes do úracal e maior risco do desenvolvimento do carcinoma de úracal através de exames de imagem. O mais comumente utilizado para seguimento é a ultrassonografia.^{4,18, 21}

CONCLUSÃO

A abordagem de pacientes com anomalias uracais evoluiu ao longo do tempo e permanece controversa. A mesma pode ser conservadora ou invasiva, conforme o quadro clínico do paciente e a preferência do cirurgião. A abordagem conservadora para menores de um ano assintomáticos é sugerida por alguns autores, entretanto, para pacientes adultos sintomáticos, a abordagem cirúrgica é preconizada. Não foram encontradas recomendações para excisão assintomática profilática.

REFERÊNCIAS

- BERTOZZI, Mirko; RICCIONI, Sara; APPIGNANI, Antonino. Laparoscopic treatment of symptomatic urachal remnants in children. *Journal of endourology*, v. 28, n. 9, p. 1091-1096, 2014.
- BUDDHA, Suryakala; MENIAS, Christine O.; KATABATHINA, Venkata S. Imaging of urachal anomalies. *Abdominal Radiology*, v. 44, n. 12, p. 3978-3989, 2019.
- SLOW, S. L.; MAHENDRAN, H. A.; HARDIN, M. Laparoscopic management of symptomatic urachal remnants in adulthood. *Asian Journal of Surgery*. v. 38, p. 85-90, 2015.
- CRUZ, C. L. P.; FERNANDES, G.L.; NATAL, M. R. C.; TAVEIRA, T. R. T.; BICALHO, P.A.; BRITO, Y. Q. I. P. Neoplasia de úracal: relato de caso. *Radiologia Brasileira*. v. 47, n. 6, p. 387-388, 2014.
- DALY, K. M.; RHOUMA, S. B.; ZAGHBIB, S.; OUESLATI, A.; GHARBI, M; Noura, Y. Infected urachal cyst in an adult: A case report. *Urology Case Reports*. v. 26. 2019.
- DETHLEFS, C. R.; ADBESSALAM, S. F.; RAYNOR, S. C.; PERRY, D. A.; ALLBERY, S. M.; LYDEN, E. R.; AZAROW, K. S.; CUSICK, R. A. Conservative management of urachal anomalies. *Journal of Pediatric Surgery*, v. 54, p. 1054–1058, 2019.
- ELKBULI, A.; KINSLOWA, K.; D, J.; JR, E.; HAI, S.; MCKENNEYA, M.; BONEVAA, D. Surgical management for an infected urachal cyst in an adult: Case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*, v. 57, p. 130-133, 2019.

GLEASON, J. M.; BOWLIN, P. R.; BAGLI, D. J.; LORENZO, A. J.; HASSOUNA, T.; KOYLE, M. A.; FARHAT, W. A. A Comprehensive Review of Pediatric Urachal Anomalies and Predictive Analysis for Adult Urachal Adenocarcinoma, *The Journal of Urology*, v. 193, p. 632-636, 2015.

JEONG, H. J.; HAN, D. Y.; KWON, W. Laparoscopic Management of Complicated Urachal Remnants. *Chonnam Medical Journal*. v. 49, p. 43-47, 2013

MADEIRA, J. G. P.; GIFFONI, J. C. G.; FRANÇA, K. R. G.; VITORINO, L. C.; SILVA, R. M.; ARAÚJO, T. M. Ressecção Laparoscópica de Persistência Completa de Úraco com Cistectomia Parcial. *Revista UROMINAS*, p. 2318-0021, 2018.

MAFRA, R. S. C. P.; SALGADO, C. S.; ARAÚJO, M. P.; LOPES, L. G.; OLIVEIRA, R. S. C. P. M.; ALBERTI, L. R.; VELOSO, D. F. M. Tratamento cirúrgico de cisto de úraco – relato de caso e revisão de literatura. . *Revista UROMINAS*, p. 52-55, 2016.

NAIDITCH, Jessica A.; RADHAKRISHNAN, Jayant; CHIN, Anthony C. Current diagnosis and management of urachal remnants. *Journal of pediatric surgery*, v. 48, n. 10, p. 2148-2152, 2013.

NOVICK, D.; HELLER, B.; ZHOU, D. The primary considerations and image guided diagnosis of an infected urachal cyst in a pediatric patient. *Radiology Case Reports*. v. 14, p. 1181–1184, 2019.

PORTELA, A. R.; NISHMOTO, R. H.; PALMA, M. C.; SALLES, R. L. A. Cisto de Úraco Infectado como Diagnóstico Diferencial na Dor Abdominal e Abordagens Terapêuticas. *Revista UROMINAS*, p. 61-65, 2016.

SATO, H.; FURUTA, S.; TSUJI, S.; KAWASE, H.; KITAGAWA, H. The current strategy for urachal remnants. *Pediatr Surg Int*, v. 31, p. 581-587, 2015.

SCHIFFMAN, Jonathan S. Urachal remnants in patients presenting to the emergency department with abdominal pain. *The Journal of emergency medicine*, v. 55, n. 3, p. 333-338, 2018.

TAN, C.; SIMON, M. A.; DOLIN, N.; GESNER, L. Incidental vesicourachal diverticulum in a young female. *Radiology Case Reports* , v. 15, p. 1305–1308, 2020.

TANAKA, K.; MISAWA, T.; BABA, Y.; OHASHI, S.; SUWA, K.; ASHIZUKA, S.; YOSHIZAWA, J.; OHKI, T. Surgical management of urachal remnants in children: open versus laparoscopic approach. *Medicine*, 2019;98:40.

TATEKAWA, Y.; Surgical strategy of urachal remnants in children. *Journal of Surgical Cases*, v. 7, 2019.

VILLAVICENCIO, C. P.; ADAM, S. Z.; NIKOLAIDIS, P.; YAGHMAI, V.; MILLER, F. H.; Imaging of the Urachus: Anomalies, Complications, and Mimics. *RadioGraphics*, v. 36, p. 2049-2063, 2016

WILSON, A. L.; GANDHI, J.; SEYAM, O.; RAHMANI, B.; PATEL, S.; JOSHI, G.; SMITH, N. L.; KHAN, S. Urachal anomalies: A review of pathological conditions, diagnosis, and management. *Translational Research in Anatomy*, v. 16, setembro, 2019.

“

Saúde mental e aplicação penal: destino de presos considerados inimputáveis

João Paulo Silva **Machado**
HOL - PA

Raphaela Ferreira de **Souza**
CESUPA - PA

Gabriel Roberto Baena **Rodrigues**
HSCSP - SP

Mauro Marcelo Furtado **Real**
UEPA - PA

Igor Nascimento **Batista**
H PAULISTA - SP

Luigi Ferreira e **Silva**
HUBFS/UFPA - PA

Marina Fleury de **Figueiredo**
H PÉROLA BYINGTON - SP

RESUMO

Objetivo: Verificar o destino dos sujeitos classificados como inimputáveis no Instituto Médico Legal do Centro de Perícias Científicas “Renato Chaves”, analisando os fatores determinantes dos desfechos possíveis. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal realizado com 76 periciandos considerados inimputáveis, nos anos de 2012 a 2013, em centro forense no estado do Pará. Os dados foram obtidos através de protocolo de pesquisa revisando o exame de responsabilidade penal, e analisados pelos testes de Qui-quadrado de Aderência e o Teste Exato de Fisher. **Resultados:** Na casuística destacou-se: o gênero masculino (89,5%), nível escolar: ensino fundamental (55,3%), e crimes hediondos (51,3%). As análises que tiveram relevância estatística foram: preponderância de crimes hediondos cometidos pelos periciandos submetidos à medida de segurança detentiva (44,7%), e internações como medida de segurança com frequência relevante para aqueles com transtornos psicóticos (39,5%) abuso de substâncias psicoativas e retardo mental (13,2%). **Conclusão:** A medida de segurança detentiva foi a mais frequente, justificadas pelos transtornos psicóticos. Apenas o tipo de crime e o grupo dos transtornos psicóticos foram determinantes sobre a escolha do tipo de medida de segurança. O acompanhamento desses pacientes desde a atenção básica pode minimizar o risco de desfechos negativos tanto para si quanto para a sociedade.

Palavras-chave: Inimputáveis; Medida de Segurança; Psiquiatria Forense; Direito Penal; Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

Há atos violentos praticados por indivíduos com algum tipo de transtorno psiquiátrico, em especial aqueles esquizofrênicos. Estes últimos são mais propensos comparados com a população geral e seus comportamentos violentos são mais comuns em vigência de delírio de conteúdo de controle ou paranoide. Embora essa complexa relação entre desordem mental e violência/criminalidade já seja uma realidade, não são esses pacientes os protagonistas da violência social, sendo sua participação estatisticamente pequena (TEIXEIRA JVG e DALGALARRONDO P, 2008).

Portanto, tal relação tem sido alvo de debate no meio científico nas últimas dezenas de anos, afim de compreender até que ponto as doenças mentais podem influenciar na criminalidade, uma vez que não é toda desordem mental que leva a comportamentos violentos. Estudos importantes demonstram essa associação, além de que vários trabalhos colocam a doença mental fortemente atrelada à violência (BARRETO BA, et al., 2004).

Uma das atribuições de um psiquiatra forense é justamente avaliar o risco de comportamento violento dos pacientes (ABDALLA FILHO E, 2004), detalhando o perfil mental dos sujeitos avaliados em busca de elementos de risco para o desenvolvimento ou descompensação de quadros psiquiátricos. Para isso, é necessário que estes profissionais se valham não só do exame do estado mental, mas também de uma anamnese bem elaborada que exponha a história do indivíduo, com uma clara divisão entre aqueles pré delito, os da época do delito, e os pós delito, sendo destacada a história pós delito, já que esta pode mudar ao longo da história do examinado e estabelecer o risco de novos eventos violentos (HALES RE, et al., 2012; ABDALLA FILHO E, 2004).

No que diz respeito à realidade brasileira, destaca-se uma grande prevalência de transtorno mental grave em presidiários. Um estudo paulista realizado em diversos presídios constatou 12,2%, incluindo quadros psicóticos e agressivos. Além disso, essa prevalência vem aumentando, associada às péssimas condições a que os presidiários estão submetidos, às diversas situações de estresse físico e mental a que são expostos, bem como ao precário enfoque à saúde mental na atenção primária, fazendo desta uma população desassistida (TABORDA JVG et al., 2012). A população carcerária se mistura e vem aumentando a cada dia que passa. Muitos daqueles que ficam detidos anos na justiça acabam agravando seu estado de saúde e voltam a cometer delitos fora do presídio (ESPINDULA A, 2006).

No Rio Grande do Sul, 650 presos foram encaminhados para atendimento no Instituto de Psiquiatria Forense em 2010 e que as avaliações constataram desde casos de simulação até crises psicóticas e delirium tremens. No mesmo ano, a avaliação de 64 detentos mostrou predomínio de homens, brancos, faixa etária por volta dos 26 anos, os quais necessitaram de perícia em decorrência de abuso de álcool ou drogas, síndrome psicótica e tentativas de

suicídio. Dentro deste grupo, 46% já havia sido previamente avaliado no instituto, a maioria cumpria pena em regime fechado, e 61% apresentaram algum tipo de intercorrência durante o cumprimento de sua pena como tentativa de fuga, agressividade e rebelião. As causas da detenção, em ordem de importância, eram: furto/roubo que representavam 46% do total, seguidos de homicídio, delito sexual, tráfico, lesões corporais e latrocínio (TABORDA JVG, et al., 2012).

Para que o indivíduo seja beneficiado com esta isenção, a justiça submete este a exames e perícias que atestem qual tipo de transtorno se desencadeou no momento do cometimento de um delito para que a justiça saiba como proceder, no artigo especificando a quem será aplicado a isenção de pena. Isso existe por conta das inúmeras justificativas falsas dadas por indivíduos para se esquivarem dos delitos que cometeram para aqueles que alegam como táticas de defesa (NUCCI GS, 2016).

A punibilidade com pena de detenção, por si só, não é suficiente para determinar a conversão da internação em tratamento ambulatorial, sendo necessário examinar as condições pessoais do agente para constatar a compatibilidade ou incompatibilidade com a medida (NUCCI GS, 2016).

Há estratégias públicas para o controle de doenças mentais a nível ambulatorial, os chamados CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – implantados a partir da lei da reforma psiquiátrica brasileira, do ano 2010, sendo que a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Em movimento de implantação do Sistema Único de Saúde e das inúmeras mudanças políticas e sociais dos meados de 1980, como o processo de desinstitucionalização dos enfermos mentais, voltados para a redução de atendimentos hospitalares, diminuindo a força do dito modelo de atenção hospitalocêntrico e reforço da atenção básica (LEAL BM e DE ANTONI C, 2013). Dentre as medidas aplicáveis aos inimputáveis está a detenção – o indivíduo é levado a cárcere e mantido lá para não agravar sua situação – e pena de internação compulsória ou também chamada de ambulatorial, com acompanhamento e tratamento periódico (NUCCI GS, 2016).

Levando em consideração que os indivíduos julgados inimputáveis – isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, ao tempo da ação ou da omissão, era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (NUCCI GS, 2016) – são submetidos à análise psiquiátrica forense pericial, nomeados nesta pesquisa como periciando, o estudo teve o objetivo de verificar o destino dos periciandos classificados como inimputáveis no Instituto Médico Legal do Centro de Perícias Científicas “Renato Chaves”, fazendo uma análise dos fatores determinantes dos desfechos possíveis.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo, observacional e retrospectivo realizado no setor de psiquiatria forense do Centro de Perícias Científicas (CPC) “Renato Chaves”. Estudados 76 prontuários de periciandos avaliados no CPC como inimputáveis, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013. Aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos parecer nº 161.701, CAAE 08795212.5.0000.5174.

Como critérios de inclusão foram utilizados periciandos que passaram pela perícia psiquiátrica, de ambos os sexos e em todas as faixas etárias, níveis de escolaridades, localizados na região do estado do Pará, envolvido na esfera penal, com diagnóstico que legitime a inimputabilidade dos periciandos, sendo excluídos os registros dos periciandos considerados semi-inimputáveis e imputáveis, com informações incompletas ou oriundo de outras localidades.

Os diagnósticos foram agrupados obedecendo às divisões da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças, obedecendo a características comuns das condições psiquiátricas. E os delitos foram agrupados segundo a classificação do Código Penal Brasileiro em vigência.

Quanto às medidas de segurança cabíveis, a medida de segurança restritiva é traduzida pelo seguimento ambulatorial dos periciandos e a medida de segurança detentiva se resume em internação hospitalar em serviço especializado em psiquiatria, não podendo jamais o periciando ser tratado em presídios ou ser levado detido ao tempo que lhe for aplicado uma dessas medidas, tal como prevê o artigo 96 do Código Penal Brasileiro. Ressalta-se que ambas medidas de segurança aplicadas no Estado do Pará compreendem recursos da Fundação Pública Hospital das Clínicas Gaspar Vianna, referência em psiquiatria no estado do Pará em conjunto com o Tribunal de Justiça do Estado do Pará, como forma de solucionar esta questão diminuindo a quantidade de indivíduos que precisam de tratamento.

O banco de dados, bem como as tabelas e os gráficos foram construídos no Microsoft Office Excel 2007. Todas as análises foram executadas no software estatístico Biostat 5.0. A análise univariada da significância dos dados foi realizada pelo teste do Qui-quadrado de Aderência, sendo o Teste Exato de Fisher foram empregados na análise bivariada de associação entre a variável dependente tipo de medida de segurança e as demais variáveis independentes coletadas no exame de responsabilidade penal.

RESULTADOS

Verificou-se que 89,5% da população era masculina. As mulheres perfizeram 10,5% do total da amostra (Tabela 1).

Considerando faixa etária, a maioria (35,5%) correspondia à faixa etária de 36 a 45 anos, seguida pela faixa etária de 26 a 35 anos (30,2%). Houve predomínio de pessoas com baixa escolaridade: 55,3% não terminaram o ensino fundamental.

Quanto à existência de diagnóstico psiquiátrico anterior ao crime, 68,4% dos periciandos tinham diagnóstico e 31,6% não tinham diagnóstico.

Dos pacientes com diagnóstico psiquiátrico anterior ao crime, 69,2% já haviam realizado algum tipo de tratamento psiquiátrico prévio e 30,8% nunca receberam tratamento.

O tipo de crime mais comum entre a população estudada (51,3%) foram os crimes hediondos.

Neste estudo, o grupo com transtornos psicóticos foi maioria (43,4%), representado por 33 periciandos. Em seguida, o grupo com retardo mental (25%). Os diagnósticos foram agrupados de acordo com suas características em comum. Compuseram os transtornos orgânicos cerebrais o transtorno delirante orgânico (tipo esquizofrênico) e o transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado; os transtornos classificados em psicóticos foram: esquizofrenia hebefrênica, indiferenciada, não especificada, paranoide, simples, psicose esquizofreniforme, psicose não-orgânica não especificada, transtorno esquizotímico e transtorno psicótico agudo polimorfo com sintomas esquizofrênicos; o transtorno de personalidade referido é do tipo antissocial; o abuso de álcool ou drogas é constituído dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas; e o retardo mental contém casos leves e moderados.

Em relação ao tipo de medida de segurança, a internação foi aplicada a 75% dos periciandos e o tratamento ambulatorial a 25%.

Quanto ao local do ocorrido, a Região Metropolitana de Belém apresentou as maiores taxas (69,4%), com destaque aos municípios de Belém, com 51,3%, e Castanhal e Marituba, ambos com 5,2%. A segunda mesorregião com maior prevalência foi o Sudeste Paraense (14,4%), destacando-se o município de Marabá, com 2,6% do total. As outras mesorregiões apresentaram prevalência de 9,7% o Nordeste Paraense, 3,9% o Baixo Amazonas, e 1,3% ambas Marajó e Sudoeste Paraense.

Tabela 1. Distribuição dos periciandos estudados segundo faixa etária, escolaridade, tipo de crime, presença de diagnóstico prévio, diagnóstico e tipo de medida de segurança.

Variáveis	n (%)
Faixa etária*	
15-25 anos	18 (23,7)
26-35 anos	23 (30,3)
36-45 anos	27 (35,5)
>46 anos	6 (7,9)
Não Referido	2 (2,6)

Escolaridade*	
Analfabeto	21 (27,6)
Ensino Fundamental	45 (59,2)
Ensino Médio	10 (13,2)
Ensino Superior	1 (1,3)
Não referido	2 (2,6)
Tipo de Crime	
Hediondo	39 (51,3)
Não hediondo	37 (48,7)
Diagnóstico Prévio	
Sim	52 (68,4)
Não	24 (31,6)
Diagnóstico	
Transtorno Orgânico Cerebral	6 (7,9)
Abuso de Álcool/Drogas	11 (14,5)
Transtornos Psicóticos	33 (43,4)
Transtornos Afetivos	6 (7,9)
Transtorno de Personalidade	1 (1,3)
Retardo Mental	19 (25)
Medida de segurança*	
Ambulatorial	19 (25)
Internação	57 (75)
Total	76 (100)

*Qui-quadrado de aderência, $p < 0,05$.

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Tabela 2. Distribuição dos periciandos estudados segundo local do fato ocorrido.

Local do fato ocorrido	n (%)
Por município*	
Abel Figueiredo	1 (1,3)
Ananindeua	2 (2,6)
Belém	39 (51,3)
Benevides	2 (2,6)
Cachoeira do Arari	1 (1,3)
Cametá	1 (1,3)
Castanhal	4 (5,2)
Conceição do Araguaia	1 (1,3)
Marabá	2 (2,6)
Marituba	4 (5,2)
Mocajuba	1 (1,3)
Novo Progresso	1 (1,3)
Novo Repartimento	1 (1,3)
Óbidos	1 (1,3)
Ourilândia do Norte	1 (1,3)
Paragominas	1 (1,3)
Parauapebas	1 (1,3)
Rio Maria	1 (1,3)
Santa Isabel do Pará	1 (1,3)
Santarém	2 (2,6)
Santo Antônio do Tauá	1 (1,3)

São Domingos do Capim	1 (1,3)
São Geraldo do Araguaia	1 (1,3)
São Miguel do Guamá	1 (1,3)
Tome-Açu	1 (1,3)
Ulianópolis	1 (1,3)
Viseu	2 (2,6)
Por mesorregião*	
Baixo Amazonas	3 (3,9)
Marajó	1 (1,3)
Metropolitana de Belém	53 (69,4)
Nordeste Paraense	7 (9,17)
Sudeste Paraense	11 (14,4)
Sudoeste Paraense	1 (1,3)
Total	76 (100)

*Qui-quadrado de aderência, $p < 0,05$.

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Na análise do tipo de crime e do tipo de medida de segurança (Tabela 3), verificou-se uma preponderância de crimes hediondos cometidos pelos periciandos submetidos à medida de segurança detentiva (44,7%) - em regime de internação - e de crimes não hediondo cometido por aqueles submetidos à medida de segurança restritiva (18,4%) - em caráter ambulatorial (Tabela 3).

Relacionando patologia e tipo de medida de segurança, o grupo dos transtornos psicóticos, como motivo da inimputabilidade, predominaram a medida de segurança detentiva.

Tabela 3. Relação entre tipo de crime e diagnóstico com medida de segurança.

Variáveis	Ambulatorial	Internação	Total
Tipo de crime*	n (%)	n (%)	n (%)
Hediondo	5 (6,6)	34 (44,7)	39 (51,3)
Não hediondo	14 (18,4)	23 (30,3)	37 (48,7)
Motivo da Inimputabilidade*			
Transtorno Orgânico Cerebral	2 (2,6)	4 (5,2)	6 (7,9)
Abuso de Álcool/Drogas	1 (1,3)	10 (13,2)	11 (14,5)
Transtornos Psicóticos	3 (3,9)	30 (39,5)	33 (43,4)
Transtornos Afetivos	3 (3,9)	3 (3,9)	6 (7,8)
Transtorno de Personalidade	1 (1,3)	0 (0)	1 (1,3)
Retardo Mental	9 (11,8)	10 (13,2)	19 (25)
Total	19 (25)	57 (75)	76 (100)

*Teste Exato de Fisher, $p < 0,05$.

Fonte: Protocolo de pesquisa.

DISCUSSÃO

Há pontos nos quais a medicina se entrelaça com as ciências jurídicas. São poucas as fontes que na literatura nacional atualizada discorrem acerca da relação saúde mental e

sistema criminal (TABORDA JVG, et al., 2012) – o que leva à reflexão da pouca visibilidade de tal assunto. Se estatisticamente as doenças psiquiátricas na população trazem peso de investimento em pessoal e estrutura e estas se tornam fator de risco para a prática de crimes pela própria evolução das doenças, então é de fato primordial debater este assunto e trazer números atualizados para a literatura.

O predomínio do sexo masculino na presente pesquisa é notável (Tabela 1), tal qual a grande maioria dos trabalhos (GAUER GJS, 2007). É possível a associação com fatores biológicos (padrões hormonais), sociais (acesso a drogas e armas de fogo) e culturais (agressividade ligada ao comportamento masculino) que levam homens a comportamento mais agressivo (GAUER GJS, 2007). Faz-se necessária uma discussão desses fatores, sobretudo dentro das diretrizes do Programa Nacional de Assistência à Saúde do Homem – documento que aborda a medicina preventiva referente à população masculina, porém não aborda a associação entre crime e distúrbios psiquiátricos. Sugere-se rastreamento clínico destes indivíduos ou daqueles que apresentem indícios de comportamento antissocial e impulsivo irracional, no intuito de manejar prováveis distúrbios em progressão ou descompensados e que necessitem de atenção multiprofissional (HALES RE, et al., 2012).

A faixa etária mais prevalente foi de 36 a 40 anos (Tabela 1), como visto em outros estudos (TEIXEIRA EH e DALGALARRONDO P, 2008). Provavelmente, o agravamento do transtorno, com o passar dos anos, os múltiplos episódios produtivos associados à piora do quadro clínico, sejam fatores relacionados ao cometimento do delito em idade mais tardia (HODGINS S, 2008). Desta forma, o modelo biopsicossocial pode interferir positivamente na conduta destes, uma vez que a grande maioria das pessoas com alguma enfermidade mental não são violentas (TEN HAVE M, et al., 2014).

Em relação à escolaridade, encontrou-se predominância estudo até o ensino fundamental (Tabela 1), tendência convergente nos principais estudos nesta área (TEIXEIRA EH e DALGALARRONDO P, 2008). O baixo grau de escolaridade pode estar relacionado a condições de pobreza e subdesenvolvimento humano, social e cultural, agravada pelo difícil acesso a tratamentos psiquiátricos e pela limitação da aprendizagem devido ao transtorno mental (GAUER GJS, et al., 2007; TEN HAVE M, et al., 2014). A educação tem papel modificador nos índices de violência de qualquer país, ainda que seja lidando com a população socioeconomicamente afetada, o que representa prioridade total para os gestores públicos na garantia dos direitos fundamentais dos indivíduos e, se necessário, tratar com equidade para com os mais vulneráveis socialmente (PINO A, 2007).

Foi possível observar que transtornos relacionados a álcool e drogas e principalmente transtornos psicóticos apresentaram uma taxa significativa de internação como medida de segurança (Tabela 3), similar a encontrada em alguns estudos (GAUER GJS, et al., 2007).

A maior propensão de delitos violentos nos portadores desses diagnósticos e a exigência da instituição de medida de segurança detentiva nos crimes violentos são fatores determinantes desse achado. A recidiva é um problema comum no caso de abuso de substâncias, sendo essencial a reabilitação (FAZEL S, et al., 2009). Vale ressaltar que a reforma visa exatamente mudança da atenção hospitalocêntrica para aquela centrada ao indivíduo e dessa forma também desafogar o atendimento em unidades complexas, como relatado por Leal BM e De Antoni C (2013), e estes fatores devem ser considerados em estudos futuros, pois ainda que sejam necessárias as medidas detentivas de segurança com internação, a atenção básica ainda tem sim o seu valor mediante as demandas psicológicas e psiquiátricas na sociedade.

Neste estudo observou-se maior frequência de periciandos que apresentavam transtornos psicóticos (Tabela 3) (GLIED S e FRANK RG, 2014). A literatura demonstra um maior risco de comportamentos violentos na esquizofrenia em relação à população sem diagnóstico associado (HODGINS S, 2008). O abuso de substâncias é uma comorbidade frequente nestes casos, ainda que o risco em pacientes com esta condição seja semelhante a dos dependentes químicos sem indício de psicose (FAZEL S, et al., 2009).

Apesar de não atingir relevância estatística, houve maior frequência de casos diagnosticados previamente (Tabela 1). Pergunta-se: sujeitos com diagnóstico prévio estavam sem acompanhamento multiprofissional? Seria possível evitar a evolução para ato criminoso aquele prévio de diagnóstico? Apesar de repetitivo, torna-se a comentar acerca da importância do seguimento ambulatorial multiprofissional de todo caso psiquiátrico, no intuito de controlar o avanço da doença e evitar crises agudas capazes de ferir a moral social (HALES RE, et al, 2012), que pode ser executado dentro da atenção básica, dentro de sua estratégia e diretrizes (LEAL BM e DE ANTONI, 2013).

Em relação ao tipo de medida de segurança aplicada, prevaleceu a internação, dados semelhantes aos encontrados em outros trabalhos brasileiros (Tabela 3) (GAUER GJS, et al., 2007). Esse fato pode ocorrer devido à grande associação de transtornos mentais e violência, o que resulta na taxa de prevalência de crimes violentos cometidos por esse grupo, sendo esses crimes punidos em sua maioria com medida de segurança detentiva. Outra explicação possível para esse achado seria a dificuldade de oferecer tratamento adequado em regime ambulatorial para os periciandos (DIMARE R, 2010). Ainda que este trabalho tenha maior frequência de internações, o acompanhamento ambulatorial não é, pois, menos vital no processo saúde-doença do usuário da saúde pública, uma vez que propicia aproximação constante de seus usuários cadastrados, regendo o princípio da longitudinalidade e interferindo na evolução natural das doenças (LEAL BM e DE ANTONI, 2013). Se for possível, o acompanhamento ambulatorial de pacientes hospitalares precisa ser praticado (HALES RE, et al., 2012).

Verificou-se uma preponderância de crimes hediondos cometidos pelos periciandos submetidos à medida de segurança detentiva, concordando com os achados de outros trabalhos (Tabela 3) (GAUER GJS, et al., 2007). A explicação para a este resultado é que, apesar de recentes discussões a respeito dos motivos que deveriam levar a internação dos periciandos que cometeram crimes hediondos, ainda consta no Código Penal brasileiro em seu artigo 97 que a medida de segurança tem uma limitação de máximo três anos para ser cumprida, não podendo ser sempre aplicada nas ações delituosas cometidas pelos periciandos em práticas hediondas (NUCCI GS, 2016).

Em relação ao periciandos que cometeram crimes não hediondos, existe uma maior flexibilidade para analisar outros fatores antes de instituir uma medida de segurança, pois por haver a possibilidade de perdão judicial e pagamento de fiança, a justiça acaba não impondo a medida de segurança como pena cabível e a converte para o comparecimento periódico em sede policial ou judicial e até mesmo de apresentação periódica de exames médicos inerentes aos transtornos do agente delituoso (NUCCI GS, 2016). É válido ressaltar que o cometimento de crimes hediondos é associado a recidivas (ANDREWS DA, et al., 2006). Logo, a indagação sobre o tipo de destino destes periciandos é válida, já que a manutenção destes junto a pacientes psiquiátricos não violentos pode não ser muito segura; e o ambiente carcerário, onde o abuso e intimidação de pessoas com distúrbios psicóticos é comum (BRUCE M, et al, 2014), pode influenciar em casos de recidiva.

Em virtude dos fatos retomados, três fatores são fundamentais a mudança dessa realidade: prevenir recidivas, aquedada reinserção do indivíduo no meio social e uma atenção à saúde mental mais direcionada a estes indivíduos. A reinserção no meio social de um detento comum já é por si um desafio. Projetos que trabalhem a reeducação dos periciandos portadores de doenças mentais é mínima e se baseia num suporte empírico nulo (SKEEM JL, et al., 2011), inexistente no estado do Pará. Estudos sugerem que a abordagem regular (baseada apenas no tratamento da doença base) não seja a principal, e sim uma que foque em: elucidar os fatores antissociais e almejar tentativas de tratamento corretivo de tal aspecto, por construção de habilidades para resolução de problema, controle da agressividade e de atitudes impulsivas; minimizar fatores de risco para recidivas e casos novos, com acompanhamento psiquiátrico – muito embora este não tenha efeito na recidiva, é essencial para promover melhores indicadores para a saúde dos periciandos (SKEEM JL, et al., 2014); e promover a reabilitação da dependência química (FAZEL S, et al., 2009).

A da detecção, acompanhamento e terapias alternativas de reeducação – levando em consideração também o controle do abuso de substâncias, focado na reabilitação – são essenciais à minimização de desfechos negativos. Logo, é essencial haver acompanhamento mental contínuo durante a medida de segurança – seja ela detentiva ou restritiva – e que

sejam implementadas alternativas de reinserção do periciando na comunidade, guiado por serviços especializados como os CAPS, primordiais ao seguimento mais salutar possível dos indivíduos desenvolvendo benefício individual e coletivo.

CONCLUSÃO

A medida de segurança detentiva foi a mais frequente entre os periciandos estudados, com os transtornos psicóticos justificando tais medidas. Apenas o tipo de crime e o grupo dos transtornos psicóticos foram determinantes sobre a escolha do tipo de medida de segurança. O acompanhamento desses pacientes é de extrema relevância e deve ser feito desde a atenção básica para minimizar o risco de desfechos negativos tanto para os sujeitos da pesquisa quanto para a sociedade.

REFERÊNCIAS

ANDREWS DA, BONTA J, WORMITH JS. The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & Delinquency*, 2006; 52(1): 7-27.

ABDALLA FILHO E. Avaliação de risco de violência em Psiquiatria Forense. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2004; 31(6).

BARRETO BA, VALENÇA A, JOZEF F, et al. Periculosidade e responsabilidade penal na esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2004; 53(5): 302-308.

BRASIL. Decreto-lei no 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1: 2.

BRUCE M, COBB D, CLISBY H, et al. Violence and crime among male in patients with severe mental illness: attempting to explain ethnic differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2014; 49: 549.

DIMARE R. Transtorno mental e medidas de segurança: uma análise médico-jurídica. 2010. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso – bacharel em Direito) – Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010, 70p.

ESPINDULA A. Perícia criminal e cível. 3 ed. Campinas: Millennium Editora, 2006. 480p.

FAZEL S, GULATI G, LINSELL L, et al. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-analysis. *PLOS Medicine*, 2009; 6(8).

GAUER GJS, OSÓRIO FC, CATALDO NETO A, et al. Inimputabilidade: estudo dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 2007; 29(3): 286-293.

GLIED S, FRANK RG. Mental Illness and Violence: Lessons from the evidence. *American Journal of Public Health*, 2014; 104(2).

HALES RE, YUDOFISKY SC, GABBARD GO. Tratado de psiquiatria clínica. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 1820p.

HODGINS S. Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes and effective treatment, and prevention. Biological Sciences, 2008; 363: 2505-2518.

LEAL BM, DE ANTONI C. Os centros de atenção psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Aletheia, 2013; 40: 87-101.

NUCCI GS. Manual de processo penal e execução penal. 13ª ed. rev., atual e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2016. 1088p.

PINO A. Violência, educação e sociedade: um olhar sobre o Brasil contemporâneo. Educação & Sociedade, 2007; 28(100): 763-785.

SKEEM JL, WINTER E, KENNEALY PJ, et al. 2nd Offenders with mental illness have criminogenic needs, too: Towards recidivism reduction. Law Human Behavior, 2014; 38(3): 212-224.

SKEEM JL, MANCHAK S, PETERSON JK. Correctional policy for offenders with mental illness: creating a new paradigm for recidivism reduction. Law Human Behavior, 2011; 35: 110-126.

TABORDA JGV, ABDALLA FILHO E, CHALUB M. Psiquiatria Forense. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 760p.

TEIXEIRA EH, DALGALARRONDO P. Bases Psicopatológica do Crime Violento - estudo caso-controle retrospectivo de pacientes delirantes criminosos e não-criminosos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2008; 57(3).

TEN HAVE M, DE GRAAF R, VAN WEEGHEL J, et al. The association between common mental disorders and violence. To what extent is it influenced by prior victimization negative life events and low levels of social support? Psychological Medicine, 2014; 47(7): 1485-1498.

MACHADO, J. P. S.; RODRIGUES, G. R. B.; BATISTA, I. N.; SILVA, L. F. E; FIGUEIREDO, M. F. DE; SOUZA, R. F. DE; REAL, M. M. F. Saúde mental e aplicação penal: destino de presos considerados inimputáveis. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 8, p. e156, 6 abr. 2019. Artigo original.

“

Saúde mental na atenção básica: em busca da integralidade nas práticas de atenção á Saúde

| Marcos Aurélio **Maeyama**
| UNIVALI

| Marceli Maria **Rissi**
| UNIVALI

| Marlon Alexandro Steffens **Orth**
| UNIVALI

| Luise Lüdke **Dolny**
| UNIVALI

| Luana Gabriele **Nilson**
| UNIVALI

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciada na década de 1980, no âmbito do serviço público de saúde, além da desinstitucionalização, traz consigo a necessidade de mudança do modelo de atenção, a partir da superação do modelo biomédico para uma proposta de integralidade na atenção. Nesse sentido, a Atenção Básica à Saúde (ABS), se torna a estratégia prioritária para a ampliação do cuidado em saúde mental. O objetivo deste trabalho foi realizar revisão integrativa de literatura a fim de caracterizar as práticas de saúde mental desenvolvidas na ABS, a partir do referencial de integralidade. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e na base de dados da Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), mediante associação dos descritores “Atenção Básica”; “Saúde Mental”; “Integralidade em Saúde”; “Sistema Único de Saúde”; “Estratégia de Saúde da Família” e “Medicalização”. A partir da leitura dos artigos, foram identificadas três categorias: Modelo de Atenção à Saúde Mental na ABS; Tipologia dos transtornos e o papel da ABS; Ações/Estratégias de Saúde Mental desenvolvidas na ABS. Os resultados demonstram que houveram avanços no cuidado em saúde mental, especialmente quanto a desinstitucionalização, porém, os serviços substitutivos, ainda não se mostraram capazes de desenvolver a autonomia nos sujeitos em sofrimento mental. A possível explicação se deve à persistência do modelo biomédico nos serviços de saúde, e sua superação está condicionada a um olhar de integralidade, com utilização de instrumentos da clínica ampliada, construção de projetos terapêuticos singulares e trabalho com grupos.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Integralidade em Saúde.

INTRODUÇÃO

Historicamente no Brasil, a Saúde Mental foi se configurando por meio da especificação de pessoas com doenças/transtornos mentais, sendo estas simplesmente internadas em hospitais psiquiátricos e afastadas da sociedade (MOLINER, 2011).

A partir dos anos de 1970 inicia-se o Movimento Sanitário pela reforma do modelo de atenção a saúde no Brasil, e no interior deste iniciam-se as primeiras ideias sobre a reforma psiquiátrica (DILDA, 2013; TANAKA; RIBEIRO, 2009).

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil inicia-se na década de 1980, pautado em questões de ordem trabalhista e em denúncias feitas sobre maus tratos e as péssimas condições de higiene dos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, entre outros estados (AMARANTE, 1992).

Nesse mesmo período ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual se elaborou e aprovou o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira, que, segundo Silva et al. (1995), reforçou o Movimento da Reforma Psiquiátrica, quando as discussões sobre loucura, doença mental e saúde mental se intensificaram.

Assim, em fins da década de 1980, ainda de forma isolada, alguns serviços novos denominados de Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, foram criados para substituir os hospitais psiquiátricos, buscando a reformulação de conceitos sobre a doença e a loucura, normalidade e anormalidade, com novas práticas de cuidado que visassem principalmente à reabilitação psicossocial e a inclusão social daqueles que padeciam de transtorno mental, no sentido da desinstitucionalização manicomial (DILDA, 2013).

Na década de 90, em paralelo com a política específica de Saúde Mental, o Ministério da Saúde inicia o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e estruturação do sistema de saúde, tendo como princípios a interdisciplinaridade, a responsabilização, o cuidado integral e humanizado, considerando ainda a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais (BRASIL, 2012).

Partindo das constantes discussões, sobre a necessidade de hierarquizar a rede de serviços de Saúde Mental, bem como atender a demanda de pessoas com sofrimento emocional, a rede básica de saúde passou a ser a porta de entrada no sistema de saúde. Com isso, as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS) passaram a ser vistas como essenciais para minimizar a demanda de usuários para os serviços de média complexidade como os CAPS (DILDA, 2013).

A mudança do modelo de atenção em saúde mental tem como principal objetivo a ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais nos serviços, com

base no território. A atenção hospitalar deixa de ser o centro, tornando-se complementar. Trata-se de mudança fundamental na concepção e na forma de como se deve dar o cuidado às pessoas que sofrem de transtornos psíquicos (BRASIL, 2010; WETZEL *et al.*, 2014).

Este artigo teve como objetivo revisar a literatura a fim de caracterizar as práticas e ações de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica à Saúde (ABS), analisando se estas incorporam os pressupostos do modelo de atenção baseado na integralidade.

METODOLOGIA

Para iniciar a revisão de literatura foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e na base de dados da Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), mediante associação dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Atenção Básica”; “Saúde Mental”; “Integralidade em Saúde”; “Sistema Único de Saúde”; “Estratégia de Saúde da Família” e “Medicalização”. A coleta foi realizada no período de janeiro a julho de 2015.

Foram analisados os títulos, resumos e objetivos dos artigos encontrados e os critérios de inclusão consideraram artigos que apresentassem interface entre Saúde Mental e Atenção Básica. Foram também incluídos na análise trabalhos relevantes citados nos artigos selecionados pela busca.

A análise dos artigos incluídos na revisão foi realizada de forma crítica, a partir da leitura na íntegra dos textos, buscando identificar, comparar e interpretar os resultados considerados relevantes para o alcance do objetivo proposto.

A partir dessa discussão foi possível organizar os resultados em três categorias de análise e elaborar uma síntese dos resultados encontrados e o consequente aprofundamento do tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A leitura dos artigos selecionados permitiu identificar três principais categorias de análise, a saber: 1. Modelo de Atenção à Saúde Mental na ABS; 2. Tipologia dos transtornos e o papel da Atenção Básica; 3. Ações/Estratégias de Saúde Mental desenvolvidas na Atenção Básica.

Modelo de Atenção à Saúde Mental na ABS

De forma geral, o modelo biomédico permanece hegemônico nos serviços públicos de saúde no Brasil. A abordagem desse modelo é estritamente técnica, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica à manipulação técnica, negligenciando

os aspectos psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde/doença (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2009). A literatura traz os fenômenos da medicalização e da medicamentação como expressão dessa lógica.

A medicalização da vida pode ser entendida como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo (BARROS, 1984). Uma das expressões desse fenômeno são os processos de naturalização das aflições humanas e sua reorganização em doenças que se amplificam (HERNÁEZ, 2010).

As situações da vida cotidiana como angústia, mal-estar ou dificuldades, outrora compreendidas como parte da complexidade e singularidade do ser humano, passam a ser consideradas doenças ou transtornos diagnosticáveis e, conseqüentemente, “medicamentizados”, com o intuito de proporcionar a cura (HERNÁEZ, 2010; AMARANTE, 2007).

É grande o número de pessoas que procuram o psiquiatra não porque estejam doentes, mas porque desejam mudar o seu humor, sua personalidade, seu jeito de ser. O bem de consumo prometido é um comportamento *standardt*, uma alegria artificial que não dá margem a alterações de humor (SCLIAR, 1997).

Ngoundo-Mbongue *et al.* (2005), propõem o termo medicamentação para descrever o uso não médico (e médico) de produtos medicinais para tratar problemas ou situações da vida, os quais não requerem “tratamento farmacológico”, como por exemplo: envelhecimento, distúrbios do sono e alimentares, e perda da libido. Os autores afirmam que o uso de medicamentos em “nível social” parece estar induzido não só pela ocorrência de doenças, mas, sobretudo, pela disposição e apelo da indústria farmacêutica e sua expansão para campos extracientíficos.

Os artigos apontam que o fenômeno da medicamentação torna-se mais evidente no campo da saúde mental. Observa-se indicação abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos muitas vezes relacionados a problemas sociais e econômicos, para os quais o paciente não encontra solução e acaba por acreditar na potência mágica dos medicamentos, aliada a incapacidade do profissional de saúde em lidar com essa dimensão do problema. Sendo assim, o que se constata, nos serviços de saúde mental, é uma terapêutica reduzida a psicotrópicos, com frágil comunicação entre profissionais e usuários.

Essa medicamentação do mal-estar é uma realidade efetiva, atual e crescente, que se expande, inclusive, para campos diversos do saber médico-científico. Ao oferecerem produtos que prometem alívio ou melhora de estilo ou condição de vida, diversos meios de comunicação, estimulam a automedicação e funcionam como verdadeiros manuais de autoajuda, atendendo a uma crescente demanda de cuidado para cada sofrimento (ROSA; WINOGRAD, 2011).

Os psicotrópicos são de grande importância no tratamento de transtornos mentais, principalmente os severos e persistentes, mas sua prescrição deve ser ponderada, num contexto de vínculo e escuta, pois o atendimento de grande massa não tem permitido uma atenção singularizada do ponto de vista da qualidade do tratamento, ocorrendo frequentemente a simples repetição de medicação em uso (BEZERRA JÚNIOR apud DANESE, 1992; FUREGATO, 2001).

Os medicamentos “campeões de audiência” e de renovação de receita são os benzodiazepínicos. O Brasil é o país que mais o consome no mundo. Com as devidas indicações esses medicamentos podem ser úteis em alguns tratamentos, mas é preciso ter o máximo cuidado na hora de iniciá-los, colocando sempre um prazo limite de algumas semanas, negociando com o usuário a redução gradual (BRASIL, 2013).

Com a entrada da fluoxetina (antidepressivo) no mercado na década de 1990, com um perfil mais ameno e seguro de efeitos indesejáveis, cresceu vertiginosamente a sua prescrição abusiva e indiscriminada, como panaceia universal para os problemas pessoais, familiares, sociais etc. Medicação sintomas de tristeza (pertencentes à realidade humana) vem se tornando uma prática corrente e automática no dia a dia das unidades. O vínculo, a escuta atenta podem ser peças fundamentais para o uso racional dos medicamentos e pelo período determinado para antidepressivos (BRASIL, 2013). A equipe deve estar implicada na construção de um plano terapêutico que não inclua somente a medicação, planejando o curso do tratamento como um todo (BRASIL, 2013).

Apesar de não produzir fenômenos biológicos de tolerância e dependência, o significado da fluoxetina para a pessoa que usa pode vincular-se ao rótulo de “doente” ou “deprimida”, com consequências nocivas para sua vida e para suas relações com a equipe de Saúde (BRASIL, 2013). Também está em jogo um importante efeito simbólico da medicação, tanto que, nos estudos controlados duplo-cego, vários “antidepressivos” têm eficácia muito próxima ao placebo (BRASIL, 2013).

Esta prática medicalizante na saúde mental não produz a autonomia dos sujeitos, pois atua apenas na consequência do problema (sinais e sintomas), sem de fato trabalhar a sua causa, gerando dependência dos medicamentos e dos serviços de saúde, aumentando exponencialmente a demanda em saúde mental (DILDA, 2013).

Tipologia dos transtornos e o papel da Atenção Básica

Segundo a OMS, há um crescente aumento da prevalência de transtornos mentais na população, principalmente nas últimas décadas. Existem estimativas de que atualmente cerca de 700 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais ou neurobiológicos (OMS, 2013).

Um estudo da OMS de 2001 avaliou os problemas psicológicos na Atenção Primária e

encontrou com maior frequência a coexistência de depressão e ansiedade. Há evidências apontando que os sintomas físicos sem explicação médica persistente também podem estar associados a questões de saúde mental (OMS, 2001).

Estimativas epidemiológicas realizadas na Europa informam uma prevalência de "depressão maior" na população geral de 14% ao longo da vida e de 4,2% ao ano. Se acrescentarmos os casos de ansiedade (13,6% ao longo da vida e 6% ao ano), as distímias e os simples estados depressivos subclínicos, a partir de um ponto de vista clínico estrito, mas medicamentalizados frequentemente na prática, os dados alcançam porcentagens extraordinariamente elevadas (ALONSO *et al.*, 2004).

No Brasil, os transtornos mentais mais frequentes na Atenção Básica são a depressão, ansiedade e somatização (as chamadas queixas físicas sem explicação médica) (BRASIL, 2013).

Na periferia de São Paulo a prevalência de transtornos mentais comuns em equipes de Saúde da Família foi de 24,95%, sendo que os grupos mais vulneráveis são os de mulheres, idosos, pessoas com baixa escolaridade e menor renda per capita (BRASIL, 2010). Se incluirmos também aqueles que têm um sofrimento mental pouco abaixo do limiar diagnóstico (os chamados casos subclínicos) a proporção chega a uma pessoa em sofrimento a cada duas pessoas que procuram a Atenção Básica (BUSNELLO, 1983; MARI, 1987; FORTES, 2008).

Estes transtornos mais frequentes quase sempre apresentam-se em conjunto, tanto com períodos de maior intensificação de sintomatologia (quando se fecha o diagnóstico), quanto com períodos de pouca ou nenhuma intensidade (GOLDBERG, 2005). Por causa desta intersecção e de sua evolução flutuante é necessário se pensar o sofrimento mental e não simplesmente considerar cada síndrome como um diagnóstico ou categoria separadamente.

É frequente que os profissionais da Atenção Básica identifiquem nos usuários tristeza e/ou ansiedade subentendida (BRASIL, 2013). Desânimo, perda do prazer de viver, irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade e medo, são queixas comuns dos usuários, muitas vezes, associadas a outras queixas como mudança no sono e apetite (para mais ou para menos), dores, cansaço, palpitações, tontura ou mesmo alterações gástricas e intestinais (GOLDBERG, 2005).

Nota-se que grande parte dos problemas mentais são transtornos leves e moderados (NUNES *et al.*, 2007) cujo cuidado pode ser realizado através de ações de promoção da saúde e prevenção do adoecimento mental na Atenção Básica (MEDEIROS, 2005), além do próprio acompanhamento clínico e de escuta por parte da equipe.

Já para os transtornos graves (severos e persistentes) é necessário o encaminhamento para os serviços de referência como os Centros de Apoio Psicossocial – CAPS que devem ter competência para, contando com o apoio das Equipes de Saúde da Família, atender a

esta demanda e evitar encaminhamentos para hospitais (MEDEIROS, 2005).

Infelizmente nota-se que a atenção primária ainda aparece como uma porta de entrada muito incipiente. O usuário que procura esses serviços é geralmente encaminhado para atendimento em outros pontos da rede (CAPS e ambulatório), como se a atenção primária não pudesse responsabilizar-se por transtornos mentais leves e moderados (PAES *et al.*, 2013).

Isso leva a refletir a importância de se elaborar instrumentos e estratégias que garantam fluxos diversos entre os níveis de atenção, considerando as UBS locais onde vínculo e o acompanhamento dos usuários devem ser permanentes (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2006).

O cuidado compartilhado prevê uma rede de ações, dispositivos de saúde e dispositivos comunitários que possibilitem que o processo de cuidar se organize tendo como eixo central o sujeito e seu processo de saúde/doença. O locus do tratamento se revela mutável ao longo do tempo, com intensificação no ponto da rede em que a atenção demonstra ser mais viável, seja este na Atenção Primária, nos serviços especializados ou em ambos (BRASIL, 2010; HIRDES, 2015).

Ações/Estratégias de Saúde Mental desenvolvidas na Atenção Básica

a) Clínica Ampliada / Integralidade

O modelo da Atenção Básica à Saúde, no Brasil organizado por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), é altamente potente na promoção de outros modos de relacionamento com os transtornos mentais. Ela permite ao sujeito em sofrimento psíquico compartilhar o mesmo espaço que as demais pessoas na unidade de saúde e na associação de bairro (SOUZA, 2006). Aposta na força do território como alternativa para a reabilitação social mantendo os mesmos princípios fundamentais do SUS e da Reforma Psiquiátrica (COSTA, 2012; TANAKA; RIBEIRO, 2009; FORTES *et al.*, 2014, WETZEL *et al.*, 2014).

Tanto o movimento da Reforma Psiquiátrica quanto a estratégia de Atenção Primária à saúde partem de princípios e diretrizes que vislumbram a construção de formas mais humanas e mais acolhedoras de se pensar e de se promover saúde, implicando a elaboração de novos modos de atenção que contemple essa perspectiva mais ampliada (SOUZA, 2006).

A proposta da ESF é reorganizar as Unidades Básicas de Saúde para se tornarem resolutivas, estabelecendo vínculos afetivos e efetivos de cooperação, de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (SOUZA, 2000; GOMES; PINHEIRO, 2005), criando um grau de autonomia e capacidade para que eles consigam lidar com sua própria rede ou sistema de dependência (CAMPOS; AMARAL, 2007). A atenção centrada no indivíduo, percebido a partir de seu ambiente físico, familiar e social, permite às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, com a necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (MERHY, 1997).

A OMS reforça que o manejo de transtornos mentais no contexto da Atenção Primária à Saúde é passo fundamental para possibilitar a um maior número de pessoas acesso facilitado ao cuidado em saúde mental (BRASIL, 2010). Isso não só proporciona uma atenção de melhor qualidade, como também reduz exames supérfluos e tratamentos impróprios (NUNES *et al.*, 2007).

As ações que antes eram centradas nos sinais e sintomas, na classificação dos diferentes quadros nosográficos, passariam a ter outro enfoque, que é o de falar de saúde, de projetos terapêuticos, de cidadania, de reabilitação e reinserção social e, sobretudo, de projetos de vida (DILDA, 2013).

Diante de tamanho desafio, os municípios brasileiros têm um importante papel a desempenhar, visto que, na maioria deles, a oferta de serviços de saúde mental ainda está centrada na consulta médica com simples renovação de receitas (DILDA, 2013).

Segundo Lyra (2007), para que as relações de vínculo e o acolhimento se estabeleçam é preciso que o usuário confie no profissional ou na unidade de saúde, para ajudá-lo nos seus sofrimentos. Para que isso aconteça, faz-se necessário que os profissionais estejam dispostos a acolher as demandas apresentadas pelo usuário ou comunidade sem preconceito ou julgamento prévio. Esta forma individualizada de entender cada pessoa identificando o contexto de cada problema supera o olhar estritamente biológico e caracteriza a clínica ampliada.

Para apreender essas necessidades é preciso que o profissional amplie sua escuta. A forma tradicional busca identificar os sinais e sintomas (queixa-conduta) se baseia em protocolos para a definição de um diagnóstico e tratamento que sugerem uma generalização dos casos, ou seja, todos são tratados de forma semelhante, portanto, entendendo que as necessidades das pessoas são as mesmas para um mesmo diagnóstico (BRASIL, 2010).

Os novos paradigmas em saúde mental destacam a prevenção e a participação comunitária, reivindicando um modelo de clínica ampliada que permita entender os vários determinantes (culturais, sociais, econômicos, subjetivos, etc.) que estão presentes na produção do sofrimento psíquico e nos processos de adoecimento e cura (NEVES, 2011). O olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial.

Na perspectiva da integralidade, não devemos reduzir um sujeito à doença. Ao contrário, manter a perspectiva da intersubjetividade significa que devemos levar em conta, além dos nossos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento sobre os modos de vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde. Isso implica a busca de construir, a partir do diálogo com o sujeito e com outros serviços, projetos terapêuticos individualizados e o apoio matricial (MATTOS; PINHEIRO, 2001).

b) Matriciamento

O Matriciamento em Saúde Mental é um arranjo de estratégias articuladoras no processo de construção e transformação da assistência em saúde mental. É uma estratégia institucional de gestão que visa a construção de uma rede de cuidados, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização, sob a ótica da resolutividade à assistência em saúde (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2006; BONFIM *et al.*, 2013; HIRDES, 2015).

Não é viável concentrar esforços somente na rede substitutiva especializada, mas é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, à atenção primária. Entretanto, sabemos que as equipes de atenção básica se sentem desprotegidas, sem capacidade de enfrentar as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço, especialmente os casos mais graves e/ou crônicos. O matriciamento visa dar suporte técnico e pedagógico em áreas específicas a essas equipes (CAMPOS; DOMITTI, 2007; NEVES, 2011; BONFIM *et al.*, 2013).

Um levantamento preliminar do Ministério da Saúde constatou que em 12 estados da federação apenas 16,3% dos municípios pesquisados realizam ações sistemáticas de saúde mental na Atenção Básica no ano de 2006. São referidas dificuldades para lidar com o sofrimento psíquico dos usuários, incluindo especialmente a abordagem das questões psicossociais e o manejo de transtornos mentais (BRASIL, 2010).

Em pesquisa realizada por Belotti (2015) foi possível identificar por meio dos encontros de matriciamento realizados, a sensação de impotência que muitos dos profissionais da ESF apresentam quando se deparam com algum caso que não está previsto nos protocolos. Essa situação gera um sentimento de angústia e de ansiedade nesse trabalhador. A pesquisa de Moura e Silva (2015) sobre os sentidos que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dão à Saúde Mental, também relata o desconforto dos profissionais ao lidar com situações relacionadas a essa temática e a dificuldade em compreender o sofrimento do outro, indicando o apoio matricial como estratégia de enfrentamento destas dificuldades.

Sem o preparo necessário prevalece a lógica do encaminhamento, tendo como resultado a desresponsabilização e uma falta de integração entre as ações da equipe situada no território adscrito e as ações do serviço especializado. Com o apoio matricial, os encaminhamentos dão espaço aos desenhos de projetos terapêuticos discutidos e executados por um número maior de trabalhadores por meio da discussão de casos clínicos, intervenções e atendimentos conjuntos, oferecendo retaguarda assistencial, suporte técnico e apoio pedagógico (NEVES, 2011; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; PEGORARO; CASSIMIRO; LEAO, 2014; HIRDES, 2015).

O matriciamento em saúde mental permite a organização de fluxos, o compartilhamento de responsabilidades clínicas, a clínica ampliada e a concretização da rede (HIRDES,

2015). Implantar este modelo organizacional é difícil, pois mexe com estruturas arraigadas dos modos de organização e cultura do trabalho, centradas nos núcleos de categorias profissionais, com pouco diálogo entre essas categorias, enfraquecendo o caráter formativo do apoio matricial (BONFIM *et al.*, 2013).

Ainda hoje, percebe-se a compartimentalização dos saberes e fazeres. Um exemplo disso é o entendimento de que os profissionais da área da psicologia são os únicos que devem dar conta dos usuários acometidos por transtornos mentais (ZANINI, 2012).

No contexto da Saúde Mental, o apoio matricial deve ser ofertado, de acordo com o arranjo organizacional local, pelas equipes de NASF ou pelas equipes de CAPS, ou ainda por ambos.

Apesar das dificuldades e resistências que o processo de mudança gera, algumas experiências municipais já consolidadas demonstram que o apoio matricial em saúde mental tem potencial de melhorar a efetividade da atuação das equipes de Saúde da Família.

As experiências relatadas no município de Campinas/SP mostraram que os grupos envolvidos em saúde mental indicam mudanças em seu modo de trabalho depois da inserção do Apoio Matricial, quando a lógica da corresponsabilização começou a se sobrepor à lógica do encaminhamento, o que faz com que o sofrimento psíquico deixe de ser responsabilidade exclusiva da Saúde Mental (QUINDERÈ *et al.*, 2013).

Em Florianópolis/SC, com a implantação do modelo de apoio matricial, houve uma desconstrução da lógica de referência e contra referência que favorecia a desresponsabilização e dificultava o acesso da população, diminuindo com isso as listas de espera para atendimento em saúde mental. O cuidado compartilhado possibilita que a trajetória do tratamento se organize tendo como eixo central o sujeito e suas vicissitudes. Com a integração e corresponsabilização criadas, o sistema regulador de consultas por cotas tornou-se obsoleto, e passou a ser definida nas reuniões de matriciamento (SARAIVA, 2008).

Ao aumentar a capacidade das equipes de Saúde da Família em lidar com o sofrimento psíquico e integrá-las com os demais pontos da rede assistencial, o apoio matricial possibilita que a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais, assim como a promoção da saúde e reabilitação psicossocial, aconteçam a partir da Atenção Primária Saúde (BRASIL, 2010).

c) Projeto terapêutico singular

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multiprofissional e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2007).

Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral. Um PTS deve ser elaborado com o usuário, a partir de

uma primeira análise do profissional sobre as múltiplas dimensões do sujeito, não excluindo suas opiniões, seus sonhos, seu projeto de vida. Este é um processo dinâmico, devendo manter sempre seu caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação (BRASIL, 2013).

A utilização do Projeto Terapêutico Singular desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre os profissionais e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações com a horizontalização dos poderes e conhecimentos (BRASIL, 2007).

Esta atividade de permanente conversa entre as equipes considera que os projetos terapêuticos devem ser singulares, tendo sempre algum técnico de referência que faz a sua gestão e acompanha cada passo, aciona outros trabalhadores, garante encaminhamentos e busca apoio. Isto é uma função extremamente importante para a sua eficácia, sobretudo em situações de extrema complexidade (BRASIL, 2013).

O trabalho em equipe implica em compartilhamento de percepções e reflexões entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento na busca pela compreensão da situação ou problema em questão (CAMPOS *et al*, 2013). A construção de um PTS exige a presença e colaboração de sujeitos comprometidos com propostas e condutas terapêuticas articuladas, envolvendo quatro pilares: hipótese diagnóstica, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (CAMPOS, 2001; FORTES *et al.*, 2014).

Na Saúde Mental recomenda-se que o PTS deva ter como meta principal a inserção social por meio de ações que envolvam educação, esporte, cultura, lazer, trabalho, respeitando as necessidades e possibilidades de cada pessoa, de forma que suas ações ultrapassem a própria estrutura física das unidades de saúde e busquem articular redes de suporte social voltadas para os sujeitos que contribuam para o restabelecimento de vínculos fragilizados e/ou perdidos ao longo do processo de adoecimento (BRASIL, 2004).

Encontrar possibilidades singulares a cada pessoa, nas diferentes situações de suas vidas, pede a todo instante o olhar e a escuta que reconheçam as subjetividades. Pede, também, o entendimento de que o sofrer psíquico não pode ser visto como algo a ser eliminado ou combatido, mas como um caminho capaz de levar à redescoberta do real, da compreensão da experiência emocional de quem a vivencia (PEREIRA, 2007).

A construção de um PTS deve ser compreendida como estratégia que envolve a pessoa com transtorno mental, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo, inclusão social. Além disso, esse processo visa atingir mudanças sustentáveis, ao longo do tempo, e a redução da dependência exclusiva dos sujeitos aos serviços de saúde

por meio da ativação de recursos exteriores a eles (CAMPOS; DONITTI, 2001; MÂNGIA; MURAMOTO, 2007; FORTES *et al.*, 2014).

d) Trabalho com Grupos

A atenção psicossocial direciona suas ações para a construção da cidadania, da autoestima e da interação do indivíduo com a sociedade. Uma das possibilidades de resposta a esta complexidade é o trabalho com grupos em saúde mental. (AMARANTE, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2004).

No Brasil, a prática de psicoterapia de grupo expandiu-se a partir do contexto da Reforma Psiquiátrica (GUANAES *et al.*, 2001). Nesse contexto, fez-se necessária a elaboração de novas abordagens terapêuticas que vislumbassem a dimensão psicossocial do sofrimento e que levassem em consideração a subjetividade humana e a inclusão social, por meio da cidadania e da autonomia (AMARANTE, 1996).

A terapia psicossocial proporciona diversas formas de atividades, como as atividades motoras (esportes, trabalhos em madeira e couro), sociais (comemorações festivas, teatros e cinema) e autoexpressivas (atividades espontâneas como cerâmica, pintura e dança). Essas práticas ampliam a habilidade e a autonomia do sujeito ao permitirem a ele o desenvolvimento do potencial da criatividade e da expressão. Os espaços terapêuticos trabalham as relações interpessoais dos sujeitos aliadas ao respeito as diversidades existentes no grupo. São espaços de comunicação e integração (VALLADARES *et al.*, 2003).

A utilização das terapias grupais possibilita a atuação interdisciplinar condizente com a prática clínica humana, equânime e resolutiva e deve ganhar espaço nos serviços e instituições da rede de atenção à saúde, pois se trata de uma ação relevante no planejamento de intervenções clínicas, já que apresenta resultados positivos no acompanhamento de diversos agravos e doenças (BENEVIDES *et al.*, 2010).

Participantes de grupos terapêuticos realizados no âmbito da ESF relatam: melhora nas relações sociais, nos níveis de conhecimento sobre questões discutidas no grupo, na capacidade para lidar com situações inerentes ao transtorno sofrido, na confiança, além de alívio emocional (GUANAES *et al.*, 2001; CONTEL; VILLAS-BOAS, 1999).

Para Cardoso e Seminotti (2006), o grupo é entendido pelos usuários como um lugar onde ocorre o debate sobre a necessidade de ajuda de todos. No desenvolvimento das atividades, os participantes fazem questionamentos sobre as alternativas de apoio e suporte emocional. Contudo, alguns pacientes sentem dificuldade de interagir com o grupo, sobretudo por estarem diante de pessoas desconhecidas. Apesar desse entrave, acham importante ouvir as experiências de vida dos colegas e aprender com os relatos (PELUSO *et al.*, 2001).

No mesmo sentido, pesquisa realizada por Campos (2013), com usuários da Atenção Básica referiram-se aos grupos como importante espaço de aprendizagem e trocas, enquanto

os familiares descreveram como oportunidades de suporte.

Os espaços de grupos propiciam ainda para a equipe a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território. Com este conhecimento, a equipe de saúde tem como criar recursos coletivos e individuais de cuidado avaliados como os mais necessários ao acompanhamento e ao suporte de seus usuários e de sua comunidade (BRASIL, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da saúde mental sofreu inúmeras transformações ao longo das últimas décadas, tanto na sua epidemiologia quanto na organização dos serviços de saúde.

Por um lado, a desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica surtiu efeito com a diminuição significativa de hospitais psiquiátricos para tratamento dos transtornos severos e persistentes, mas por outro lado, os serviços substitutivos ainda não foram capazes de dar autonomia aos sujeitos portadores de sofrimento mental.

Do ponto de vista epidemiológico houve um grande crescimento dos transtornos leves, especialmente relacionados à ansiedade e depressão, e apesar de não serem quadros permanentes, os serviços de saúde não tem conseguido responder adequadamente a estes problemas, dando um aspecto de cronicidade para estes casos.

A explicação desses fatos deve-se especialmente à predominância do modelo biomédico nos serviços de saúde que generalizam os casos a partir de protocolos clínicos, muito em função da própria formação que privilegia esta forma de abordagem, gerando insegurança e falta de capacidade para lidar com novas formas de cuidado.

A primeira questão que se impõe é o olhar para o sofrimento mental de uma forma singular. Nesse sentido a integralidade e a clínica ampliada se apresentam não apenas como alternativas, mas como solução para a autonomia dos sujeitos em sofrimento mental. Dentro dessa lógica a construção de Projetos Terapêuticos Singulares e o trabalho com grupos são importantes instrumentos.

Neste processo de transição é imperativo o apoio matricial para a consolidação de uma nova proposta no campo da saúde mental. Cabe às equipes de Saúde da Família reorganizar seu trabalho dentro da proposta da Atenção Básica, ou seja, na lógica da porta de entrada preferencial, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade da atenção, e desta forma, responder às reais necessidades de saúde das pessoas em sofrimento mental.

REFERÊNCIAS

ALONSO, J. et al. Amostragem e métodos do estudo europeu sobre a Epidemiologia dos Transtornos Mentais (ESEMeD). Projeto Acta Psychiatrica Scandinavica, v.109, suppl 420, p. 8-20, 2004.

AMARANTE, P. C. D. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M. E. X. (Org.). Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

AMARANTE, P. C. D. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. C. D. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

BARROS, J. A. C. Medicalización y salud. Cuad. med. Soc., v. 28, p. 25-31, 1984.

BELOTTI, et. al. Apoio Matricial: Cartografando seus Efeitos na Rede de Cuidados e no Processo de Desinstitucionalização da Loucura. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BENEVIDES, D. S. et al. Cuidado en salud mental por medio de grupos terapéuticos de un hospital-día: perspectivas de los trabajadores de salud. Interface, v. 14, n. 32, p. 127-38, 2010.

BEZERRA JUNIOR, B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco. O campo psiquiátrico no Brasil nos anos oitenta. In: GUIMARAES, R.; TAVARES, R. (orgs.). Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Ed. da UFRJ, 1992.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o Trabalho em rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. Psicologia Ciência e Profissão, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2006.

BUSNELLO, E. D. et al. Identificação e Manejo dos Doentes Mentais num Local de Cuidados Primários em Porto Alegre, Brasil. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. v. 32, n. 6, p. 359-363, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BONFIM, I. G. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. Interface, v. 17, n. 45, p. 287-300, 2013.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referências teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 12, v. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, G. W. S., DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

- CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.
- CAMPOS, R. O. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, supl. 1, p. 16-22, 2013.
- CARDOSO, C.; SEMINOTTI, N. O grupo psicoterapêutico no Caps. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 775-83, 2006.
- CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estud. Psicol.*, v. 9, n. 1, p. 121-9, 2004.
- CONTEL, J. O. B.; VILLAS-BOAS, M. A. Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (PGA) em hospital-dia (HD) psiquiátrico. *Rev. Bras. Psiquiatria*, v. 21, n. 4, p. 225-30, 1999.
- COSTA, L. M. N. Proposta de inserção dos indivíduos com transtornos mentais comuns, usuários da atenção primária à saúde, na prática regular de atividade física. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2012.
- DANESE, M. C.; FUREGATO, A. R. O usuário de psicofármacos num programa de Saúde da Família. *Saúde em Debate*, v. 25, n. 58, p. 70-76, 2001.
- DILDA, G. O papel da atenção básica na saúde mental. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Medicina). Universidade do Vale do Itajaí. Curso de Medicina. Itajaí, 2013.
- DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde soc.*, v. 18, n. 1, p.63-74, 2009.
- FORTES, S. Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis-RJ-Brasil. Tese (Doutorado). IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 2008.
- FORTES, S. et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis*, v. 24, n. 4, p. 1079-1102, 2014.
- FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E.E. et al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- GOLDBERG, D.; GOODYER, I. *The Origins and Course of Common Mental Disorders*. New York: Routledge, 2005.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface*, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.
- GUANAES, C.; JAPUR, M. Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais em contexto institucional: análise do manejo terapêutico. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 14, n. 1, p. 191-199, 2001.
- HERNÁNDEZ A. M. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F. S. (Orgs.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Unisul; 2010.
- HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 20, n. 2, p. 371-382, 2015.

- LYRA, M. A. A. Desafios da saúde mental na atenção básica. In: Cadernos do IPUB. Saúde mental na atenção básica. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.
- MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. Rev.Ter. Ocup., v. 18, n. 2, p. 54-62, 2007.
- MARI, J. J. et. al. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting. in Brazil. Revista de Saúde Pública, v. 21, n. 6, p. 501-7, 1987.
- MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001.
- MEDEIROS, E. N. Prevalência dos Transtornos mentais e perfil sócio-econômico dos usuários atendidos nos serviços de saúde dos municípios paraibanos. 136 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde da UFP. João Pessoa, 2005.
- MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.; ONOKO, R. (orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MOLINER, J. As Concepções e Práticas de Saúde Mental em uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família. Dissertação (Mestrado). Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, 2011.
- MOURA, R. F. S.; SILVA, C. R. C. Saúde Mental na Atenção Básica: Sentidos Atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde. Psicol. Cienc. Prof., v. 35, n. 1, p. 199-210, 2015.
- NUNES, M. et. al. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 10, p. 2375-85, 2007.
- NGOUNDO-MBONGUE, T. B. N. et. al. Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. Pharmacoepidemiol Drug Saf., v. 14, n. 2, p. 81-89, 2005.
- OLIVEIRA, A. G. B. et. al. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. Texto Contexto Enferm., v. 13, n. 4, p. 618-24, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre saúde no mundo 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud, 2013.
- PAES, L. G. et. al. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde; Trab. Educ. Saúde, v. 11 n. 2, p. 395-409, 2013.
- PEGORARO, R. F. et al. Matriciamento em Saúde Mental segundo Profissionais da Estratégia da Saúde da Família. Psicol. estud, v. 19, n. 4, p. 621-631, 2014.
- PELUSO, E. T. P. et. al. A experiência de usuários do serviço público em psicoterapia de grupo: estudo qualitativo. Rev. Saúde Pública, v. 35, n. 4, p. 341-8, 2001.
- PEREIRA, M. A. O. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. Rev Latino-am Enfermagem, v. 15, n. 4, p. 658-64, 2007.

- QUINDERÉ, P. H. D. et. al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013.
- RODRIGUES, E. S.; MOREIRA, M. I. B. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. *Saúde soc.*, v. 21, n. 3, p. 599-611, 2012.
- ROSA, B. P. G. D; WINOGRAD M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicol Soc.*, v. 23, n. spe, p. 37-44. 2011.
- SARAIVA, S. A. L.; CREMONESE, E. Implantação do modelo de apoio matricial em saúde mental no Município de Florianópolis – SC. In: Brasil, Ministério da Saúde, SAS, DAB. III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família: trabalhos premiados. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- SOUSA, M. F. et al. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 21, p. 7-14, 2000.
- SOUZA, Â. C. Ampliando o campo de atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 10, n. 4, p. 706-710, 2006.
- SILVA, A. T. et al. A Política Nacional de Saúde Mental e suas consequências nos serviços psiquiátricos da Paraíba. *Ciência Cultura e Saúde*, v. 14, n. 4, p. 104-121, 1995.
- SCLIAR, M. Paraísos artificiais. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, Ano 10, n. 99, 1997.
- TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.
- VALLADARES, A. C. A. et al. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. *Rev. Eletron. Enferm.*, v. 5, n. 1, p. 4-9, 2003.
- ZANINI, P. G. Matriciamento em Saúde mental: a construção de um fazer. Porto Alegre: UFRS, 2012.
- WETZEL, C. et al. A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 35, n. 2, p. 27-32, 2014.

“

Saúde mental no Brasil: da lógica manicomial à reforma psiquiátrica

| Gleice Camila Gaia **Barbosa**

| Jéssica Pinheiro da **Silveira**

| Arina Marques **Lebrego**

RESUMO

Este estudo visa revisar e problematizar a transição do modelo asilar de cuidado a pessoa diagnosticada com transtorno mental para o paradigma da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Para tanto empreendemos uma revisão de literatura do tipo narrativa. Como resultados e discussões apresentamos duas categorias temáticas que discutem acerca da historicidade do modelo asilar fundamentado no controle dos corpos e no modo de exclusão social da pessoa em sofrimento mental, e os resquícios desta forma excludente de cuidado no pós-reforma psiquiátrica. Por fim, conclui-se que, o cuidado às pessoas diagnosticadas com algum sofrimento psíquico, ainda está sendo subsidiado e potencializado por engenharias/tecnologias fundamentadas em dispositivos de poder sedimentados historicamente em ideais segregatórios e higienistas, propondo-se a criação de espaços de fala e escuta como estratégias potentes de cuidado que considerem a autonomia do sujeito e não violem seus direitos e seu modo de existir.

Palavras-chave: Lógica manicomial; Reforma Psiquiátrica; Dispositivos de Poder; Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

O interesse pela temática surgiu a partir das vivências em campo de atenção em Saúde Mental das pesquisadoras. Inseridas neste âmbito e acrescente à imprescindível visão crítica diante deste contexto carregado de historicidade e paradigmas, é quase impossível não refletir sobre os Dispositivos de Poder circundantes a estes sujeitos e que, à nossa perspectiva, podem impossibilitar que os indivíduos sejam autônomos e protagonistas de seu devir diante de suas possibilidades existenciais e, por fim, reconhecidos em sua condição de sujeitos capazes de protagonizar sua história.

Para Michel Foucault (1978; 2014a; 2014b), ao longo da história é possível perceber a existência de mecanismos e dispositivos históricos e dialéticos no modo conceber, compreender e governar a patente doença mental ao longo da história humana, nominando estes como Dispositivos de Poder. Neste domínio, elege a ciência psiquiátrica como principal articulador deste dispositivo em torno da loucura, em virtude de exercerem a regência do saber-poder soberano enquanto dirigentes de instituições psiquiátricas, a qual tem como principal característica a separação hierárquica entre os que possuem poder (médicos) e os que não possuem (loucos) (BASAGLIA, 1985).

Ao longo da história várias Reformas se consolidaram a fim de atender as novas demandas emergentes no trato a saúde mental. No Brasil, este retrato não foi diferente, sobretudo a partir do século XX, porém nenhuma alcançou patamares como a recém Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, que ganhou força a partir do fim dos anos 1970, com ocorrência da I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental.

Visando rever propostas tais como as desenhadas desde o Decreto 49.974/1961, o qual promovia a internação do alienado, tecnologia está indispensável para a manutenção dos dispositivos de Poder sobre os corpos das pessoas em sofrimento psíquico, visava resguardar o projeto (racionalidade) e funcionamento político-econômico e não evidenciar as incongruências presentes no projeto social, político, econômico e ideológico capitalista (BASAGLIA, 1985; LIMA, 2010).

Dentre as reformas em curso apontamos um marco histórico importante: a Lei 10.216 aprovada em 2001 (BRASIL, 2001). Compondo o resultado da luta por reivindicações sociais por mudanças a fim de alçar novas configurações no modelo de concepção e cuidado à pessoa diagnosticada com transtorno mental.

Sem dúvidas esta lei é um marco inegável na retomada da mínima autonomia dos sujeitos e na constituição de novos projetos e práticas profissionais, porém, para alguns autores (LIMA, 2010) esta também significou a retomada da autonomia e hegemonia da psiquiatria no escopo social, a partir da força de lei e incentivos financeiro.

Nesse contexto, práticas inovadoras e integrativa ganham espaço. Entretanto,

ainda persistem nos serviços a manutenção de práticas tradicionais de diagnóstico e tratamento, que Machado e Lavrador (2001), identificaram como —desejos de manicômio e que se referem especificamente ao processo de aprisionamento dos técnicos às categorias tradicionais que configuram o estereótipo de louco, que em sua materialização cotidiana se expressam como formas de reconhecimento perverso (Lima, 2010) e no máximo tentam resolver problemas de ordem social com a administração de medicamentos (Szasz, 2008) (apud LIMA, 2010, p. 171).

Diante do exposto, indagamos: O campo de cuidados da saúde mental ainda envolve resquícios da lógica manicomial após a vigência da Reforma Psiquiátrica?

Frente a questão problema suscitada elegemos como foco deste trabalho revisar e problematizar a transição do modelo asilar de cuidado a pessoa diagnosticada com transtorno mental para o novo paradigma da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

METODOLOGIA

Esta pesquisa constitui-se em uma revisão de literatura do tipo narrativa. Segundo Rother (2007) este tipo de metodologia possui como proposta descrever e discutir o desenvolvimento de determinada temática sob a perspectiva teórica ou contextual. Vale ressaltar que as revisões narrativas não tem como escopo “informar detalhadamente os critérios utilizados na seleção dos artigos” e sua análise, pois caracteriza-se estudo da “arte” de uma questão problema a luz da literatura científica especializada do campo a que se propõe investigar (BERNANDO; NOBRE; JATENE, 2004 apud ROTHER, 2007, p.1).

Considerando as referidas balizas metodológicas e a partir da incursão e análise crítica da literatura especializada, e embebidas da experiência do campo da saúde mental, elegemos categorias temáticas apresentadas a seguir em formato de seções do artigo, quais sejam: **“O ASILAMENTO E CONTROLE DOS CORPOS NO MODELO”** e **“RESQUÍCIO DO MODELO ASILAR NO SEIO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA”**.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O ASILAMENTO E CONTROLE DOS CORPOS NO MODELO ASILAR

Segundo Amarante (2008), para a devida apreensão da episteme da psiquiatria – práticas e discursos – é essencial produzir, analisar e questionar os vínculos historicamente preditivos entre instituições sociais específicas e o universo das relações sociais, tendo como

produtos máximos processos de asilamento e medicalização do corpo social.

Mota (2012) refere que o paradigma dessa ciência tem por finalidade a organização e sistematização modelar às instituições sociais (p.36), operando enquanto saber instrumental na órbita dos dispositivos de poder.

Agamben (2009, p. 40), compreende dispositivo como qualquer coisa que tenha a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos.

Dispositivo de poder tem origem quando, em certa medida, experiências humanas tornam se problemáticas no seio social envolto por um contexto histórico próprio, como o foi à loucura para alguns no seio social ao (MOTA, 2012).

A partir desse recorte, é possível apreender a célebre obra “A História da Loucura”, de Foucault (1978) por meio da qual percorreu acerca das transições das significações atribuídas a loucura, como a passagem de concepção mística e simbólica, própria da Idade Média, para uma visão crítica por meio do saber teórico e instrumental da medicina psiquiátrica do século XVIII e XIX, cânone este que legisla um novo lugar aos indivíduos com alguma desordem mental: de encarceramento, morte e exclusão (MOTA, 2012, p. 37).

A análise da história da loucura realizada por Foucault, explorou cientificamente as circunstâncias que possibilitaram a constituição histórica do saber sobre a loucura, desvelou o projeto de racionalidade circundante, alicerçado pela prática social de internamento e composição da figura do louco, visando afastar do seio social está figura incompatível com o ideário higienista da época (MOTA, 2012).

A análise histórica deste processo e a identificação de seus efeitos permitem perceber como a neutralidade e objetividade apregoados pela ciência, buscam encobrir valores e o jogo de poder, tão bem explicados por Michel Foucault (MOTA, 2012, p.38).

Neste sentido o enclausuramento e a medicalização da loucura, excede a lógica clínica do cuidado em saúde mental ao longo do contexto histórico e desvela aspectos políticos e sociais imanente da ordem capitalista e do controle dos corpos, para os indivíduos produtivos lhes é fornecido o trânsito livre em sociedade, ao loucos e não produtivos para ordem capitalista lhes é concedido o direito ao manicômio, sob a máscara de cuidados a sua saúde mental.

RESQUÍCIO DO MODELO ASILAR NO SEIO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Ao abordar os paradigmas da Reforma Psiquiátrica se faz essencial contextualizar alguns marcos importantes que contribuíram para chegar até então o que chamamos de Reforma Psiquiátrica.

Visto que é importante esclarecer que os adoecidos mentais e indesejáveis da época

tinham seu lugar na sociedade, este lugar eram os chamados manicômios. Jorge e Bezerra (2004) afirmam que os isolamentos dos manicômios se tornaram caminhos sem volta, privando as pessoas em sofrimento mental do convívio de familiares e da comunidade em momento de fragilidade emocional.

Segundo os autores referidos acima os “indesejáveis” que portavam o estigma de “louco” além de eram retirados do convívio social e colocados em manicômios eram submetidos a situações desumanas e tratamentos violentos como eletrochoque, administração de medicamentos em dosagens elevadas, camisas-de-força, violências físicas e outros.

Diante desse contexto é visível que se vivia uma cultura da exclusão. É neste cenário que se inicia no final da década de 1970 a Reforma em alguns países, como Itália e França, que tinha como objetivo transformações diante do cuidado à saúde mental. Segundo os autores Jorge e Bezerra (2004) a “base que sustentava o modelo asilar se tornou anacrônica, não cabendo mais pensar o sujeito a partir da doença, dissociando o corpo da mente, considerando pouco ou nenhuma das suas formas de expressão” (2004, p.552).

Dentre os pensadores e articuladores da reforma da psiquiatria para o cuidado ao portador de transtorno mental na década de 1970, temos o psiquiatra italiano Franco Basaglia, que ao visitar o Brasil afirmou que o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, em Minas Gerais, era “pior que um campo de concentração” (BASAGLIA, 1979) após se deparar com os horrores deste local.

Diante do modelo hospitalocêntrico incapacitante que permeava o cuidado ao portador de transtorno mental passaram a surgir novas correntes com novas propostas, Yasui afirma

[...] como as propostas pela psicoterapia institucional de François Tosquelles e Jean Oury e pela comunidade terapêutica de Maxwell Jones; mudanças no enfoque, de doença para saúde mental, propostas pela psiquiatria de setor na França e pela psiquiatria comunitária norte-americana; e, finalmente, as propostas mais radicais de mudança paradigmática, propostas pela antipsiquiatria de Ronald Laing e David Cooper e pela psiquiatria democrática de Franco Basaglia na Itália (2011, p.585)..

Nesta época, o Brasil encontrava-se em um período de ditadura militar, e neste mesmo momento existiam movimentos sociais em favor da democracia, que não se restringia apenas à saúde mental, mas sim a toda política nacional (LIMA, 2010). Sendo um deles o movimento da Reforma Sanitária, o qual propagava a necessidade de rever as questões de saúde no país e principalmente propor transformações ao acesso à saúde que até então era regulado pelo setor privado (FLEURY, 2009). A reforma sanitária foi parte das lutas de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático social.

Em 1978 ocorre um grande marco do movimento social pelos direitos dos usuários diagnosticados com transtornos mentais, neste ano surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM com intuito de viabilizar melhorias no tratamento a estes, articulando as reivindicações trabalhistas. Para Lima (2010) este movimento contestava a garantia de direitos dos pacientes, o aperfeiçoamento e universalização dos instrumentos utilizados até então, ou seja, o direito à saúde como questão político-social.

Em 1986 acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um grande marco para a criação do SUS, sendo crucial para alavancar o movimento da saúde mental e em 1987 acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (LIMA, 2010). Visto que neste II Encontro na cidade de São Paulo é adotado o lema “POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS” como reitera Lima (ibid.) ao afirmar que as experiências pioneiras foram utilizadas como referência para a implementação desta proposta.

Vale ressaltar que neste mesmo ano surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS com a proposta de substituir o tratamento hospitalar manicomial e de realizar o tratamento de saúde mental em liberdade. Lima (2010) assegura que é importante frisar que embora fosse reivindicado o fechamento dos hospitais psiquiátricos e abertura de serviços substitutivos, a desinstitucionalização proposta pelo Movimento de Luta Antimanicomial não se resumia à desospitalização, visto que o intuito era a modificação institucional e científica do cuidado a pessoa em sofrimento mental (BASAGLIA, 2005).

Somente no ano de 2001 é implantada uma política nacional de saúde mental, por meio da Lei 10.216 (BRASIL, 2004)-Política Nacional de Saúde Mental que prevê a proteção de pessoas portadoras de transtornos mentais e também redireciona e organiza todo o tratamento voltado para saúde mental.

Lima (2010) reitera que a proposta de cuidado a pessoa em sofrimento mental de forma humanizada proposta na Reforma Psiquiátrica passa a se apoiar no Brasil a partir de então em uma lei federal (10.216) que passou a implantar uma complexa e sistemática política pública embasada em leis, portarias ministeriais, leis municipais e estaduais, visando a organização da saúde mental no país, deixando portanto de ser uma oposição ao Estado, para torna-se uma política do Estado.

Mesmo assegurado por uma Lei Federal os desafios eram grandes (LIMA, 2010). Assim sendo foram criados os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS que tinham a proposta de romper com a perspectiva do modelo asilar, acolhendo e promovendo a autonomia da pessoas em sofrimento mental. Em 2011 foi proposta a descentralização do cuidado nos CAPS e a redistribuição do acesso ao cuidado em Rede, foi instituída a Rede Atenção Psicossocial – RAPS, por meio da Portaria MS/GM no 3.088, de 23/12/2011, que prevê a criação, a

ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental.

Logo, é possível perceber que a Reforma Psiquiátrica possibilitou grande progresso no Brasil, houve grandes avanços no campo da Saúde Mental desde a ruptura com o sistema asilar institucional, o qual Basaglia (1965) nomeia como “instituições de violência” (p. 101).

Para Nader (2016) sair do manicômio em direção à cidade é ter a possibilidade de sair de diversos lugares que estão diretamente ligados ao processo de institucionalização produzido pela lógica psiquiátrica brasileira no século XX. O lugar de doente mental é com certeza o principal, mas junto dele vêm também diversos outros, como o de miserável, incapaz, improdutivo, perigoso, abandonado e esquecido. Em nome de um suposto bem estar comum: as cidades ficavam protegidas dos loucos. Fechar os manicômios e abrir casas na cidade e pontos de atenção à saúde mental constituiu uma forma de abalar uma estabilidade que tornava a loucura invisível para a população em geral e permitia que, por anos, fossem invisíveis também as atrocidades observadas por Basaglia quando visitou o Brasil no fim da década de setenta.

Vale esclarecer que ainda perduram práticas tradicionais relacionadas ao cuidado com a saúde mental, os autores Machado e Lavrador (2001) denominam como “desejos de manicômios”, pois perpetuam com o interesse da manutenção de uma perspectiva do estereótipo do louco (LIMA, 2010).

Segundo Caponi (2007), o que está em vigor hoje, pós implementação da Reforma Psiquiátrica, são novas práticas e estratégias de manutenção de poder sobre estes sujeitos, para a autora “lamentavelmente, ainda hoje muitas vezes a reforma psiquiátrica e a desmanicomialização se limitam a descentralizar essas velhas tecnologias de poder” (p.102) sobre essas pessoas diagnosticadas com alguma desordem mental.

Amarante (2007) corrobora com essa tese ao afirmar que este processo possibilitou também a transposições mecânicas sem suplantar a herança ideológica asilar. Neste sentido alguns agentes de saúde mental e gestores saíram do manicômio, porém o manicômio não saiu deles, do seu fazer, concomitante a isto forças e movimentos contrários a ética manicomial ainda resistem, produzindo saber, conhecimentos e tecnologias assistenciais humanizadas no campo da atenção à saúde mental.

Apesar dos importantes dados estatísticos, que contabilizam avanços no estabelecimento da Reforma Psiquiátrica, como os apresentados pelo Conselho Federal de Medicina (2017), em um levantamento que mostra que o Sistema Único de Saúde-SUS, fechou 85 hospitais e quase 16 mil leitos psiquiátricos nos últimos anos, com redução de 37% no número de estabelecimentos que prestam serviços especializados em saúde mental, é importante análises qualitativas de como o cuidado vem sendo estabelecido nos seios da Rede de

Atenção Psicossocial, ou seja, se o ideário de autonomia, reinserção social e humanização defendido na Reforma vem sendo conduzido de forma efetiva pelos seus agentes.

Severo e Dimenstein (2011), apontam que o discurso de reabilitação proposto pela Reforma Psiquiátrica vem sendo na prática substituído pelo ideal de “normalização da loucura”, haja vista que há um predomínio de uma clínica e terapêutica voltada ao diagnóstico e medicalização, sendo nítida a influência do biopoder, o qual age na tentativa de homogeneizar as diferenças subjetivas, por meio do encarceramento químico (CAPONI, 2007; MARTINS, 2008).

Além disso, outros estudos, como o realizado Barbosa e colaboradores (2016), apontam a dissociação entre políticas de governo e políticas públicas, bem como, a divergência entre diretrizes políticas de saúde mental e a operacionalidade dos serviços. Desse modo, com base na literatura, vemos a manutenção de dispositivos de poder oriundos do século XVII e XVIII, resistindo e manifestando com o que Machado e Lavrador (2001) chamam de “desejos de manicômio”, se referindo ao aprisionamento das técnicas em função do não superado estereótipo empregado ao portador de transtorno mental e não subversão do *modus operandi* científico da psiquiatria clássica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A guisa de concluir, e mediante reflexões embasadas na literatura científica destacamos que, após a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial Brasileira, o cuidado às pessoas diagnosticadas com algum sofrimento psíquico, ainda está sendo subsidiado e potencializado por engenharias/tecnologias a serviço de dispositivos de poder e de controle dos corpos sedimentados historicamente;

Investigando e analisando o desenvolvimento de algumas práticas assistenciais no campo da saúde, logicamente sem realizar generalizações, mas propondo interrogações, ainda se observa dificuldades no estabelecimento dos preceitos basilares da Reforma, que visam substituir práticas aprisionantes e psicopatologizantes por relações horizontais e intersubjetivas em prol do cuidado.

Propomos, portanto, o estudo e investigação científica, para subsidiar a proposição de metodologias que desconstruam a lógica manicomial no seio da efetivação do cuidado, pensando intervenções coletivas com profissionais da saúde mental, gestores de todos os níveis, familiares, comunidades dentre outros. Tal proposição pode se dar por exemplo por meio de assembleias, grupos de debates, fóruns de discussão, ou seja, espaços de fala e escuta, visando a desconstrução da lógica moral e curativa.

As estratégias referidas acima podem contribuir para a superação gradativa do cuidado excludente, criar espaços potentes de debates e elaboração de políticas públicas com a

participação da pessoa em sofrimento mental e os diversos seguimentos sociais, trabalhando em prol da garantia ao acesso a novos modelos de cuidados e assistência que não violem seus direitos e seu modo de existir.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. O que é o contemporâneo? E outros ensaios. CHAPECÓ: ARGOS, 2009.

AGÊNCIA BRASIL. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-03/cfm-oferta-de-leitos-psi-quiatricos-no-sus-diminuiu-quase40-em-11-anos>.

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro; Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra et al. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. Saúde debate, Rio de Janeiro, v.40, n.108, p.178-189, Mar. 2016. Disponível: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010311042016000100178&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2020.

BASAGLIA, F. Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Trad. Sonia Soianesi; Maria Celeste Marcondes. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, F. A instituição da violência: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BRASIL. Lei N° 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a Proteção e os Direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016.

CAPONI, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 95-103, Feb. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 de março de 2020.

FOUCAULT, M. *A História da Sexualidade I: A Vontade de saber*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2014a.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*, São Paulo: Paz & Terra, 2014b.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 743-752, June 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300010&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 10 de junho de 2020.

JORGE, M. S. B.; BEZERRA, M. L. M. R. Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: representações sociais. *Texto contexto -enferm.* Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 551-558, Dec. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072004000400007&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 26 de maio de 2020.

LIMA, A. F. *Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica*. São Paulo: EDUC, 2010.

MACHADO, R. *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MACHADO, L. D; LAVRADOR, M. C. C. *Loucura e Subjetividade*. In, Machado, L. D & Lavrador, M. C. C. (orgs.) *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MARTINS, A. L. B. Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 331-339, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822008000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 de março de 2020.

MOTA, J. P. *SAÚDE MENTAL: a roda viva da política pública do estado do Pará*. 2012. 253 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento do Desenvolvimento) - Programa de pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Núcleo de Atos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Pará, 2012.

NADER, A. R. Manicômios, prisões e liberdade: entre o pessimismo da razão e o ideal de igualdade. *Revista Lacuna*, v.1, n1, 2016. Disponível em: <<https://psicanalisedemocracia.com.br/2017/12/manicomios-prisoas-e-liberdade-entre-o-pessimismo-da-razao-e-o-ideal-de-igualdade/>> Acesso: 20 de Abril de 2020.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paulista de enfermagem*, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial/; Contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicol., Ciênc. Prof. (Impr.)*, Brasília, DF, v. 31, n.3, p. 640-655, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n3/v31n3a15.pdf>>. Acesso em: 17 de março de 2020.

YASUI, S. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n.2, p. 585-589, Junho, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702011000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 de Abril de 2020.

“

Segurança do paciente na prevenção de infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: elaboração de *bundle*

Regiane Camarão **Farias**

UEPA

Camilla Cristina Lisboa do **Nascimento**

UEPA

Marcelo Williams Oliveira de **Souza**

UFPA

RESUMO

Objetivo: Elaborar um pacote de medidas para redução da Infecção do Trato Urinário (ITU) relacionada à Sondagem Vesical de Demora (SVD), constituída por *bundle*.

Métodos: Trata-se de um estudo metodológico, na criação de um *bundle* voltado para profissionais da saúde de UTI de um Hospital de Referência, localizado em Belém-PA. A tecnologia foi construída a partir de levantamento bibliográfico que teve como finalidade agrupar informações sobre as principais medidas assistenciais de prevenção, sendo estas utilizadas na construção do *bundle*.

Resultados: Foi construindo um *bundle* que teve como principais medidas: Higiene das mãos do profissional, utilização da técnica asséptica na inserção do cateter, manutenção do fluxo da urina desobstruído, manutenção da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, evitar inserção da SVD, higiene do meato uretral 3 vezes ao dia, fixação do cateter no paciente, escrever a data e hora/turno do esvaziamento.

Conclusão: Destaca-se a atribuição do papel do profissional de enfermagem para o manuseio e assistência de SVD, contribuindo para a prevenção e controle de ITU na Unidade de Terapia Intensiva, além de possibilitar outras pesquisas voltadas para esse tema.

Palavras-chave: Infecções Urinárias; Cateterismo Urinário; Unidades de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) estão entre as principais formas utilizadas no processo de avaliação no controle de qualidade do serviço, sendo uma morbidade bastante fundamentada quanto às ações para controle e prevenção (CHAVES NMO e MORAES CLK, 2015).

A Infecção do Trato Urinário (ITU) é uma das IRAS mais presentes e de grande potencial preventivo nas clínicas de internação, pois geralmente, encontra-se relacionada ao uso do Cateter Vesical (CV) (MOURA JP et al., 2017). O cateterismo vesical é a inserção da sonda vesical, por meio do meato urinário até a bexiga, para a drenagem da urina. Ele pode ser classificado em intermitente (CVI) ou de demora (CVD) (AMARAL DM et al., 2017).

A Infecção do Trato Urinário relacionada à Assistência à Saúde associada à Cateter Vesical (ITU-AC) pode ser definida como qualquer infecção sintomática de trato urinário em paciente em uso de cateter vesical de demora instalado por um período maior que dois dias calendário e que na data da infecção o paciente estava com o cateter instalado ou este havia sido removido no dia anterior (BRASIL, 2013).

No Brasil, as IRAS ocorridas nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são responsáveis por 20 a 30% de todos os casos de infecções e dentro desses casos, a incidência de ITU-AC atinge de 10 a 30% dos pacientes, sendo apontada como importante causa de morbimortalidade (CHAVES NMO e MORAES CLK, 2015).

Por isso, o enfermeiro deve contestar diariamente a necessidade de manter o CVD, explorando métodos alternativos como a utilização de CVI, cateteres externos ou trocas de fraldas frequentes (MIRANDA AL et al, 2016).

É necessário então, que o enfermeiro, como agente atuante na assistência e manipulação do CV, compreenda os riscos e benefícios do seu uso, de acordo com a literatura, para o aprimoramento da prática baseada em evidências (AMARAL DM et al., 2017).

Para diminuir a ocorrência de IRAS, é necessário um processo ativo de gestão do cuidado nos hospitais, com processos de educação continuada e implementação de protocolos, destacando e corrigindo ações que possam causar danos que advêm da má assistência em saúde com o paciente (HOOTON TM et al. 2010).

Para diminuir a ocorrência de IRAS, é necessário um processo ativo de gestão do cuidado nos hospitais, com processos de educação continuada e implementação de protocolos, destacando e corrigindo ações que possam causar danos que advêm da má assistência em saúde com o paciente (HOOTON TM et al. 2010).

A utilização das tecnologias educacionais deve ser entendidas por processos concretizados, a partir de experiências cotidianas, voltados para o desenvolvimento metódico de conhecimentos e saberes a serem utilizados com finalidade prática específica. Portanto, a

tecnologia educacional contribui para gerar conhecimentos a serem socializados e deve ser utilizada como ferramenta facilitadora na promoção do cuidado humanizado, potencializando a educação e a orientação dos cuidados (CARDOSO RSS et al., 2018).

De acordo com Silva SG (2012), têm sido bastante utilizados Pacotes ou *Bundles* de Cuidados, os quais reúnem um pequeno grupo de intervenções que, quando implementadas em conjunto, resultam em melhorias substanciais na assistência em saúde. A abordagem dos *bundles* visa que todos os elementos sejam executados conjuntamente em uma estratégia de “tudo ou nada”. Para que se obtenha sucesso na implementação não pode haver “mais-ou-menos”, não há crédito parcial por fazer algumas das etapas. Os resultados são efetivos somente se todos os cuidados forem realizados em todos os momentos. A escolha de quais intervenções que devem ser incluídas num *bundle* deve considerar custo, facilidade de implementação e aderência a essas medidas.

Para maximizar a assistência adequada do manuseio de CV, as instituições de saúde podem se utilizar de tecnologias, como *bundles*, para promoverem as boas práticas de controle de IRAS. A partir disso, esse trabalho tem como objetivo elaborar um pacote de medidas para redução da ITU-AC, constituída por *bundle*.

MÉTODOS

O *bundle* foi estruturado visando a assistência de enfermeiros de uma UTI de um hospital de referência estadual em Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia, localizado na cidade de Belém – PA. A UTI é composta por 12 leitos, contando com 6 equipes multiprofissionais sendo ao todo: 11 enfermeiros, 26 técnicos de enfermagem, 11 médicos, 4 fisioterapeutas, 1 nutricionista, 1 psicólogo. Ainda apresenta 2 postos de enfermagem, 1 quarto de isolamento e 1 sala de higienização.

O pacote de medidas foi elaborado por meio de estudos que tinham como assunto principal a assistência de pacientes com ITU-AC, considerando como critérios de inclusão artigos completos e gratuitos publicados em português, dos anos de 2013 a 2018, somados às literaturas clássicas da temática estudada. Como critérios de exclusão, descartaram-se artigos repetidos e temas que não correspondessem ao assunto abordado.

Foram utilizadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) e os descritores: Infecções Urinárias AND Cateterismo Urinário AND Unidades de Terapia Intensiva.

Com base no levantamento de dados, foram reunidos e agrupados as melhores evidências disponíveis na literatura, conforme os critérios de inclusão selecionados e visando técnicas de prevenção direcionadas à assistência à saúde para implantação da TE a ser utilizada em UTI. Os dados foram digitalizados e organizados por meio do software Excel 2007.

A construção dessa tecnologia baseou-se na literatura e com isso, não havendo assim, necessidade de aprovação do Comitê de Ética. No entanto, o material produzido obteve ciência e autorização institucional para sua efetivação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na busca literária, foram encontrados 32 estudos sobre a temática que após a organização, foram aproveitados 11 artigos para a elaboração do *bundle* que pudesse conter as principais medidas de prevenção de ITU-AC (Figura 1).

Figura 1. Bundle de prevenção de ITU-AC. Belém-PA, 2018



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A seguir, apresenta-se a discussão, com base na literatura, de cada tópico destacado no bundle de prevenção de ITU-AC.

De acordo com Llapa-Rodriguez EO et al. (2018), a higienização das mãos (HM) se apresenta como uma ação simples, de impacto significativo e eficácia comprovada na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), sendo considerado excelente indicador de qualidade para segurança dos pacientes.

Sabe-se que o cateter de demora é mais propenso ao desenvolvimento de ITU e, por isso, é recomendado que sua inserção seja realizada sob condições assépticas e mantido fechado para se evitar infecção (ERCOLE FE et al., 2013). Anghinoni TH et al. (2018), afirma que caso o material seja contaminado durante a colocação ou a técnica asséptica seja realizada de maneira errônea, o risco para ITU torna-se maior, assim como o tempo de

exposição desse corpo estranho no indivíduo.

Anghinoni TH et al. (2018), aponta em seus estudos, a importância de manter o fluxo de urina desobstruído, como medida de prevenção de ITU. Deve-se também, manter os sistemas de drenagem de urina fechados.

Bolsas coletoras devem ser mantidas abaixo da bexiga e sem tocar ao chão. A urina deve ser desprezada respeitando-se a clínica do paciente, em intervalos periódicos e recipientes individuais, mantendo-se as medidas de higiene e de precauções padrão para a integridade do paciente e do profissional (MAZZO et al., 2015).

Quanto evitar a inserção de SVD, Brasil (2013) recomenda a inserção de cateteres somente para indicações apropriadas, e mantê-los somente o tempo necessário. Se possível, escolher a intermitente (conhecida como sondagem de alívio). Deve-se avaliar também a possibilidade de métodos alternativos para drenagem de urina como estimular a micção espontânea através da emissão de som de água corrente, aplicar bolsa com água morna sobre a região suprapúbica, realizar pressão suprapúbica delicada, fornecer comadres e papagaios, utilizar fraldas, auxiliar e supervisionar idas ao toalete e utilizar sistemas não invasivos tipo “condon” em homens.

Sobre as indicações em que se deve evitar a SVD, deve-se: inserir sonda vesical no paciente apenas nas indicações apropriadas; realizar protocolos de sondagem, incluindo as situações peri-operatórias; implantar protocolos escritos de uso, inserção com técnica asséptica e manutenção do cateter; inserção do cateter urinário sendo realizado apenas por profissionais capacitados e treinados; remoção oportuna do cateter vesical; revisar a necessidade da manutenção do cateter; implantar visita diária com médico e enfermeiro revisando a necessidade da manutenção do cateter; lembrar-se das alternativas à cateterização; manter o sistema de drenagem fechado e estéril; trocar todo o sistema quando ocorrer desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento (BRASIL, 2018).

Na manutenção do cateter de demora, a higiene do meato uretral 3 vezes ao dia, com água e sabão, tem se mostrado uma estratégia importante na diminuição da incidência de ITU. Durante o procedimento, deve ainda ser realizada a mobilização do cateter, garantindo a limpeza de todas as áreas e a prevenção do trauma tecidual (MAZZO et al., 2015).

MAZZO et al (2015) recomenda que o cateter seja fixado com fita hipoalergênica. A correta fixação impede que ele se movimente na uretra prevenindo trações indesejáveis e/ou remoção acidental. No sexo masculino deve ser realizada preferencialmente no abdômen como forma de prevenção a pressão do conjunto sobre o ângulo penoescrotal. No sexo feminino deve ser realizada na região ântero-lateral ou face interna da coxa.

O registro da atividade como a data e hora/turno do esvaziamento da bolsa coletora reflete a qualidade do trabalho do enfermeiro e permite o rastreamento de informações. Pode

conter também, dados temporais, dos profissionais envolvidos, motivos da cateterização, materiais utilizados, procedimentos realizados, resposta do paciente e possíveis intercorrências, reforçado com o registro das informações na bolsa coletora (MAZZO et al., 2015).

Além dessas medidas, o *bundle* pergunta “CDV pode ser removido?”. Esse questionamento visa a monitorização do cateter de acordo com as condições clínicas do paciente e não deve ser mantido sem indicação clínica criteriosa. Essa prática segura pode evitar a ITU e outras complicações (ERCOLE FE et al., 2013).

O convite à participação da equipe foi efetuado nos intervalos de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva, considerando os horários mais adequados para apresentação. Com isso, houve a exposição do *bundle* e o objetivo do estudo, juntamente com a apresentação de dados a respeito dos índices de infecção relacionados as falhas de condutas sobre boas práticas na assistência à saúde. Após esclarecimentos sobre ITU-AC e as práticas de prevenção abordadas pela TE em saúde, o *bundle* foi aplicado em pontos estratégicos do setor, tendo em vista a viabilidade de acesso para a equipe multiprofissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de bundle apresenta-se na literatura como forma de baixo custo para reduzir o índice de ITU. Com base no levantamento de dados visando as melhores evidências disponíveis, é possível selecionar técnicas de prevenção eficazes para a assistência à saúde, com a implantação de uma TE facilitadora do cuidado a ser utilizada em UTI. O pacote de medidas torna-se eficaz se todos os profissionais se comprometerem em adotá-las em suas práticas. Destaca-se o papel do profissional de enfermagem para o manuseio e assistência de CV, o qual deve conhecer a forma de manipular corretamente esse dispositivo com base no conhecimento acerca das indicações e do risco desse procedimento. Espera-se que este estudo possa contribuir para a prevenção e controle de ITU-AC na Unidade de Terapia Intensiva e possibilitar outras pesquisas voltadas para esse tema.

REFERÊNCIAS

- AMARAL DM, et al. Pós-operatório de vulvectomia e cateterismo vesical de demora: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE on line, 2017; 11(10):3948-57.
- ANGHINONI TH, et al. Adesão ao protocolo de prevenção de infecção do trato urinário. Revista de Enfermagem UFPE on line, 2018; 12(10):2675-82.
- BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços. POP: Medidas de Prevenção de Infecção do Trato Urinário (ITU) associadas ao uso de Cateter Vesical de Demora. Rio Grande: Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG), vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), 2018; 8 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013; 27 p.

CARDOSO RSS, et al. Tecnologia educacional: um instrumento dinamizador do cuidado com idosos. Revista Brasileira de Enfermagem, 2018; 71(2):839-45.

CHAVES NMO, MORAES CLK. Controle de infecção em cateterismo vesical de demora em unidade de terapia intensiva. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, 2015; 5(2):1650-1657.

ERCOLE FF, et al. Revisão integrativa: evidências na prática do cateterismo urinário intermitente/demora. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2013; 21(1):[10 telas].

HOOTON TM, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases, 2010; 1;50(5):625-63.

LLAPA-RODRÍGUEZ EO, et al. Aderência de profissionais de saúde à higienização. Revista de Enfermagem UFPE on line, 2018; 12(6):1578-85.

MAZZO A, et al. Cateterismo urinário: facilidades e dificuldades relacionadas à sua padronização. Texto Contexto Enfermagem, 2011; 20(2): 333-9.

MIRANDA AL, et al. Resultados da implementação de um protocolo sobre a incidência de Infecção do Trato Urinário em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2016; 24:e2804.

MOURA JP, et al. Incidência de infecção do trato urinário após a implantação de protocolo clínico. Revista de Enfermagem UFPE on line, 2017; 11(3):1254-61.

SILVA SG, et al. Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: Uma construção coletiva. Texto Contexto Enfermagem, 2012; 21(4): 837-44.

“ Sepsis por colangite em um hospital universitário da região do triângulo mineiro: relato de caso

Thaíssa Hávilla Rezende **Duarte**
UFU

Ana Pereira **Reis**
UFU

Beatriz Modesto **Prata**
Uniube

Calebe Pereira **Reis**
UFTM

Danielle Cristina Gonçalves **Ferreira**
UFU

José Lúcio Rodrigues **Júnior**
UFU

Laura Santos **Machado**
UFU

Raimundo Emanuel Nascimento
Rodrigues **Júnior**
UFU

Stefan Vilges de **Oliveira**
UFU

RESUMO

A sepse trata-se de condições ocasionadas por infecção generalizada ou não, cuja inflamação acomete a funcionalidade de diversos órgãos, podendo evoluir para óbito. Assim o objetivo deste relato é descrever um caso de sepse grave em paciente HIV soropositivo, portador de Hepatite B e hipertenso, proveniente de complicações de um quadro de colangite. A partir de dados secundários de seu prontuário médico, tem-se um relato de caso cujo paciente de 56 anos, do sexo masculino, foi admitido com queixa de dor abdominal difusa, tipo cólica, iniciada há dois dias da internação, concomitante a episódios de vômitos, calafrios, colúria e acolia. Possui antecedentes de colecistectomia envolvendo colocação de prótese biliar, com necessidade de posterior troca desta prótese. Subsequentemente, apresentou síndrome colestática com colangite, sendo submetido a coledocotomia com posicionamento de dreno de Kehr. Decorrente de crescimento polimicrobiano em hemocultura e alterações de lactato, teve-se por hipótese diagnóstica sepse por colangite e, assim, foi iniciado o protocolo institucional e a antibioticoterapia. Posteriormente, foi submetido a laparotomia com exploração da via biliar, sendo realizada uma derivação biliodigestiva em Y de Roux, e devido à hipotensão no intraoperatório, foi iniciada derivação ventrículo-atrial. Em vigência da piora das disfunções orgânicas e gravidade clínica, o paciente foi sedado e mantido em ventilação mecânica. Vide última atualização do prontuário, houve evolução com choque séptico refratário, necessitando de suporte vasopressor, acompanhado em terapia intensiva, tendo, posteriormente, como desfecho o óbito. Discutindo-se sobre a correlação entre colangite e sepse, tem-se colangite por uma infecção bacteriana no trato biliar obstruído, cujas manifestações clássicas são febre, dor abdominal e icterícia. Portanto, nesse cenário, o médico deve ser capaz de avaliar precocemente o melhor tratamento a ser administrado, evitando complicações, tais como a evolução para um quadro de sepse.

Palavras-chave: Sepse; Soropositividade para HIV; Colangite; Via biliar; Choque séptico.

INTRODUÇÃO

A sepse trata-se de condições ocasionadas por infecção generalizada ou não, cuja inflamação acomete a funcionalidade de diversos órgãos, podendo evoluir para óbito. (ILAS, 2015, p.13). Através disso, o Instituto Latino-Americano de SEPSE (ILAS, 2015, p.15) enquadra o choque séptico a um fator secundário a sepse, caracterizado por uma disfuncionalidade circulatória e metabólica, em que nota-se a ocorrência de uma pressão arterial abaixo dos valores referenciados e com a urgência de vasopressores para manter a pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg e lactato maior ou igual a 2 mmol/L, após adequada ressuscitação volêmica.

É sabido que a sepse ocorre mais frequentemente em pneumonias, infecções intra-abdominais e infecções urinárias, de modo que, a letalidade e a gravidade tem relação direta com o foco infeccioso (KAUKONEN et al, 2014, p.1314, tradução nossa). Além disso, apesar de a má evolução e o óbito terem fatores determinantes não totalmente esclarecidos, são conhecidos como fatores clássicos a imunossupressão devido a neoplasias, infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida, o uso de imunossupressores e aspectos genéticos relacionados à resposta inflamatória (ANGUS et al, 2013 p.841, tradução nossa). Assim, segundo o Instituto Latino-Americano de SEPSE (ILAS, 2015, p.18) é notório que o prognóstico e a evolução estão associados a compatibilidade do tratamento e a antecipação deste.

É perceptível também a discrepância entre os índices de letalidade do resto do mundo quando comparados aos do Brasil, uma vez que estes últimos foram de 67,4% na mesma época em que os índices globais eram de 49,6%. (NORITOMI et al, 2014, p.187-189, tradução nossa). Junto a isso, quando comparada a rede privada, os pacientes admitidos nos serviços de urgência e emergência da rede pública apresentaram dados de letalidade significativamente maiores (ILAS, 2015, p.13) o que pode ser explicado, tanto pela carência de leitos de terapia intensiva, que causa a admissão em sua maioria dos pacientes em estados mais graves (FREITAS et al, 2008, p.485, tradução nossa), quanto pelo desconhecimento de parte dos profissionais de saúde sobre a importância dos sinais de alerta de quadros infecciosos e da precocidade do tratamento adequado, de forma a corroborar com essa situação. (ASSUNÇÃO et al, 2010, p.549, tradução nossa).

A colangite aguda, por sua vez, é caracterizada por uma infecção do sistema ductal biliar e por um alto risco de letalidade, caso não tratada de imediato, tem a sepse como um provável fator de complicação. Isso se dá, pois é esperado que nessa enfermidade os ductos biliares se tornem mais suscetíveis à proliferação de bactérias e, conseqüentemente, a translocação de toxinas. Associado a maior pressão intraductal também habitual, esse processo resulta em um grave quadro de infecção (BROLLO, F. M. et al, 2014).

Frente ao exposto e a relevância do quadro, este relato de caso tem como objetivo descrever um caso de sepse grave proveniente de complicações de um quadro de colangite,

em um paciente HIV positivo, hipertenso e portador de hepatite B. Para isso, foram utilizadas informações adquiridas através da revisão de um prontuário médico e revisão de estudos relacionados, presentes na plataforma do Instituto Latino Americano da Sepse (ILAS), PUB-MED, SciELO, LILACS e na literatura médica geral.

EXPOSIÇÃO DO CASO

Paciente com 56 anos, sexo masculino, hipertenso, soropositivo para HIV, obeso grau 1 (IMC de 32,4 kg/m²) e portador de hepatite B, em uso contínuo de Terapia Antirretroviral (TARV) e Besilato de Anlodipino 5mg, deu entrada em um hospital universitário na região do Triângulo Mineiro no dia 12 de agosto de 2019, queixando-se de dor abdominal difusa do tipo cólica, há dois dias, acompanhada de episódios de vômito, colúria e acolia fecal. Foi referido ainda desconforto respiratório e xerostomia.

Como antecedentes hospitalares, tem-se que o paciente foi submetido a colecistectomia com colocação de prótese biliar há 13 anos. Posteriormente, necessitou de troca desta prótese biliar, realizada via Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE), com relato de gastro-estenose e subestenose de duodeno e, em agosto de 2017, apresentou síndrome colestática com colangite, sendo submetido a coledocotomia com posicionamento de dreno de Kehr no dia 17 do mesmo mês.

Ao dar entrada no dia 12 de agosto de 2019, o exame físico do paciente era caracterizado da seguinte forma: regular estado geral, acianótico, afebril e icterico (2+/4+), consciente e orientado no tempo e espaço; pressão arterial de 70 x 50 mmHg; ausculta pulmonar com murmúrio vesicular fisiológico e sem ruídos adventícios; ausculta cardiovascular apresentando bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos, sem sopro e com uma frequência cardíaca de 130 bpm e exame físico do aparelho digestivo com presença de ruídos hidroaéreos aumentados, abdome doloroso à palpação em hipocôndrio direito e ausência de dor após descompressão brusca.

Diante do exposto acima, o paciente permaneceu internado para acompanhamento e investigação de seu caso com as equipes de cirurgia do aparelho digestivo (CAD) e infectologia. Assim, a análise diagnóstica, nesse dia, indicou provável sepse por colangite, tornando necessário solicitar exames de admissão e iniciar o protocolo de sepse. Primeiramente foi realizada a coleta de exames laboratoriais (Tabela 1) para a pesquisa de disfunções orgânicas: gasometria e lactato arterial, hemograma (hmg) completo, creatinina, bilirrubina e coagulograma. Em seguida, houve a coleta de duas hemoculturas de sítios distintos e a prescrição e administração de antimicrobianos, Ceftriaxone e Metronidazol, por via endovenosa (EV), posteriormente escalonados para Piperacilina-Tazobactam. Além disso, executou-se a passagem de acesso venoso central e o procedimento de sondagem vesical de demora. Ambos os procedimentos foram realizados sem intercorrências e com a solicitação de radio-

grafia para controle. O médico responsável efetuou a solicitação de um leito na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e iniciou-se a associação de vasopressina e Hidrocortisona, devido ao choque séptico refratário. Não houve profilaxia de trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP) até os resultados da admissão, entretanto, deixou-se programado o início posterior caso não houvesse episódios de sangramentos.

No dia seguinte (13/08/19), o paciente relata melhora da dor e demais sintomas iniciais, exceto da xerostomia, mantendo os padrões neurológicos, respiratórios, cardiovasculares e abdominais praticamente inalterados. Pela manhã, foi solicitado uma CPRE e notou-se que foram isolados nas hemoculturas (HMC) seriadas, diferentes microrganismos, sendo eles: HMC1: Bastonetes Gram negativos, HMC2: 3 colônias diferentes sendo uma delas de *Escherichia coli*. resistente somente a Ampicilina, Ampicilina/Sulbactam, Ciprofloxacino. Sobre os demais exames, foram obtidos os seguintes resultados:

Tabela 1. Exames admissionais e seus resultados.

Exames	Resultados
Tempo de protrombina (TAP)	64% com Razão de Normalização Internacional (RNI): 1,22
Hemoglobina (g/dl)	13,9
Hematócrito	39,20%
Plaquetas (mil/mm ³)	41
Leucócitos (mil/mm ³)	14
Segmentados	85%
Bastonetes	8%
Linfócitos típicos	3%
Monócitos	4%
Gasometria arterial	
Potencial hidrogênio iônico – pH	7.38
Pressão parcial de dióxido de carbono - pCO ₂ (mmHg)	35
Pressão parcial de oxigênio - pO ₂ (mmHg)	90
Bicarbonato - HCO ₃ (mEq/L)	20,6
Quantidade de base - BE (mEq/L)	-3,7
Saturação de oxigênio - Sat O ₂	96,70%
Ureia (mg/dl)	61,7
Creatinina (mg/dl)	1,1
Sódio (mEq/L)	139
Potássio (mEq/L)	3,58
Magnésio (mEq/L)	1,82
Fósforo (mEq/L)	2,34
Bilirrubina total (mg/dl)	6,51
Bilirrubina direta (mg/dl)	5,73
Bilirrubina indireta (mg/dl)	0,77
Lactato (mmol/L)	6,15
Albumina (g/dl)	2,63

Fonte: Tabela elaborada pelos autores.

Nesse mesmo dia, à noite, o paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico para a reali-

zação de laparotomia exploratória, com exploração de via biliar, de forma que houve retirada de grande cálculo do colédoco, além de serem realizadas drenagem de secreção purulenta e a confecção de derivação biliodigestiva em Y de Roux. Contudo, o paciente manteve-se em grande instabilidade hemodinâmica durante todo o procedimento, de modo que, em seguida foi enviado para a UTI, onde foram iniciadas drogas vasoativas (DVA) em doses ascendentes, mantendo-o sedado devido a gravidade clínica e pelos parâmetros respiratórios elevados (Simplified Acute Physiology Score traduzido para Pontuação Simplificada de Fisiologia Aguda - SAPS :83.0 / SAPS (%): 78. / Richmond Agitation Sedation Scale traduzido para Escala de Agitação e Sedação de Richmond - RASS: -5).

Em virtude do quadro, o paciente foi mantido em ventilação mecânica na modalidade ventilação controlada a volume (VCV) com os seguintes parâmetros: volume corrente (VC) de 468 ml, fluxo contínuo de 86 L/min, pressão positiva expiratória final (PEEP) de 8 cmH₂O, fração inspirada de oxigênio (FiO₂) de 21%, mantendo sua frequência respiratória (FR) com 20-24 irpm (incursões respiratórias em um minuto), com proporção inspiração:expiração de 1:2.5, SpO₂ em 96% e ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído com roncos difusos. Nesse momento, o exame físico também indicava paciente em regular estado geral, hipocorado, acianótico, afebril, anictérico e sedado. Pressão arterial média de 80 x 101 mmHg. Na ausculta cardiovascular apresentou bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos, sem sopro e com uma frequência cardíaca de 110-141 bpm. No exame físico do aparelho digestivo a ausculta apresentou ruídos hidroaéreos diminuídos, abdome globoso sem massas ou visceromegalias e ferida operatória em bom estado.

O paciente manteve-se em instabilidade hemodinâmica, com uso de drogas vasoativas em altos valores, tolerando redução gradativa e lenta após otimizar hidratação, evoluindo o quadro séptico pela colangite, com leucocitose (41500), curva térmica febril com 3 episódios (38,6-38,7 °C) e com plaquetopenia grave juntamente do TAP alargado. Também apresentou uma piora na função renal com leve edema, preservando débito urinário e perfusão periférica regular, devido a uma insuficiência renal aguda, junto de taquiarritmia, de forma que, dentre as drogas vasoativas, suspendeu-se o uso da adrenalina, e iniciou-se de Amiodarona, para que houvesse retorno ao ritmo sinusal. Devido a essa disfunção renal, a equipe manteve-se em acompanhamento rigoroso de diurese e função renal, aguardando resultados de potássio. O paciente também iniciou terapia insulínica endovenosa durante a internação, mantendo sua curva glicêmica de 200-379. Nesse período, a gasometria controle revelou acidose mista, concomitantemente aos parâmetros elevados na ventilação, de modo que houve melhora da acidose metabólica após a administração de bicarbonato, mas não da acidose respiratória. Junto a isso, o paciente estava em risco nutricional (obesidade grau 1, Nutritional Score Risk traduzido para Risco de Pontuação Nutricional - NRS: 3 pontos). Devido ao seu grave

estado clínico e a condição de hiperlactatemia (6,15 mmol/L), foi submetido a dieta enteral zero, recebendo apenas aporte calórico com soro glicosado 50% e hidratação endovenosa.

Nesse mesmo dia (14/08/19), no período noturno, foram realizadas modificações ventilatórias, aumentando o VC para 560 ml, a FiO_2 para 35% e a SpO_2 para 98%, com o paciente apresentando murmúrio vesicular reduzido em bases e com roncos escassos, além de continuar afebril.

No dia seguinte (15/08/19), pela manhã, paciente iniciou melhora significativa da leucocitose (17600), do ritmo cardíaco, da febre, e dos padrões da gasometria arterial, e junto a isso, foram descalonados os antibióticos Piperacilina e Tazobactam, assim como houve início o desmame da sedação e do uso das drogas vasoativas após hidratação otimizada, sendo indicado redução dos parâmetros de ventilação mecânica e início de dieta via sonda nasoenteral (SNE) de 150ml/dia, mantendo-se ainda Amiodarona e ajustando a dose de Pipetazo baseado em clearance para 2 gramas a cada 6 horas, aguardando as culturas. O hospitalizado seguiu com função renal em acompanhamento rigoroso e com plaquetopenia de evolução para um quadro grave (14000), mesmo sem sinais de sangramento. Também se começou a notar que o dreno Portovac, colocado na cirurgia, estava pouco funcional, drenando uma secreção serossanguinolenta.

Nas horas seguintes, houve queda do lactato e melhora da leucocitose (14800), contudo, devido a tentativa de desmame das drogas vasoativas, ocorreu bradicardia sinusal, que foi controlada com a suspensão da Amiodarona. Também optou-se pelo aumento da dieta via SNE, com boa tolerância (300ml/dia), mesmo com a apresentação do abdômen globoso e com ruídos hidroaéreos aumentados. Além disso, houve aumento progressivo das excretas nitrogenadas, mesmo com volume urinário preservado, sendo realizada análise da Nefrologia para tratamento dessa disfunção renal secundária ao quadro séptico.

Posteriormente (16/08/19), de acordo com a primeira avaliação matinal, o paciente continuava sem sedação, mas não responsivo, tendo o Fentanil suspenso também por conta da bradicardia, e afebril, sendo indicado início da analgesia com Tramadol no período vespertino, que mais tarde foi substituído por dipirona, deixando por indicação também a modificação da modalidade ventilatória assim que possível.

Algumas horas depois, houve redução do lactato, porém ocorreu progressiva piora da função renal, com piora das escórias nitrogenadas (ureia de 225), de modo que começou a ser discutida a necessidade de hemodiálise para o paciente, sendo indicada sem ultrafiltração (UF) e heparina. Concomitantemente, houve piora da plaquetopenia, progressão lenta da dieta enteral e alguns escapes glicêmicos. Junto a isso, observou-se um crescimento de vários tipos de colônias observadas através de culturas de secreção abdominal. É importante ressaltar que desde a admissão o paciente ainda não havia evacuado.

Nos registros do próximo dia (17/08/19), tem-se que o paciente seguiu compensado hemodinamicamente com baixas doses de noradrenalina, com marcadores de infecção de melhora, em uso de Pipetazo, com terapia de substituição renal confirmada pela equipe de Nefrologia do hospital, e por fim, em aguardo do despertar após suspensão da sedação no dia anterior e suspensão atual do Tramadol, permanecendo a analgesia apenas com a dipirona.

Sucessivamente (18/08/19), o paciente encontrou-se afebril, entretanto, com piora de leucograma, requerendo, assim, nova solicitação de culturas e HMG. Foi também realizada uma segunda sessão de hemodiálise.

Na próxima manhã (19/08/19), através da avaliação embasada na escala de RASS, identificou-se a evolução do paciente do estado comatoso (RASS: -5) para o estado sedado moderado (RASS: -3). Houve também modificação da sua modalidade ventilatória para pressão assisto-controlada e suspensão da Hidrocortisona.

No exame físico notou-se a evolução do abdome para levemente distendido e com ruídos hidroaéreos de intensidade aumentada, devido a isso, foram realizadas duas drenagens via Sonda de Foley, em que primeiramente houve uma notória e abundante saída de conteúdo biliar e, posteriormente, um conteúdo menos abundante. Paciente começa a apresentar evacuações diárias, entretanto, a lenta progressão da dieta enteral semielementar colaborou para a piora do quadro de distensão abdominal.

Nas 24 horas seguintes (20/08/19), foi levantada a suspeita de ocorrência de uma fístula biliar pós operatória. Dessa forma, foi solicitado um exame envolvendo azul de metileno por Portovac, no qual teve seu resultado na manhã seguinte, confirmando choque séptico de foco abdominal, medicado com o uso de Pipetazo, além de infecção de corrente sanguínea por *E. coli*. Paciente regride ao estado comatoso (RASS: -5), devido ao seu gravíssimo estado geral, dado a piora do padrão hemodinâmico, retorno ao estado febril, piora significativa da leucocitose, abdome distendido precedendo a uma nova drenagem via Sonda de Foley, com a saída de uma grande quantidade de líquido biliar. Frente a essa piora clínica, o paciente foi sedado e retornou ao estado de dieta zero, devido a piora da distensão abdominal e pela fístula enteral, apurada pela saída de uma grande quantidade de azul de metileno por drenos abdominais, mais fístula biliar, constatada através da saída de conteúdo biliar em alta quantidade (3200ml). Além de diurese diminuída, piora de escórias nitrogenadas e gasometria com piora de acidose-hiperlactatemia, nas últimas 24 horas de internação do paciente. Diante da complicação enfrentada, foi também necessário retornar DVA a alta vazão e implementar o uso de Imipenem, Anidulafungina e Teicoplanina, aguardando as culturas coletadas no dia anterior, fazendo reserva de sangue para possível intervenção cirúrgica e realizando uma hemodiálise de urgência na manhã seguinte (21/08/19).

Dado ao diagnóstico de fístula entérica foi indicado e realizado um procedimento na

tarde do mesmo dia (21/08/2019), seguido sem intercorrências, em que efetuou-se: enterectomia segmentar, drenagem de cavidade abdominal, peritoneostomia a vácuo, retirada da tela e implante da Bolsa de Bogotá, em que houve sangramento mínimo e ausência de instabilidade durante o intraoperatório. Frente ao achado cirúrgico que atestou a ocorrência de anastomose entero-entero com fístula em região posterior da sutura, com saída de secreção entérica, além de sinais de má perfusão de alças em local de anastomose prévia, a anastomose da derivação biliodigestiva encontrava-se íntegra.

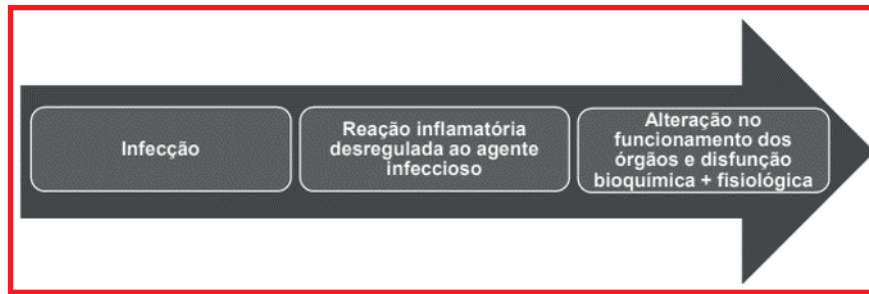
Contudo, ainda nas últimas 24 horas de internação, durante o transporte para UTI, paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, sendo admitido com pressão arterial média igual a 50 mmHg e frequência cardíaca igual a 110 bpm, em uso de noradrenalina a 40 ml/h e vasopressina a 6 ml/h. Além dessa piora, paciente chegou a evacuar 80 vezes em um mesmo dia e ter seis episódios de febre, com variação entre 38,3° e 39,2°.

Após essas intercorrências, paciente estava em uso da peritoneostomia a vácuo abdominal, seguia com a Sonda de Foley, havendo saída de secreção biliar por dreno (700ml). Além disso, houve a realização de hemodiálise para controle da acidose, entretanto a gasometria indicava acidose metabólica grave e bicarbonato de sódio de 9,10, mesmo após efetuado bicarbonato EV e hemodiálise, para além o hemograma também apontava piora do leucograma (56300), indicativo da gravidade do quadro de sepse do paciente. Frente a esse notório quadro clínico gravíssimo, o paciente evoluiu a óbito (22/08/2019).

DISCUSSÃO

Conforme refere o Instituto Latino-Americano de SEPSE (ILAS, 2015, p.22) a apresentação clínica da sepse abrange uma ampla variedade de sintomas (Figura 1), podendo evoluir e ocasionar severas disfunções, além mesmo do seu desfecho mais desfavorável: o óbito. A sepse vem atingindo uma alta incidência nas últimas décadas, seja por melhora de atendimentos emergenciais ou pelo aumento do número de idosos e imunossuprimidos, população essa mais suscetível aos quadros infecciosos. Consequentemente, torna-se importante que sua detecção seja o mais precoce possível e que seu tratamento seja adequado, para que assim os pacientes aumentem sua taxa de sobrevivência perante essa patologia expressivamente letal. (ILAS, 2015, p.13-14).

Figura 1. Apresentação clínica da sepse.



Fonte: Imagem elaborada pelos autores.

Para o auxílio do correto manejo dessa doença, preconizou-se, em 2016, pela Society of Critical Care Medicine (SCCM) e pela European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) uma observação mais cuidadosa na distribuição de escores na escala Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), e também a criação de um novo escore, o quick SOFA (qSOFA), sendo essa uma versão mais sintética de ser aplicada do que aquela, e com maiores preditores de mortalidade. O SOFA e o qSOFA são escalas que avaliam os sistemas respiratório, hematológico, cardiovascular, nervoso e renal; frequência respiratória, estado mental e pressão arterial sistólica, respectivamente. (ILAS, 2015, p.17-18). Para o caso tiveram-se as seguintes pontuações na admissão (Tabelas 2 e 3):

Tabela 2. Critérios de escore SOFA.

Paciente avaliado segundo critério de escore SOFA		
Sistema	Resultados	Escore correspondente
Respiratório ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$)	257	2
Hematológico (Plaquetas)	41 mil	3
Cardiovascular (PAM ou uso de DVA)	70 x 50 mmHg	0
Nervoso Central (Glasgow)	3	4
Renal (Creatinina ou débito urinário)	1,1	0

Fonte: Tabela elaborada pelos autores.

Tabela 3. Critérios de escore q-SOFA.

Paciente avaliado segundo critérios do escore q-SOFA		
Parâmetros	Resultados	Situação
Frequência respiratória	37 irpm	Taquipneia
Estado mental (Glasgow)	3	Coma Profundo
Pressão arterial sistólica	70 mmHg	Hipotensão

Fonte: Tabela elaborada pelos autores.

Dessa maneira, tem-se que apesar de ambas escalas não serem instrumentos de triagem, elas caracterizaram-se como excelentes instrumentos para guiar as seguintes condutas terapêuticas do caso discutido, de forma mais ágil e com escalonamento de gravidade, por

esse motivo, é importante seu conhecimento dentre a comunidade médica, especialmente em urgências, emergências e cuidado intensivo. (ILAS, 2015, p.18).

Ademais, FERRER et al., enfatiza que a falta de treinamento adequado das equipes médicas e de enfermagem, principalmente nos setores de emergência e UTI, na definição, triagem e controle de quadros infecciosos graves, permite que a descoberta da sepse ocorra tardiamente. Tal agravante, potencializa o problema de saúde pública, que possui alto custo econômico e social. (ILAS, 2015, p.11). Por isso, FERRER et al., reforça que o estabelecimento e cumprimento rigoroso do protocolo para identificação e intervenção em pacientes com suspeita de sepse, sepse grave ou choque séptico pode reduzir os elevados índices de mortalidade hospitalar.

Adentrando à discussão da fisiopatogenia da sepse, tem-se que é advinda do “desequilíbrio de duas forças, a inflamatória e a anti-inflamatória, sendo esse o gerador de fenômenos que culminam em disfunções orgânicas”. (ILAS, 2015, p.19). Essa patologia pode se relacionar a diversos focos infecciosos, especialmente pneumonia, infecção intra-abdominal e a infecção urinária. Sabe-se que o foco infeccioso tem uma estrita relação com a gravidade do quadro, entretanto, nem sempre é possível identificar o agente causador. (ILAS, 2015, p.21).

No caso retratado neste relato, o paciente em questão deu entrada hospitalar com icterícia (2+/4+), dor abdominal difusa do tipo cólica, acompanhada de episódios de vômito, colúria, acolia fecal, desconforto respiratório e xerostomia, sintomas esses ligados a um provável quadro de colangite com evolução para sepse de foco intra-abdominal.

Segundo Kumar (2010) a colangite geralmente se apresenta com a descrição supracitada, além de poder vir acompanhada de febre e calafrios. Para o autor “a forma mais severa de colangite é a colangite supurativa, na qual uma bile purulenta preenche e distende os ductos biliares”, outra conformidade do diagnóstico com a evolução relatada no caso. Diante disso, no dizer do autor “a avaliação diagnóstica e a intervenção são imperativas nestes pacientes seriamente doentes”, validando a atuação da equipe médica responsável pelo exposto, que solicitou internação do paciente, com a hipótese diagnóstica de sepse por colangite e fez a solicitação dos exames de admissão para iniciar o protocolo de sepse. (KUMAR, 2010, p. 895)

Os fatores que determinam um mau prognóstico são por muito incompreendidos, mas sabe-se que o perfil do agente agressor, além mesmo de imunossupressões, tais como advindas de neoplasias ou pelo HIV, são fatores clássicos. (ILAS, 2015, p.22). É determinante que as pessoas que possuem o vírus da imunodeficiência humana são mais suscetíveis às infecções oportunistas, que se aproveitam do seu sistema imune enfraquecido, e tais infecções em suas formas recorrentes podem levar a um estreitamento de ductos biliares, tornando-os mais fibrosados, suscetíveis, assim, a inflamações e a interrupção de fluxo por

possíveis cálculos. (LIU, ATTEN e DONAHUE, 1997, p.519-524).

Diante disso, tem-se retratado no trabalho um paciente HIV positivo, hipertenso e portador de hepatite B, com variados antecedentes complicadores de vias biliares, e até mesmo um quadro anterior de colangite. Tais descrições materializam os achados da literatura que associam má evolução e imunossupressão, uma vez que o paciente teve por desfecho final seu óbito, e dessa forma, também frisa a importância e singularidade ao se tratar um caso como este, com sérias complicações e poucos exemplos na literatura médica.

Nesse sentido, tem-se também que uma potencial razão para péssimos desfechos ou prognósticos, com alto índice de mortalidade é o desconhecimento entre os profissionais de saúde acerca dos sinais de alerta de piora do quadro séptico, o que faz com que a evolução seja percebida de forma tardia, e também a falta de conhecimento adequado dos protocolos e diretrizes de tratamento, retardando sua execução. (ILAS, 2015, p.24). Destarte, pacientes com doenças relacionadas com cálculos biliares na pós-colecistectomia não são incomuns, mas complicações como choque séptico levando à falência de múltiplos órgãos podem ser um problema de diagnóstico. (AZFAR, 2015, p. S71, tradução nossa).

Quanto à terapêutica, a evolução tecnológica da área endoscópica nos últimos anos tem permitido uma maior segurança na execução de técnicas cirúrgica de lesões de vias biliares, especialmente em contextos referentes a fístulas e estenoses pós-operatórias. (ARTIFON, COUTO JÚNIOR e SAKAI, 2010, p. 144-147). Semelhantemente, neste caso o uso de recursos endoscópicos foi essencial para realização de troca de prótese biliar (via CPRE), drenagens biliares e para o próprio preparo cirúrgico.

Logo, a abordagem cirúrgica, caracterizada pela realização de laparotomia exploratória, com exploração de via biliar para retirada de grande cálculo do colédoco, drenagem de secreção purulenta, confecção de derivação biliodigestiva em Y de Roux, com posterior enterectomia segmentar com drenagem de cavidade abdominal associada a peritoneostomia a vácuo, além da retirada da tela e implante da Bolsa de Bogotá, é justificada mediante a sintomatologia do paciente. Tal sintomatologia pode ser explicada pelas anormalidades no trato biliar em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida e pelos patógenos identificados nas hemoculturas, além de outras etiologias multifatoriais, todas essas dependentes das condutas da equipe médica associadas às tecnologias da área para obter resolutividade, que acabam por influenciar diretamente nos resultados obtidos pelo paciente durante o seu período de hospitalização. (LIU, ATTEN e DONAHUE, 1997, p.519-524).

Portanto, vê-se que diagnosticar e tratar infecções dos canais biliares e sepse ainda configuram um grande desafio médico, deixando como lição, por meio deste relato, a necessidade de uma formação adequada e aperfeiçoada de profissionais de saúde para não só identificar, mas também lidar com os mais complexos casos relacionados a sepse e choque

séptico de focos biliares. (CREMA et al, 2005, p.440).

CONCLUSÕES

A partir das observações no caso e das publicações encontradas acerca do assunto retratado, conclui-se que é fundamental que o profissional de saúde considere, em casos de colangite, uma possível evolução para sepse, visto que esse é o desfecho de maior risco para o paciente (Kumar, 2010, p. 834).

Outrossim, é importante que haja uma boa formação da equipe médica para que essa possa rastrear um contexto de septicemia e iniciar o tratamento adequado de forma rápida e eficaz, evitando desfechos desfavoráveis como os que ocorrem em casos de reconhecimento tardio dessa complicação. (FERRER et al., 2008, p. 2302). Por isso, uma boa estratégia para guiar as condutas terapêuticas de casos de sepse estabelece o uso dos escores descritos – SOFA e qSOFA – pela comunidade médica, já que possibilitam uma boa avaliação de diversos sistemas orgânicos além de serem de fácil acesso e manuseio (ILAS, 2015, p.17-18).

Nessa perspectiva, conforme discussão prévia, é importante comentar como a contemporaneidade abrange técnicas operatórias bastante eficazes, seguras, pouco invasivas e de realização rápida para o tratamento da colangite e de outras lesões biliares (ARTIFON, COUTO JÚNIOR e SAKAI, 2010, p. 144-147). Assim, é válido reiterar a importância da terapêutica cirúrgica para patologias e anormalidades de vias biliares quando há indicações robustas como no caso relatado, não só para tratar a patologia, mas também como instrumento de prevenção para um futuro quadro de sepse devido a suas complicações.

Portanto, as particularidades de saúde e antecedentes hospitalares de cada paciente devem ser consideradas tanto para a formulação da hipótese diagnóstica de septicemia quanto para o seu tratamento e manejo, a fim de combater essa que é uma das doenças mais prevalentes e uma das principais causas de morte em pacientes hospitalizados (FERRER et al., 2008, p. 2294).

REFERÊNCIAS

ANGUS, Derek C.; VAN DER POLL, Tom. Severe sepsis and septic shock. N Engl J Med, v. 369, p. 840-851, 2013.

ARTIFON, Everson LA; COUTO JÚNIOR, Décio Sampaio; SAKAI, Paulo. Tratamento endoscópico das lesões biliares. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 37, n. 2, p. 143-152, 2010.

ASSUNÇÃO, Murillo et al. Survey on physicians' knowledge of sepsis: Do they recognize it promptly?. Journal of critical care, v. 25, n. 4, p. 545-552, 2010.

AZFAR, Mohammad Feroz; KHAN, Muhammad Faisal; KHURSHEED, Moazzum. Septic shock due to biliary stones in a postcholecystectomy patient. J Coll Physicians Surg Pak, v. 25, n. 10 Suppl,

p. S70-2, 2015.

BISPO, M. et al. Colangite esclerosante primária: uma forma de apresentação potencialmente fatal. *Jornal Português de Gastrenterologia*, v. 14, n. 5, p. 236-240, 2007.

BROLLO, Flávia Moojen; SOARES, Daisy C. Bitencourt; VILHORDO, Daniel Weiss. Colangite aguda: uma emergência potencialmente fatal. *Acta méd. (Porto Alegre)*, p. [5]-[5], 2014.

CARVALHO, Paulo RA; TROTTA, Eliana de A. Avanços no diagnóstico e tratamento da sepse. *Jornal de Pediatria*, v. 79, p. S195-S204, 2003.

CARVALHO, Renan Henrique de et al. Sepses, sepse grave e choque séptico: aspectos clínicos, epidemiológicos e prognóstico em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 43, n. 5, p. 591-593, 2010.

CREMA, Eduardo et al. Colangite esclerosante secundária em paciente com síndrome da imunodeficiência adquirida tratada com plastia do ducto hepático comum por via laparoscópica. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 38, n. 5, p. 438-441, Oct. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822005000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 de julho de 2020.

FERRER, Ricard et al. Improvement in process of care and outcome after a multicenter severe sepsis educational program in Spain. *Jama*, v. 299, n. 19, p. 2294-2303, 2008.

FREITAS, Flávio GR et al. The impact of duration of organ dysfunction on the outcome of patients with severe sepsis and septic shock. *Clinics*, v. 63, n. 4, p. 483-488, 2008.

KAUKONEN, Kirsi-Maija et al. Mortality related to severe sepsis and septic shock among critically ill patients in Australia and New Zealand, 2000-2012. *Jama*, v. 311, n. 13, p. 1308-1316, 2014.

KUMAR, Vinay. Robbins & Cotran-Patologia bases patológicas das doenças 8a edição. Elsevier Brasil, 2010.

LIU, K. J.; ATEN, Mary Jo; DONAHUE, Philip E. Cholestasis in patients with acquired immunodeficiency syndrome: a surgeon's perspective. *The American Surgeon*, v. 63, n. 6, p. 519, 1997.

NORITOMI, Danilo Teixeira et al. Implementation of a multifaceted sepsis education program in an emerging country setting: clinical outcomes and cost-effectiveness in a long-term follow-up study. *Intensive care medicine*, v. 40, n. 2, p. 182-191, 2014.

SEPSE, I. L. A. S. um problema de saúde pública. Disponível em: <<https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/livro-sepse-um-problemade-saude-publica-cfm-ilas.pdf>>. Acesso em: 22 de julho de 2020, v. 20, p. 11-24, 2015.

SIDDIQUI, Shahla. Not "surviving sepsis" in the developing countries. *Journal of the Indian Medical Association*, v. 105, n. 4, p. 221-221, 2007.

“ SÍFILIS em gestantes no Estado do Piauí entre os anos de 2013 a 2017

Vítor Antônio Rocha **Monteiro**

Larissa Freire **Gomes**

Joana Elisabeth de Sousa **Martins
Freitas**

RESUMO

A sífilis gestacional consiste em uma doença infecciosa sistêmica que possui como causa a bactéria *Treponema pallidum*, responsável por consequências severas para a gestante e para o conceito. Desta forma, objetivou-se com este estudo analisar os casos de sífilis em gestantes notificados no Estado do Piauí de 2013 a 2017. Trata-se de uma pesquisa quantitativa de natureza descritiva, retrospectiva e documental, realizada no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (SINAN-DATASUS). Os resultados revelaram que no período avaliado foram notificados 1.445 casos de sífilis em gestantes no Estado do Piauí, onde o ano de 2017 obteve o maior número de registros. O perfil destes casos demonstrou que 978(67,6%) deles estavam na faixa etária de 20 a 39 anos, 1.047(72,4%) eram de cor parda, 541(37,4%) possuíam o ensino fundamental incompleto e 1.115 (79,9%) residiam em zona urbana. O Piauí ocupa a penúltima colocação em número de casos de sífilis na região Nordeste, onde a maior concentração de notificações encontra-se na Capital. Em relação à classificação final, 28,6% dos casos tratava-se da forma primária de sífilis em gestantes. Portanto, o desenvolvimento deste trabalho apresentou algumas limitações, como o uso de dados secundários, condicionados à qualidade dos registros. Os resultados alcançados sugerem a necessidade de capacitações e treinamentos profissionais sobre a importância do preenchimento da ficha de notificação.

Palavras-chave: Sífilis em Gestantes. Perfil; Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

A sífilis no Brasil é considerada um problema de saúde pública no que tange ao aumento do número de casos de doenças infecciosas nas diversas populações, e neste caso, em especial em gestantes, devido ao impacto que traz para o feto (DOMINGUES; LEAL, 2016). A sífilis é uma doença milenar que vem prevalecendo sobre todas as tentativas de sua eliminação. Apesar da eficácia da penicilina no tratamento e cura, as gestantes acometidas não são tratadas ou são inadequadamente tratadas (CARDOSO et al., 2018).

A sífilis consiste em uma doença infecciosa sistêmica que possui como causa a bactéria *Treponema pallidum*. Constitui-se de quatro estágios de manifestação, contudo, principalmente os dois primeiros correspondem ao período mais contagioso e responsável pela maioria dos sintomas. Tem como as principais formas de transmissão as vias sexual e vertical (LAFETÁ et al., 2016; BRASIL, 2017a).

Segundo o boletim epidemiológico que trata da situação epidemiológica da sífilis no Brasil, no ano de 2016 foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes (SG) e 20.474 casos de sífilis congênita. A região que apresentou maior proporção de notificações foi a Sudeste. Os estados do Rio Grande do Sul, do Rio de Janeiro, do Espírito Santo e do Mato Grosso do Sul são os que apresentam as maiores taxas tanto de detecção de sífilis em gestantes como de incidência de sífilis congênita. Em relação à região Nordeste do Brasil, o Estado do Piauí fica em segundo lugar com o menor número de casos de SG (BRASIL, 2017b).

No Brasil, a sífilis em gestante é doença de notificação compulsória desde 2005 (Portaria nº. 33/2005), e a sífilis congênita desde 1986 (Portaria nº. 542/1986), sendo obrigatória a comunicação à autoridade de saúde quando houver confirmação da doença por meio do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN), os quais são disponibilizados ao público pelo Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (BRASIL, 1986; BRASIL, 2005).

Ressalta-se a importância da realização da notificação compulsória para essa doença, pois mediante a mesma serão identificados os dados epidemiológicos e as devidas providências a serem tomadas para o controle dos casos novos (MAGALHÃES et al., 2013). De tal modo que, em frente à necessidade de reduzir a subnotificação dos casos, o Ministério da Saúde por meio de uma nota técnica publicada em outubro de 2017, ampliou a definição de sífilis em gestante para fins de notificação, sendo assim, considerados os casos em que é diagnosticada a sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério. Este último, diferindo do que até então era notificado como sífilis adquirida (BRASIL, 2017a).

Neste contexto, estudo realizado sobre notificações evidenciou, quando se trata apenas da Unidade Básica de Saúde como fonte de notificação, uma subnotificação de 55,2% de

sífilis na gestação. Tal dado, reflete a prática assistencial referente à qualidade do pré-natal (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015). Desse modo, emerge a reflexão sobre a importância do acompanhamento pré-natal e as falhas que ocorrem com a detecção e o tratamento da sífilis na gestante, cujas medidas são essenciais para o controle da sífilis congênita (MAGALHÃES et al., 2013). Apesar da cobertura de pré-natal no Brasil ser superior a 90%, e de uma razão de seis consultas de pré-natal por parto no Sistema Único de Saúde (SUS), a qualidade da assistência à gestante está aquém das necessidades (CARDOSO et al., 2018).

Tendo em vista o elevado número de casos de Sífilis em gestantes, as consequências da sífilis congênita e o impacto que a infecção acarreta para a qualidade de vida da gestante ou parturiente e de seus filhos, justifica-se o desenvolvimento deste estudo devido à importância de estudar, os casos de sífilis na gestante, por meio da identificação das notificações no Estado do Piauí. Sendo assim, estudos como estes são relevantes porque possibilitam o planejamento de estratégias de melhorias nos programas e prevenção desta enfermidade, pois é pretensão publicar estes dados.

Portanto, o objetivo geral do estudo foi analisar o perfil clínico epidemiológico das casos de sífilis em gestantes notificados no Estado do Piauí de 2013 a 2017 e como objetivos específicos descrever os aspectos sociodemográficos das gestantes; caracterizar a classificação clínica da sífilis na gestante; comparar as notificações do Piauí com os demais Estados; identificar a distribuição por município.

REFERENCIAL TEÓRICO

Sífilis: Conceito, forma de transmissão e classificação

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. Caracteriza-se por uma doença da Antiguidade, conhecida há séculos, cujo agente etiológico foi descoberto em 1905, uma bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas denominada *Treponema pallidum* (BRASIL, 2015).

Quanto à via de transmissão, o contato sexual é o principal meio, seguido pela transmissão vertical, quando a gestante, acometida por sífilis, deixa de ser tratada ou é tratada inadequadamente. A infecção inicia-se quando o agente infeccioso penetra na pele ou na mucosa, devido a uma proteína localizada na membrana externa da bactéria que se liga a receptores localizados na superfície das células do hospedeiro. Desse modo, o organismo invasor multiplica-se localmente e espalha-se através do sistema sanguíneo, disseminando a infecção antes mesmo das lesões primárias se tornarem evidentes (PEREIRA, 2015).

A transmissão do *T. pallidum* e conseqüentemente da doença ocorre, predominante-

mente, por contato sexual, via transplacentária, contaminação do feto durante sua passagem pelo canal materno, transfusão de sangue ou até mesmo por acidentes ocupacionais, sendo essas duas últimas raras, representando uma pequena parcela dos dados notificados. Quanto à transfusão de sangue contaminado, na maioria dos países essas amostras de sangue são testadas para pesquisa de anticorpos anti-*T. pallidum* (PEREIRA, 2015).

Em relação às manifestações clínicas, a sífilis pode ser classificada em primária, secundária, latente e terciária. A primária configura-se pelo aparecimento de cancro duro, indolor e de bordos elevados. Ocorre no local da penetração da bactéria, podendo ainda estar presente da região genital. A ferida não apresenta sangramento, mas pode libertar um líquido claro e contagioso (FERREIRA, 2013). Possui resolução espontânea entre 2 a 8 semanas (CUNNINGHAM et al., 2016).

Os indivíduos com lesões primárias não tratadas podem evoluir para a fase secundária (FERREIRA, 2013). Essa fase caracteriza-se por possuir uma disseminação sistêmica do *T. pallidum*, gerando um exantema maculopapular disseminado, abrangendo a região palmar e plantar. As manifestações clínicas aparecem de 6 semanas a 6 meses após o surgimento do cancro e solucionam-se espontaneamente em 2 a 6 semanas (NORWITZ, 2009).

A sífilis latente, geralmente subclínica, possui alta taxa de transmissão durante a fase transplacentária, onde a bactéria se encontra disseminada, podendo aparecer manifestações quatro anos após o contágio (BRASIL, 2014). A terciária é mais rara, acomete um terço dos pacientes não tratados e pode gerar doenças cardiovasculares ou neurosífilis. Esta última é diagnosticada em cerca de 10% dos doentes com sífilis não tratada, desenvolvendo-se em qualquer um dos estádios da infecção por *T. pallidum*. Suas manifestações clínicas aparecem de 5 a 20 anos após a infecção (HICKS; SPARLING, 2013).

A maioria dos casos de transmissão sexual decorre da invasão da bactéria a pequenos ferimentos, atingindo o sistema linfático e outras partes do corpo (LINS, 2014). Quando local, o sistema imune reage formando ulcerações na região da penetração. Na disseminada, formam-se complexos imunes circulares que podem acumular-se em qualquer órgão. Cerca de 16 a 30% das pessoas que mantêm relação sexual desprotegidas com indivíduos acometidos, tornam-se infectadas durante os primeiros 30 dias (FERREIRA, 2013).

A transmissão vertical ou congênita é estabelecida pela passagem do *T. pallidum*, presente na corrente sanguínea da gestante infectada, para a corrente sanguínea do feto. Estima-se que a incidência de transmissão vertical é superior a 70% em gestantes não tratadas em fase primária ou secundária da doença, enquanto na fase latente esse dado reduz-se de 10% a 30% (BRASIL, 2017a).

Epidemiologia da sífilis no adulto, na gestante e na apresentação congênita

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um milhão de pessoas contraem uma IST diariamente, sendo 499 mil pertencentes às seguintes etiologias: *Treponema pallidum* (sífilis), *Neisseria gonorrhoeae* (gonorreia), *Chlamydia trachomatis* (clamídia) e *Trichomonas vaginalis* (tricomoníase) (CUNHA; MERCHAN-HAMANN, 2015). Levando em consideração esses dados, a OMS realizou dois estudos em 2005 e 2008 e constatou que durante esse período houve um acréscimo de 11% no número de casos, passando de 448,3 milhões, em 2005, para 498,9 milhões de novos casos em 2008 (NEWMAN et al., 2013).

Existem aproximadamente 36 milhões de pessoas infectadas com *T. pallidum* no mundo, sendo 12 milhões de novos casos a cada ano. Apesar de ser uma patologia rara em países desenvolvidos, dados revelam que há uma considerável incidência em vários países europeus e nos Estados Unidos da América (EUA) nos últimos anos. Quanto à América Latina e ao Caribe, são registrados, aproximadamente, três milhões de novos casos anualmente (WHO, 2012). Apesar desses dados, a África Subsaariana e a Ásia continuam sendo os locais com maiores cargas da doença (ROWLEY; TOSKIN; NDOWA, 2012).

No Brasil, nos últimos cinco anos, ocorreu um aumento constante na incidência de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida. Isso pode ser explicado, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem e aprimoramento do sistema de vigilância, que resulta na elevação de notificação de casos. No período de 2010 a junho de 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 342.531 casos de sífilis adquirida, dos quais a maior parte ocorreu na Região Sudeste. Contudo, o uso destas informações deve ser feito com cautela, em decorrência da recente implementação da notificação do agravo, podendo não refletir a situação real da sífilis adquirida no país (BRASIL, 2017b).

No período de 2005 a junho de 2017, o SINAN notificou um total de 200.253 casos de sífilis em gestantes, a maior porcentagem dos quais na Região Sudeste. Nesse mesmo período, observou-se que a maioria das gestantes com sífilis encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos. Durante o ano de 2016 constatou-se que a maior proporção das mulheres foi diagnosticada no primeiro trimestre gestacional, demonstrando uma ampliação do diagnóstico precoce no pré-natal (BRASIL, 2017b).

Quando se refere à sífilis congênita no Brasil, a incidência passou de 1,4 casos por 1000 nascidos em 2000 para 1,9 casos por 1000 nascidos em 2005, mantendo-se estável até o ano de 2008 (BRASIL, 1986). Foram notificados no SINAN, entre 1998 e 2012, 80.041 casos em menores de um ano de idade, sendo 45,9% dos casos referentes à Região Sudeste,

31,4%o Nordeste, 8,7% o Norte, 7,7% o Sul e 6,3% ao Centro-Oeste. Segundo dados do SINAN, de 1998 a junho de 2017, a região Sudeste notificou 70.558 novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade (BRASIL, 2017b).

Diante do exposto, observa-se a reemergência da sífilis na população geral e seus espectros que englobam a saúde materno-infantil, bem como suas dificuldades encontradas, assim, constata-se a necessidade de estudos estratégicos que visem à implementação de medidas eficazes de intervenções (FERTONANI et al., 2015).

Nesse âmbito, o Sistema Único de Saúde (SUS) orienta a população quanto à ocorrência desse evento e fornece diagnóstico e tratamento gratuito para os mesmos, direcionando-os, prioritariamente, para as gestantes e seus parceiros sexuais (DOMINGUES et al., 2014).

Diagnóstico da Sífilis Gestacional

Segundo o Ministério da Saúde, toda gestante deve ser testada duas vezes para sífilis durante o pré-natal. Além disso, deve ser realizado um teste logo após internação para o parto ou abortamento. Para diagnóstico da sífilis em gestantes podem ser utilizados os testes treponêmicos rápidos ou os convencionais (*FTA-Abs-Fluorescent treponemal antibody absorption*, *TPHA -Treponema pallidum hemagglutination*, *Elisa-Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*, entre outros e os não treponêmicos (VDRL, TRUST, RPR, entre outros) (BRASIL, 2017b).

A maioria dos testes rápidos são treponêmicos e imunocromatográficos, e permitem que o diagnóstico seja realizado em no máximo 30 minutos. A limitação principal dos testes rápidos é a mesma dos outros testes treponêmicos de rotina: não permite distinguir entre infecção ativa ou previamente tratada (FERTONANI et al., 2015).

É importante lembrar que cerca de 50% dos casos de sífilis congênita notificados são assintomáticos durante o nascimento, observando assim a relevância da triagem materna (SILVEIRA, 2017). Quando se tem sintomatologia, as manifestações clínicas são variáveis e a criança possui a possibilidade de nascer gravemente acometida com algumas manifestações tais como Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU), icterícia, rinite serosanguinolenta, hepatoesplenomegalia, pênfigo palmo-plantar, exantema máculo-papular, pneumonite, pseudoparalisia de membros, osteocondrite, periostite, osteíte entre outras (LANSKY et al., 2014).

O diagnóstico da sífilis é clínico epidemiológico e laboratorial. De modo mais amplo, o diagnóstico laboratorial ainda continua sendo a principal escolha de se estabelecer um diagnóstico da sífilis e é baseado em exames de microscopia e exames sorológicos. Com achados laboratoriais, encontram-se comumente alterações hematológicas, alterações de enzimas hepáticas e alterações líquóricas (BRASIL, 2017a).

Como exame microscópico, pode-se citar a prova direta em que se identifica a presença

do *T. pallidum* no material coletado da lesão cutâneo-mucosa, de biópsia ou autópsia, assim como de placenta e de cordão umbilical. Apresentam sensibilidade de 70% a 80%, sendo esta alterada por alguns fatores, tais como: a coleta inadequada, tratamento prévio e coleta na fase final da evolução das lesões (BRASIL, 2017a).

Os testes sorológicos treponêmicos são qualitativos e compreendem o FTA- Abs, TPHA e ELISA, os quais identificam anticorpos antitreponêmicos. Apresentam uso limitado durante o período maternal, devido à possibilidade de anticorpo IgG materno atravessar a barreira placentária e assim não fechar diagnóstico em recém-nascidos. A partir dos 18 meses de idade, pode-se optar por esses testes uma vez que anticorpos maternos já não se encontram na corrente sanguínea da criança, possibilitando chegar à confirmação da infecção (SILVEIRA, 2017).

Quanto à sensibilidade, observam-se as seguintes: FTA-Abs- 84% a 100%; TPHA 79% a 100%; ELISA 82% a 100%. Segundo Silveira (2017), esses testes não são eficientes para o controle de tratamento, uma vez que os mesmos podem manter-se reativos por um longo período, mesmo que o tratamento tenha sido adequado.

Já os testes sorológicos não treponêmicos identificam os anticorpos não-treponêmicos e podem se comportar como qualitativos e quantitativos. Dentre eles, pode-se destacar o VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) e o RPR (*Rapid Plasm Reagin*), utilizados para triagem por apresentarem elevada sensibilidade de 78 a 100% e 86 a 100%, respectivamente. Em especial, o VDRL é considerado o exame padrão para o diagnóstico e é indicado para a gestante, bem como seus companheiros (BRASIL, 2017a).

No entanto, apresenta taxas elevadas de falsos positivos, como em caso de recém-nascidos de mães infectadas em que os anticorpos maternos podem ser transferidos pela placenta. Nesse caso, é preconizado que haja a comparação do teste não treponêmico da criança e da mãe (CARVALHO; BRITO, 2014).

Ressalta-se que os testes não treponêmicos são utilizados para a triagem e monitoramento do tratamento, enquanto os treponêmicos são úteis na confirmação do diagnóstico. No entanto, não se pode restringir a utilização de apenas um desses, uma vez que são insuficientes para o diagnóstico, já que ambos possuem limitações (MIRANDA et al., 2012).

Tratamento da Sífilis Gestacional

Nos primeiros estágios, a sífilis possui cura, utilizando-se como terapia uma única injeção intramuscular de penicilina (GOUVEIA; BORGES; COSTA, 2013). Esse fármaco atua inibindo as enzimas catalisadoras da parede celular, com isso a bactéria torna-se vulnerável à ação hidrolítica da lisozima produzida pelo organismo (LAFETÁ et al., 2016).

Pessoas que possuem alergia à penicilina, recorrem a outros antibióticos, tais como

a ceftriaxona e doxiciclina. O tratamento e o controle da sífilis seguem o protocolo imposto pelo Ministério da Saúde, para que o manejo do paciente, principalmente quando se refere a gestantes, seja realizado de forma a que evite falhas, uma vez que pode comprometer a gestação (GUINSBURG et al., 2010).

O tratamento da sífilis durante a gestação também deve ser realizado à base de penicilina, uma vez que esse fármaco atinge níveis séricos bactericidas no feto e assim, é efetivo nos casos de transmissão placentária. Apesar de tal mecanismo de ação, o uso desse fármaco possui 14% de chances de que ocorram falhas terapêuticas. Para ser considerado efetivo, o tratamento da gestante deve estar completo pelo menos trinta dias antes do parto, caso contrário o mesmo configura-se como inadequado (BRASIL, 2013).

Gestantes alérgicas à penicilina, devem fazer sua terapia à base de eritromicina 500mg, por via oral de 6 em 6 horas durante 15 dias para casos recentes ou durante 30 dias para os diagnosticados tardiamente. Os Centros de Controles de Doenças (CDC) preconizam triagem de sífilis para mulheres grávidas durante o pré-natal. Os clínicos devem manter-se atentos a sintomas da sífilis congênita, principalmente quando as crianças forem filhas de mães que não fizeram pré-natal (TANA; LIO; VENTO, 2012).

Após oito horas da terapia da sífilis recente, algumas gestantes desenvolvem a reação de Jarisch-Herxheimer, a qual se caracteriza por febre, mialgias, taquicardia, hipotensão, com eritema nas lesões luéticas existentes (GOUVEIA; BORGES-COSTA, 2013). Esse fato eleva o risco de parto prematuro, bem como o sofrimento fetal caso ocorra no decorrer da segunda metade da gravidez (SARACENI et al., 2012).

Segundo Campos et al., (2012), o tratamento de gestantes com sífilis é considerado inadequado quando for realizado com qualquer medicamento que não seja penicilina, quando for incompleto, quando for inadequado para a fase clínica da doença ou até mesmo quando se tem contato com parceiro(s) sexual(is) não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

Pacientes que iniciam o tratamento da sífilis devem privar-se de relações sexuais até que haja a cicatrização das feridas, além disso, os mesmos devem informar aos seus parceiros para que eles possam buscar o devido tratamento (GOUVEIA; BORGES, 2013). Estudos afirmam que a baixa procura de tratamento por parte dos parceiros é justificado por fatores socioeconômicos, políticas de saúde excludentes em relação ao homem e falta de informação (COSTA et al., 2013; DOMINGUES et al., 2014).

O Ministério da Saúde afirma que se o tratamento for seguido adequadamente, em poucos dias observa-se a melhoria dos sintomas, sendo assim, crucial para o diagnóstico precoce da doença. Possuir sífilis não confere imunidade à pessoa, ou seja, o paciente não está isento de contágios futuros (BRASIL, 2013).

Pesquisas alertam que o tratamento adequado do parceiro sexual para sífilis representa

uma das principais dificuldades no controle da sífilis congênita, tendo em vista a falta de política específica para esta situação e as dificuldades inerentes à relação da gestante com seu parceiro (CUNHA; MERCHAN-HAMANN, 2015. FERREIRA, 2013). A não realização de tratamento do parceiro sexual da gestante com sífilis pode invalidar todas as medidas de controle instituídas durante o cuidado pré-natal, mesmo no caso das gestantes tratadas adequadamente e em tempo oportuno. O tratamento do parceiro sexual da gestante com sífilis também é realizado com penicilina benzatina, tendo como alternativas terapêuticas a doxiciclina e ceftriaxona (BRASIL, 2017b).

Acompanhamento da Gestante com Sífilis

Quando a sífilis é adquirida durante a gestação, pode ocasionar aborto espontâneo, morte fetal ou neonatal, prematuridade e graves danos à saúde do bebê. A sífilis materna recente não tratada possui uma contaminação para o feto de 80 a 100%, enquanto a sífilis materna tardia não tratada possui aproximadamente 30% de contaminação. Isso sugere que quanto mais avançada a doença, menor o risco de transmissão (MAGALHÃES et al., 2011).

Após o diagnóstico deve-se iniciar imediatamente o tratamento nas gestantes e em seus parceiros, evitando assim a reinfeção. Essas gestantes são instruídas a tomar doses de penicilina e a retornarem mensalmente para o controle da cura por meio do VDRL, orientadas para que evitem relação sexual até a finalização da terapêutica, e no caso de gestantes alérgicas à penicilina, elas devem ser dessensibilizadas e se isso não for possível, devem ser tratadas unicamente com estearato de eritromicina durante 15 a 30 dias, no entanto, esta gestante não será considerada adequadamente tratada (OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2011).

Quanto ao acompanhamento da cura através do VDRL, se não houver queda dos títulos ou houver um aumento da titulação, a gestante deve ser novamente tratada e o profissional deve atentar para o tratamento do parceiro sexual (ANDRADE et al., 2011).

Diante do exposto, Nascimento e seus colaboradores (2017) afirmam que é de suma importância expor aos casais a eficácia do tratamento da sífilis, de modo a oferecer-lhes apoio psicossocial, investigando seu histórico, necessidades, e traçando uma assistência de enfermagem sistematizada.

Nesse sentido, durante o pré-natal o MS recomenda que a gestante visite o médico pelo menos seis vezes até o parto, no entanto, o número de consultas varia de acordo com a conduta de cada médico e também conforme as peculiaridades da gestação, em geral a gestante é orientada a retornar ao consultório do obstetra mensalmente até a 28ª semana de gravidez. Quinzenalmente da 28ª até a 36ª semana e semanalmente da 36ª até a 41ª semana (DOMINGUES, 2014).

Medidas de Prevenção da Sífilis

No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina e melhorias nas notificações compulsórias. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados (BRASIL, 2017).

Os métodos de diagnóstico e tratamento da sífilis são considerados simples e de baixo custo, no entanto, ainda nos dias atuais, as estratégias para a erradicação de tal agravo não surtiram os efeitos desejados. Assim, ainda se vê considerável número de casos e controle insatisfatório (GAO et al., 2013).

A OMS traçou medidas de prevenção e eliminação da doença apoiada em quatro eixos: assegurar o empenho político e promoção sustentáveis; aumentar o acesso e a qualidade de serviços de saúde materno-infantis; diagnosticar e tratar mulheres grávidas e seus parceiros, bem como estabelecer sistemas de vigilância, monitorização e avaliação (WHO, 2012).

Afirma-se que a principal medida de prevenção para a sífilis congênita consiste na assistência ao pré-natal de qualidade, o qual interfere diretamente na vida da gestante, do feto e/ou recém-nascido (COSTA et al., 2013). Para garantir a qualidade e agilidade dessa assistência, preconiza-se o acolhimento mais adiantado possível no programa de pré-natal, a realização de, no mínimo, seis consultas, além da realização de testes de VDRL no primeiro trimestre ou na primeira consulta e o segundo na 28ª semana de gestação (RODRIGUES; DOMINGUES, 2017).

Outro ponto crucial para prevenir tal patologia em gestantes consiste na realização de testes em seus parceiros sexuais, caso ambos sejam positivos para sífilis, faz-se necessário iniciar imediatamente o tratamento oferecido por unidades de Estratégia da Saúde da Família (ESF). Salienta-se que é comum a ausência de homens em unidades básicas, a qual é justificada por estas possuírem perfis voltados para a assistência a mães e crianças (TEIXEIRA et al., 2017).

Adicionado a tal fato, Domingues (2015), afirma que homens optam mais por serviços que obtenham repostas rápidas, tais como os oferecidos em farmácias e prontos-socorros. Diante disso, é necessária uma abordagem interdisciplinar das famílias com o intuito de garantir o seguimento dos casos, adesão ao tratamento e controle da circulação do patógeno.

Desta forma, a estratégia Pré-natal do Parceiro pode constituir-se de uma importante

“porta de entrada positiva” para os homens nos serviços de saúde, aproveitando sua presença nas consultas relacionadas à gestação para ofertar exames de rotina e testes rápidos, convidando-os a participarem das atividades educativas e ao exercício da paternidade consciente, buscando a integralidade no cuidado a esta população. Isso parte da constatação de que os homens geralmente acessam o sistema de saúde por meio da atenção especializada, já com o problema de saúde instalado e evoluindo de maneira insatisfatória. Este contexto aumenta os agravos da morbidade para a população masculina, causam maior sofrimento, menor possibilidade de resolução e um maior ônus para o sistema (BRASIL, 2016).

Para o fortalecimento do pré-natal do parceiro é necessário que as unidades de saúde estejam preparadas para o acolhimento desse pai/parceiro. Dessa forma, sugere-se que sejam seguidas as recomendações para a Unidade de Saúde Parceira do Pai: Preparar a equipe de saúde; 2. Incluir os pais/parceiros nas rotinas dos serviços; 3. Incluir os pais/parceiros no pré-natal, parto e pós-parto; 4. Incluir os pais/parceiros nas enfermarias; 5. Promover atividades educativas com os homens; 6. Acolher e cuidar dos homens; 7. Preparar o ambiente; 8. Dar visibilidade ao tema do cuidado paterno; 9. Criar horários alternativos; 10. Fortalecer a rede de apoio social (BRASIL, 2016)

METODOLOGIA

Procedimentos Éticos

Este Estudo utilizou dados públicos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (SINAN-DATASUS). Não foi necessário o cadastro em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), obedecendo portanto às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo principalmente seres humanos).

Método de Pesquisa

Levando em consideração os objetivos propostos, optou-se por uma pesquisa quantitativa de natureza descritiva, retrospectiva e documental.

Cenário e Participantes da Pesquisa

O cenário de coleta de dados foi o banco de dados do DATASUS-SINAN, por meio das notificações de casos de sífilis gestacional no Estado do Piauí de 2013 a 2017.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram selecionados todos os casos de sífilis em gestantes no estado do Piauí, notificados no período compreendido de 2013 a 2017. Foram excluídos os casos de sífilis que foram tratados após a data da última pesquisa do banco de dados.

Organização e Análise dos Dados

Após extraídos os dados, aconteceu a organização em planilhas do EXCEL que facilitou a tabulação das seguintes variáveis do estudo: dados sociodemográficos (idade, raça, grau de instrução, município de residência) e dados clínicos (classificação clínica e evolução).

Os dados produzidos no questionário foram transcritos com o processo de dupla digitação, utilizando-se planilhas do aplicativo Microsoft Excel. Uma vez corrigidos os erros, os dados foram exportados e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 19.0. Estatísticas descritivas foram utilizadas: frequências relativas e porcentagens absolutas, conforme a análise dos dados produzidos. Os resultados foram apresentados em tabelas e/ou gráficos e discutidos, baseando-se na literatura vigente sobre o tema.

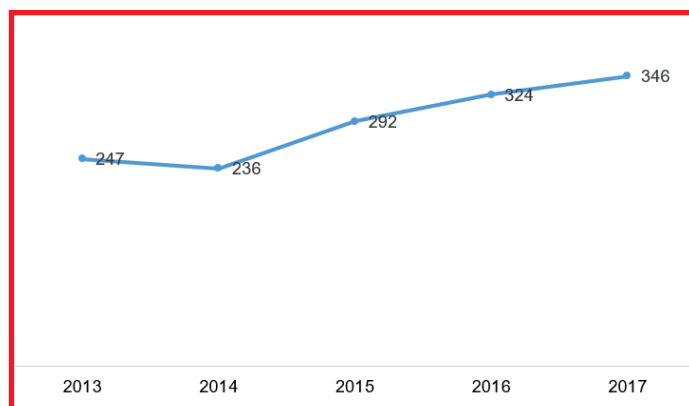
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo representa a análise de 1.445 casos de sífilis em gestantes no Estado do Piauí, notificados nos anos de 2013 a 2017. O gráfico 1 demonstra a evolução do número de casos notificados no Estado entre os anos avaliados, onde o ano de 2017 com 346 casos, seguido do ano de 2016 com 324 notificações foram os que tiveram maior número de registros.

Foi possível avaliar um aumento gradual entre os anos avaliados, fato este preocupante para o Estado do Piauí, pois revela que essa enfermidade não está sendo controlada. Apesar da OMS ter lançado a iniciativa em 2007 de eliminar a transmissão da sífilis, nos últimos anos vem ocorrendo um aumento da infecção na gestação (WIJESOORIYA et al., 2016).

Apesar de elevados, os resultados encontrados são ainda mais preocupantes ao se considerar que esses números podem estar subestimados, já que no Brasil a notificação atinge somente 32% dos casos de sífilis no período gestacional e 17,4% de sífilis congênita (CAMPOS et al., 2010). Nonato, Melo e Guimarães, ao analisar apenas a Unidade Básica de Saúde (UBS) como fonte de notificação, estimou uma subnotificação de 55,2% de sífilis na gestação.

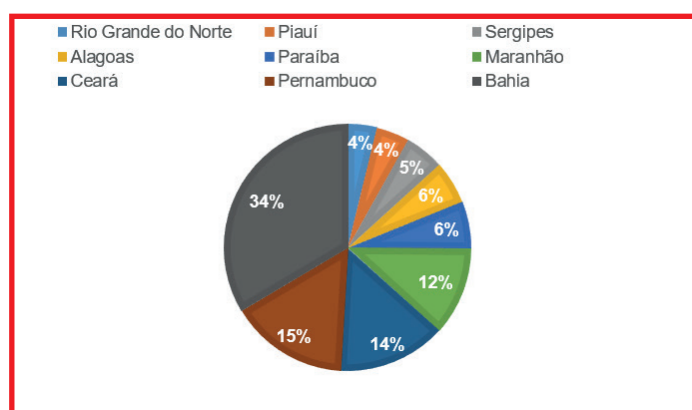
Gráfico 1. Evolução do número de casos de sífilis em gestantes de acordo com os anos avaliados no Estado do Piauí. Teresina-PI, 2018.



Fonte: DATASUS/SINAN

O gráfico 2 demonstra que, dentre os Estados da região Nordeste do Brasil, a Bahia obteve maior representação do número de casos de sífilis em gestantes, com 34%, seguido do Estado do Ceará e de Pernambuco, com 15% e 14%, respectivamente. Em relação ao número de casos de sífilis em gestantes, o Piauí e o Rio Grande do Norte ocupam as últimas posições.

Gráfico 2. Estados do Nordeste e o número de casos de gestantes com sífilis no período de 2013 a 2017.



Fonte: DATASUS/SINAN

Em relação a faixa etária a tabela 1 demonstra que, destacaram-se os casos de sífilis em gestantes com idades de 20 a 39 anos, com 978(67,6%) casos, de cor pardas com 1.047(72,4%) notificações.

O perfil demonstrado nesse estudo foi semelhante ao da outra pesquisa no Estado do Piauí, no período de 2010 a 2013, onde foram notificados 388 casos de gestantes com sífilis gestacional; 72,4% possuem de 20 a 39 anos e 84% tem cor parda (BARBOSA et al., 2017). Também se assemelha ao do estudo realizado em Belo Horizonte, com 353 gestantes com sífilis, de novembro/2010 a setembro/2013, com predomínio daquelas com 20 a 39 anos (51,6%) e 82% tem cor parda (NONATO; MELLO; GUIMARÃES, 2015). Em outro estudo

realizado no Estado do Ceará entre 2000 e 2009, foram notificados 2.930 casos de sífilis congênita, onde o maior percentual foi daquelas com idade de 20 a 39 anos e cor parda (COSTA et al., 2013).

Estudo realizado para identificar o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestantes nos estados brasileiros do Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul e no Distrito Federal entre 2005 a 2015 também demonstrou resultados semelhantes, pois 25% das gestantes estavam na faixa etária de 20 a 39 anos e 37% com menos de oito anos de estudo (SARACENI et al., 2017). Em Palmas-TO, de 2007 a 2014 foram diagnosticados 171 casos de sífilis em gestantes, dos quais predominaram gestantes pardas (71,3%) e idade de 20-34 anos (73,5%) (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

A faixa etária mais prevalente ter sido de 20 a 39 anos justifica-se pelo fato de ser este o auge da fase reprodutiva, o que implica um maior número de gestações, resultado que corrobora estudos realizados em outras capitais brasileiras (CAMPOS et al., 2010; XIMENES et al., 2008). Dados diferentes foram encontrados no Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015, pois 67,41% tinham idades de 20 a 34 anos e 60% eram não brancas. Em seus resultados, eles revelaram que gestantes com idade inferior a 20 anos apresentaram maior risco de adquirir a infecção na gestação. Isso pode ser explicado pela vulnerabilidade da população adolescente, mais exposta às doenças sexualmente transmissíveis, visto que é uma fase de imaturidade etária, emocional e cognitiva, além de um período de descobertas e de grande influência de grupos sociais (PADOVANI; OLIVEIRA; PELOSSO, 2018).

No entanto, nesse estudo o risco da sífilis em gestantes adolescentes não pôde ser avaliado, mas foi possível identificar que a sífilis em gestantes com menos de 19 anos e com mais de 39 anos teve pouca representação no Estado do Piauí. Estudo realizado com 90 adolescentes com idade entre 14 e 16 anos, abrangendo estudantes da rede pública e da privada, constatou que, quanto à percepção da prática sexual, a relação sexual entre os adolescentes está cada vez mais precoce e acompanhada da negligência no uso de contraceptivos, tanto para evitar uma gravidez não planejada, quanto para prevenir IST (FREITAS et al., 2014).

Tabela 1. Características sociodemográficas (faixa etária e raça) de gestantes com sífilis, de 2013 a 2017 no Estado do Piauí. Teresina-PI, 2018.

VARIÁVEIS	2013		2014		2015		2016		2017		TOTAL	
	N=247		N=236		N=292		N=324		N=346		N=1.445	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
FAIXA ETÁRIA												
10-14	3	1,2	3	1,2	6	2	8	2,4	9	2,6	29	2
15-19	68	27,5	82	34,7	73	25	107	33	91	26,3	421	29,1
20-39	174	12	149	63,1	209	71,5	206	63,5	240	69,3	978	67,6
40-59	2	0,13	2	0,8	4	1,3	3	0,9	6	1,7	17	1,1
RAÇA												

Ignorada	7	2,8	3	1,2	8	1,6	9	2,7	16	4,6	43	2,9
Branca	34	13,7	22	9,3	28	9,5	28	8,6	30	8,6	142	9,8
Preta	36	14,5	34	14,4	37	11,4	47	14,5	38	10,9	192	13,2
Amarela	0	0	4	1,6	3	1	5	1,5	6	1,7	18	1,2
Parda	170	68,8	172	72,8	215	73,6	234	72,2	256	73,9	1.047	72,4
Indígena	0	0	1	0,4	1	0,3	1	0,3	0	0	3	0,4

Fonte: DATASUS/SINAN

No que diz respeito o grau de escolaridade a tabela 2 demonstra que 541(37,4%) mulheres possuíam o ensino fundamental incompleto. Em relação à zona de moradia, 1.155(79,9%) gestantes residiam em zona urbana.

Em outro estudo no Estado do Piauí também foi possível evidenciar dados similares, onde 36,4% das mulheres tinham ensino fundamental incompleto e 89% residiam em zona urbana (BARBOSA et al., 2017). Dados diferentes foram demonstrados no Paraná, onde 55,93% tinham mais de oito anos de estudo, porém se assemelham em relação à zona de moradia, em que 67% residiam em zona urbana. Além disso, detectaram associação da raça/cor não branca, baixa escolaridade e ausência do companheiro no pré-natal da gestante com a sífilis, e a ocorrência de prematuridade do bebê e baixo peso ao nascer, associados à sífilis gestacional (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

É importante ressaltar que o Piauí é um Estado da região Nordeste com diferenças socioeconômicas distintas do Estado do Paraná que fica localizado em região com maior desenvolvimento socioeconômicos do País.

Cabe ressaltar que a baixa escolaridade é considerada um marcador de maior risco para exposição às doenças sexualmente transmissíveis, devido a um limitado entendimento da importância das medidas de prevenção (SARACENI et al., 2017). Nesta pesquisa, estudo realizado em Palmas-TO também verificou que a maioria das mães notificadas possuíam menor escolaridade (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017). Este achado assemelha-se ao de uma pesquisa realizada entre 2010 e 2013, em Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, onde a escolaridade ≤ 8 anos de estudo representou 74,1% e 89,5% das mulheres residiam em zona urbana (NONATO; MELLO; GUIMARÃES, 2015). Outro resultado de outro estudo confirma a maior ocorrência de casos de sífilis em gestantes com baixa escolaridade (GONZALES; TAPIA; SERRUYA, 2014).

Domingues et al. (2014) relataram que mulheres com baixa escolaridade e pretas ou pardas apresentaram uma prevalência maior de sífilis na gestação. A baixa escolaridade está relacionada ao menor acesso à informação, a um limitado entendimento da importância dos cuidados com a saúde e, principalmente, às medidas de prevenção da infecção. Silva et al. (2017) concordam com o pensamento anterior e acrescentam que a interdependência entre as condições sociodemográficas desfavoráveis, baixo nível de escolaridade e baixa

renda familiar, combinadas com uma história prévia de intercorrências reprodutivas clínicas e doenças obstétricas, trazem riscos devidos a situações e vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres grávidas com estas condições.

Os dados referentes à escolaridade também foram semelhantes ao estudo de Costa et al. (2013), que evidenciaram maior prevalência de mulheres com baixo nível instrucional. Estudo realizado em Salvador que analisou informações maternas e dos recém-nascidos com sífilis, por meio das fichas de investigação/notificação registradas no SINAN, mostrou dados diferentes, pois 35,7% das gestantes tinham até o ensino fundamental completo (XIMENES et al., 2008). Porém, o que mais chamou atenção quanto à escolaridade, foi o elevado sub-registro dessa informação, que correspondeu a 60,4% dos casos o que também pôde ser observado nesse estudo.

Vale destacar a presença constante de dados ignorados ou em branco, o que permite inferir sobre a maneira como os profissionais de saúde comportam-se em frente ao preenchimento de instrumentos de notificação. Segundo Brasil (2017b) a ficha de notificação de sífilis em gestante possui instrução anexa para preenchimento, a qual pode não estar sendo suficiente para esclarecer sobre o correto preenchimento da mesma. Logo, percebe-se a necessidade de capacitação dos profissionais para este fim.

Tabela 2. Características sociodemográficas (escolaridade e zona de moradia) dos casos de gestantes com sífilis de 2013 a 2017 no Estado do Piauí. Teresina-PI, 2018.

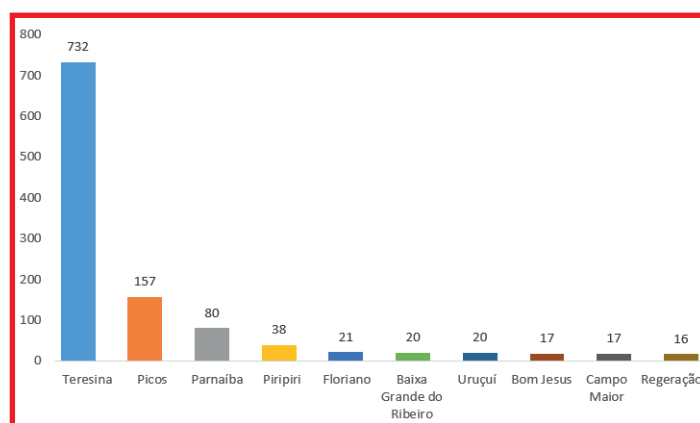
VARIÁVEIS	2013		2014		2015		2016		2017		TOTAL	
	N=247		N=236		N= 292		N=324		N= 346		N=1.445	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ESCOLARIDADE												
Ignorada	28	11,3	23	9,7	34	11,6	50	15,4	47	13,5	182	12,5
Analfabeto	2	0,13	2	0,8	1	0,3	3	0,9	6	1,7	14	0,9
Ens. Fun. Inc.	104	42,1	101	42,7	108	36,9	119	36,7	109	31,5	541	37,4
Ens. Fund. Com.	36	14,5	23	9,7	42	14,3	38	11,7	45	13	184	12,7
Ens. Médio Inc.	44	17,8	42	17,7	61	20,8	62	19,1	68	19,6	277	19,1
Ens. Médio Comp.	32	12,9	36	15,2	37	11,4	45	13,8	61	17,6	211	14,6
Ens. Sup. Inc.	0	0	5	2,1	5	1,7	3	0,9	5	1,4	18	1,2
Ens. Sup. Com.	1	0,4	4	0,4	4	1,3	4	1,2	5	1,4	18	1,2
ZONA DE MORADIA												
Ign./Branco	4	1,6	4	0,4	6	2	4	1,2	11	3	29	2
Urbana	190	76,9	199	84,3	236	80,8	265	81,7	265	76,5	1.115	79,9
Rural	53	21,4	33	13,9	50	17,1	51	15,7	67	19,3	254	17,5
Periurbana	0	0	0	0	0	0	4	1,2	3	0,8	7	0,4

Fonte: DATASUS/SINAN

Dentre os municípios do Estado do Piauí, aquele com maior número de casos de sífilis em gestantes foi Teresina, com 732 casos, seguido do município de Picos, com 157 e Parnaíba, com 80 notificações, conforme demonstra o gráfico 2.

Assim como este estudo, outra pesquisa também revelou que no Ceará, no Rio de Janeiro, no Espírito Santo, 66,4%, 72% e 54% dos casos respectivamente de sífilis gestacional foram notificados na capital. A concentração de casos nas capitais de algumas unidades federativas pode ser atribuída às redes de saúde mais estruturadas ou à presença de profissionais de saúde mais sensibilizados para diagnóstico e notificação dos casos (SARACENI et al., 2017).

Gráfico 2. Municípios do estado do Piauí com o maior número de casos de sífilis em gestantes no período de 2013 a 2017. Teresina-PI. 2018.



Fonte: DATASUS/SINAN

A tabela 3 demonstra que 414(28,6%) dos casos notificados tratava-se da forma primária de sífilis em gestantes.

Estes dados corroboram o estudo realizado por Saraceni et al. (2017), onde 62,8% e 45,4% das gestantes do Amazonas e do Ceará, respectivamente, foram classificadas como portadoras de sífilis primária, situação na qual deveria ter sido identificado o cancro, primeira manifestação clínica da doença. Além disso, 24,1% no Distrito Federal e 18% no Ceará foram classificadas na categoria de sífilis terciária. Ambas as situações aqui relatadas estão em desacordo com a literatura, sugerindo desconhecimento sobre a doença ou preenchimento errôneo da ficha de notificação, fonte de dados desta pesquisa.

Também se assemelham a outro estudo realizado no Estado do Piauí, onde 32% estavam na fase primária, no entanto apesar de a maior parte das gestantes do estudo terem realizado pré-natal, a maioria foi diagnosticada no momento do parto, curetagem ou após o parto (BARBOSA et al., 2017). Em estudo realizado no Maranhão, para o intervalo de 2007 a 2010, observou-se que 68,90% das gestantes com sífilis só foram diagnosticadas no momento do parto ou curetagem, evidenciando diferenças interestaduais importantes e a mesma tendência a diagnóstico tardio da doença (BARBOSA et al., 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, há uma dificuldade no diagnóstico clínico de sífilis em gestantes, visto que o cancro duro não causa sintomas e geralmente, está localizado

em locais de limitada visualização: parede vaginal, cérvix ou períneo (BRASIL, 2015). Em estudo, Cavalcante, Pereira e Castro (2017) demonstraram que a fase da doença em muitas gestantes foi classificada equivocadamente, haja vista o alto percentual de mulheres na fase primária e terciária, diferentemente do que se espera do rastreamento, em que a fase latente é a mais incidente.

Ressalta-se que erros de interpretação e classificação da fase clínica da sífilis podem levar a tratamentos inadequados, e que devem ser classificados como sífilis de duração ignorada os casos em que não é possível estabelecer a evolução da doença e naqueles com ausência de sinais clínicos, preconizando-se o tratamento desses casos com três doses de penicilina benzatina (BRASIL, 2017a).

Tabela 3. Classificação clínica dos casos de sífilis em gestantes de 2013 a 2017 no Estado do Piauí. Teresina-PI, 2018.

VARIÁVEIS	2013		2014		2015		2016		2017		TOTAL	
	N=247		N=236		N= 292		N=324		N= 346		N= 1.445	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA												
Ign./Branco	60	24,2	39	16,5	52	17,8	49	15,1	66	19	266	18,4
Primária	72	29,1	68	28,8	76	26	101	31,1	97	28	414	28,6
Secundário	20	8	13	5,5	17	5,8	20	6,1	18	5,2	88	6
Terciário	35	14,1	37	15,6	55	18,8	58	17,9	72	20,8	257	17,7
Latente	60	24,2	79	33,4	92	31,1	96	29,6	93	26,8	420	29

Fonte: DATASUS

São inegáveis os avanços ocorridos para o controle da sífilis na gestação, com mais tecnologias que auxiliam a agilização do diagnóstico e do tratamento da gestante, no entanto o controle da sífilis na gestação continua sendo um desafio para a atenção pré-natal. A infecção se apresenta assintomática na gestação, justificando a necessidade do rastreio sorológico (SARACENI; MIRANDA, 2012).

Como medidas de saúde pública para o controle da sífilis em gestantes, indica-se a detecção e o tratamento, os quais são fundamentais para o controle e cura. Nesta perspectiva, os profissionais da ESF têm um papel fundamental na aplicação de medidas corretas para o controle da transmissão vertical da sífilis, com a realização de exames de rotina e redução de eventos adversos, como nascimentos prematuros, abortos e natimortos (NONATO; MELLO; GUIMARÃES, 2015).

CONCLUSÃO

Por meio do levantamento deste estudo foi possível avaliar 1.445 casos de sífilis em gestantes no Estado do Piauí, notificados nos anos de 2013 a 2017, onde os casos de 2016 e 2017 obtiveram maior quantidade de registros. Foi possível perceber também que o

número de casos aumentou.

Entre os municípios do Estado do Piauí, Teresina, sobressaiu com o maior percentual de casos notificados, seguida dos municípios de Picos e Parnaíba. Além disso, em comparação com os demais Estados da região Nordeste do Brasil, a Bahia obteve maior representação. O Piauí e o Rio Grande do Norte ocuparam As últimas posições. No que se refere a classificação, sobressaíram a forma primária de sífilis em gestantes.

Um ponto preocupante em relação aos dados avaliados refere-se à grande quantidade de itens não preenchidos ou ignorados pelos profissionais de saúde, na ficha de notificação, o que limita o conhecimento da realidade da sífilis em gestantes no Estado. Além disso, a sífilis durante a gravidez continua a ser um problema de saúde pública no Piauí, que requer atenção especial, devido à sua contribuição para a promoção de indicadores de morbidade mortalidade materna e perinatal.

O aumento no número de casos de sífilis na gestação no Piauí demonstra a necessidade do desenvolvimento de ações efetivas voltadas a seu controle, assim como de educação em saúde para a população, visto tratar-se de uma doença totalmente evitável, desde que seja feito o diagnóstico precoce e estabelecido tratamento adequado para a gestante infectada e seu(s) parceiro(s).

Este trabalho apresentou algumas limitações para seu desenvolvimento, como o uso de dados secundários, condicionados à qualidade dos registros. Os resultados alcançados sugerem a necessidade de capacitações e treinamentos profissionais sobre a importância do preenchimento da ficha de notificação.

Conclui-se que está havendo um aumento do número de casos de SG no decorrer de 2013 a 2017, com predomínio da faixa etária de 20 a 35 anos, de cor parda, com o ensino fundamental incompleto e residentes em zona urbana.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. F. V. et al. Conhecimento dos Enfermeiros acerca do Manejo da Gestante com Exame de VDRL Reagente. DST-J bras. Doenças Sex. Transm., v.23, n.4, p.188-93, 2011. Disponível em:<<http://www.dst.uff.br/revista23-4-2011/8.Conhecimento%20dos%20Enfermeiros%20acerca%20do%20Manejo.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2018.

BARBOSA, D. R. M. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Maranhão. Education and Health Promotion, v. 15, n. 2, p. 24-30, jan. 2013. Disponível em:<http://www.convibra.org/upload/paper/2013/7_9/2013_79_7890.pdf>.

BARBOSA, D. R. M. et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Rev. enferm. UFPE, Recife, v. 11, n. 5, p. 1867-874, mai. 2017. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23335/18934>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. Inclui na relação constante da Portaria Ministerial nº 608/Bsb, de 28 de outubro de 1979, a Síndrome de Imuno-

deficiência Adquirida e a Sífilis Congênita. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 1986.

____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 33, de 14 de Julho de 2005. Inclui doenças a relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Diário Oficial da União 2005.

____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 2011.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília; Ministério da Saúde; ed. rev; 316 p. Livros, mapas, tab, Graf, 2013.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Brasília; Ministério da Saúde, 2014.

____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2015

____. Ministério da Saúde. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2016.

____. Ministério da Saúde. Nota Informativa Nº 2- SEI/2017. Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita. Departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis do HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2017. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, n.36, v.48, 2017b.

CAMPOS, A. L. A et al. Syphilis in parturients: aspects related to the sex partner. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.34, n.9, p.397-402, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n9/a02v34n9.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. Cad Saúde Pública. São Paulo, v. 26, n. 9, p. 1747-755, out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/08.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

CARDOSO, A. R. P. et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 563-74, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n2/563-574/pt>> Acesso em: 02 set. 2018.

CARVALHO, I. S; BRITO, R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. Epidemiologia e serviços de saúde, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 287-94, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n2/1679-4974-ress-23-02-00287.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2018.

CAVALCANTE, P. A. M.; PEREIRA, R. B. L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 26, n. 2, p. 265-64, abr-jun. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00255.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

COSTA, C. C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Revista

- da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.47, n.1, p.152-59, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a19v47n1.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018.
- CUNHA, A. R. C; MERCHAN-HAMANN, H. E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. *Revista Panamericana de Salud Pública*, São Paulo, v.38, n.6, p.479-86, 2015. Disponível em:< <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n6/479-486/pt>>. Acesso em: 04 set. 2018.
- CUNNINGHAM, F. G. et al. *Obstetrícia de Williams*. McGraw Hill Brasil, 2016.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev. Saúde Publica*. São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-74, out. 2014. Disponível em:< <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9502>>. Acesso em: 04 nov. 2018.
- DOMINGUES, R. M. S. M; LEAL, M. C. Incidência de Sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.32, n.06, p.329-32, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00082415.pdf> >. Acesso em: 02 set. 2018.
- FERREIRA, L. J. M. Infecção por *Treponema pallidum*: análise serológica e pesquisa de DNA. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. UNL, 2013.
- FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciencia&saude coletiva*, São Paulo, v.20, n.6, p.1869-78, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf> >. Acesso em: 04 set. 2018.
- FREITAS, E. P. et al. Perception of tens on sexual practice in adolescence. *Rev Psicol Criança Adolesc*. v. 5, n. 2, p. 139-47, jun. 2014. Disponível em:<http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1350/1/rpca_v5_n2_9.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2018.
- GAO, J. et al. Increasing trend of syphilis and infection resistance: a retrospective study. *International Journal of Infectious Diseases*, v.17, n.11, p.e971-e976, 2013. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23849399>>. Acesso em: 04 set. 2018.
- GARCIA, F. L. B. Prevalência de sífilis em adolescentes e jovens do sexo feminino no estado de Goiás. Tese de Doutorado. Dissertação. Goiás: Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública. Universidade Federal de Goiás, 2009.
- GOMEZ, G. B. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*, v. 9, n. 3, p. 217-26, set. 2013. Disponível em:<<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/12-107623/en/>>. Acesso em: 28 ago. 2018.
- GONZALES, G. F.; TAPIA, V.; SERRUYA, S. J. Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000-2010. *Rev. Peru Med. Exp. Salud. Publica*. v. 31, n. 2, p. 211-21, abr. 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n2/a04v31n2.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.
- GOUVEIA, A. I; BORGES, J. C. Sífilis na gravidez. *Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia*, Rio de Janeiro, v.71, n.4, p.513-17, 2013. Disponível em:< <http://amf.org.br/site/docs/rfm/2012/11-S%C3%ADfilis%20na%20Gravidez.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2018.
- GUERRA, H. S. et al. Sífilis congênita: repercussões e desafios. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 46, n. 3, p. 194-202, 2017. Disponível em:<www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/94>. Acesso em: 08 set. 2018.

GUINSBURG, R. et al. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Documento Científico do Departamento de Neonatologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010. Disponível em:< http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf>. Acesso em: 09 set. 2018.

HICKS, C. B.; SPARLING, P. F. Pathogenesis, clinical manifestations, and treatment of early syphilis. UpToDate, 2013. Disponível em:<<https://www.uptodate.com/contents/search?search=>>. Acesso em: 09 set. 2018.

LAFETÁ, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev. Bras. Epidemiologia, v. 19, n. 1, p. 63-74, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00063.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública, São Paulo, v. 30, p. 192-207, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2018.

LIMA, M. G. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. Cien. Saude Colet. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 499-506, fev. 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/21.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

LINS, C. D. M. Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita no extremo setentrional da Amazônia. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado—Universidade Federal de Roraima-Programa de Pós-graduação de Ciências em Saúde, 2014.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. Comunicação em Ciências da Saúde, São Paulo, v. 22, n. Sup1, p. 43-54, 2011. Disponível em:< http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf>. Acesso em: 09 set. 2018.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad. Saúde Pública, São Paulo, v.29, n.06, p.1109-20, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018.

MIRANDA, A. E. et al. Risk factors for syphilis in young women attending a family health program in Vitória, Brazil. Anais brasileiros de dermatologia, São Paulo, v. 87, n. 1, p.76-83, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/abd/v87n1/v87n1a09.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

NASCIMENTO, J. S. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem para a Gestante com Sífilis: um Relato de Experiência. In: Congresso Internacional de Enfermagem, 2017. Disponível em:< <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/5644>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

NEWMAN, L. et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. PLoS medicine, v.10, n.2, p.e1001396, 2013. Disponível em:< <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1001396&type=printable>>. Acesso em: 10 set. 2019.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. Epidemiologia, v. 24, n. 4, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00681.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2018.

NORWITZ, E. R. Syphilis in pregnancy. infection, v.12, p.13, 2009. Disponível em:< <https://www.cdc.gov/std/tg2015/syphilis-pregnancy.htm>>. Acesso em: 07 set. 2018.

OLIVEIRA, D. R; FIGUEIREDO, M. S. N. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. *Enfermagem em Foco*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 108-111, 2011. Disponível em:< <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/106/88>>. Acesso em: 02 set. 2018.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 26, n. 9, p. 1-4, ago. 2018. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3019.pdf>. Acesso em 03 nov. 2018.

PEREIRA, M. I. L. Educação Sexual e a Geomedicina: A sífilis e o seu tratamento com mercúrio, 2015.

RODRIGUES, D. C ; DOMINGUES, R. M . S. M. Management of syphilis in pregnancy: Knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil. *The International journal of health planning and management*, 2017.

RODRIGUES, E. M; NASCIMENTO, R. C; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a02.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.

ROWLEY, J; TOSKIN, I; NDOWA, F. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections: 2008. World Health Organization, 2012.

SARACENI, V. et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev. Panam. Salud. Publica*, São Paulo, v. 41, p. 1-8, mai. 2017. Disponível em:< [file:///C:/Users/cliente/Documents/Vitor%20Monteiro%20\(S%C3%ADfilis%20em%20gestantes\)/Discuss%C3%A3o%207.pdf](file:///C:/Users/cliente/Documents/Vitor%20Monteiro%20(S%C3%ADfilis%20em%20gestantes)/Discuss%C3%A3o%207.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2018.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad. Saude Pública*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 490-96, set.. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/09.pdf> >. Acesso em: 12 nov. 2018.

SILVA, M^a. A. M. et al. Perfil de mulheres grávidas diagnosticadas com sífilis. *J. bras Doenças Sexo Transm*. v. 29, n. 2, p. 54-8, mai. 2017. Disponível em:< [file:///C:/Users/cliente/Downloads/Discuss%C3%A3o%2013%20\(Silva%20et%20al.,%202017\).en.pt.pdf](file:///C:/Users/cliente/Downloads/Discuss%C3%A3o%2013%20(Silva%20et%20al.,%202017).en.pt.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2018.

SILVEIRA, S. L. A. Estudo epidemiológico da sífilis congênita: a realidade de um hospital universitário terciário. Dissertação de mestrado, 2017.

TANA, M ; LIO, A; VENTO, G. Early congenital syphilis in a premature new born: typical cutaneous manifestations in atypical skin areas. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, v.97, n.6, p.301-479, 2012. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22331208>>. Acesso em: 11 set. 2018.

TEIXEIRA, G. A. et al. Predisposing Factors for Incidence of Congenital Syphilis. *International Archives of Medicine*, v.10, 2017. Disponível em:< <http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2441/2240>>. Acesso em: 12 set. 2018.

XIMENES, I. P. E. et al. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. *Rev RENE*. Belo Horizonte, v. 9, n. 3, p. 74-80, set. 2008. Disponível em:< www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5067>. Acesso em: 11 nov. 2018.

WIJESOORIYA, N. S. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. *Lancet Glob Health*. v.4, n. 8, p. 525-33, out. 2016. Disponível em:<[http://www.thelancet.com//PIIS2214109X\(16\)>](http://www.thelancet.com//PIIS2214109X(16)>). Acesso em: 02 nov. 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Baseline report on global sexually transmitted infection surveillance. Geneva: WHO, 2012.

“ Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa

Frederico Marques **Andrade**
UNIMONTES/UNIFIPMOC

Lanuza Borges **Oliveira**
UNIMONTES/UNIFIPMOC

Maria Cecília Dias **Corrêa**
UNIFIPMOC

Camila Bretas **Santos**
FUMEC

Julia de Oliveira e **Silva**

Luiz Fernando Abasse **Maciel**

Rafael Jose Capuchinho **Rocha**

Ícaro Amorim **Monteiro**

Daniela Oliveira Lima **Magalhães**
UNIMONTES

Tatiane Amélia **Ferreira**

RESUMO

Objetivo: Este estudo objetiva revisar a Síndrome de Burnout, os fatores que a determinam e as consequências para a saúde dos profissionais de enfermagem. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa, desenvolvida com base em material já publicado, principalmente artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais. **Resultados:** Os resultados revelaram que a Síndrome de Burnout é um mal que atinge um número significativo de profissionais de enfermagem, que sofrem de reiteradas exposições ao estresse e aos fatores determinantes da doença. Dentre os fatores para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout entre enfermeiros, pode-se destacar o ambiente organizacional, a sobrecarga de trabalho, o grande controle sobre as tarefas e condições individuais. **Conclusão:** Acredita-se ser necessário que os futuros estudos visem identificar ações preventivas, contribuindo para redução das ocorrências da Síndrome de Burnout entre os enfermeiros.

Palavras-chave: Esgotamento profissional; Gestão em Saúde; Saúde do trabalhador.

INTRODUÇÃO

Mesmo com toda a modernidade que cerca o cotidiano das empresas, a saúde dos trabalhadores sofrem ainda fortes pressões físicas e psicológicas. Contínuas e crescentes evoluções técnicas, além de transformações no modo de produção, exigem do indivíduo maior tempo na preparação e qualificação profissional, pressionando ainda mais por resultados. Os profissionais da área da saúde ganham destaque por estarem expostos em seu cotidiano à situações estressantes e a vários riscos ocupacionais especialmente a equipe de Enfermagem (SOUSA MVH, 2012).

Neste leque de situações, várias síndromes podem ser desenvolvidas, destaque para a Síndrome de Burnout. Essa síndrome, por sua vez, é uma doença laboral caracterizada pelo desgaste do profissional em seu ambiente de trabalho, evidenciado pela desmotivação e insatisfação dos trabalhadores. Está diretamente ligada aos profissionais que estão em contato direto com pessoas, tais como: profissionais de saúde em geral e professores (LIMA FD, et al., 2007).

Para Carlotto MS e Câmara SG (2008), suas principais manifestações clínicas são sintomas físicos e psíquicos, onde os profissionais acabam perdendo o interesse pelo trabalho e vida social. Este processo acontece de forma gradual de desgaste emocional e desmotivação com o serviço. O termo Burnout surgiu na década de 50 para a descrição do caso de uma enfermeira psiquiátrica desiludida com a sua rotina de trabalho. O caso ficou conhecido como “Miss Jones”. Em 1960, Graham Greene publica o relato do caso de um arquiteto que abandonou a sua profissão devido a sentimentos de desilusão com o seu ofício (CARLOTTO MS, 2002).

Como consequência de vários relatos de caso, diversos estudos analisaram o estresse entre profissionais da área de saúde, com destaque para a enfermagem. A enfermagem é considerada uma profissão com peculiaridades que favorecem a síndrome de Burnout, graças ao número de horas em permanência da atividade, a continua necessidade de mediação nas relações entre pacientes, familiares e técnicos, associados a atividades administrativas e gerenciais (GUIDO LA, et al., 2012).

Diante tal exposto, o problema proposto para a realização do presente estudo considera os elementos geradores do estresse laboral os quais, a equipe de enfermagem esta submetida e que propiciam grande probabilidade para o surgimento desta síndrome: alto nível de exaustão profissional, sobrecarga de atribuições, salário incompatível, conflito com colegas e/ou instituição, além de lidarem diretamente com a morte e estarem vulneráveis ao risco de contaminação e violência (SOUSA MVH, 2012).

Assim, o presente estudo busca revisar as causas e consequências da Síndrome de Burnout para a saúde dos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar, com intuito

de contribuir para adoção de medidas efetivas na prevenção desta síndrome, promovendo a saúde no trabalho e qualidade de vida para estes profissionais e consequentemente diminuindo o absenteísmo no trabalho.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de Revisão Integrativa, de caráter descritivo e exploratório. Tem por finalidade reportar e avaliar o conhecimento produzido em pesquisas prévias, destacando conceitos, procedimentos, resultados, discussões e conclusões relevantes para seu trabalho acerca da Síndrome de Burnout e suas principais causas e consequências para a saúde dos profissionais de enfermagem.

Para a coleta de dados, foram realizadas pesquisas científicas através de um levantamento bibliográfico, no período de 2006 a 2016, em periódicos de enfermagem nacionais e internacionais, este período, a partir de 2006, justificado pelo aumento exponencial de profissionais de enfermagem no mercado, também justificados ao fato de terem sido considerados os de maior circulação pelos autores do presente estudo.

A busca foi realizada por meio da consulta ao site de busca da Biblioteca virtual de saúde (BVS) utilizando a base de dados a *MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)*; *LILACS (Base de dados da Literatura Latino-Americana em Ciência da Saúde)* e a *BDENF (Biblioteca de Enfermagem)*. Os critérios de inclusão foram: artigos que enquadrassem ao corte temporal, anteriormente descrito, estudos que respondessem ao objetivo do trabalho e estudos com resultados de pesquisas brasileiras. Como resultado, somente foram encontrados artigos na língua portuguesa. Foram utilizados os descritores associados “Bournout” ou “Burnout” e “enfermagem”. Na primeira busca surgiram 87 artigos, filtrando por artigos disponíveis obteve-se 56, após a leitura, filtrando para o objetivo da pesquisa, ficaram 13 artigos.

RESULTADOS E DICUSSÃO

Tabela 1. Artigos selecionados sobre Síndrome de Burnout para a pesquisa bibliográfica - 2018

	Título	Ano	Periódico	Participantes
1.	Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil	2008	Programa de Pós-Graduação em Psicologia	Psicólogos
2.	Prevalência da Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em UTI	2013	Psicologia.pt O Portal dos Psicólogos	Psicólogo e Enfermeiros
3.	Burnout and labour aspects in the nursing teams at two medium-sized hospitals	2012	Revista Latino -Americana de Enfermagem	Enfermeiros

4.	Impacto do stress ocupacional e Burnout para enfermeiros	2010	Revista eletrônica semestral de enfermeira - Enfermeria Global	Enfermeiros
5.	Estresse e Burnout entre residentes multiprofissionais	2012	Revista Latino -Americana de Enfermagem	Enfermeiros
6.	Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário	2009	Acta Paulista de Enfermagem	Enfermeiros
7.	Síndrome de Burnout em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia	2007	Revista Brasileira de Educação Médica	Médicos
8.	Burnout e estresse los Enfermeiros de hum Hospital Universitário de Alta Complexidade	2010	Revista Latino -Americana de Enfermagem	Enfermeiros e Médico
9.	Síndrome de Burnout em profissionais de saúde: uma revisão bibliográfica	2009	Revista Acervo Saúde	Psicólogos
10.	Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil	2009	Caderno de Saúde Publica	Médicos
11.	Síndrome de Burnout e absenteísmo em enfermeiros no contexto hospitalar: revisão integrativa da literatura brasileira	2012	Comunicação em Ciências da Saúde	Enfermeiros
12.	Síndrome de Burnout em profissionais da saúde: estudo bibliográfico	2012	Monografia	Enfermeiro
13.	Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos	2007	Revista de psiquiatria clinica	Médicos

Ex: Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Tabela 2. Análise inicial dos artigos selecionados sobre Síndrome de Burnout para a pesquisa bibliográfica - 2018

	Título	Modalidade de pesquisa	Síntese dos resultados
1.	Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil	Pesquisa bibliográfica na base de dados BVS	Necessidade de construção de uma agenda de pesquisa sobre Burnout, conferindo maior relevância ao tema.
2.	Prevalência da Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em UTI	Revisão Bibliográfica	Condições de trabalho enfrentadas sendo o principal desencadeante o estresse relacionado a tais condições
3.	Burnout and labour aspects in the nursing teams at two medium-sized hospitals	Estudo epidemiológico quantitativo descritivo, do tipo transversal	Revelou a necessidade de se propor mudanças organizacionais no ambiente de trabalho, a fim de diminuir a interferência desses fatores na saúde do trabalhador
4.	Impacto do stress ocupacional e Burnout para enfermeiros	Levantamento Bibliográfico em bases de dados eletrônicos	Verifica que há uma escassez de estudos e análises de intervenções para redução do estresse ocupacional e o burnout que sejam exequíveis dentro do turbulento ambiente hospitalar
5.	Estresse e Burnout entre residentes multiprofissionais	Estudo Analítico, Transversal, Quantitativo	Sugere-se a realização de novos estudos analíticos sobre estresse e Burnout entre profissionais da área da saúde, com vistas à produção de evidências científicas sobre a temática
6.	Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário	Estudo descritivo quantitativo	A dinâmica organizacional de um Pronto Socorro gera uma sobrecarga e tensão ocupacional sendo necessário desenvolver estratégias de reorganização do processo de trabalho diminuindo fontes de estresse

7.	Síndrome de Burnout em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia	Análise Estatística	Suscita a preocupação e a necessidade de intervenções preventivas e curativas
8.	Burnout e estresse los Enfermeiros de hum Hospital Universitário de Alta Complexidade	Estudo Transversal, Exploratório, Analítico e Correlacional	Existe importante vulnerabilidade dos enfermeiros para Burnout potencializada pela vivência de estresse no ambiente de trabalho hospitalar
9.	Síndrome de Burnout em profissionais de saúde: uma revisão Bibliografica	Levantamento Bibliográfico nas bases de dados: IndexPsi, Scielo, Lllacs e PsycInfo	É importante notar que a dinâmica organizacional do trabalho em hospitais gera grande tensão ocupacional, sendo necessário monitorar periodicamente a saúde mental e física desses trabalhadores
10.	Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil	Abordagem Quantitativa	Outros estudos devem continuar desvendando as relações entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores
11.	Síndrome de Burnout e absenteísmo em enfermeiros no contexto hospitalar: revisão integrativa da literatura brasileira	Revisão Integrativa nas bases de dados BDENF, MedLine, Lilacs e Scielo	Tais fatores devem ser avaliados do ambiente ocupacional, a fim de estabelecer o diagnóstico situacional e interferir nos fatores determinantes, visando melhoria da qualidade de vida dos enfermeiros
12.	Síndrome de Burnout em profissionais da saúde: estudo bibliográfico	Estudo Bibliográfico nas bases de dados Lilacs e MedLine	É imprescindível a implementação de atividades voltadas para prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores, amenizando o risco de desenvolvimento da Síndrome de Burnout
13.	Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos	Revisão Bibliográfica nas bases de dados MedLine, Scielo	A prevalência do Burnout nos vários países ainda é incerta, mas dados apontam acometimento significativo que justifica mais estudos a respeito dessa patologia com fatores de risco multifatoriais (indivíduo, trabalho, organização)

Ex: Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Síndrome de Burnout

Segundo Trigo TR et al. (2007) a Síndrome de Burnout também é conhecida como Síndrome do esgotamento profissional é um distúrbio psíquico descrito pela primeira vez em 1974 por Freudenberg, médico americano, que a definiu como uma doença que agride a sociedade de forma muito rápida e assustadora.

O conjunto de sinais e sintomas relacionados às circunstâncias de estresse laboral crônico, numa tríade que levam a Síndrome de Burnout: o cansaço emocional, a despersonalização e a falta de realização pessoal. Manifestam-se em pessoas sem antecedentes de distúrbios psicopatológicos e associados à exaustão mental e emocional, fadiga e depressão (CARLOTTO MS, 2002).

Tem maior relevância nos sintomas comportamentais e mentais na comparação com os sintomas físicos, assim, a Síndrome de Burnout, nos profissionais de saúde, emerge como um alerta a situações crônicas de estresse e às extensas jornadas de trabalho, afetando a produção, relacionamentos sociais, qualidade de vida, desempenho nas organizações onde

atua (FRANÇA FM, et al., 2012).

Para França FM et al. (2012), a Síndrome de Burnout envolve três componentes que aparecem ligados porém são independentes – exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho, são eles: Exaustão emocional tem-se uma ausência de energia e a sensação de esgotamento físico e emocional; Despersonalização é percebida pela indiferença diante das relações sociais e com os pacientes o trabalhador parece não se envolver com o trabalho; Baixa realização no trabalho é percebida principalmente pelas frequentes faltas ao trabalho, sensação de insuficiência, desmotivação e baixa auto estima.

Assim, a Síndrome de Burnout é considerada a partir de grandes exposições de estresse no ambiente de trabalho gerando um esgotamento físico e mental. Esta é uma doença que ocorre no sistema psíquico do trabalhador no qual se destaca a enfermagem, resultado este, decorrente de situações de estresse, graças as relações intensas de trabalho e suas expectativas com relação ao seu desenvolvimento profissional, quanto sua dedicação e a desilusão de não alcançarem o objetivo esperado (JODAS DA e HADDAD MCL, 2009).

Prevalência da Síndrome de Burnout no Brasil

Duarte AP et al. (2013), em pesquisa sobre a Síndrome de Burnout entre enfermeiros de uma unidade hospitalar, fizeram uma revisão bibliográfica onde apontaram que 59,4% dos entrevistados encontravam-se estressados e assim com maiores chances de desenvolverem Burnout.

O estudo de Moreira DS et al. (2009) mostrou a prevalência da Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. O grupo de trabalhadores era composto em sua maioria por mulheres, entre 26 e 35 anos e com menos de dez anos de profissão. A prevalência da Síndrome de Burnout encontrado foi considerado alto, pois foi encontrada em mais de um terço deles – 37,5%.

Neste contexto, França FM et al. (2012) identificaram que os profissionais de enfermagem mais acometidos pela Síndrome de Burnout eram aqueles com regime de trabalho diarista, com carga horária semanal de 30 horas, vínculo empregatício por meio de contrato, duplo vínculo empregatício, menor tempo de formação, com menos de um ano de trabalho na unidade e aqueles que possuíam, como setor de lotação, cargo administrativo.

Principais causas e consequências da Síndrome de Burnout entre os profissionais da enfermagem

O cotidiano do profissional de enfermagem no cuidar provoca tensão emocional permanente, atenção e muita responsabilidade. Esta é a principal característica do trabalho em saúde, pois lida com a dor, o sofrimento e a morte, afetando os trabalhadores de instituições

hospitalares, favorecendo o aparecimento da Síndrome de Burnout (FRANÇA FM, et al., 2012).

Aspectos organizacionais, condições inadequadas de trabalho, jornadas prolongadas, excesso de tarefas, conflitos interpessoais, baixa autonomia e de remuneração, associados à sobrecarga psicológica, cognitiva e física dos profissionais (REZENDE R, et al., 2012).

O estresse entre os profissionais de saúde pode estar relacionado à administração da responsabilidade profissional, a assistência há pacientes em estado crítico, conflito de situações problemáticas, controle do volume de conhecimento e do estabelecimento dos limites de sua identidade pessoal e profissional (GUIDO LA, et al., 2012).

O estresse é considerado como um estado prematuro ou real de atenção ao equilíbrio do organismo e a reação deste organismo a essa ameaça, buscando devolver o equilíbrio por meio de um conjunto de respostas fisiológicas e comportamentais. A resposta ao estresse precisa estar na mesma medida da ameaça isto faz com que mobilize energia suficiente para que o organismo se reequilibre. Quando essa energia é maior ou insuficiente, o estresse atinge o corpo produzindo efeitos sobre a digestão, o crescimento, a reprodução, dentre outros (RIBEIRO RP, et al. 2018).

Nesse contexto, a exposição a situações estressoras frequentes, relacionadas às condições de trabalho, propicia se então a Síndrome de Burnout. O estresse no trabalho, quando ultrassa níveis suportáveis, torna-se Burnout. A palavra Burnout é um termo que significa esgotamento, algo ou alguém não possui mais energias para produzir, chegou ao limite das forças, não funciona mais, queimou até o final (GRAZZIANO ES e BIANCHI ERF, 2010).

Ainda segundo os autores supracitados, a pessoa acometida pelo Burnout tem vários aspectos de sua vida afetados: Saúde física: fadiga crônica, exaustão, gripes constantes, perdas de consciência momentânea, dor de cabeça frequentes, dor muscular, hipertensão arterial, imunodeficiência, distúrbios cardiovasculares, gastrintestinais, respiratórios, sexuais e do sono; Saúde cognitiva e emocional: dificuldade de concentração e de atenção, pouca memória, mau humor, auto isolamento, impaciência, labilidade emocional, baixa auto-estima, ansiedade, depressão, vulnerabilidade, medo: Comportamento: frustração, impaciência, hostilidade, intolerância, rigidez, rigor excessivo, perda de iniciativa, questiona do próprio julgamento, trabalho com pouco rendimento (GRAZZIANO ES e BIANCHI ERF, 2010).

A Síndrome de Burnout entre os enfermeiros também prejudica as instituições de saúde já que o absenteísmo é alto, além de ser prejudicial individualmente também atinge a categoria profissional, devido a baixa qualidade na assistência de enfermagem oferecida aos pacientes e familiares, nos serviços de saúde, quando se privilegia a humanização da assistência à saúde (LORENZ VR, et al., 2010).

Fatores determinantes para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout entre os profissionais de enfermagem

As principais fontes de estresse associados ao diagnóstico de Burnout na enfermagem, estão relacionados a recorrentes fatores: ausência de reconhecimento do trabalho, dificuldades na rotina, erros na coordenação da equipe de trabalho, ausência de serviços de auxílio ao profissional, ineficiência da estrutura administrativa no serviço de saúde, pouco ou nenhum apoio social, baixa remuneração em relação ao esforço empregado, inexistência de oportunidades para desenvolvimento pessoal, sobrecarga de trabalho, entre outros (MATUBARO KCA, et al., 2009).

Neste Contexto, Trigo TR et al. (2007) afirmam que os principais fatores determinantes para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout entre os profissionais, são os organizacionais, individuais, laborais e sociais. Os organizacionais referem-se a burocracia do serviço, normas, mudanças na empresa e as relações hierárquicas nela existentes. Os fatores individuais referem-se a personalidade do trabalhador assim com o modo como ele lida com essas mudanças emocionais dentro da empresa. Os laborais estão relacionados com a sobrecarga, o controle perante suas atividades, as observações perante as atividades realizadas na empresa. Os fatores sociais relacionam-se com o suporte social e familiar e seu reflexo no meio familiar e social do indivíduo, influenciado pelos seus valores e normas culturais.

Além disso, vale enfatizar que a prevalência de Burnout era menor, mas, também afetava os profissionais que tinham menos exigência consigo mesmos e que tinham algum hobby, praticavam atividade física com regularidade, tinham mais experiência profissional e alguma especialidade (MATUBARO KCA, et al., 2009).

Identificando os principais fatores relacionados à Síndrome de Burnout e o absenteísmo entre enfermeiros que atuam no contexto hospitalar, Rezende R et al. (2012) propõe que esses fatores, durante avaliação das condições de trabalho nos ambientes hospitalares sejam considerados uma vez, ainda não existem mecanismos de detecção precoce do Burnout, e para que assim, consiga se diagnosticar e intervir diante estes fatores determinantes, resultando assim, em uma melhor qualidade de vida para os enfermeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos revelaram a notória relação entre o trabalho profissional da enfermagem e a Síndrome de Burnout, aos quais estão interligadas ao desenvolvimento de doenças ocupacionais. O acometimento desta síndrome leva ao profissional da área da saúde, em especial aos enfermeiros, a percorrerem um caminho insidioso em busca do diagnóstico,

podendo causar um quadro depressivo, unidos em uma redução na qualidade de vida. Destaca-se também que a atividade do enfermeiro está sujeita a grande demanda por atenção e excessivo controle nas tarefas. Além disto, enfermeiros com maior experiência profissional são mais seguros e menos estressados, ou seja, menos suscetíveis ao Burnout. Personalidades muito perfeccionistas e metódicas sofrem mais diante de uma frustração e podem também sofrer do esgotamento característicos do Burnout.

Conclui-se que a saúde do trabalhador de enfermagem precisa de maior atenção, devido à gravidade dos casos, e dos transtornos que esta patologia acarreta na vida dos mesmos. Todos os profissionais devem ser assegurados os seus direitos por parte das instituições de saúde e dos governos. É necessário de adotar estratégias relacionadas a diminuição das jornadas de trabalho, melhoria na infraestrutura das instituições, são exemplos de medidas profiláticas para as doenças ocupacionais como a Síndrome de Burnout. Acredita-se ser necessário que os futuros estudos visem identificar ações preventivas, contribuindo para redução das ocorrências da Síndrome de Burnout entre os enfermeiros.

REFERÊNCIAS

- CARLOTTO MS. A síndrome de Burnout e o trabalho docente. *Psicologia em Estudo*, 2002; 7(1):21-9.
- CARLOTTO MS, CÂMARA SG. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *PSICO*, 2008; 39(2): 152-8.
- DUARTE AP, et al. Prevalência da síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em UTI. *Revista Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia*, 2013; 16: 1-12.
- FRANCA FM, et al. Burnout and labour aspects in the nursing teams at two medium-sized hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2012; 20(5): 961-70.
- GRAZZIANO ES, BIANCHI ERF. Impacto do stress ocupacional e Burnout para Enfermeiros. *Revista eletrônica semestral de enfermeira - Enfermería Global*, 2010; 18: 1-20
- GUIDO LA, et al. Estresse e Burnout entre residentes multiprofissionais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2012; 20(6): 1064-71.
- JODAS DA, HADDAD MCL. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Rev. Acta Paul Enferm*, 2009; 22(2): 192-7.
- LIMA FD, et al. Síndrome de Burnout em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev. Bras. de Educ. Med.*, 2007; 31(2): 137-46.
- LORENZ VR, et al. Burnout e estresse los Enfermeiros de um Hospital Universitário de Alta Complexidade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2010;18(6):[08 telas].
- MATUBARO KCA, et al. Síndrome de Burnout em profissionais de saúde: uma revisão bibliográfica. *Anais do Conic-Semesp*, 2013; 1: 104-12.
- MOREIRA DS, et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de

um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, 2009; 25(7): 1559-68.

REZENDE R, et al. Síndrome de Burnout e absenteísmo em enfermeiros no contexto hospitalar: revisão integrativa da literatura brasileira. Revista ESCS, 2012; 23(3): 243-52.

RIBEIRO RP, et al. Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. Rev. Gaúcha Enferm., 2018;39:e65127

SOUSA MVH. Síndrome de Burnout em profissionais da saúde: estudo bibliográfico. 2012. 30p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem), Universidade Federal do Piauí, Picos, 2012.

TRIGO TR, et al. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev. psiquiatr. clín., 2007; 34(5): 223-33.

“

Síndrome de Wolff-Parkinson-White: uma revisão narrativa

Paula Ananda Chacon **Inês**
Uni/FACEF

Edson Alves **Margarido**
Uni/FACEF

Ana Carolina Valadão **Oliveira**
UNIFRAN

RESUMO

Objetivo: Os autores realizaram uma revisão bibliográfica a fim de conhecer os mais recentes aspectos genéticos, clínicos, diagnósticos e de tratamento dos portadores da síndrome de Wolff-Parkinson-White. **Revisão bibliográfica:** A síndrome de Wolff-Parkinson-White é uma patologia cardíaca na qual o paciente possui uma via de condução acessória e é diagnosticada unicamente por meio do eletrocardiograma. Embora alguns pacientes possam desenvolver sintomas, a maioria destes são assintomáticos e podem ter morte súbita como primeira manifestação da doença. O tratamento dos pacientes assintomáticos ainda é um assunto muito debatido no meio científico, devido às diretrizes não serem claras quanto a esses pacientes, associado à apresentação de estudos com resultados contraditórios. **Considerações finais:** O melhor entendimento da apresentação clínica, do diagnóstico e dos tratamentos disponíveis para os portadores da síndrome de Wolff-Parkinson-White permitem reduzir a morbidade e a mortalidade dos pacientes, além de os tornarem ativos na decisão terapêutica.

Palavras-chave: Síndrome de Wolff-Parkinson-white; Ablação por cateter; Arritmia.

INTRODUÇÃO

A síndrome conhecida como Wolff-Parkinson White (WPW) é uma condição cardíaca na qual o sistema de condução elétrico do coração apresenta uma ou mais vias acessórias e essas conduzem o estímulo elétrico mais rapidamente que o percorrido pelo nó atrio-ventricular, podendo ocasionar episódios de arritmias. Apesar de já terem sido realizadas diversas buscas em alterações genéticas que justificassem o aparecimento desta patologia, pouco se sabe sobre o assunto, principalmente quando a mesma não tem relação familiar (QIU M, et al., 2018).

Estudos e relatos de caso documentaram a presença de sintomas como taquicardia supraventricular, palpitações e síncope em alguns pacientes portadores da síndrome de Wolff-Parkinson-White, porém a maioria dos pacientes são assintomáticos e a dificuldade diagnóstica esbarra na existência do exame de eletrocardiograma como único meio para realizá-lo; contudo, as vias acessórias podem ser únicas ou múltiplas e visíveis ou não ao exame eletrocardiográfico, dificultando, desta forma, ainda mais seu achado (ETHERIDGE SP, et al., 2018). Diante disto, questiona-se o uso do mapeamento cardíaco detalhado por meio de estudo eletrofisiológico para que se estratifique fatores de risco e a real necessidade de medidas terapêuticas diante de portadores da patologia (SOO WM, et al., 2011).

A maioria dos pacientes portadores assintomáticos da síndrome de Wolff-Parkinson White apresentam um bom prognóstico a longo prazo, porém não se pode descartar o risco de uma pior evolução com arritmias ou até mesmo morte súbita, desta forma, muito se pergunta sobre qual a maneira certa de tratá-los, através de método invasivo como a ablação por cateter de radiofrequência ou método conservador, uma vez que podem ser assintomáticos pelo resto da vida, sendo incerto suas evoluções (SILVA G, et al., 2013; BELHASSEN B e GLIKSON M, 2010).

Devido ao fato de as diretrizes não serem claras quanto à conduta em pacientes assintomáticos, a maneira mais correta deve ser apresentar aos atingidos pela doença todas as alternativas disponíveis de tratamento, com seus riscos e benefícios, e considerar sua vontade no momento para estabelecer uma terapêutica conjunta (LIU A e PUSALKAR P, 2011). Embora a ablação por cateter possa reduzir a evolução maligna no futuro, deve-se sempre levar em conta o risco, mesmo que baixo, das complicações pela qual estão sujeitos os pacientes que se submetem a tal procedimento, além da possibilidade de não cura ou desenvolvimento de novas arritmias (ETHERIDGE SP, et al., 2018).

Desta maneira, o objetivo desta revisão bibliográfica é conhecer os mais recentes aspectos genéticos, clínicos, diagnósticos e, principalmente, de tratamento dos portadores da síndrome de Wolff-Parkinson-White, a fim de buscar uma redução na morbidade e na mortalidade dos mesmos.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Descrição e definição da doença

A síndrome de Wolff-Parkinson White (WPW) é descrita como uma patologia cardíaca na qual o sistema elétrico de condução apresenta uma ou mais vias acessórias, fazendo com que a corrente elétrica que promove as contrações do coração passe por essas de uma forma rápida e não pausada, ao contrário do que ocorreria no nó atrioventricular, predispondo o paciente ao desenvolvimento de arritmias (QIU M, et al., 2018).

Muitos estudos foram feitos na busca por alterações genéticas que justificassem o desenvolvimento da doença e parte deles identificaram um gene nomeado como PRKAG2 que possivelmente pode estar relacionado à suscetibilidade em desenvolver a síndrome de Wolff-Parkinson-White. Porém, este gene estaria ligado apenas à patologia de caráter familiar; desta forma, não são todos os pacientes que apresentariam alterações na avaliação genômica, uma vez que parte destes apresentam a doença sem relação familiar, dificultando ainda mais o diagnóstico (QIU M, et al., 2018).

Alteração genética e sua fisiopatologia

Embora a grande maioria dos portadores da síndrome de Wolff-Parkinson White possuam a patologia adquirida, pequena parcela deles apresentam a síndrome com caráter familiar associada a hipertrofia cardíaca. Apesar dos mecanismos moleculares que levam à formação de uma via acessória ainda não estarem muito bem elucidados, sabe-se que se trata de uma forma autossômica dominante relacionada a mutações no gene PRKAG2, responsável pela codificação de uma subunidade da 5'AMP-proteína quinase ativada (AMPK). Atualmente, sabe-se que ao menos seis mutações do gene PRKAG2 estão associadas à síndrome de Wolff-Parkinson White familiar e o impacto de cada mutação ainda não foi bem esclarecido, tornando os fenótipos dependentes da maneira em que ocorre a formação de vias acessórias associadas a alterações na condução elétrica (MIYAMOTO L, 2018; STELD LP, et al., 2017).

A 5'AMP-proteína quinase ativada (AMPK) tem o papel de regular a homeostase energética, atuando como um sensor que tem seu papel desempenhado pela regulação da adenosina trifosfato (ATP) através da via de oxidação de ácidos graxos e captação de glicose. Acredita-se que a mutação do gene PRKAG2 leva ao desenvolvimento da síndrome de Wolff-Parkinson-White familiar pelo acúmulo de glicogênio em vacúolos intracelulares dos miócitos, o qual seria capaz de modificar a condução elétrica atrioventricular e induzir a pré-excitação, porém ainda não há evidências que demonstrem o acúmulo de glicogênio

entre os átrios e os ventrículos, deixando bastante controversa a relação entre AMPK e a síntese de glicogênio (BANANKHAH P, et al., 2018).

Desta forma, torna-se evidente a importância de maiores estudos relacionados ao acúmulo cardíaco de glicogênio e à regulação dos canais iônicos, além da sua relação com o desenvolvimento de Wolff-Parkinson White (MIYAMOTO L, 2018).

Apresentação clínica

Por meio de relatos de caso e estudos disponíveis na literatura atual, sabe-se que grande parte dos pacientes portadores da síndrome de Wolff-Parkinson White são assintomáticos e descobrem a patologia ocasionalmente em exames eletrocardiográficos solicitados por outras razões, porém uma parte dos portadores apresentam sintomas que se manifestam como palpitações, tonturas e até mesmo morte súbita (QIU M, et al., 2018). Casos de fibrilação atrial são muito comuns nestes pacientes e, caso o portador desta patologia tenha uma via acessória com um período refratário muito curto e apresente um episódio de fibrilação atrial, esta leva a uma rápida condução aos ventrículos de forma repetitiva, ocasionando fibrilação ventricular e consequentemente parada cardíaca, podendo esta ser a primeira manifestação da doença (SILVA G, et al., 2013).

STEC SM, et al. (2014), em seu estudo, trouxe como evidência que alguns relatos de caso já demonstraram um padrão de Wolff-Parkinson White associado ao desenvolvimento de cardiomiopatia e até mesmo associação entre pré-excitação e desempenho cardiopulmonar diminuído. Durante o estudo foram relatados diversos casos de pacientes que apresentavam como manifestação uma dispneia crônica inexplicável por outra patologia e associado a isso havia um padrão Wolff-Parkinson White no eletrocardiograma (ECG). O mecanismo da dispneia em pacientes com pré-excitação ainda precisa de maiores estudos, mas acredita-se que seja através de mecanismos de dissincronia ventricular e por receptores cardiopulmonares e, com isso, acredita-se que futuramente esse sintoma possa ser incluído juntamente com aqueles já utilizados para classificar um paciente portador as síndromes como sintomático.

A literatura mais recente demonstra, além dos sintomas já expostos, uma possível relação entre a presença da síndrome de Wolff-Parkinson White e o desenvolvimento de insuficiência cardíaca. Acredita-se que a pré-excitação ventricular que corre pela via acessória seja capaz de promover uma pré carga diminuída, devidos as contrações precoces, com isso diminuindo a tensão de trabalho do músculo cardíaco, predispondo ao afinamento da parede do coração, o que, após um tempo, levaria à dilatação do segmento durante períodos de contração e, consequentemente, ocasionaria desenvolvimento de insuficiência cardíaca (LEE HJ, et al., 2018).

A partir de um estudo realizado no ano de 2017, através da revisão de bancos de dados

de pacientes portadores de Wolff-Parkinson White com morte súbita, foi possível observar que, apesar de grande parte deles serem portadores sintomáticos, alguns podem evoluir ao óbito de forma repentina mesmo na ausência de sintomas e, por meio de estudos, tem-se que o risco de morte súbita em pacientes portadores da síndrome de Wolff-Parkinson White é aproximadamente de 0,1% em pacientes assintomáticos e 0,3% em pacientes sintomáticos por ano (FINOCCHIARO G, et al., 2017; QIU M, et al., 2018).

Embora a morte súbita nesta patologia seja muitas vezes silenciosa ou, em alguns casos, associada a outras alterações cardíacas, já foi evidenciado que a mesma ocorre com maior frequência durante períodos de sono ou descanso, mostrando, desta forma, que a restrição esportiva não evitaria piores evoluções da doença.

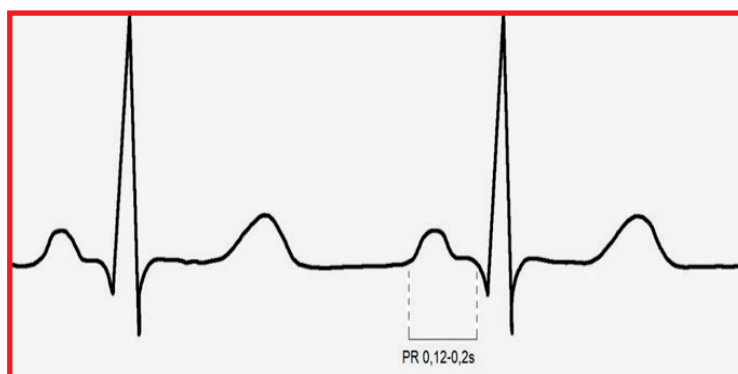
Contudo, tendo-se como análise que o tempo gasto com atividades esportivas e o tempo gasto em repouso são de grande desproporcionalidade, não se pode assegurar que pacientes portadores de síndrome de Wolff-Parkinson White pratiquem atividades físicas de forma irrestrita, recomendando que sejam evitados esportes competitivos, todavia também não se pode afirmar que a restrição total aos esportes manteria os pacientes seguros, devendo dessa forma ser orientado quando a avaliações periódicas destes pacientes para realização de atividade física (ETHERIDGE SP, et al., 2018).

Diagnóstico

Infelizmente, o único recurso existente para o diagnóstico de Wolff-Parkinson White ainda é o eletrocardiograma. Em um paciente sem a patologia, o tempo entre a despolarização dos átrios e o atraso no nó atrioventricular, representado pelo segmento PR no ECG, tem uma duração de 0,12 segundos até 0,20 segundos e a despolarização dos ventrículos que se segue, representado pelo QRS no ECG, tem uma duração de no máximo 0,12 segundos e uma elevação rápida.

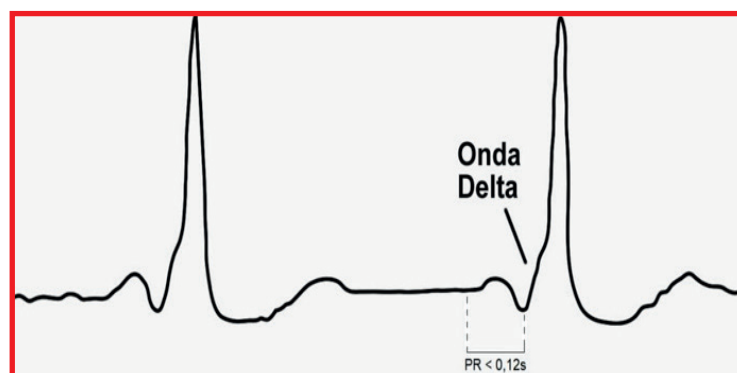
A representação eletrocardiográfica de um paciente portador de Wolff-Parkinson White apresenta-se com redução no intervalo PR (menor de 0,12 segundos), alargamento do complexo QRS (com duração total maior de 0,12 segundos) e onda delta (representada graficamente como uma curva de elevação inicial lentificada no complexo QRS) (QIU M, et al., 2018) (Figura 1 e 2).

Figura 1. Representação gráfica de um eletrocardiograma sem alterações.



Fonte: Inês PAC, et al., 2020.

Figura 2. Representação gráfica de um eletrocardiograma de um paciente portador da síndrome de Wolff-Parkinson-White com identificação da onda delta e redução do intervalo PR.



Fonte: Inês PAC, et al., 2020.

Todas essas alterações características da síndrome de Wolff-Parkinson-White são devidas à condução elétrica utilizar a via acessória para chegar aos ventrículos, a qual contorna o nó atrioventricular, fazendo com que o impulso atinja os ventrículos rapidamente, ocasionando uma despolarização precoce.

Além disso, em se tratando de fisiologia cardíaca, a frequência intrínseca no nó atrio-ventricular é de aproximadamente 180-200 batimentos por minuto e, diante de um paciente com frequência acima desta, devem-se suspeitar imediatamente da possibilidade de uma taquicardia ortodrômica reentrante com um componente de reentrada atrioventricular, como a síndrome de Wolff-Parkinson White (KESLER K e LAHHAM S, 2016).

Diferentemente de portadores sintomáticos que são mais evidentes os riscos e as apresentações, a avaliação de risco em pacientes assintomáticos ainda não é um consenso e, diante disso, alguns fatores de risco para evolução desfavorável do quadro deveriam ser avaliados em todos os pacientes. Embora o estudo eletrofisiológico possa auxiliar de forma confiável na avaliação de risco, o mesmo ainda não é amplamente disponível e utilizado, por se tratar de um método invasivo (ROSENHECK S, 2010).

Alguns marcadores não invasivos, como perda da condução na via acessória durante

teste de estresse e após uso de drogas antiarrítmicas como procainamida e flecainida, foram colocadas em questão, mas rapidamente evidenciou-se que sua sensibilidade não era suficiente e tinham pouco papel na seleção de pacientes com alto risco. Quando se lança mão do estudo eletrofisiológico, identificou-se que período refratário efetivo da via acessória menor que 250 milissegundos, taquiarritimias durante o estudo eletrofisiológico, múltiplas vias acessórias, sexo masculino, idade, principalmente crianças, e presença de síncope estão diretamente relacionadas ao alto risco de evolução com pior prognóstico (SILVA G, et al., 2013; OZENC S, et al., 2014).

Além do estudo eletrofisiológico, estudos foram feitos com o uso do ecocardiograma tridimensional na tentativa de auxílio na avaliação de risco, uma vez que essa ferramenta fornece informações da deformação miocárdica e da força de contração do músculo cardíaco.

Infelizmente, foi identificado que esta técnica não consegue substituir a análise invasiva, a qual permanece sendo padrão-ouro, por mostrar apenas ativação mecânica e não elétrica, identificando de maneira aproximada a localização da via acessória, sendo a mesma correspondente na imagem como uma contração anormal do coração (ISHIZU T, et al., 2019; MARECHAUX S, 2019).

Um dos motivos que despertam interesse dos médicos no estudo dos pacientes assintomáticos com a síndrome de Wolff-Parkinson White, principalmente a partir do estudo eletrofisiológico, foi a possibilidade da ablação por cateter da via acessória destes, contribuindo na morbidade e mortalidade dos portadores de Wolff-Parkinson White, tornando uma possibilidade definitiva de tratamento. Contudo, diante desses pacientes, deve-se realizar alguns questionamentos para ver a real validade de tratamento na ausência de sintomas, como a existência dos fatores de risco já mencionados e sujeitos envolvidos em ocupações de alto risco (piloto, bombeiro, esportistas competitivos), além de avaliar o equilíbrio desta com as possíveis complicações associadas à ablação (ROSENHECK S, 2010; BELHASSEN B e GLIKSON M, 2010).

Tratamento

Já se tem conhecimento que a ablação por cateter de radiofrequência das vias acessórias é uma das opções e, na maioria das vezes, a de escolha para aqueles pacientes que possuem uma via acessória entre os átrios e os ventrículos, permitindo que sejam realizados bloqueios no trajeto elétrico, impedindo que a condução seja concluída (MUJOVIC N, et al., 2011). Este método de tratamento é bem estabelecido em pacientes sintomáticos com síndrome de Wolff-Parkinson White, uma vez que o objetivo é abolir os sintomas, porém a abordagem em pacientes assintomáticos, com o intuito de redução dos episódios de morte súbita, é menos conclusiva, tendo a ablação indicação classe IIa de acordo com recomen-

dações da American College of Cardiology / American Heart Association / European Society of Cardiology (ACC/AHA/ESC) (SOO WM, et al., 2011).

O procedimento de ablação por cateter de radiofrequência, apesar de ser um método invasivo, tem sua eficácia próxima a 100% e uma mortalidade relacionada ao procedimento inferior a 0,2% quando realizada por profissional experiente (SILVA G, et al., 2013); porém, apesar de baixos riscos, não é isento destes, uma vez que os pacientes podem apresentar complicações, como perfuração, lesão valvar, tamponamento e eventos trombóticos, as quais são conhecidas por meio de relatos de casos apresentados nas bases de dados (LIU A e PUSALKAR P, 2011) (HIRATA K, et al., 2015). Além disso, pela necessidade de profissionais capacitados para minimizar os riscos do procedimento e seus custos, muitos locais ainda encontram entraves no estabelecimento do procedimento de maneira profilática em portadores assintomáticos (SILVA G, et al., 2013).

A literatura mais recente traz uma controvérsia em relação aos reais benefícios do tratamento por ablação nos portadores da síndrome de Wolff-Parkinson White, principalmente quando a mesma é realizada em portadores assintomáticos de maneira profilática. Alguns estudos demonstraram que o uso da terapia de ablação de maneira profilática está relacionado a uma diminuição do risco de arritmias malignas no futuro (SILVA G, et al., 2013).

Todavia, outros estudos de pacientes portadores assintomáticos da síndrome de Wolff-Parkinson White evidenciaram que a ablação por cateter de radiofrequência de maneira profilática não mostrou redução significativa em cinco anos na chance de evolução para arritmia fatal (OZENC S, et al., 2014), além da possibilidade de aparecimento de novas arritmias (MUJOVIC N, et al., 2011), tal fato podendo se justificar pela possibilidade da existência de múltiplas vias ou até mesmo de outros fatores somados e que contribuem para arritmias fatais, uma vez que parte substancial dos pacientes apresentam outra patologia cardíaca simultaneamente (FINOCCHIARO G, et al., 2017).

Além das discussões acerca do real benefício da ablação por cateter, alguns estudos demonstraram que grande parte dos pacientes portadores assintomáticos da síndrome de Wolff-Parkinson White apresentam sintomas como taquicardia e síncope, antes de apresentar um episódio de fibrilação ventricular e evolução para morte súbita, permitindo desta forma que a educação dos pacientes seja uma maneira eficaz de prevenção das evoluções malignas. Desta maneira, haveria um tempo de reconhecimento dos sintomas premonitórios, chegada ao serviço de emergência logo no início do quadro e tratamento em tempo hábil (OBEYESEKERE MN e KLEIN GJ, 2019). Diante destes achados, a decisão de eliminar a via acessória com o método de ablação deve ser discutido e o paciente deve ser informado sobre a eficácia do procedimento, a possibilidade de não cura e também sobre seus riscos de complicações (THE AMERICAN HEART ASSOCIATION AND THE HEART RHYTHM

SOCIETY, 2016).

Diante do maior risco de evolução de pior prognóstico em crianças e da não possibilidade de queixa dos sintomas pela dificuldade de expressão dos mesmos, muito se estuda sobre a abordagem conservadora ou invasiva nesta faixa etária. Relatos de casos de pacientes pediátricos demonstraram que o uso com cautela da flecainida, um antiarrítmico classe Ic, pode tornar-se uma opção terapêutica nos pacientes com síndrome de Wolff-Parkinson White. Sabe-se que o uso desta medicação na população adulta acarreta maiores eventos arrítmicos e até aumento das hospitalizações em pacientes com fibrilação atrial, porém foi demonstrado ser eficaz na população pediátrica, embora ainda tenha que se ter cuidado naqueles com função cardiovascular comprometida, devido aos efeitos inotrópicos do medicamento (SEKINE M, et al., 2019).

Além disso, a dificuldade e a necessidade de avaliação cuidadosa na indicação do procedimento invasivo nessa população se dão pelo tamanho do paciente, o que dificulta a disponibilidade de cateteres adequados, tornando maior o risco de complicações (GONZALEZ MD, et al., 2018; ETHERIDGE SP, et al., 2018).

Associado a isso, há o fato de que um estudo avaliou pacientes pediátricos durante cinco anos após a realização da ablação e constatou que a eliminação da via acessória se deu em apenas 80,7% destes, com recorrência nos demais, seja precoce ou tardia, e aqueles pacientes que não foram submetidos a ablação permaneceram assintomáticos (GONZALEZ MD, et al., 2018). Desta forma, tem-se que a abordagem no paciente pediátrico deve ser cuidadosamente selecionada e avaliada em todas as opções disponíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síndrome de Wolff-Parkinson-White é um diagnóstico que deve ser lembrado quando feita a avaliação eletrocardiográfica de um paciente, mesmo que na ausência de sintomas, uma vez que a morte súbita pode ser a primeira manifestação. Diante deste achado, deve-se alertar os portadores sobre os possíveis sintomas que podem surgir e a necessidade da ida ao hospital rapidamente na vigência destes. Além disso, embora muito questionado ainda, deve-se apresentar ao paciente as opções disponíveis para tratamento, juntamente com os riscos e benefícios inerentes a esse, para que se tome uma conduta em conjunto na busca da melhora da morbidade e mortalidade dos portadores da doença. Com todos os achados, esta revisão mostra a necessidade de maiores estudos acerca do tema e da real validade de indicação de ablação por cateter de radiofrequência em portadores assintomáticos, uma vez que ainda são muito controversos seus benefícios.

REFERÊNCIAS

AL-KHATIB SM, et al. Risk Stratification for Arrhythmic Events in Patients With Asymptomatic Pre-Excitation: A Systematic Review for the 2015 ACC/AHA/HRS Guideline for the Management of Adult Patients With Supraventricular Tachycardia. *Journal of the American College of Cardiology*, 2016; 67(13): 1624-1638.

BANANKHAH P, et al. Cardiac manifestations of PRKAG2 mutation. *BMC Medical Genetics*, 2018; 19(1): 1-4.

BELHASSEN B, GLIKSON M. Electrophysiological Testing and Ablation in an Asymptomatic Child with Wolff- Parkinson-White Syndrome. *The Israel Medical Association Journal*, 2010; 12: 707-708.

ETHERIDGE SP, et al. Life-Threatening Event Risk in Children With Wolff-Parkinson-White Syndrome: A Multicenter International Study. *JACC Clinical Electrophysiology*, 2018; 4: 433-444.

FINOCCHIARO G, et al. Sudden Cardiac Death in Pre-Excitation and Wolff-Parkinson-White: Demographic and Clinical Features. *Journal of the American College of Cardiology*, 2017; 69(12): 1644-1645.

GONZALEZ MD, et al. Catheter Ablation in Children With Accessory A-V Pathway: Do Short-Term Results Predict Long-Term Success?. *Journal of the American College of Cardiology*, 2018; 4: 456-458.

HIRATA K, et al. Left ventricular free wall perforation and left atrial dissection: unusual complication of radiofrequency catheter ablation for Wolf-Parkinson-White syndrome. *British Medical Journal*, 2015; 21: 1-4.

ISHIZU T, et al. Noninvasive Localization of Accessory Pathways in Wolff–Parkinson–White Syndrome by Three- Dimensional Speckle Tracking Echocardiography. *Circulation: Cardiovascular Imaging*, 2019; 1-9.

KESLER K e LAHHAM S. Tachyarrhythmia in Wolff-Parkinson-White Syndrome. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 2016; 17(4): 469-470.

LEE HJ, et al. Altered myocardial characteristics of the preexcited segment in Wolff-Parkinson-White syndrome: A pilot study with cardiac magnetic resonance imaging. *Plos One*, 2018; 13(6): 1-13.

LIU A, PUSALKAR P. Asymptomatic Wolff-Parkinson-White syndrome: incidental ECG diagnosis and a review of literature regarding current treatment. *British Medical Journal*, 2011; 10: 1-4.

MARECHAUX S. The Wolff–Parkinson–White Syndrome: A Test Bed for the Assessment of Myocardial Dyssynchrony?. *Circulation: Cardiovascular Imaging*, 2019; 1-3.

MIYAMOTO L. Molecular Pathogenesis of Familial Wolff-Parkinson-White Syndrome. *Molecular Mechanisms of Cardiac Glycogen Regulation by AMPK. The Journal of Medical Investigation*, 2018; 65: 1-8.

MUJOVIC N. et al. The Occurrence of New Arrhythmias after Catheter-Ablation of Accessory Pathway: Delayed Arrhythmic Side-Effect of Curative Radiofrequency Lesion?. *Srpski Arhivza Celokupno Lekarstvo*, 2011; 139(7): 458- 464.

ROSENHECK S. The Mystery of Asymptomatic Wolff-Parkinson-White Syndrome. *The Israel Medical Association Journal*, 2010; 12: 701-702.

SILVA G, et al. Aborted sudden cardiac death as first presentation of Wolff-Parkinson-White syndrome. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 2013; 32(4): 325-329.

SEKINE M, et al. Improvement in Dyssynchrony with Pharmacological Ablation of Right-Sided Accessory Pathway- Induced Cardiomyopathy in Infants. *International Heart Journal*, 2019; 60: 1201-1205.

STEC SM, et al. Dyspnea related to pre-excitation during sinus rhythm as a new indication for catheter ablation. *Kardiologia Polska*, 2014; 72(7): 646-653.

STELD LP, et al. Wolff-Parkinson-White Syndrome with Ventricular Hypertrophy in a Brazilian Family. *American Journal of Case Reports*, 2017; 18: 766-776.

SOO WM, et al. ECG Delta waves in patients with palpitation. *Singapore Med J*, 2011; 52(2) 68-72.

OBEYESEKERE MN, KLEIN GJ. The Asymptomatic Wolff-Parkinson-White Patient: Time to Be More Proactive?. *Circulation: Cardiovascular Imaging*, 2019; 130: 805-807.

OZENC S, et al. Prophylactic accessory-pathway ablation in asymptomatic patients with a Wolff-Parkinson-White electrocardiographic pattern. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 2014; 18: 981-984.

INÊS, P. A. C.; MARGARIDO, E. A.; OLIVEIRA, A. C. V. Síndrome de Wolff-Parkinson-White: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 47, p. e3142, 30 abr. 2020. Artigo original.

“

Sistematização da assistência de enfermagem a uma paciente sequelada de acidente vascular encefálico: relato de experiência

Carliane da Conceição Machado **Sousa**
UEMA

Raquel dos Santos **Lima**

Hiugo Santos do **Vale**
UEMA

Soray de Oliveira **Vieira**
FAI

Jaqueline da Cunha **Morais**
UFPI

Marcos Alexandre Lima **Costa**
UEMA

Sara Sabrina Vieira **Cirilo**
UEMA

Beatriz Aguiar da **Silva**
UEMA

Mariana Rodrigues da **Rocha**
UFPI

Francidalma Soares Sousa **Carvalho**
Filha
UEMA

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a segunda principal causa de morte no mundo, ocorrendo predominantemente em adultos de meia-idade e idosos. Nas últimas décadas, o AVE no Brasil está entre os principais motivos de internações e mortalidade, causando na grande maioria dos pacientes algum tipo de sequela, seja parcial ou completa. **Objetivo:** Relatar a experiência de atendimentos domiciliares a uma paciente sequelada de múltiplos AVE com intuito de aplicar o processo de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência, realizada por residentes em Saúde da Família da Universidade Estadual do Maranhão retratando a vivência destes em visitas domiciliares que ocorreram nos dias 04 de junho e 11 de junho de 2019. **Relato da experiência:** Durante a primeira visita foi iniciada a investigação clínica utilizando o histórico de enfermagem baseado na teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta, a coleta de informações no prontuário, anamnese e exame físico na paciente. Na segunda visita foi finalizado o histórico de enfermagem e as informações anteriormente coletadas foram submetidas ao processo de enfermagem, utilizando para isso a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e então foram traçados os diagnósticos de enfermagem, que foram: Disfasia atual, padrão de mobilidade comprometido, capacidade para alimentação comprometida, deglutição e capacidade para realizar o auto cuidado comprometida. E por meio disto, foram planejadas as ações a serem executadas, incluindo orientar, encaminhar, supervisionar, aplicar, tratar e entre outras ações voltadas para a melhoria do quadro clínico da paciente. **Conclusão:** A vivência estimulou o raciocínio crítico e julgamento clínico dos residentes possibilitando um aprofundamento do conhecimento sobre o AVE e suas consequências, além da correlação da fisiopatologia com a apresentação do estado geral do paciente e as comorbidades associadas.

Palavras-chave: Enfermagem; Acidente Vascular Cerebral; Processo; Relato.

INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa média de vida das populações, as doenças crônicas se tornam mais presentes, atingindo dimensões estatísticas e que demandam ações específicas por parte dos profissionais de saúde, dos enfermeiros em particular. Nesse sentido, importa conhecer a população, contribuindo para melhorar o cuidado, o planejamento de intervenções e impacto na funcionalidade e qualidade de vida dos doentes (NUNES; QUEIROÓS, 2017). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica que acomete milhares de pessoas, e se não controlada pode levar a inúmeras complicações, dentre as quais o Acidente Vascular Encefálico (AVE).

O AVE é a segunda principal causa de morte no mundo, ocorrendo predominantemente em adultos de meia-idade e idosos. Nas últimas décadas, o AVE no Brasil está entre as principais causas de internações e mortalidade, causando na grande maioria dos pacientes algum tipo de sequela, seja parcial ou completa. Foram registradas no país 160.621 internações por doenças cerebrovasculares em 2009, sendo a taxa de mortalidade de 51,8 a cada grupo de 100.000 habitantes (LIMA et al., 2017).

Nesse sentido, é importante que pacientes hipertensos, especialmente os que sofreram AVE, sejam avaliados sistematicamente, iniciando pela investigação clínica, por meio da qual se obtém informações sobre a história da doença, passando pelo estabelecimento de diagnósticos, planejamento e execução de intervenções, até a avaliação do que foi implementado.

O Processo de enfermagem (PE) constitui-se em uma importante ferramenta para colocar em prática o conhecimento da enfermagem, organizando e qualificando o cuidado prestado. Esse método é considerado sistemático, pois sua operacionalização consiste em cinco etapas distintas, porém interdependentes e inter-relacionadas: Histórico, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação (SANTOS et al., 2017).

Destaca-se a etapa diagnóstica do processo de enfermagem, que busca a identificação das principais características definidoras e elaboração de um plano de ações eficaz e individualizado, contribuindo para a prática da enfermagem baseada em evidências (LIMA et al., 2017).

Por esse anglo, faz-se necessário estruturar o modelo atual de saúde, na qual o Sistema Único de Saúde (SUS) considera os princípios da Atenção Primária em Saúde (APS) e coloca a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como pilar das Redes de Atenção à Saúde, e em decorrência disso, os profissionais da equipe de ESF precisam estar capacitados, individual e coletivamente, para conhecer e buscar a resolutividade dos problemas da comunidade, no que pertence à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação dos seus usuários, sendo que, uma delas é a realização das Visitas Domiciliares (DE-CARLI et

al., 2015; BRASIL, 2017; NOGUEIRA et al., 2017).

Nesse contexto, a Visita Domiciliar (VD) caracteriza-se como uma estratégia capaz de proporcionar uma melhora na qualidade de vida e saúde dos usuários, bem como garante os direitos e facilita o acesso a técnicas de diagnóstico e tratamento principalmente aquelas que possuem dificuldade e ou impossibilidade de locomoção até o serviço de saúde. No entanto, é essencial que sejam proporcionadas condições para que os profissionais que assistem os usuários do SUS aproximem-se mais de sua população assistida, com práticas humanísticas nunca esquecendo dos princípios como territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local e promoção à saúde (SILVA et al., 2016).

Destarte, a realização desse estudo é relevante, pois permite conhecer a história e evolução clínica de uma paciente hipertensa, acometida por AVE, bem como traçar um plano de cuidados voltado para as necessidades apresentadas. Assim, objetiva-se relatar a experiência de atendimentos domiciliares a uma paciente sequelada de múltiplos AVE com intuito de aplicar o processo de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência, realizada por residentes em Saúde da Família da Universidade Estadual do Maranhão retratando a vivência destes em visitas domiciliares que ocorreram nos dias 04 de junho e 11 de junho de 2019. Houve a contribuição de outros profissionais de saúde, estudantes e docentes da área.

A pesquisa descritiva está sempre voltada para o presente, visando descobrir e observar os fenômenos existentes e eventos, procurando descrevê-los, classificá-los, compará-los, interpretá-los e avaliá-los, com o objetivo de elucidar as situações, não procurando, portanto, explicar relações ou testar hipóteses provando causa e efeito (MARTINS-JUNIOR, 2017).

O relato de experiência é um tipo de ferramenta do estudo descritivo que retrata uma ação ou um conjunto de ações experienciadas no âmbito acadêmico ou profissional que são de interesse da comunidade científica, bem como, ele permite que seja feita uma reflexão acerca da atividade vivenciada (CAVALCANTE; LIMA, 2012).

A pesquisa foi elaborada a partir da vivência de enfermeiros residentes pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) em Caxias-MA que oportunizou a vivência de saberes e experiências para a aquisição e atualização do conhecimento dos profissionais sobre a aplicação do PE no atendimento domiciliar.

As visitas realizadas pelos residentes foram desenvolvidas durante as atividades da disciplina Sistematização da Assistência de Enfermagem e consistiram em dois momentos. Foram utilizados os seguintes recursos: histórico de enfermagem baseado na teoria das

necessidades humanas básicas de Wanda Horta, coleta de informações no prontuário, anamnese e exame físico da paciente. As informações coletadas foram submetidas ao processo de enfermagem, utilizando para isso a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (GARCIA; BART; COENEN, 2015).

Para o desenvolvimento do estudo, foram considerados os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, não havendo variáveis que possibilitem a identificação da participante, nem qualquer possibilidade de dano de ordem física ou moral.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

A vivência aconteceu no mês de junho de 2019, pelos enfermeiros residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), tendo como campo de prática uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizada no município de Caxias-MA.

Neste espaço o enfoque das atividades está relacionado a uma pessoa sequelada de acidente vascular encefálico. Trata-se de uma paciente idosa, 71 anos, com diagnóstico de hipertensão há cerca de 19 anos e posteriormente vítima de um acidente vascular encefálico o qual deixou-a sequelada. Diante do fato acima descrito, foi realizado uma primeira visita domiciliar no intuito de fazer um diagnóstico da situação utilizando o histórico de enfermagem baseado na teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta, a coleta de informações no prontuário, anamnese e exame físico na paciente e assim traçar um plano de intervenção.

Na primeira visita domiciliar, o esposo relata que há 19 anos ocorreu o primeiro AVE, sem sequelas e no ano seguinte aconteceu um novo episódio (AVE) que cursou com quadro de coma e internação por 30 dias com sequelas permanentes na fala e na capacidade de deambulação. Após 2 anos sucedeu o terceiro episódio de AVE onde ela perdeu totalmente a capacidade de desenvolver atividades de vida diárias e desde então vive acamada e sob cuidados de familiares. Embora não verbalize, apresenta capacidade cognitiva suficiente para interpretação e resposta por meio de gestos e sons. Esposo não sabe informar o histórico familiar da paciente. Não possui alergia medicamentosa.

Cirurgias prévias de laqueadura e de períneo. Não possui histórico pessoal de etilismo e tabagismo.

Na segunda visita foi finalizado o histórico de enfermagem e as informações anteriormente coletadas foram submetidas ao processo de enfermagem, utilizando para isso a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), e então, foram traçados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Disfasia atual, padrão de mobilidade comprometido, capacidade para alimentação comprometida, deglutição e capacidade para realizar o auto

cuidado comprometida. E por meio disto, foram planejadas as ações a serem executadas, incluindo orientar, encaminhar, supervisionar, aplicar, tratar e entre outras ações voltadas para a melhoria do quadro clínico da paciente.

As manifestações clínicas nas pessoas que sofrem de AVE variam e estão relacionadas as topografias da lesão, do tempo de perfusão inadequada e circulação colateral. Existem alterações frequentemente observadas em pacientes com AVE, entre elas: hipotonia seguida de hipertonia, movimentos estereotipados, espasticidade, apraxia, agnosia, afasia, perda dos mecanismos de controle postural, diminuição ou perda da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa, além de alterações comportamentais (LACERDA et al., 2018). Na paciente do estudo, pôde-se observar afasia, perda dos mecanismos de controle postural, apraxia, entre outros.

As sequelas decorrentes do AVE, frequentemente, comprometem a autoestima e autoimagem do indivíduo, bem como sua interação com a família e a sociedade (NUNES; FONTES; LIMA, 2017). A paciente do estudo apresenta uma boa relação familiar, apesar de suas limitações, principalmente na comunicação, que é revertida por meio de estratégias criadas pelos próprios cuidadores, a saber, gesticulações.

Foi observado durante a coleta de dados que a paciente apresenta o padrão respiratório de Cheyne Stokes o que é ratificado por Mafalda, Santos e Carrilho (2014) que cita esse tipo de padrão como um exemplo de alteração na respiração comum em pacientes que sofreram AVE, além de citar também taquipnéia, dispnéia e apnéia os quais estão associadas com as mudanças de fase no fluxo sanguíneo cerebral, pressão do fluído cérebro-espinhal, oxigênio arterial e alveolar.

A intervenção dos profissionais de saúde na condição clínica de pacientes acometidos por AVE é essencial a fim de que haja uma boa reabilitação e estímulo para que reconheçam suas potencialidades para o autocuidado, de modo que recuperem sua independência. Essa ação deve acontecer por meio de escuta qualificada, investigação apropriada e exame físico completo (KIDD et al., 2015). A abordagem realizada com a paciente foi de modo multiprofissional, sistemático e coeso a fim de que ela consiga desenvolver todas as suas potencialidades.

A ampla variedade de déficits neurológicos aumenta a magnitude da problemática imposta pelo AVE. Assim, diante das inúmeras manifestações clínicas decorrentes da doença, a equipe multiprofissional da atenção básica, em especial o enfermeiro, deve se encarregar de planejar e executar um plano de cuidados que contemple todas as demandas apresentadas pelo paciente e contribua com a sua reabilitação. A equipe de enfermagem deve atuar de forma interdisciplinar, quer em nível de promoção da saúde à prevenção da doença, sendo de fundamental importância prestar uma assistência integral ao paciente (NUNES; FONTES; LIMA, 2017).

Dessa forma, o desempenho da prática de enfermagem na AD é uma nova e crescente área de atuação da enfermagem no Brasil, e exige conhecimento relacionado à responsabilidade ética, profissional e suas implicações legais no exercício da enfermagem. Durante os cuidados no domicílio, pelos residentes de enfermagem, foi estabelecido um vínculo com a paciente e família, além da realização do exame físico, observação do ambiente familiar, e capacidade da família em realizar o cuidado da paciente, bem como, as possibilidades de autocuidado por parte da paciente.

Sendo assim, é possível observar que o enfermeiro no atendimento domiciliar possui atribuições administrativas, educativas e assistenciais. Uma vez que, durante a visita domiciliar ele desenvolve ações de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde, fornecimento de subsídios educativos, para que os indivíduos atendidos tenham melhores condições de vida e de saúde. Ademais, é necessário a observação da realidade do paciente em seu domicílio, o contexto domiciliar, estrutura física e material ou de relações pessoais intrafamiliares para que sejam realizadas orientações e intervenções (KLAKONSKI et al., 2015).

CONCLUSÃO

O estudo estimulou o raciocínio crítico e julgamento clínico dos residentes possibilitando um aprofundamento do conhecimento sobre o acidente vascular encefálico e suas consequências, além da correlação da fisiopatologia com o exame físico. Também contribuiu de forma significativa no aprimoramento da aplicação do processo de enfermagem, desde a coleta de dados até a avaliação dos resultados, contribuindo para uma assistência holística a paciente

A vivência relatada com uma paciente idosa que sofreu 3 acidentes vascular encefálicos por meio de visita domiciliar foi enriquecedora e desafiadora, devido ao fato de ser necessária uma abordagem multiprofissional e transdisciplinar intensa e coerente, bem como, uma comunicação e esforços efetivos por parte dos profissionais e a família, afim da melhora do quadro da paciente. Sendo assim, as intervenções de enfermagem são necessárias para a promoção da saúde e a prevenção de complicações.

Observa-se também a importância da prática na prestação do atendimento domiciliário. Visto que, a equipe de Enfermagem tem um papel primordial para a promoção e prevenção da saúde do paciente, o que possibilitou o aprimoramento da equipe de enfermagem para a estruturação de um atendimento qualificado e humanizado. Ainda sob essa prerrogativa, essa experiência permitiu integrar a teoria e metodologia trabalhadas ao longo da graduação com a prática realizada diariamente durante a residência na Atenção Básica, através do cuidado domiciliar, favorecendo a troca de saberes e experiências com outros profissionais, além de

oportunizar a busca por novos conhecimentos contribuindo como espaço de aprendizagem e formação profissional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. 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). Diário oficial da União, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 17 set. 2019.

CAVALCANTE, B.L.L; LIMA, U.T.S. Report of an experience of a nursing student in a clinic specialized in treatment of wounds. J Nurs Health [Internet]. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3447/2832>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

DE-CARLI, A. D. et al. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. Saúde em Debate, v. 39, p. 441-450, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000200441&script=sci_abstract>. Acesso em: 17 set. 2019.

GARCIA, T.R.; BARTZ, C. C.; COENEN, A. M. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. Porto Alegre: Editora Artmed, 2015.

KLAKONSKI, E. A. et al., Atuação do enfermeiro no atendimento domiciliar ao paciente idoso: revisão integrativa da literatura. Saúde e Pesquisa. v. 8, Edição Especial, p. 161-171, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3797/2522>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

KIDD, L. et al. Development and evaluation of a nurse-led, tailored stroke self- management intervention, BMC Health Services Research, 2015. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomed-central.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-1021-y>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

LACERDA, I. D. et al. AVE isquêmico em paciente jovem sem fatores de risco: relato de caso. Revista de Medicina, v. 97, n. 3, p. 361-367, 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/140612/141914>>. Acesso em 05 jun 2020.

LIMA, A.C.M.A.C.C. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, v.70, n.2, 433-42, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0785.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2019.

MAFALDA, L.; SANTOS, P. H.; CARRILHO, L.O. Perfil respiratório de pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico. Revista Saúde Integrada, v. 7, n. 13-14,p. 153-172, 2014. Disponível em: < <https://core.ac.uk/download/pdf/229765780.pdf>>. Acesso em 05 jun 2020.

MARTINS-JUNIOR, J. Como escrever trabalhos de conclusão de curso: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos. Editora Vozes Limitada, 2017.

NOGUEIRA, A. P. F. et al. A importância do uso do genograma para compreensão da dinâmica familiar. Rev. enferm. UFPE on line, v. 11, n. 12, p. 5110-5115, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23522/25356>>. Acesso em: 17 set. 2019.

NUNES, D.L.S.; FONTES, W.S.; LIMA, M.A. Cuidado de Enfermagem ao Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v.21, n.1, p. 87-96, 2017.

Disponível em:<<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883066/cuidado-de-enfermagem.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

NUNES, H.J.M.; QUEIRÓS, P.J.P. Doente com acidente vascular cerebral: planeamento de alta, funcionalidade e qualidade de vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.70, n.2, p.415-423, 2017. Disponível em :<https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0415.pdf>. Acesso em 05 jun. 2020.

SANTOS, M.G. et al. Etapas do processo de Enfermagem: uma revisão narrativa. *Revista Enfermagem em foco*, v.8, n.4, 49-53, 2017. Disponível em:<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/1032/416>>. >. Acesso em 05 jun. 2020.

SILVA, L. A. A. et al. Gestão da atenção à saúde de usuários com doenças crônicas e degenerativas. *Saúde (Santa Maria)*, v. 42, n. 1, p. 67-74, 2016. Disponível em:<<https://periodicos.ufsm.br/index.php/revistasaude/article/view/19558>>. Acesso em: 27 set 2019.

“

Sistematização da assistência de enfermagem aplicada a paciente com cirrose hepática após realização de paracentese: relato de experiência

Dinah Alencar Melo **Araujo**
UFPI

Ticianne da Cunha **Soares**
UFPI

Matheus Henrique da Silva **Lemos**
UFPI

Daniel de Souza **Lira**
UFPI

Monaliza Sousa dos **Anjos**
UFPI

Tálison Vieira da **Silva**
FAPI

Maria de Fátima Sousa Barros **Vilarinho**
UFPI

Tamires da Cunha **Soares**
UFPI

RESUMO

O presente estudo visa relatar a experiência da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a um paciente hospitalizado com cirrose hepática. Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, construído com base na prática vivenciada por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí durante o estágio curricular obrigatório II realizado em um hospital público localizado na região central do Piauí. O estudo transcorreu no período de agosto a novembro de 2019. É referente a um paciente etilista, a pelo menos 30 anos, com diagnóstico de cirrose hepática descompensada, apresentado ascite, dispneia e dor na região do hipocôndrio direito. Durante sua internação realizou-se a aplicação de todas as etapas do Processo de Enfermagem, possibilitando a melhoria do quadro clínico do paciente, bem como a aplicação de ações pertinentes que inviabilizasse o desenvolvimento de agravos futuros e que impulsionaram a mudanças de hábitos no intuito de alcançar uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Cirrose hepática; Pacientes internados; Processo de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.

INTRODUÇÃO

A cirrose é identificada como um processo hepático difuso responsável pelo desenvolvimento de fibrose e formação nodular, representando o estágio final das doenças hepáticas progressivas crônicas, podendo evoluir até a disfunção do fígado. Trata-se de uma doença que traz grandes repercussões na saúde pública, uma vez que sua única solução é o transplante hepático (PINTO et al., 2015; MANUELA et al., 2018).

Fisiopatologicamente, ocorre a cronificação de um processo inflamatório pré-existente, ocorrendo substituição das células hepáticas normais por nódulos parenquimatosos provenientes de novas células hepáticas geradas a partir de células-tronco, e de hepatócitos sobreviventes. Os hepatócitos regenerativos formam nódulos esféricos delimitados por septos fibrosos, modificando a arquitetura normal do órgão. Dessa forma, ocorre deposição excessiva de matriz extracelular em quase todo o órgão e, consequentemente, fibrose difusa como processo cicatricial (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2013).

A cirrose hepática possui dois estágios clínicos: cirrose compensada ou cirrose descompensada. Na fase compensada, o fígado ainda mantém suas funções e a pressão portal deve ser normal ou abaixo no nível necessário para o desenvolvimento de complicações (SILVEIRA; ISER; BIANCHINI, 2016).

Com a progressão da doença, a pressão portal aumenta e a função hepática diminui, ocorrendo a descompensação da doença, caracterizada pelo desenvolvimento de ascite, varizes esofágicas, encefalopatia hepática e icterícia (MUIR, 2015). O risco de morte na cirrose compensada é 4,7 vezes maior que na população geral e, na cirrose descompensada é 9,7 vezes maior (GE; RUNYON, 2016).

Dentre as diversas etiologias de cirrose, destacam-se o alcoolismo, as hepatites virais, as causas biliares e as autoimunes, além de medicamentosa e criptogênica (OLIVEIRA; LIMA; MARTINS, 2012). A cura específica ainda é inexistente, dessa forma o tratamento consiste apenas na redução da evolução da doença e de danos, neste contexto, os enfermeiros têm um papel significativo na equipe multidisciplinar prestando uma atenção integral e contínua ao paciente. (GIMENES et al., 2017).

Para prestar uma assistência satisfatória e entender as necessidades holísticas dos pacientes, o enfermeiro deve guiar suas ações por meio de princípios e métodos. Para isso, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) N° 358/2009 regulamenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) padronizando a assistência por meio de um processo metodológico constituído de cinco etapas: histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), Diagnóstico de Enfermagem (DE); Planejamento de Enfermagem; Implementação (intervenções) e Avaliação de Enfermagem (resultados esperados).

Deste modo, o presente estudo visa relatar a experiência da aplicação da Sistematiza-

ção da Assistência de Enfermagem (SAE) a um paciente hospitalizado com cirrose hepática.

MÉTODO

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, construído com base na prática vivenciada por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí durante o estágio curricular obrigatório II realizado em um hospital público localizado na região central do Piauí.

O estudo transcorreu no período de agosto a novembro de 2019. É referente a um paciente etilista, a pelo menos 30 anos, com diagnóstico de cirrose hepática descompensada, apresentado ascite, dispneia e dor na região do hipocôndrio direito. Durante sua internação realizou-se a aplicação de todas as etapas do Processo de Enfermagem, iniciando a coleta dos dados na primeira visita.

Como auxílio para a realização da primeira etapa do PE utilizou-se o instrumento da SAE padronizado pelo hospital, bem como o instrumento de coleta de dados elaborado pelo Grupo de Estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo (UNIFESP/EPM) (ANEXO A), o qual foi retirado do livro *Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de Enfermagem no adulto* da autora Alba Lúcia Bottura Leite de Barros.

As informações coletadas e sua interpretação possibilitou a identificação dos DE com a utilização do *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA – I). Em seguida, os estagiários se reuniram para planejar ações de cuidados do paciente e assim propor as intervenções de enfermagem aplicadas de acordo com a *Nursing Interventions Classifications* (NIC), e por fim realizou-se a última etapa do PE utilizando-se o *Nursing Outcomes Classifications* (NOC), para verificar se as ações aplicadas alcançaram o resultado esperado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados e o exame físico proporcionaram a identificação de problemas, os quais subsidiaram os diagnósticos de enfermagem e as intervenções a serem aplicadas a fim de obter resultados satisfatórios.

Histórico de Enfermagem

23/09/2019 09:00 min, R.M.S., 68 anos, parda, solteira, residente na zona rural, aposentada, ensino fundamental incompleto, etilista há cerca de 30 anos e hipertensa. Foi admitida em clínica médica do referido hospital após passar por avaliação. História de distensão abdominal de longa data, relatando aumento intenso nos últimos três meses acompanhado

de dispneia, bem como dor na região do hipocôndrio direito. No momento da admissão a paciente encontrava-se consciente, orientada, com dispneia leve, respirando ar ambiente, hipocorada, afebril, acianótica, icterícia 1+/4. Abdome distendido, globoso e piparote positivo. Edema em MMII (2+/4). Sono e repouso insatisfatório. SSVV: PA – 130/90; FC: 68 bpm; FR: 18 rpm; TAX: 36,9 °C. Foram solicitados Hemograma completo, Albumina, TGO/TGP, Potássio, Sódio e HBsAG. Diagnóstico médico de cirrose hepática com ascite volumosa. Solicitação de realização de paracentese em centro cirúrgico.

Diagnósticos de Enfermagem

Os diagnósticos elencados abaixo (tabela 1) foram delineados de acordo com os principais problemas relatados pela paciente e inferidos pelos acadêmicos após coleta e análise do histórico de enfermagem.

Tabela 1. Diagnóstica de Enfermagem de acordo com NANDA

Nº 1	Risco de função hepática prejudicada relacionada ao abuso de substâncias.
Nº 2	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, evidenciado pelo interesse insuficiente pelos alimentos.
Nº 3	Risco de volume de líquidos desequilibrado evidenciado pela ascite.
Nº 4	Distúrbio no padrão de sono definido pela dificuldade de iniciar e manter o sono.
Nº 5	Padrão respiratório ineficaz evidenciado pela dispneia.
Nº 6	Perfusão tissular periférica ineficaz evidenciada por edema.
Nº 7	Risco de infecção associada à estase de líquidos orgânicos.
Nº 8	Dor crônica evidenciada pelo autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor, pela expressão facial de dor e alteração no padrão de sono.

Intervenções de Enfermagem

Com base nos diagnósticos traçados, delinearam-se intervenções (Tabela 2) a serem aplicadas visando alcançar resultados positivos, como a melhoria do quadro clínico da paciente e melhoria da qualidade de vida.

Tabela 2. Intervenções de Enfermagem aplicadas para cada diagnóstico elencado

Nº do diagnóstico	Intervenções
Nº 1	• Identificação de risco
	• Tratamento do Uso de Substância: Abstinência de Álcool
Nº 2	• Controle da nutrição
	• Monitoração nutricional
	• Terapia nutricional
Nº 3	• Monitoração hídrica
	• Controle hídrico
Nº 4	• Controle da dor
	• Controle do ambiente.

Nº 5	•Monitoração respiratória
	• Monitoração dos sinais vitais
	• Melhora do sono.
Nº 6	•Promoção do exercício
	• Controle hidroeletrólítico
	• Monitoração hídrica.
Nº 7	• Controle de Infecção
	• Identificação de Risco
	• Cuidados com Lesões
Nº 8	•Controle da dor

RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Após aplicação das intervenções, obtiveram-se resultados significativos. A tabela 3 descreve os resultados de Enfermagem alcançados, bem como seus indicadores analisados, após aplicação do plano assistencial traçado para a paciente.

Tabela 3. Resultados esperados após aplicação das intervenções

Nº do diagnóstico	Resultados	Indicadores
Nº 1	Comportamento de Suspensão do Abuso de Álcool (1629)	Expressa desejo de parar de usar álcool (162901) Identifica benefícios da eliminação do uso de álcool (162903) Identifica consequências negativas do uso de álcool (162904)
Nº 2	Apetite (1014)	Desejo de comer (101401) Satisfação com a comida (101403) Ingestão de alimentos (101406)
Nº 3	Equilíbrio Hídrico (0601)	Equilíbrio entre ingestão e eliminação em 24 horas (060107) Ascite (060110)
Nº 4	Sono (0004)	Horas de sono (000401) Ato de dormir durante a noite inteira, de forma consistente (000418)
Nº 5	Sinais vitais (0802)	Frequência respiratória (080204) Ritmo respiratório (080210)
Nº 6	Perfusão Tissular: periférico (0407)	Edema periférico (040712) Dormência (040741) Formigamento (040742)
Nº 7	Controle de Riscos (1902)	Monitorização dos fatores de risco (190202) Modificação do estilo de vida para reduzir riscos (190208) Identifica os fatores de risco (190220)
Nº 8	Controle da dor (1605)	Relato de dor controlada (160511)

O risco de função hepática prejudicada consiste na suscetibilidade à diminuição na função hepática possuindo como fator de risco o abuso de substâncias (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL, 2018). Estudo transversal descreveu o alcoolismo como a principal etiologia da cirrose hepática, mostrando que essa

variável é um problema de saúde pública em nosso país, gerando gastos que poderiam ser evitados se ocorresse a mudança nos hábitos de vida dos pacientes (COSTA et al., 2016). Além disso, o seu consumo está relacionado ao maior impacto na mortalidade pela doença hepática que à morbidade (REHM et al., 2010).

O Risco de volume de líquidos desequilibrado foi evidenciado pelo acúmulo de líquido livre na cavidade peritoneal (ascite) e representa uma manifestação clínica comum na cirrose hepática. Para esse tipo de situação causal justifica-se a indicação de paracentese tanto para alívio do desconforto respiratório, quanto para efeitos diagnósticos, visto que pacientes com cirrose, particularmente aqueles com doença descompensada, correm o risco de desenvolver infecções bacterianas graves (BICCA et al., 2014; JALAN et al., 2014; PIANO et al., 2017).

O diagnóstico de Risco de infecção é definido como a suscetibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos os quais podem comprometer a saúde. Um dos fatores de risco para a sua ocorrência é a estase de líquidos orgânicos que pode estar associada a procedimentos invasivos como a paracentese (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL, 2018).

A ocorrência da ascite na cirrose hepática acaba provocando complicações secundárias a sua presença como, por exemplo, a desnutrição. A literatura aponta que pacientes cirróticos têm o peso afetado pelas flutuações da ascite e edemas, bem como pelos ajustes de dose dos diuréticos, devido a isso ocorre a baixa sensibilidade do IMC para o diagnóstico nutricional (LANDA-GALVÁN et al., 2012). Além disso, a desnutrição pode ser provocada pela diminuição da capacidade gástrica, devido o aumento da pressão intra-abdominal.

Um estudo transversal realizado em um hospital de nível terciário e centro de referência em alta complexidade do país objetivando caracterizar o estado nutricional dos pacientes com cirrose hepática hospitalizados obteve alta taxa de desnutrição, sendo ela moderada ou grave, confirmando assim a elevada prevalência de desnutrição em pacientes cirróticos hospitalizados (GREGORINI; STANICH; FREITAS, 2016).

A ascite também pode provocar impacto respiratório levando a um padrão respiratório ineficaz. Estudo transversal realizado com pacientes com cirrose hepática do setor de gastroenterologia de um Hospital Universitário objetivando avaliar e quantificar o impacto da redução aguda do volume ascítico nos parâmetros respiratórios, sintomas de fadiga e dispnéia chegou à conclusão de que a ascite provoca um impacto respiratório e sintomatológico negativo nesses pacientes e que a drenagem da ascite melhora os volumes pulmonares e a expansão torácica, além de reduzir sintomas como fadiga e dispnéia (WITTMER et al., 2020).

Relativo à perfusão tissular periférica ineficaz consiste na Redução da circulação sanguínea para a periferia e é evidenciada no paciente pela presença de edema nos membros inferiores. Quando ao distúrbio no padrão de sono está intimamente relacionado à dor crônica

presente no paciente.

CONCLUSÃO

A aplicação da Sistematização da Assistência em Enfermagem consistiu numa ferramenta fundamental para a melhoria do quadro clínico do paciente, bem como possibilitou a aplicação de ações pertinentes que inviabilizasse o desenvolvimento de agravos futuros e que impulsionaram a mudanças de hábitos no intuito de alcançar uma melhor qualidade de vida.

A experiência proporcionou aos estagiários o trabalho em equipe, permitindo uma melhor organização da assistência prestada, além da superação de obstáculos como o desinteresse do paciente em contribuir com a sistemática e a falta de materiais disponíveis na instituição de saúde.

Espera-se que este trabalho contribua para a produção de novos estudos envolvendo a aplicação da SAE, saindo do entorno puramente reflexivo, teórico e, adentrando profundamente no universo prático com o intuito de direcionar as ações de enfermagem.

REFERÊNCIAS

PINTO, R. B.; SCHNEIDER, A. C.; SILVEIRA, T. R. Cirrhosis in children and adolescents: an overview. *World J Hepatol*, v. 7, n. 3, p. 392-405, 2015.

LIMA, M. M.; VERAS, R. S. C.; GONÇALVES, P. D.; OLIVEIRA, H. A.; SALGADO, P. H. C.; TORRES, A. L. M. Perfil clínico-epidemiológico das doenças hepáticas crônicas no ambulatório de gastroenterologia do UNIFESO. *Revista Caderno de Medicina*, v. 1, n. 1, 2018.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; ASTER, J. C. *Robbins Patologia Básica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, 604 p.

SILVEIRA, L. R.; ISER, B. P. M.; BIANCHINI, F. Fatores prognósticos de pacientes internados por cirrose hepática no Sul do Brasil. *GED gastroenterol. endosc. dig.*, v. 35, n. 2, p. 41-51, 2016.

MUIR, A. J. Understanding the Complexities of Cirrhosis. *Clin Ther.*, v. 37, n. 8, p. 1822- 1236, 2015.

GE, P. S.; RUNYON, B. A. Tratamento de pacientes com cirrose. *N Engl J Med.*, v. 375, n. 8, p. 767-777, 2016.

OLIVEIRA, L. C. M.; LIMA, P. S.; MARTINS, B. R. Frequência das Causas de Hemorragia Digestiva Alta em Pacientes com Cirrose Hepática Atendidos em um Hospital Universitário. *GED Gastroenterol Endosc Dig.*, v.31, n.1, p. 19-24, 2012.

GIMENES, F. R. E.; MOTTA, A. P. G.; SILVA, P. C. S.; GOBBO, A. F. F.; ATILA, E.; CARVALHO, E. C. Identificação de intervenções de enfermagem associadas à acurácia dos diagnósticos de enfermagem para pacientes com cirrose hepática. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 25, p. e2933, 2017.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições

de Saúde Brasileiras [legislação na internet]. Rio de Janeiro; 2009. Disponível em: < http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resolucao-cofen-n-3582009_4309.html>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BARROS, A.L.B.L. Anamnese e Exame físico - avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3º Ed. São Paulo: ARTMED, 2015.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL

(NANDA-I). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2018-2020. Porto alegre. 11ªEd. Artmed, 2018.

DOCHTERMAN, G.M. et al. Classificação das intervenções de enfermagem - NIC. 6 Ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

MCCLOSKEY, J.; BUTCHER, H. K.; BULECCHECK, G. M. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

COSTA, J. K. L.; ASSIS, S. L. M.; BRILHANTE, V.; GUIMARÃES, A. P. R. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de cirrose hepática atendidos no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), em Belém - PA. GED gastroenterol. endosc. dig., v. 35, n. 1, p. 1-8, 2016.

REHM, J.; TAYLOR, B.; MOHAPATRA, S.; IRVING, H.; BALIUNAS, D.; PATRA, J.; ROERECKE, M. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: A systematic review and meta-analysis: Alcohol and liver cirrhosis. Drug Alcohol Rev, v. 29, n. 4, p. 437-445, 2010.

THIELE, G. B.; SILVA, O. M.; FAYAD, L.; LAZZAROTTO, C.; FERREIRA, M. A.; MARCONCINI, M. L.; DANTAS-CORRÊA, E. B.; SCHIAVON, L. L.; NARCISO-SCHIAVON, J. L. Clinical and laboratory features of spontaneous bacterial peritonitis in southern Brazil. Sao Paulo Medical Journal, v. 132, n. 4, p. 205- 210, 2014.

JALAN, R.; FERNANDEZ, J.; WIEST, R.; SCHNABL, B.; MOREAU, R.; ANGELI, P.; STADLBAUER, V. et al. Bacterial infections in cirrhosis: a position statement based on EASL special conference. J Hepatol., v. 60, n. 6, p. 1310-24, 2014.

PIANO, S.; TONON, M.; ANGELI, P. Management of ascites and hepatorenal syndrome. Hepatology International, v. 12, ,p. 122–134, 2017. Suppl 1.

LANDA-GALVÁN, H. V.; MILKE-GARCÍA, M. P.; LEÓN-OVIEDO, C.; GUTIÉRREZ-REYES, G.; TIJERA, F. H. L. PÉREZ-HERNÁNDEZ, J. L.; SERRALDE-ZÚÑIGA, A. E. Nutritional assessment of alcoholic liver cirrhotic patients treated in the liver Clinic of the Mexico's General Hospital. Nutr Hosp., v. 27, n. 6, p. 2006-2014, 2012.

GREGORINI, F. R.; STANICH, P.; FREITAS, M. M. T. Avaliação do estado nutricional em pacientes hospitalizados com cirrose hepática. Braspen J, v. 31, n. 4, p. 299-304, 2016.

WITTMER, V. L.; LIMA, R. T.; MAIA, M. C.; DUARTE, H.; PARO, F. M. Impacto respiratório e sintomatológico do alívio da ascite através da paracentese em pacientes com cirrose hepática. Arq. Gastroenterol., v.57, n.1, p.64-68, 2020.

“

Situação vacinal antipneumocócica em pacientes com diabetes atendidos em hospital de referência no Distrito Federal – Brasil

Fernanda Silveira **Tavares**
UCB

Lara Benigno Porto **Dantas**
HRT

Lucy de Oliveira **Gomes**
UCB

Thais Cabral Gomes **Lauand**
HRT

Raíssa Pereira **Fernandes**
HRT

Hermelinda Cordeiro **Pedrosa**
HRT

Flaviene Alves do Prado **Romani**
HRT

Gislane Ferreira de **Melo**
UCB

RESUMO

Objetivos: Este trabalho propôs avaliar a situação vacinal antipneumocócica de pacientes com diabetes atendidos em unidade de referência no Distrito Federal, o nível de conhecimento dos médicos sobre o assunto e o impacto da orientação no índice de adesão à vacinação. **Métodos:** Estudo observacional, descritivo, transversal, retrospectivo. Levantamento de dados por prontuário de pacientes com DM internados com pneumonia ou acompanhados no ambulatório. Aplicação de questionário para avaliar conhecimento médico sobre vacinação em pessoas com DM. **Resultados e conclusão:** Apenas 12,1% dos pacientes com DM e pneumonia informaram vacinação antipneumocócica, 69,7% negaram e 18,2% não sabiam da sua existência, com desconhecimento significativo dos médicos sobre o assunto. Em nível ambulatorial, observou-se um aumento de vacinados de 3% para 21%, e de orientações de 10,3% para 68,9% em 12 meses de acompanhamento. **Conclusão:** Medidas de conscientização aumentaram o índice vacinal consideravelmente.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus*; Pneumonia; *Streptococcus pneumoniae*; Vacina antipneumocócica, Doença Invasiva Pneumocócica.

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) está associado a um maior risco de vários tipos de infecções (MARQUES SC, 2016). E isso se deve a vários fatores, como comprometimento do sistema imune humoral e celular, redução na produção de interleucinas e presença de outras comorbidades associadas (GORSKA CM, et al., 2015 e SAIBAL MAA, et al., 2012).

O incremento de risco (IR) para todos os tipos de infecção é de 1,21 em pessoas com diabetes, sendo mais comuns as infecções urinárias (IR 1,39), infecções respiratórias (IR 1,46) e celulites (IR 1,81) (CASQUEIRO J, et al., 2012). Tratando-se especificamente das infecções respiratórias, onde a pneumonia se faz incluída, além dos fatores já mencionados, pessoas com diabetes têm maior predisposição à colonização nasofaríngea pelo *Streptococcus pneumoniae* de até 600 vezes mais, fato associado com maior chance de infecção invasiva (SOTIROPOULOS A, et al., 2005).

Outro ponto importante, é a frequência maior de complicações pulmonares e extrapulmonares neste grupo, perfil antimicrobiano resistente e apresentações clínicas atípicas, levando a um aumento do tempo de internação e de impacto na mortalidade (SAIBAL MAA, et al., 2012).

O *S. pneumoniae* é a principal causa de pneumonia em todo o mundo, estimando-se que seja responsável por cerca de 30 a 50% dos casos de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) com necessidade de hospitalização (MARQUES SC, 2016). É também um dos principais responsáveis pelo aumento da morbidade e mortalidade da população acima dos 65 anos e causa de uma ampla variedade de doenças invasivas, como pneumonia bacteriana, septicemia e meningite (ALVAREZ CE, et al., 2017 e HUIJTS SM, et al., 2017).

Apesar das mais de 90 variantes do patógeno conhecidas atualmente, uma minoria dessas cepas é responsável por quase a totalidade de manifestações prejudiciais à saúde dos idosos. Os sorotipos mais frequentemente associados à doença invasiva nos Estados Unidos são 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F e 23F. No Brasil, além desses, são importantes os sorotipos 1 e 5 (HUIJTS SM, et al., 2017 e BRASIL., 2014).

Quando associado à idade igual ou superior a 65 anos, doença crônica cardiovascular, pulmonar ou renal o risco para infecção por *Streptococcus pneumoniae* é significativamente maior (CAFIERO FET, et al., 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Doença Invasiva Pneumocócica (DIP) é a principal causa de morte prevenível pela vacinação. As vacinas antipneumocócicas e, em particular as vacinas de tecnologia conjugada, representaram um avanço muito relevante na prevenção da DIP. Portanto, no âmbito da infecção pneumocócica em pessoas com doenças crônicas como DM, a vacinação pneumocócica pode mostrar-se como uma importante medida de prevenção que, associada a medidas higiênicas, são as mais

efetivas para prevenir doenças infecciosas (KLESCHEN MZ, et al., 2000).

No Brasil, desde o ano de 1999 a vacina antipneumocócica foi indicada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) para idosos institucionalizados e com doenças crônicas, incluindo o DM (MONTEIRO CN, et al., 2018). Atualmente o Ministério da Saúde (MS) indica a vacina Pneumocócica 23-valente para grupos- alvo específicos, incluindo pacientes com diabetes (BRASIL, 2019). Nos Estados Unidos e também endossada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, a vacina antipneumocócica polissacarídica é recomendada para todos os adultos com 65 anos de idade ou mais e para adultos jovens com doenças crônicas, como o DM (JACKSON LA, 2009), com um reforço após 5 anos, se doença renal ou síndrome nefrítica (OLIVEIRA JEP, et al., 2017).

Atualmente, no Brasil, dispomos nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIES) de duas vacinas pneumocócicas oferecidas de forma gratuita à população com as indicações específicas, a 23-valente (polissacarídica – Pn23) e a 10-valente (conjugada – Pnc10). Os 23 tipos capsulares de pneumococos incluídos na vacina são: 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F e 33F (MONTEIRO CN, et al., 2015). No Distrito Federal estão funcionando quatro unidades de CRIES, Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB-/HRAS), Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Hospital Regional de Taguatinga (HRT) e Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) (MONTEIRO CN, et al., 2015).

Não existem relatos, na literatura, de pontos de corte glicêmicos que contraindiquem as vacinas. Estudos com vacinação antipneumocócica, em pacientes de alto risco têm eficácia em torno de 57%, com média em pacientes com diabetes variando de 65 a 84% (OLIVEIRA JEP, et al., 2017). O trabalho de Huijit e colaboradores (2017) demonstrou uma elevada eficácia da vacina PVC13 de 89,5% nos pacientes diabéticos quando comparada com 24,7% nos pacientes não diabéticos. Esta eficácia elevada da vacina foi estatisticamente significativa apenas na população diabética, não sendo observada em nenhuma outra comorbidade analisada (HUIJTS SM, et al. 2017).

Entretanto, embora a necessidade de imunização contra influenza e pneumococo em pacientes com diabetes seja amplamente aceita, as taxas de vacinação são insatisfatórias (VILLARROEL MA e VAHRATIAN A, 2012). Com base nessas evidências e recomendações, os responsáveis pela assistência em saúde devem orientar que os pacientes com diabetes, de todas as idades, sejam vacinados contra a pneumonia para prevenção.

Este trabalho tem como objetivo avaliar a situação vacinal antipneumocócica das pessoas com diabetes internadas com PAC e das acompanhadas no ambulatório especializado de Endocrinologia do Hospital Regional de Taguatinga (UENDO-HRT), referência em tratamento para diabetes, além de avaliar o conhecimento dos profissionais médicos, especialistas

e generalistas, em relação à vacinação em diabéticos e o impacto da orientação médica na situação vacinal, criando estratégias de prevenção e conscientização da população e profissionais de saúde sobre a importância da vacinação antipneumocócica neste grupo de pacientes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, do tipo transversal, retrospectivo. Após a submissão e autorização pelo comitê de ética em pesquisa (projeto aprovado sob o CAAE: 94336918.2.0000.5553), o levantamento de dados foi realizado através de pesquisa em prontuário eletrônico (*Trak Care®*) ou, eventualmente, na falta de dados neste, por contato telefônico para averiguação do status vacinal antipneumocócico.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram pacientes com DM internados no Hospital Regional de Taguatinga (HRT) no período de maio a novembro de 2018, com pneumonia da comunidade, atual ou pregressa e pacientes com diabetes acompanhados na UENDO-HRT.

Foram excluídos do estudo, os com suspeita de pneumonia nosocomial (hospitalar ou paciente procedente de instituições de longa permanência), com outras causas de imunodeficiência ou cujas informações necessárias não puderam ser adquiridas via prontuário eletrônico ou contato telefônico.

Concomitante a análise dos pacientes, foi aplicado um questionário para avaliar o conhecimento dos profissionais médicos, clínicos gerais e especialistas, em relação à vacinação antipneumocócica nos pacientes com DM, em uma única entrevista, além de conscientização e esclarecimento de dúvidas em relação ao tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em uma primeira análise, 1018 prontuários de pacientes internados foram avaliados, dos quais 105 apresentaram pneumonia e DM. Foram excluídos 39 pacientes, por apresentarem diagnóstico de pneumonia nosocomial ou outras comorbidades causadoras de imunossupressão, como HIV/AIDS e Doença Renal Crônica (DRC) em estágio terminal. A amostra final foi de 66 pacientes, com idade entre 37 e 97 anos (média 64,15 com DP 13,083), sendo 62,1% do sexo feminino.

Destes pacientes apenas 12,1% (n 8) informaram já terem recebido a vacinação antipneumocócica, enquanto os demais ou informaram nunca terem realizado (69,7%) ou não sabiam fornecer esta informação (18,2%) (Tabela 1).

Tabela 1. Pacientes com diabetes internados por pneumonia no HRT em 2018. n= 66

Pacientes (n 66)	Vacinados (n 8)	Não vacinados (n 46)	Não sabem (n 12)
Sexo			(p 0,49)
Feminino (n 41)	4 (9,8%)	28 (68%)	9 (22%)
Masculino (n 25)	4 (16%)	18 (72%)	3 (12%)

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Estes dados se concordam com os disponíveis na literatura, reforçando que, apesar de a necessidade de vacinação antipneumocócica ser indicada pelas principais sociedades de especialistas, mantém-se uma baixa cobertura vacinal. Nos Estados Unidos, a taxa de vacinação variou entre 2 e 26% dos pacientes com DM, sendo mais expressiva nos pacientes mais idosos e naqueles com nível socioeconômico mais elevado (JACKSON LA, et al., 2009 e VILLARROEL MA, VAHRATIAN A, 2012), enquanto no estado de São Paulo, em 2003, 17,0% (IC95% 11,1;27,6) dos pacientes com DM referida foram vacinados contra pneumonia (KUO CS, et al, 2016 e MONTEIRO CN, et al, 2018), e em 2008, 13,2% (IC95% 9,4;18,3), com aumento em 2015 para 26,1% (IC95% 20,1;33,0). Os idosos (>60 anos) se vacinaram mais do que os adultos (20 a 59 anos), tanto contra gripe como contra pneumonia, nos três anos pesquisados (MONTEIRO CN, et al, 2018).

A proporção da população que se vacinou contra a gripe foi muito maior do que à proporção que recebeu vacina contra pneumonia. A explicação para esse achado pode se encontrar nas intensas campanhas sazonais de vacinação, no caso da gripe, enquanto a vacina pneumocócica é oferecida apenas na rotina dos serviços de saúde (MONTEIRO CN, et al, 2018).

Um estudo canadense avaliou, em pacientes internados, a causa de PAC e, naqueles com DM, *S. pneumoniae* foi responsável em 21%, evidenciando uma causa totalmente prevenível da doença, já que a maioria das cepas encontradas são as que fazem parte da vacina antipneumocócica (LEBLANC JJ, et al., 2017).

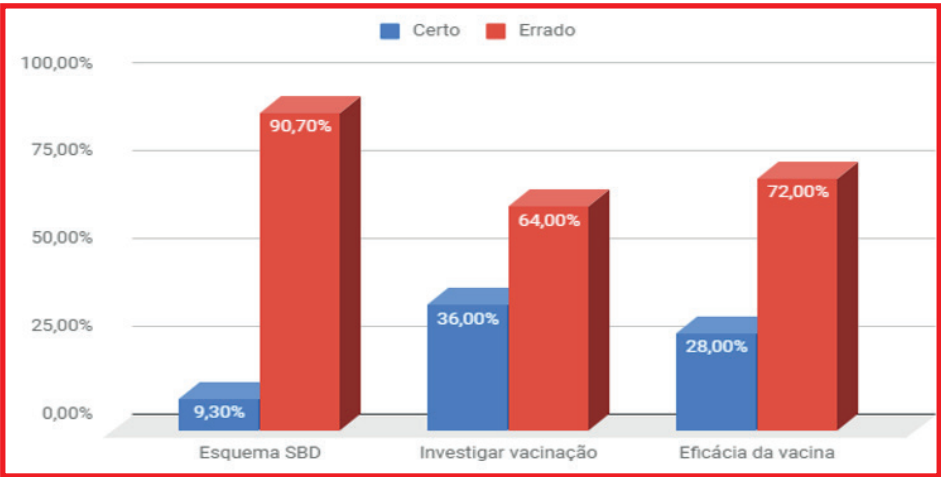
Outra análise realizada neste estudo foi a avaliação do conhecimento dos profissionais médicos, em relação a vacinação antipneumocócicas em pacientes com DM. Para tal, foi realizado um questionário com 4 questões com 75 médicos especialistas e generalistas, com idade entre 24 e 58, com média de 32 (DP 7,8), sendo em sua maioria do gênero feminino (57,3%).

Quando questionados se os profissionais sabiam qual o esquema de vacinação antipneumocócica proposto pela SBD para pacientes diabéticos, a grande maioria (90,7%) dos entrevistados não soube responder corretamente. Não houve diferença significativa entre os sexos nesta questão e em relação à especialidade dos profissionais a que teve maior sucesso foi entre os endocrinologistas, dos quais 50% (N 5) acertaram.

A segunda pergunta foi para averiguar se os médicos têm como rotina durante as consultas questionar sobre vacinação e conferir se o cartão de vacina do paciente está adequadamente completo. Foi observado que a maioria dos profissionais (64%) não questionam seus pacientes em relação à vacinação, não havendo diferença significativa entre o gênero dos profissionais, 37,2% (N 16) mulheres e 34,4% (N 11) homens. Entre as especialidades, as que mais costumam questionar sobre a vacinação estão os pediatras (80%) e os endocrinologistas (80%), nas outras especialidades menos de 50% dos profissionais têm essa rotina durante a consulta.

O terceiro ponto abordado foi se os profissionais saberiam qual a eficácia da vacinação antipneumocócica nos pacientes diabéticos e, conseqüentemente, a importância desta atitude para os pacientes em questão. Nesta análise, 28% (N 21) dos médicos responderam corretamente a esta questão não tendo novamente diferença significativa entre os gêneros e entre as especialidades, demonstrando que a informação em relação a alta eficácia desta vacina no grupo estudado não é difundida de forma adequada (Figura 1) (Tabela 2).

Figura 1. Questionário de conhecimento vacinal entre profissionais médicos.



Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Tabela 2. Questionário de conhecimento vacinal dividido por especialidade médica. n = 75

Médicos	Esquema SBD	Investigam Vacinação	Eficácia Vacina
Endocrinologia (N 10)	5 (50%)	8 (80%)	5 (50%)
Clínica Médica (N 29)	1 (3,4%)	7 (24%)	7 (24%)
Demais especialidades (N 46)	1 (2,1%)	12 (26%)	9 (19%)
Total (N 75)	7 (9,3%)	27 (36%)	21 (28%)

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Após estas questões foi interrogado se os profissionais teriam interesse em receber informações mais aprofundadas sobre o tema, tendo a grande maioria (92%) demonstrado

interesse sugerindo que a criação de estratégias de conscientização da população e profissionais de saúde sobre a importância da vacinação antipeumocócica em pacientes com DM poderia melhorar os baixos índices de cobertura vacinal demonstrados neste estudo até então.

Estes dados nos revelam que os profissionais médicos carecem de informações aprofundadas sobre o assunto em questão e não orientam adequadamente os seus pacientes o que, aliado a outros fatores, contribui para a pequena taxa de vacinação já demonstrada. Durante a revisão de literatura encontra-se que a baixa cobertura vacinal é justificada pelo déficit na instrução dos pacientes pelos seus médicos e equipe de assistência em saúde em geral, e no aconselhamento que deveria ocorrer, inclusive, na Atenção Primária. Além disso, entre as demais barreiras observadas, o medo dos pacientes de desenvolverem efeitos adversos também é relevante para essa baixa cobertura vacinal (BRASIL, 2014 e KIMBERLY AB, et al., 2013).

Frisa-se a importância do MS que deve manter orçamento satisfatório para aquisição das vacinas, além dos recursos para campanhas que devem ser implementadas, vigilância para garantir a segurança vacinal e possibilidade de avaliação dos dados como cobertura vacinal para ações direcionadas e mais eficazes (OLIVEIRA JEP, et al., 2017).

A terceira amostra analisada foi de pacientes com diabetes em acompanhamento regular na UENDO-HRT. Dos 98 prontuários analisados, 20 pacientes foram excluídos desta análise por apresentarem apenas uma ou duas consultas durante o ano de 2018. Logo, a amostra final foi de 78 pacientes, sendo em sua maioria do gênero feminino (63,3%).

Na primeira consulta, realizada no início do ano de 2018 apenas 10,3% (n 8) foram questionados em relação a vacinação, dentre os quais 3,1% (n 3) informaram ser vacinados. Na consulta subsequente, 28 pacientes foram questionados em relação à vacinação, entre eles sete que já haviam sido questionados na primeira e 21 novos questionamentos foram feitos.

Da segunda para a terceira consulta, 27 pacientes continuaram sendo questionados e, daqueles que não tinham sido questionados, 50% passaram a ser. Houve, portanto, um aumento da primeira para a segunda consulta de 17,8% no índice de abordagem sobre a situação vacinal e, da segunda para a terceira, de 20%. Se analisarmos esse índice entre a primeira e a terceira consultas, o índice no questionamento sobre o tema subiu 44%, todos com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Apesar desses dados, ao final da terceira consulta, 31,1% dos indivíduos ainda não haviam sido questionados em nenhum momento (Tabela 3).

Tabela 3. Questionamento de vacinação entre pacientes diabéticos. n = 78

Pacientes (n 78)	Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
			p < 0,05
Questionados	8 (10%)	28 (35%)	52 (66%)
Novos questionamentos	-	21	24

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Em relação à efetivação da vacinação, na segunda consulta nove dos pacientes avaliados tinham vacinação realizada (11,5%), enquanto na terceira consulta após orientação prévia 17 (21,8%) pacientes estavam com vacina antipneumocócica em dia, estes dados representam um aumento de 8 pacientes com impacto de 11% entre a segunda e a terceira consulta. Dos pacientes que retornaram à última consulta com vacinação em dia, em apenas cinco (29%) havia registro em prontuário de orientação de vacinação em consultas prévias, podemos gerar como hipóteses que a maioria dos pacientes recebeu esta informação em outras assistências em saúde ou que este dado de orientação não foi descrito em prontuário (Tabela 4).

Tabela 4. Pacientes vacinados ao longo das consultas. n = 78

Pacientes (N 78)	Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
			p < 0,05
Total de vacinados	3 (3,8%)	9 (11%)	17 (21%)
Vacinados e não orientados	-	7	12
Vacinados e orientados	-	2	5

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Um estudo realizado em Taiwan demonstrou que o grupo vacinado com PPV23 apresentou menores riscos de desenvolvimento de DIP e, quando a desenvolviam, faziam-na com menor necessidade de hospitalização, menor prevalência de insuficiência respiratória ou menor tempo de internação. Por conseguinte, também com menos ônus aos sistemas de saúde, o que traduz que a vacinação antipneumocócica representa menor custo-efetividade e mortalidade (KUO CS, et al, 2016), reforçando que as estratégias de prevenção com vacinação são de grande impacto como um todo.

Os dados acima corroboram que a conscientização dos profissionais em relação a importância da prevenção com a vacina antipneumocócica é efetiva para elevar os índices de vacinação contra pneumonia, sendo possíveis diversas formas estratégicas com esse fim, desde simples questionamento durante as consultas e orientações devidas, matriciamentos e cartazes, como também palestras para todos os profissionais e estudantes das ciências de saúde, propagandas em veículos diversos como rádio, TV e redes sociais e até uso de aplicativos para esse fim, com calendários vacinais e bips para lembrança e cobrança nas

data. Além disso, em redes de prontuários eletrônicos, malas diretas também podem ser enviadas e têm potencial de alerta e conscientização ao usuário. Reforça-se, ainda, que a sala de vacina faz parte das visitas rotineiras ao serviço de saúde e de que o programa de imunizações atual não é destinado somente às crianças.

Outra estratégia para que a adesão seja crescente pode ser a implementação de trabalhos direcionados pelo MS com entidades de classe, médicos endocrinologistas, geriatras, médicos da família, clínicos gerais, mostrando que a vacina pneumocócica 23-valente é eficaz e segura (BRASIL, 2014).

Diabetes é uma doença crônica complexa que requer cuidados médicos contínuos com estratégias de redução de risco multifatoriais além do controle glicêmico. Esta é uma tarefa difícil de ser alcançada por diversos fatores, uma grande barreira para o cuidado ideal é um sistema de saúde que é muitas vezes fragmentado, carece de recursos de informação clínica e é mal projetado para a prestação coordenada de cuidados crônicos.

A educação e o apoio contínuo ao autocuidado do paciente são essenciais para prevenir complicações agudas e reduzir o risco de complicações a longo prazo, assim como prevenir o risco de doenças associadas, mantendo assim a qualidade de vida destes pacientes (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

CONCLUSÃO

O DM está associado a um maior risco de vários tipos de infecções, entre elas as pneumocócicas. Sua alta prevalência no Brasil e no mundo justifica o esforço dos serviços de saúde para diminuir o impacto da pneumonia em pacientes com diabetes, e morbimortalidade associadas, especialmente na população mais idosa. Até o momento a taxa de cobertura vacinal se mantém em níveis módicos, apesar das vacinas antipneumocócicas já se encontrarem disponíveis no serviço público de saúde e serem indicadas pelas principais sociedades há várias décadas. Isso se deve tanto pela falta de conhecimento pelos profissionais médicos e pouca abordagem do assunto, como também pelo desconhecimento e receio dos próprios pacientes. Este trabalho demonstrou que medidas muito simples podem gerar um grande impacto no índice de aderência à vacinação. Estudos populacionais robustos para melhor avaliação de cobertura vacinal, custo e efetividade em nosso país ainda são necessários e devem ser incentivados como medida de saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ CE, et al. Survey of vaccination practices in patients with diabetes: A report examining patient and provider perceptions and barriers. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology* 9, 2017: 15–17.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Improving Care and Promoting Health in Populations: Stan-

dards of Medical Care in Diabetes—2019, *Diabetes Care*. 2019 Jan; 42 (Supplement 1): S7-S12.

ARDANUY C, et al. Epidemiology of Invasive Pneumococcal Disease in Older People in Spain (2007–2009): Implications for Future Vaccination Strategies. *PLoS ONE*, 2012,7(8): e43619.

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação. 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao>. Acesso em 10 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação /Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAFIERO-FONSECA ET, et al. The full benefits of adult pneumococcal vaccination: A systematic review. *PLoS ONE*. 2017, 12(10): e0186903.

CASQUEIRO J, et al. Infections in patients with diabetes mellitus: A review of pathogenesis. *Indian J Endocrinol Metab*. 2012;16 (Suppl1):S27-36.

GORSKA-CIEBIADA M, et al. Pneumococcal and seasonal influenza vaccination among elderly patients with diabetes. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*. 2015, 28(69):1182-9.

HUIJTS SM, et al. Post-hoc analysis of a randomized controlled trial: Diabetes mellitus modifies the efficacy of the 13-valent pneumococcal conjugate vaccine in elderly. *Vaccine*. 2017 Aug 3;35(34):4444-49. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.01.071. Epub 2017 Apr 12.

JACKSON LA, et al. Patterns of pneumococcal vaccination and revaccination in elderly and non-elderly adults: a Vaccine Safety Datalink study. *BMC Infect Dis*. 2009 25(9):37. doi: 10.1186/1471-2334-9-37.

KIMBERLY AB, et al. Immunization update: Recommendations for adults with chronic disease. *Osteopathic Family Physician*, 2013 July, 5(4):169-74.

KLESCHEN MZ, et al. Improving the Pneumococcal Immunization Rate for Patients with Diabetes in a Managed Care Population A Simple Intervention with a Rapid Effect. *Jt Comm J Qual Improv*. 2000 Sep;26(9):538-46.

KUO CS, et al. Effectiveness of 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine on diabetic elderly. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Jun;95(26): 4064. doi: 10.1097/MD.0000000000004064.

LEBLANC JJ, et al. Burden of vaccine-preventable pneumococcal disease in hospitalized adults: A Canadian Immunization Research Network (CIRN) Serious Outcomes Surveillance (SOS) network study. *Vaccine*, ISSN: 1873- 2518, 2017, 35(29): 3647-54.

MARQUES SC, et al. A importância da vacinação dos adultos com diabetes tipo 2 na prevenção da doença invasiva pneumocócica. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab*. 2016;11(1):60–68.

MONTEIRO CN, et al. Cobertura vacinal e utilização do SUS para vacinação contra gripe e pneumonia em adultos e idosos com diabetes autorreferida, no município de São Paulo, 2003, 2008 e

2015, Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 2018, 27(2):e201727.

MONTEIRO CN, et al. Coverage by the public health services of medication and vaccines for the population with diabetes mellitus. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2015, 20(2): 557-64.

OLIVEIRA JEP, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes- Indicação de vacinas em pacientes diabéticos 2017-2018. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

SAIBAL MAA, et al. Community acquired pneumonia in diabetic and non-diabetic hospitalized patients: presentation, causative pathogens and outcome, Bangladesh Med Res Counc Bull 2012; 38: 98-103.

SOTIROPOULOS A, et al. Influenza and pneumococcal vaccination rates among Greek diabetic patients in primary care. Diabet Med. 2005;22(1):110-111.

VILLARROEL MA, VAHRATIAN A. Vaccination Coverage Among Adults With Diagnosed Diabetes: United States, 2015. NCHS Data Brief. 2016 Dec;(265):1-8. Ardanuy C, et al. (2012) Epidemiology of Invasive Pneumococcal Disease in Older People in Spain (2007–2009): Implications for Future Vaccination Strategies. PLoS ONE, 2012,7(8): e43619.

TAVARES, F. S.; GOMES, L. DE O.; FERNANDES, R. P.; ROMANI, F. A. DO P.; MELO, G. F. DE; DANTAS, L. B. P.; LAUAND, T. C. G.; PEDROSA, H. C. Situação vacinal antipneumocócica em pacientes com diabetes atendidos em hospital de referência no Distrito Federal, Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 13, p. e1282, 26 jul. 2019. Artigo original.

“

Situação vacinal de acadêmicos de medicina e sua percepção sobre a vacinação

| Vanessa Maria Oliveira de **Mello**

| Unichristus

| kaik Brendon dos Santos **Gomes**

| Unichristus

| Vilma Leite de Sousa Pires **Albuquerque**

| Unichristus

| Jocileide Sales **Campos**

| Unichristus

RESUMO

Introdução: Os profissionais de saúde estão expostos a riscos ocupacionais, como os biológicos, sendo necessário, além de medidas universais de biossegurança, uma cobertura vacinal adequada. **Métodos:** O estudo foi realizado de agosto de 2017 a julho de 2018 com os estudantes de medicina do primeiro ao décimo segundo semestres do Centro Universitário Christus, em Fortaleza (CE). Para o estudo quantitativo, foi aplicado um questionário para verificar a situação vacinal dos alunos e, para o qualitativo, foram realizadas entrevistas para conhecer suas percepções sobre a vacinação. **Resultados:** Participaram 137 estudantes, sendo 43 homens (31,4%) e 94 mulheres (68,6%). A porcentagem de alunos que não conheciam o estado de vacinação variou de 0,7% para hepatite B a 47,4% para herpes zóster. As vacinas mais recebidas foram tétano (90,4%), tríplice viral - sarampo (85,3%), caxumba (80,9%) e rubéola (76,5%) - e hepatite B (77,9%). O estudo qualitativo foi definido de acordo com a saturação das respostas dos alunos. **Discussão:** Apesar de um expressivo status de vacinação dos alunos (65,41%), é necessário um maior compromisso das instituições de ensino através de ações educativas, fiscalizações e ações de imunização para uma maior cobertura vacinal dos estudantes.

Palavras-chave: Estudantes de Medicina; Vacinação; Imunização; Prevenção de Doenças.

INTRODUÇÃO

A história das vacinas começou com a vacina antivariólica, surgida no final do século XVIII (1797), resultado da observação do médico Edward Jenner quanto ao fenômeno de ‘proteção’ contra a varíola, adquirida por algumas pessoas ao entrarem em contato com uma doença similar que acometia os bovinos, conhecida como cow-pox (pústula da vaca). Após uma série de repetições desses procedimentos, o médico constatou que essas pessoas se mantiveram resistentes à varíola.¹

No Brasil, a vacina chegou em 1804, trazida pelo marquês de Barbacena, sendo, até então, a única vacina conhecida. No final do século XIX, Louis Pasteur evidenciou a presença e o papel dos microrganismos na transmissão das infecções. Ele utilizava esses microrganismos para inocular os animais em suas experiências iniciais, provocando ou ajudando o animal a se defender das formas graves de doenças. A primeira vacina contra a raiva foi testada por Pasteur em 1885, num rapaz mordido por um cão, sendo a primeira pessoa a sobreviver à doença.¹

O objetivo da imunização é a prevenção de doenças infectocontagiosas e a vacinação; dessa forma, é vista como um fator mutável das doenças infecciosas, devido notável decréscimo da morbimortalidade causadas por tais enfermidades. Mostra-se como o procedimento de melhor custo e efetividade com vistas à promoção e proteção da saúde dos indivíduos.² Quanto ao direito à saúde, a Constituição Federal de 1988, nos artigos 198 a 200, atribuiu ao Sistema Único de Saúde a coordenação e a execução das políticas para proteção e promoção da saúde no Brasil.³

Os estudantes da área de saúde incluem-se no grupo de risco para a infecção pelo vírus da hepatite B, pois desde os primeiros períodos já mantêm contato com pacientes por meio de aprendizagem prática com aulas em ambiente hospitalar e nas unidades ambulatoriais onde o cuidado é prestado.⁴

As instituições de ensino superior (IES) têm importante função na prevenção e controle das doenças imunopreveníveis, uma vez que os conceitos e a construção do conhecimento se fundamentam durante a formação acadêmica.⁵

Estudos realizados sobre a cobertura vacinal específica dos estudantes da área de saúde mostram que ainda está muito abaixo da considerada necessária ao controle das doenças imunopreveníveis. Este fato é atribuído ao insuficiente conhecimento por parte dos mesmos, à pouca importância dada à proteção vacinal antes da entrada nos campos de estágio, à falta de uma política mais agressiva de vacinação dos estudantes da área de saúde pelo Ministério da Saúde, bem como ao fato de eles não valorizarem apropriadamente esta proteção.⁶

Portanto, o trabalho justifica-se pelo fato de que diversos estudos reportam falhas na

imunização/situação vacinal em grupos de estudantes de Medicina de diversas nacionalidades, assim como foi observada a presença escassa de literatura publicada a respeito da situação imunológica ou vacinal dos discentes de Medicina. Além disso, faz-se necessário conscientizar o acadêmico da importância dos riscos inerentes a falta de monitoramento e controle de imunização. Esse trabalho teve, como objetivo geral, analisar a situação vacinal e a percepção sobre o conhecimento da imunidade individual dos discentes do curso de medicina de uma instituição privada e, como objetivos específicos, conhecer a situação vacinal dos acadêmicos do curso de medicina e identificar o conhecimento sobre os tipos de vacinação dos discentes.

MATERIAIS E MÉTODOS

1. Natureza da pesquisa

Trata-se de um estudo do tipo transversal de abordagem quantitativa e qualitativa.

2. Local e Período

A pesquisa foi realizada no centro Universitário Christus, localizado na Rua João Adolfo Gurgel, nº 133 – Papicu – Fortaleza, – CE. O estudo aconteceu no período compreendido entre agosto de 2017 a julho de 2018.

3. População e Amostra

A amostra foi composta por alunos que estão cursando entre o primeiro e o décimo segundo semestre do curso de graduação em medicina do Centro Universitário Christus que foram selecionados de forma não probabilística, por conveniência para o estudo quantitativo. Para o estudo qualitativo foram selecionados, dependendo da disponibilidade, vinte alunos para a realização das entrevistas. O número de entrevistas foi definido por critério de saturação – respostas que se repetiram a partir da décima entrevista.

4. Coleta de dados

Foi aplicado um questionário específico, estruturado e com perguntas fechadas, por meio do qual foi abordada a parte quantitativa, sobre os aspectos sociodemográficos, auto-declaração acerca da carteira de vacinação, vacinas recebidas, disciplinas que ministram na faculdade, ambas sobre vacinação e monitoramento por parte da Instituição sobre o controle vacinal dos discentes. O segundo momento, destinou-se à parte qualitativa do projeto, que

verificou, por meio de entrevistas, a percepção dos alunos sobre o conhecimento da imunidade individual. As entrevistas semiestruturadas foram apreendidas por meio de conversas com registro e gravações de voz.

5. Análise dos dados

Na pesquisa quantitativa, foram analisadas as variáveis sob estudo que posteriormente foram apresentadas em tabelas e gráficos, numa análise estatística descritiva (cálculo da média, cálculo de percentuais, frequência, tabela de contingências e Teste t-Student). Dessa forma, os dados foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual e analisados pelo teste exato de Fisher ou qui-quadrado, adotando uma confiança de 95% no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20,0 para Windows.

Na pesquisa qualitativa, foram analisadas as falas gravadas e escritas dos entrevistados a partir da construção de núcleos temáticos e formação de categorias para análise de conteúdo, que atendam aos objetivos do estudo. Os núcleos temáticos são conjuntos de recortes de trechos de relatos de sujeitos, observações e demais fontes de dados que têm em comum um mesmo tema, recebendo um título específico.⁷

6. Aspectos Éticos

Este estudo seguiu os Princípios Éticos de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁸, respeitando os princípios fundamentais de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto para Desenvolvimento da Educação – LTDA – IPADE – UniChristus, CAAE : 66483417.2.0000.5049.

RESULTADOS

1. ANÁLISE QUANTITATIVA

Foram entrevistados 137 discentes do Centro Universitário Unichristus, sendo 43 do sexo masculino (31,4%) e 94 do sexo feminino (68,6%); a sua grande maioria eram solteiros, sendo 128 (93,4%). A idade dos participantes variou entre 15 até maiores de 35 anos. Entre os estudantes, somente 43 eram da raça parda (31,4), 73 branca (53,3%) e 5 responderam outros tipos de raça (3,6). Quanto à distribuição por semestre, foram 9 alunos (6,6%) do primeiro semestre, 19 alunos (13,9%) do segundo semestre, 16 alunos (11,7%) do terceiro semestre, 39 alunos (28,5%) do quarto semestre, 9 alunos (6,6%) do quinto semestre, 9

alunos (6,6%) do sexto semestre, 11 alunos (8%) do sétimo semestre, 12 alunos (8,8%) do oitavo semestre, 8 alunos (5,8%) do nono semestre, 2 alunos (1,5%) do décimo semestre, 1 aluno (0,7%) do décimo primeiro semestre e 2 alunos (1,5%) do décimo segundo semestre (Tabela 1).

Em relação à escolaridade dos pais dos discentes, 73 dos pais eram de ensino superior (54,1%) e 99 das mães eram do ensino superior (73,3%), sendo que 97 dos responsáveis pelos alunos eram profissionais da saúde (71,3%) e somente 39 não eram da área da saúde (28,7%). Além disso, 102 alunos (75,6%) apresentavam renda familiar acima de cinco salários mínimos e 33 alunos (24%) apresentavam até cinco salários mínimos. Cento e trinta (98,5%) dos discentes entrevistados declararam possuir a carteira de vacinação e somente 2 (1,5 %) não possuíam; os que não souberam responder não foram contabilizados. Quanto à atualização do cartão de vacina, 79 alunos (73,8%) estavam atualizados e 28 (26,2%) não estavam com o cartão atualizado (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e cartão de vacina atualizado dos discentes do curso de medicina do primeiro ao décimo segundo semestre, Fortaleza-2018

	N	%
Semestre		
1	9	6,6
2	19	13,9
3	16	11,7
4	39	28,5
5	9	6,6
6	9	6,6
7	11	8,0
8	12	8,8
9	8	5,8
10	2	1,5
11	1	,7
12	2	1,5
Período		
2017.1	52	38,0
2018.1	75	54,7
2018.2	10	7,3
Sexo		
Feminino	94	68,6
Masculino	43	31,4
Raça		
Branco	73	53,3
Pardo	59	43,1
Outros	5	3,6
Idade		
15-20	46	33,6
21-25	77	56,2
26-30	9	6,6
31-35	3	2,2

>35	2	1,5
Estado civil		
Solteiro	128	93,4
Casado/União estável	9	6,6
Escolaridade do pai		
Ensino fundamental incompleto	34	25,2
Ensino fundamental completo	5	3,7
Ensino médio incompleto	5	3,7
Ensino médio completo	18	13,3
Ensino superior	73	54,1
Escolaridade da mãe		
Ensino fundamental incompleto	3	2,2
Ensino fundamental completo	3	2,2
Ensino médio incompleto	2	1,5
Ensino médio completo	28	20,7
Ensino superior	99	73,3
Renda familiar		
Até 5 salários mínimos	33	24,4
>5 salários mínimos	102	75,6
Pais na área saúde		
Não	97	71,3
Sim	39	28,7
Possui cartão vacinal		
Não	2	1,5
Sim	130	98,5
Cartão vacinal atualizado		
Não	28	26,2
Sim	79	73,8

Fonte: os próprios autores (dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual).

As vacinas mais recebidas pelos acadêmicos foram: em primeiro lugar, com 90,4%, a antitetânica, seguida pela vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) com 80,9% e pela hepatite B (77,9%). A Tabela 2 está dividida em números absoluto (NA) e relativo (NR) daqueles estudantes que NÃO SABEM se foram vacinados, dos que NÃO foram vacinados e daqueles que SIM – se vacinaram –, mas a tabela não mostra aqueles pacientes que não responderam. Por exemplo, nos discentes que participaram do estudo, 02 deles não responderam sobre hepatite A, 01 não responderam sobre hepatite B, influenza, sarampo, caxumba, rubéola, pneumococo, tétano, difteria, varicela, tuberculose. No entanto, todos os 137 responderam sobre a vacinação de febre amarela, herpes zoster e coqueluche. Contudo, ainda não alcançaram a meta definida pelo Ministério da Saúde, que é 90% para a vacina BCG e 95% para as demais vacinas. Isso significa que a proteção dos alunos ainda não é a ideal.⁹

Tabela 2. Situação vacinal dos alunos do curso de medicina do primeiro ao décimo segundo semestre de acordo com seu conhecimento, Fortaleza-2018.

	NÃO SABE	NÃO	SIM
Hepatite A	NA: 54 NR: 39,4	NA: 18 NR: 22,2	NA: 63 NR: 77,8

Hepatite B	NA: 29 NR: 21,3	NA: 1 NR: 0,7	NA: 106 NR: 77,9
Influenza	NA: 15 NR: 11,0	NA: 18 NR: 13,2	NA: 103 NR: 75,7
Sarampo	NA: 17 NR: 12,5	NA: 3 NR: 2,2	NA: 116 NR: 85,3
Caxumba	NA: 22 NR: 16,2	NA: 4 NR: 2,9	NA: 110 NR: 80,9
Rubéola	NA: 30 NR: 22,1	NA: 2 NR: 1,5	NA: 104 NR: 76,5
Pneumocócica	NA: 54 NR: 39,7	NA: 7 NR: 5,1	NA: 75 NR: 55,1
Tétano	NA: 11 NR: 8,1	NA: 2 NR: 1,5	NA: 123 NR: 90,4
Difteria	NA: 40 NR: 29,4	NA: 2 NR: 1,5	NA: 94 NR: 69,1
Varicela	NA: 31 NR: 22,8	NA: 32 NR: 23,5	NA: 73 NR: 53,7
Tuberculose	NA: 34 NR: 25,0	NA: 13 NR: 9,6	NA: 89 NR: 65,4
Febre Amarela	NA: 23 NR: 16,8	NA: 59 NR: 43,1	NA: 55 NR: 40,1
Herpes Zóster	NA: 55 NR: 40,1	NA: 65 NR: 47,4	NA: 17 NR: 12,4
Coqueluche	NA: 53 NR: 38,7	NA: 8 NR: 5,8	NA: 76 NR: 55,5
p-Valor	< 0,001		

Fonte: os próprios autores (dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual). *p<0,05, teste qui-quadrado.

A tabela 3 demonstra o conhecimento dos estudantes do curso de Medicina sobre doenças imunopreveníveis. Observou-se que 116 alunos, correspondendo a 85,3% do total de entrevistados, não têm conhecimento sobre as doenças imunopreveníveis e que somente 12 alunos (8,8%) apresentam esse conhecimento, sendo que 8 alunos (5,9%) não sabem nada acerca do assunto. Os dados foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Tabela 3. Conhecimento dos estudantes do curso de Medicina sobre doenças imunopreveníveis, Fortaleza, 2018

Doença imunoprevenível	n	%
Não sabe	8	5,9
Não	116	85,3
Sim	12	8,8

Fonte: os próprios autores (dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual).

A tabela 4 apresenta o conhecimento dos alunos sobre o monitoramento do controle vacinal por parte da Instituição de ensino do Curso de Medicina. Demonstrou que 29 alunos (21,2%) não sabem se existe algum monitoramento sobre o controle vacinal, 84 alunos (61,3%) não têm conhecimento nenhum desse monitoramento e 24 alunos (17,5%) especificaram que existe esse monitoramento vacinal por parte da instituição.

Tabela 4. Conhecimento dos estudantes de Medicina sobre o monitoramento do controle vacinal por parte da Instituição, Fortaleza, 2018.

Monitoramento do controle vacinal	n	%
Não sabe	29	21,2
Não	84	61,3
Sim	24	17,5

Fonte: os próprios autores (dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual).

A tabela 5 refere o conhecimento dos alunos sobre as disciplinas ministradas no curso

de Medicina que orientam sobre o processo de imunização. Observou-se que 74 alunos (54,0%) têm conhecimento dessas disciplinas e que 63 alunos (46,0%) não têm conhecimento dessas disciplinas. Dentre as disciplinas que ministram aulas sobre vacinação, 55 alunos (40,1%) informaram que a disciplina de ISEC ministra esse conhecimento, seguida da disciplina de Infectologia com 11 alunos (8,0%), CHA com 3 alunos (2,2%), e outras.

Tabela 5. Conhecimento dos estudantes de Medicina sobre disciplinas que orientaram sobre o processo de imunização, Fortaleza, 2018.

Disciplina orientou	n	%
Não	63	46,0
Sim	74	54,0
• Infectologia	11	8,0
• ISEC	55	40,1
• CHA	3	2,2
• Outros	5	3,6

Fonte: os próprios autores (dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual).

ANÁLISE QUALITATIVA

A análise qualitativa revela a percepção dos acadêmicos de medicina entrevistados acerca do conhecimento sobre sua situação vacinal para a prevenção de doenças e promoção da saúde. O número final de entrevistas foi definido por critério de saturação, quando o pesquisador tem a impressão de não apreender nada de novo no que se refere ao objeto de estudo. De tal modo, autores, como Fontanella et al¹⁰, definem amostragem por saturação como uma ferramenta conceitual frequentemente usada em investigações qualitativas nas diferentes áreas do campo da saúde, entre outras. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes.

A imunização ativa por meio das vacinas é uma técnica preventiva eficaz e com elevada relação benefício/custo contra doenças infecciosas imunopreveníveis. É considerada, segundo referencial biomédico e da saúde pública/coletiva, a segunda intervenção de maior impacto na diminuição de morbimortalidade da população (superior à descoberta de antibióticos), perdendo somente para o saneamento básico e água potável.¹¹

A imunização constitui, portanto, uma das medidas mais eficazes na prevenção de doenças e requer conhecimento adequado que garanta sua qualidade efetiva para não comprometer e nem abalar a credibilidade da vacinação. É importante destacar que essa prática representa uma das principais ações de intervenção em saúde pública no controle de doenças provocadas por agentes imunizáveis, de modo que as vacinas dão provas incontestáveis de sua eficácia.¹² A partir da análise das entrevistas, foram criadas 4 (quatro)

categorias que mostram a percepção dos acadêmicos integrantes do estudo:

Categoria I - Significado da Vacinação

As falas dos entrevistados mostraram seu entendimento sobre o valor da vacinação. Por exemplo, o relato do acadêmico A.L. “É fundamental o conhecimento sobre vacinação como forma de prevenção de doenças e promoção da saúde primária”, reconhecendo, assim, a importância da imunização como o meio mais eficiente de prevenção de doenças, com impacto na melhoria da qualidade de vida e diminuição dos custos com a saúde.

O grupo entendeu, pois, que a imunização proporciona proteção contra doenças imunopreveníveis e deve ser reconhecida e difundida enquanto ferramenta indispensável contra a aquisição e a transmissão de doenças, repercutindo na redução do número de casos de doenças infecciosas, na diminuição do número de hospitalizações e nos gastos com medicamentos, além da redução da mortalidade.

Vale salientar que a prática de vacinação em massa se fundamenta na característica de imunidade de rebanho das vacinas, em que indivíduos imunes vacinados protegem indiretamente os não vacinados, podendo gerar a eliminação da circulação do agente infeccioso no ambiente e, conseqüentemente, a proteção da coletividade e de indivíduos vulneráveis. Sua legitimação científico-tecnológica contribuiu para normatizações sobre a vacinação em diversos países do mundo, intensificadas na segunda metade do século XX.¹³

Categoria II - A vacinação de profissionais da área da saúde

A literatura disserta que trabalhar na área da saúde, principalmente em um ambiente hospitalar, é considerado insalubre, devido ao agrupamento de pacientes portadores de diversas enfermidades infectocontagiosas e ao risco de acidentes existente em muitos procedimentos realizados.¹⁴

Os estudantes da área de saúde também constituem um grupo de risco para a infecção pelo vírus da hepatite B e outras doenças transmissíveis, pois, desde os primeiros períodos de atividades, já mantêm contato com pacientes por meio de aprendizagem prática com aulas em ambiente hospitalar e nas unidades ambulatoriais onde o cuidado é prestado.⁴

Representando as falas do grupo, relato do aluno D. S. do quarto semestre do curso de medicina é contundente sobre o assunto. “Reconheço a importância e necessidade da imunização até pela exposição maior do estudante de medicina com os pacientes”. Através de suas respostas, os acadêmicos mostraram, neste estudo, reconhecer a essencialidade da imunização como prevenção de várias doenças imunopreveníveis, principalmente pela exposição maior e contato direto dos profissionais de saúde com os materiais orgânicos de

vários pacientes.

A imunização é, portanto, parte essencial dos programas de controle de infecção em saúde ocupacional, pois assegura ao trabalhador da área de saúde redução nos riscos de aquisição de doenças imunopreveníveis, bem como do número de indivíduos e profissionais suscetíveis, diminuindo assim o risco de transmissão de doenças dos profissionais aos pacientes e vice-versa.⁵

Categoria III - Controle Vacinal dos Discentes pela Universidade

Dados na literatura evidenciam que os estudantes de Medicina apresentam altas taxas de exposição a material biológico potencialmente contaminados comparáveis às de um estafe hospitalar.¹⁵ A prevenção e o controle das doenças imunopreveníveis não têm sido tratados de acordo com o recomendado por alguns dos órgãos competentes.¹⁶ Os relatos de alunos do quarto semestre do curso de medicina, expressos na afirmação “Não tenho conhecimento sobre o monitoramento” e “Pouco conhecimento”, demonstraram que eles têm pouco conhecimento das atividades do processo de controle vacinal que são realizadas na instituição aos quais estão vinculados.

Segundo relato do acadêmico A.L. “Pouco conhecimento” elucida que o conhecimento sobre as atividades e ações empregadas pela instituição não são do conhecimento do corpo discente. Os acadêmicos de Medicina, assim como todos os estudantes da área da saúde, precisam ter acesso a essas informações, pois é de extrema importância conhecer a imunidade individual de profissionais e estudantes da área da saúde, a fim de identificar e corrigir falhas na cobertura para doenças imunopreveníveis.¹⁷

Categoria IV - Informação sobre vacinação nas atividades do curso de Medicina

A inclusão do tema na grade curricular permite o fortalecimento de ações educativas de conscientização acerca da importância da imunização adequada e devem ser estimuladas, principalmente nos grupos de significativo risco de exposição a infecções, como os profissionais da área da saúde e os estudantes.¹⁸

Os profissionais da área de saúde estão expostos a vários tipos de riscos ocupacionais, sendo o de maior impacto o risco biológico devido ao contato direto com pacientes e/ou material orgânico potencialmente contaminado.⁵ Relatos de acadêmicos de medicina do 5º semestre, como este de K.B. “Na faculdade, tivemos algumas aulas sobre vacinação, nessas aulas informaram sobre o calendário vacinal infantil disponibilizado pelo programa nacional de vacinação” e de C. S. “São todas esclarecedoras e fundamentais na formação do médico generalista”. Através das respostas dadas pelos acadêmicos do curso de Medi-

cina, há o reconhecimento de que a imunização é tema ministrado nas disciplinas do curso de Medicina, em particular no módulo ISEC, como referido na pesquisa quantitativa, o que auxilia os alunos a serem profissionais conscientes acerca do processo de imunização e de seu benefício na prevenção de doenças. Nesse contexto, é de extrema importância a ministração de aulas sobre o processo de imunização no curso de medicina, pois o risco dos estudantes de Medicina demanda maior atenção, visto que essa população está mais exposta do que qualquer outro profissional de saúde.¹⁵

As declarações do acadêmico de medicina do 4º semestre A.G. “Tive bastante acesso às informações sobre calendário vacinal” e D. R. “Tenho o acesso principalmente sobre este assunto através das aulas do ISEC, considero que são boas” demonstram que os acadêmicos têm acesso às informações sobre processo de vacinação da grade curricular.

A manutenção da situação vacinal atualizada é uma das ferramentas que devem ser empregadas neste contexto de proteção à saúde, além da adoção de medidas universais de biossegurança em situações de risco potencial, sendo a educação um elemento fundamental neste processo.¹⁹

Portanto, é de extrema importância conhecer a imunidade individual de profissionais e de estudantes da área da saúde a fim de identificar e corrigir falhas na cobertura para doenças imunopreveníveis. Principalmente em relação aos estudantes, recomenda-se efetuar as correções antes do contato com os pacientes, para evitar a exposição a riscos desnecessários.¹⁷

DISCUSSÃO

A imunização ativa, considerada como a proteção conferida pela estimulação antigênica (infecção natural e/ou vacina) do sistema imunológico e consequente resposta humoral (produção de anticorpos) e celular, é parte essencial dos programas de controle de infecção em saúde ocupacional da população. Reduz os riscos de o trabalhador da área de saúde adquirir doenças imunopreveníveis, bem como o risco de transmissão de doenças aos pacientes e vice-versa.²⁰

Nesse contexto, sabe-se que as doenças imunopreveníveis geralmente são associadas a prejuízos econômicos e sociais tanto para os casos – ou comunicantes de um caso – quanto para as instituições de saúde e educação. Por isso, o Centro Universitário Christus - Unichristus, com curso de graduação em medicina, que tem seus alunos inseridos na rede de saúde do município de Fortaleza - CE desde o primeiro semestre de graduação, vem, ao longo dos anos, abordando o problema das doenças imunopreveníveis e reforçando, a cada dia, a necessidade da imunização de seus alunos, conforme eles próprios referiram.

Na análise quantitativa, e considerando que, no presente estudo, foram entrevistados 137 acadêmicos, o inquérito vacinal realizado evidenciou uma imunização em média

de 65,41% dos estudantes. Deve-se considerar a importante contribuição do módulo ISEC, uma vez que 40,1% dos entrevistados referiram orientação formal relativa à imunização pela mesma em detrimento de outras. No mesmo sentido, na pesquisa qualitativa do presente estudo, constatou-se, pelas respostas dos acadêmicos, que a imunização é muito enfatizada pelos professores do ISEC e proporciona proteção inquestionável contra doenças imunopreveníveis, o que se reflete, principalmente, quando o beneficiário é um profissional da área da saúde.

No entanto, ainda há uma deficiente cobertura vacinal de estudantes e profissionais de saúde, o que, talvez, possa ser explicado pela inexistência de um calendário básico de vacinação específico para esse grupo e pelo difícil acesso às recomendações técnicas que estão dispersas em diversos documentos.²¹

Em relação ao esquema vacinal dos alunos entrevistados (Tabela 2), verificou-se que a maioria possuía o cartão atualizado das vacinas Hepatite A (77,8%), Hepatite B (77,9%), Influenza (75,7%), Tríplice viral (80,9%), Pneumococo (55,1%), dTpa (71,6%), Varicela (53,7%), Tuberculose (65,4%), Febre Amarela (40,1%) e Herpes Zóster (12,4%). Todas essas coberturas vacinais encontram-se ainda abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde, que é 90% para BCG e 95% para outras vacinas, como já referido anteriormente.

A hepatite B é a doença comumente associada aos profissionais da área da saúde, e a vacinação é a forma mais eficaz de prevenção contra o vírus da hepatite B. Todos os estudantes e os trabalhadores da saúde que usam materiais perfurocortantes ou que podem estar expostos a eles nas suas atividades profissionais apresentam um risco aumentado de acidentes e, conseqüentemente, de infecção grave ou fatal com patógenos de transmissão hematogênica, como a hepatite B.²

Os resultados deste estudo indicam que a prevalência de vacinação contra a hepatite B encontrada foi a quarta maior, ficando atrás apenas de tétano, caxumba e sarampo, respectivamente. Pressupõe-se que os estudantes tenham conhecimento das normas de biossegurança e façam a verificação de sua situação vacinal, mas é preciso identificar os não vacinados para que sejam beneficiados com esta ação.

Em uma pesquisa com estudantes de medicina, Nichol et al²² verificaram que 23,1% deles estavam vacinados contra o vírus influenza, enquanto, diferenciando-se desta pesquisa, foi constatado que, no presente estudo, 75,7% dos alunos entrevistados haviam sido vacinados. Acredita-se que o baixo percentual encontrado na época pode estar relacionado ao fato de a vacina não ser de distribuição gratuita aos profissionais de saúde naquela época, diferentemente do que ocorre hoje.⁴

No presente estudo, 65,4% dos acadêmicos receberam a vacina BCG, enquanto que 9,6% não receberam a vacina e 25% não sabiam informar, o que merece uma atenção maior

por parte da universidade ao delegar atividades aos seus estudantes quando os mesmos estão suscetíveis à infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Em um estudo realizado em residentes de pediatria de quatro instituições públicas no Estado do Rio de Janeiro, verificou-se que nenhum deles havia sido vacinado contra a hepatite A e que 93,2% não tinham história de hepatite A nem comprovação sorológica de infecção pregressa. Nos dados aqui obtidos, 77,8% dos estudantes estavam vacinados contra este tipo de hepatite, o que revela um número considerado como melhor situação.⁴

No presente estudo, na análise quantitativa, observou-se que 116 alunos, correspondendo a 85,3% do corpo discente entrevistado, não têm conhecimento das doenças imunopreveníveis (Tabela 3), reiterando que os estudantes de medicina constituem grupo de risco, pois, desde os primeiros períodos, mantêm contato com pacientes por meio de aprendizado prático com aulas em ambiente hospitalar e nas unidades ambulatoriais onde o cuidado é prestado.⁴

Observou-se, na análise qualitativa, que os alunos do curso de medicina têm pouco conhecimento das atividades do processo de controle vacinal que são realizadas na instituição aos quais estão vinculados, dados esses também reiterados na análise quantitativa, em que 29 alunos (21,2%) não sabem informar sobre o monitoramento do controle vacinal, 84 alunos (61,3%) informaram que não existe esse monitoramento e 24 alunos (17,5%) responderam que existe monitoramento do controle vacinal por parte da instituição (Tabela 4). De acordo com Birenbaum et al¹⁵, recomenda-se efetuar as correções antes do contato com os pacientes, principalmente em relação aos estudantes, com o objetivo de evitar a exposição a riscos desnecessários.

Portanto, a manutenção da situação vacinal atualizada é uma das ferramentas que deve ser empregada neste contexto, além da adoção de medidas universais de biossegurança em situações de risco potencial, sendo a educação um elemento fundamental neste processo.¹⁷

As instituições de ensino superior devem preparar os discentes de forma sistematizada e eficaz quanto a medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos, além de fomentar políticas para implantação de programas sistemáticos de imunização para seus estudantes.¹⁹

O presente estudo demonstrou que parte dos acadêmicos tem acesso às informações sobre imunização ministradas nas disciplinas do curso de Medicina, o que lhes permite serem futuros profissionais conscientes acerca do processo de imunização. Essas informações foram verificadas tanto na análise quantitativa quanto na qualitativa, como já informado anteriormente. É, portanto, imprescindível que os alunos durante a graduação possam compreender os aspectos teóricos e práticos da prevenção e do controle de infecções relacionados à assistência médica, constituindo elementos para uma atuação profissional coerente. O ensino desta temática deve ser, antes de tudo, um compromisso ético, tanto das

instituições de ensino superior quanto dos educadores, principalmente daqueles envolvidos nas atividades práticas.²³

CONCLUSÃO

Apesar de uma razoável situação vacinal dos estudantes de medicina da Unichristus (65,41%), é necessário um maior compromisso das instituições de ensino através de ações educativas, fiscalizações e ações de imunização para uma maior cobertura vacinal dos estudantes e uma adequada abrangência vacinal de seus graduandos ao ingressar nos serviços de saúde, sendo a presença do cartão de vacinação de fundamental importância para o controle da situação vacinal. Ressalta-se a necessidade de atuação dos gestores de saúde quanto à implantação de políticas de saúde que permitam monitorar e avaliar a situação vacinal do corpo discente, bem como exigir o cumprimento do esquema vacinal para ingresso nos serviços de saúde.

LIMITAÇÕES

Não foi possível a visualização da caderneta de vacinação dos estudantes. Os dados expostos refletem a autodeclaração dos discentes, sendo necessário, portanto, outros estudos nessa área e a efetivação da apresentação do cartão de vacina.

Além disso, as vacinas questionadas foram perguntadas de maneira separada e não agrupada da forma como é feita a sua distribuição no sistema de saúde. Em vez de colocarmos tríplice bacteriana, por exemplo, optamos por colocar separado, como difteria, tétano e coqueluche. Isso, de alguma forma, pode ter gerado certa confusão nos alunos e influenciado na análise estatística.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Caderno Temático: Verificação da Situação Vacinal. Brasília; 2015.
- Dantas RA, Oliveira JPC, Silva MFOC, Lima ARSO, Costa TNA, Neves AFG. Situação vacinal dos graduandos de enfermagem de uma instituição pública de ensino. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2009; 10(1): 29-36.
- Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- Arent PM, Cunha L, Freitas PF. Situação vacinal dos estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina no período prévio ao internato. Revista de Ciências Médicas. 2012 Aug 1;18(1).
- Santos SLV, Souza ACS, Tipple AFV, Souza JT. O papel das Instituições de Ensino Superior na prevenção de doenças imunopreveníveis. Rev. Eletrônica Enferm. 2006;8(1):91-8.

Araújo TME. Vacinação Infantil: conhecimentos, atitudes e práticas da população da área norte/centro de Teresina-PI. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ. 2005.

Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. (1977). Lisboa (Portugal): Edições, 70.

Brasil. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27.

Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA. *Vaccines*. 5th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de rede de frio. Brasília; 2013.

Rose G. *Estratégias da medicina preventiva*. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Nishide VM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-am de Enfermagem* 2004 março-abril; 12(2):204-11.

Birenbaum D, Wohl A, Duda B, Runyon M, Stearns B, Willett M. Medical students' occupational exposures to potentially infectious agents. *Acad Med* 2002; 77:185-9.

Von Reyn C F, Horsburgh C, Olivier K, Barnes PF, Waddell R, Warren C, Tvaroha S, Jaeger A, Lein A, Alexander L, Weber D. Skin test reactions to *Mycobacterium tuberculosis* purified protein derivative and *Mycobacterium avium* sensitin among health care workers and medical students in the United States. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2001 Dec 1;5(12):1122-8.

Baer G, Bonhoeffer J, Schaad UB, Heininger U. Protection against vaccine-preventable diseases in medical students. *The Pediatric infectious disease journal*. 2003 Apr 1;22(4):373-4.

Soares LCP, Mello FCQ, Kritski AL. Prevalência da prova tuberculínica positiva entre alunos da Faculdade de Medicina de Campos. *J Bras Pneumol* 2004;30(4):440-7. doi: 10.1590/S1806-37132004000400009.

Baer G, Bonhoeffer J, Schaad UB, Heininger U. Seroprevalence and immunization history of selected vaccine preventable diseases in medical students. *Vaccine*. 2005;23(16):2016-20.

Abbas AK, Lichtman AH. *Imunologia Celular e Molecular*, 5º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

Araújo TME, Paz EPA, Griep RH. Cobertura vacinal dos profissionais de um curso de especialização em Saúde da Família do Piauí. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2006;10(1):95-100.

Nichol KL, Olson R. Medical students' exposure and immunity to vaccine-preventable diseases. *Arch Intern Med*. 1993; 153 (16):1913-6.

Chehuen Neto JA, Sirimarco MT, Leite ICG, Gonçalves MPC, Delgado AAA, Camilo GBC, et al. Situação vacinal dos discentes da Faculdade de Medicina da UFJF-MG. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(2):270-7.

“

Tecnologia assistiva e sua influência no sistema cardiovascular de pessoas com deficiência física por lesão medular

| Gabriel Donato **Amorim**
| EMESCAM

| Cristiana Pittella **Cassino**
| EMESCAM

| Roberto Ramos **Barbosa**
| EMESCAM

| Luiz Fernando Machado **Barbosa**
| EMESCAM

| Andressa Silva **Ferreira**
| EMESCAM

Maryah Cuzzuol **Alves**
EMESCAM

Ranielli **Prasser**
EMESCAM

Roberta Ribeiro Batista **Barbosa**
EMESCAM

RESUMO

Objetivo: Verificar a influência da aplicação de um equipamento que permite a locomoção em postura ortostática no ambiente de trabalho em pessoas com deficiência física usuários de cadeira de rodas. **Método:** Trata-se de um estudo realizado em uma instituição filantrópica de ensino superior de Vitória, Espírito Santo, aprovado por Comitê de Ética e Pesquisa, com um indivíduo voluntário, que não apresentava doenças cardiológicas prévias aos exames, enquadrando-se ainda nos critérios propostos, compreendeu e assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O equipamento utilizado para locomoção em postura ortostática foi o UpRose, que possui controle via joystick e apoio para ortostase. Primeiramente, o voluntário foi colocado progressivamente no equipamento para adaptação e redução de efeitos súbitos adversos da postura ortostática, como vertigens e hipotensão. Foi utilizado o equipamento diariamente por período consecutivo de um terço da sua jornada de trabalho durante oito semanas seguidas e foi avaliado quanto a sinais e sintomas. Foram mensuradas a frequência cardíaca, a pressão arterial sistólica e diastólica do usuário antes e depois do uso do equipamento além de inspeção da integridade de pele, devido à possibilidade de desenvolvimento de úlceras de pressão. **Resultados:** Quando comparadas as médias do processo do estudo quanto a frequência cardíaca antes e após o tempo de utilização de duas horas da tecnologia assistiva verifica-se um aumento de 79,07 para 82,42, já na avaliação da pressão arterial um aumento médio na pressão arterial sistólica de 72,28 para 107,67, e de 51,71 para 71,07 na aferição da pressão diastólica. Não foram verificadas úlceras sacrais ou lesões de pele nas semanas de realização da pesquisa. **Conclusão:** O uso deste aparelho assistivo demonstrou estar ligado a benefícios cardiovasculares, sendo importante como ferramenta de desafio cardiovascular, atuante de forma gradual para melhorar resistência física em ortostatismo e sendo relevante quanto a melhora hemodinâmica.

Palavras-chave: Tecnologia; Sistema cardiovascular; Traumatismo de medula espinhal; pressão arterial; Readaptação ao emprego.

INTRODUÇÃO

A deficiência é definida como a perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais¹. Um dos principais mecanismos que levam à deficiência física adquirida é a lesão medular consequente à um trauma.

Entende-se por lesão medular toda injúria às estruturas do canal medular alterando funções motoras e/ou sensória e/ou autonômicas e psicoafetivas que ocasionam uma paraplegia ou tetraplegia, levando a uma perda funcional². Pessoas com lesão medular crônica tendem a utilizar cadeira de rodas para locomoção, e essa situação pode contribuir tanto com a auto exclusão, por fatores emocionais, quanto com a exclusão social. Em decorrência da permanência na cadeira de rodas o indivíduo poder apresentar uma série de complicações nos diferentes sistemas orgânicos, dentre elas: geniturinárias, gastrintestinais, cardiocirculatórias, pulmonares, úlceras de pressão, neuromusculoesqueléticas, perda de força, equilíbrio e deformidades posturais limitando a participação e inclusão social dos mesmos³.

Sabe-se que uma das consequências do paciente lesado medular é a imobilidade, e quanto maior o período de imobilidade, maiores serão os danos ao organismo. Como a medula é o órgão responsável pela condução de estímulos aferentes e eferentes, quando ocorre uma lesão neste local, têm-se, como consequências, limitações no desempenho das atividades da vida diária (AVD), na realização das funções e em quesito social e psicológico. Afetando, portanto, diretamente a qualidade de vida do indivíduo, causando-lhe um estado de deficiência⁴. Em lesados medulares as úlceras por pressão (UP) juntamente com as infecções urinárias (IU) são uma das complicações mais frequentes e elas trazem um impacto negativo para as atividades da vida diária, atividades laborais (como absenteísmo) e relacionamentos sociais do paciente. Com isso, é de extrema importância a adoção de medidas preventivas para eliminar forças de pressão contínua, cisalhamento e fricção como forma de evitar as UP e IU, como com o uso da prancha ortostática⁵.

Segundo estudo de Toska, K. e Walloe, L., 2002, o ortostatismo induz a um aumento do tônus simpático e uma redução do tônus parassimpático, melhorando a função autonômica cardiovascular em lesados medulares⁶, o que pode influenciar na resistência desses indivíduos à episódios de hipotensão ortostática⁷.

Pensando nesta limitação, para permitir uma maior mobilidade e independência funcional foi desenvolvido no Brasil em 2009, um aparelho locomotor mecânico denominado “Up Rose” que possibilita indivíduos confinados a cadeira de rodas saírem da posição sentada e assumirem uma postura ortostática, permitindo o auto-deslocamento através de um controle manual por joystick, favorecendo assim, a mobilidade e o ajuste postural, prevenindo

complicações e deformidades decorrentes da deficiência física, permitindo uma vida mais pro-ativa, com ampliação das possibilidades de execução das tarefas de forma autônoma e principalmente promovendo uma melhora na auto-estima e qualidade de vida.

Portanto, há necessidade de estudos com equipamento no que se refere aos efeitos deste na saúde, especialmente no sistema cardiovascular – quanto a frequência cardíaca, pressão arterial e avaliações vasculares, além de averiguar a mobilidade e a aplicabilidade fora do ambiente domiciliar, como nas atividades laborais, e através destes estudos identificar os benefícios, impactos cardiovasculares e as limitações do equipamento. Logo, trata-se de uma pesquisa inovadora, pois, acredita-se que além de possibilitar inclusão e trazer benefícios quanto ao sistema cardiovascular da pessoa com deficiência, este estudo possa valorizar e potencializar as habilidades destes indivíduos, melhorando a autoestima e qualidade de vida.

MÉTODOS

A pesquisa ocorreu em instituição filantrópica de ensino superior de Vitória, Espírito Santo, sendo que a utilização do equipamento foi feita nos posto de trabalho determinados e as avaliações prévias foram realizadas em laboratório de fisioterapia e pesquisa da instituição na qual o estudo foi realizado.

A seleção do indivíduo foi feita de acordo com os critérios de inclusão utilizados, que foram: ser usuário de cadeira de rodas e lesado medular (grau completo); possuir vínculo empregatício com a instituição de ensino; sem lesão cardiovascular ou respiratória prévia; que não tivesse histórico de hipotensão postural recorrente ou lesão orgânica que impossibilitasse a utilização do aparelho assistivo. Já os critérios de exclusão foram: hipotensão postural recorrente; afastamento ou desligamento do trabalho durante o período da pesquisa; amputações de membro inferior; deformidades severas de coluna ou quaisquer deformidades que impeça assumir a postura ortostática; e fatores opostos aos critérios de inclusão citados.

A pesquisa foi aprovada no comitê de ética e pesquisa (CEP) da instituição. Foi assegurado o sigilo das informações, mediante a não identificação nominal do paciente. Foram respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da resolução 466/12. O voluntário concordou e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Caso: Paciente, 23 anos, sexo masculino, solteiro, ensino médio completo, procedente de Vila Velha-ES, apresenta diagnóstico de lesão medular ao nível C6-C7, utiliza a cadeira de rodas para locomoção há cinco anos e desempenha atividades laborais em instituição de ensino há dois anos e meio. Inicialmente, o indivíduo selecionado para pesquisa preencheu uma ficha de coletas de dados conforme apêndice A do projeto, contendo dados do perfil,

quanto a: idade, sexo, raça, tempo de cadeira de rodas, tipo lesão medular, tempo de serviço, tipo de função, e principais dificuldades encontradas no trabalho, desde o acesso até o desempenho de suas funções. Indivíduo não fazia previamente nem fez uso de nenhuma medicação antiespasmódica ou vasoativa durante o processo do estudo.

A seguir foi realizada avaliação do sistema cardiovascular, verificando condições que pudessem ser critérios excluidores da pesquisa, como presença de hipotensão postural ou vertigens recorrentes, o que não foi apontado. Além disso, o indivíduo voluntário foi submetido a exame de ecocardiograma transtorácico e eletrocardiograma para analisar possíveis presenças de doenças previamente estabelecidas, entretanto, os exames não revelaram alterações. Após completar a avaliação inicial, o indivíduo participante do estudo passou por uma adaptação ao equipamento para locomoção em postura ortostática com controle via joystick, sendo retirado progressivamente da cadeira de rodas para evitar e minimizar os efeitos súbitos adversos da postura ortostática, como vertigens e hipotensão. Para tanto, foi colocado 20 minutos inicialmente, acrescido de 20 minutos sucessivamente diariamente, até atingir 60 minutos contínuos na postura sem intercorrências. A cada 20 minutos acrescidos foram aferidas a pressão arterial e frequência cardíaca. Após adaptação inicial, as avaliações clínicas diárias ocorreram antes e após a jornada de trabalho em uso da tecnologia assistiva, que duraram regularmente 2 horas consecutivas por dia, por 8 semanas, conforme a descrição detalhada a seguir (Avaliação do Sistema Cardiovascular).

O participante da pesquisa, portanto, utilizou o equipamento diariamente por um período de um terço da sua jornada de trabalho e durante 8 semanas consecutivas. Além disso, o indivíduo participante foi avaliado quanto a sinais e sintomas e quanto a percepção quanto ao uso do equipamento, pontos positivos e pontos negativos.

Avaliação do Sistema Cardiovascular

Para avaliação da hemodinâmica foram mensuradas a frequência cardíaca, a pressão arterial sistólica e a pressão arterial diastólica do usuário, utilizando-se um esfigmomanômetro padronizado e calibrado e estetoscópio adequado, conforme os procedimentos recomendados pelas 7^a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial⁸. Esse protocolo instituído ocorreu em todas as avaliações nas 8 semanas de uso individual do equipamento nas seguintes situações: a) postura sentada na cadeira de rodas; b) ao término do tempo total de permanência no equipamento.

Foram analisados os resultados obtidos nessas avaliações da média final de todo processo de estudo. A avaliação vascular foi realizada através da inspeção da integridade de pele, principalmente região sacral, local frequente de desenvolvimento de úlceras de pressão devido a longa permanência em cadeira de rodas, inclusive no paciente. Os dados

coletados nas mensurações foram registrados e posteriormente tabulados para comparação e análise dos efeitos do equipamento no usuário.

RESULTADOS

O trabalhador atendeu aos critérios de inclusão referidos, além de ter aceitado participar do estudo e ter assinado termo de consentimento livre e esclarecido (de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde) para realização da pesquisa, obtendo-se os seguintes resultados (Tabela 1 e 2):

Avaliação Cardiovascular - Médias do Processo do Estudo

Tabela 2. FC: Frequência Cardíaca, PAS: Pressão Arterial Sistólica, PAD: Pressão Arterial Diastólica.

	Inicial	Após 2 horas de utilização
FC (bpm)	79,07	82,42
PAs (mmHg)	72,28	107,67
PAd (mmHg)	51,71	71,07

Em relação à avaliação da hemodinâmica, quando comparadas as médias do processo do estudo quanto frequência cardíaca antes e após o tempo de utilização verifica-se um aumento de 79,07 para 82,42, e quanto a avaliação da pressão arterial um aumento na pressão arterial sistólica de 72,28 para 107,67 após duras horas de utilização da tecnologia assistiva, e de 51,71 para 71,07 na aferição da pressão diastólica. A avaliação vascular realizada por meio inspeção da integridade de pele, porém não foram verificadas úlceras sacrais ou lesões de pele nas semanas de realização da pesquisa condizentes com longa permanência em uso de cadeira de rodas.

Na entrevista realizada após o protocolo, como pontos positivos do uso da tecnologia assistiva, o trabalhador citou a “facilidade em poder respirar” referindo-se a melhora da respiração durante o uso do equipamento, além de um maior rendimento em suas atividades laborais e treinos de esporte com a regularidade do uso do aparelho, manifestou ainda melhora inicial na resistência a hipotensão postural com a frequência da utilização. Como pontos negativos citou que manter-se em equilíbrio no Up Rose para realizar o alcance de determinados objetos foi uma das principais dificuldades no uso do aparelho, referindo ter uma maior e melhor locomoção e estabilidade em sua cadeira de rodas. Quando questionado sobre o uso da tecnologia como uma ferramenta nas atividades de trabalho, expôs que o aparelho assistivo seria mais bem aproveitado em ambiente domiciliar, devido à baixa velocidade e necessidade de maior estabilidade, dificultando assim, a agilidade nos processos laborais.

DISCUSSÃO

O tratamento de indivíduos com lesão medular consistiu-se principalmente nas bases da fisioterapia com diversos métodos terapêuticos a depender do nível, gravidade, grau de acometimento da lesão, entre outros fatores, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida. E dentre as opções sugeridas e acompanhadas estão a atividade física, como demonstrado por Salvador et al., 2004, levando a melhora na capacidade funcional e na qualidade de vida e o ortostatismo mantido do paciente, como a partir de pranchas ortostáticas, órteses, ou suportes parciais de peso, dentre outros métodos também a partir do mesmo princípio de postura vertical^{9,10}.

No entanto, também evidencia-se no estudo de Sibinelli et al., 2012, que a tolerância da posição ortostática nem sempre é suportada facilmente, devido às alterações no sistema nervoso autônomo contribuindo para o quadro de hipotensão postural, fator que foi verificado ao colocar o voluntário deste estudo no aparelho assistivo, notado com maior ênfase no início do estudo, o que é corroborado pela literatura¹⁰. Illman e colaboradores, 2000, relataram que 73,6% dos indivíduos com lesão medular sofrem de hipotensão ortostática durante os tratamentos de locomoção em ortostatismo.^{11,12} Outra dificuldade relacionada é a necessidade de tecnologias que permitam ao indivíduo adaptações com qualidade na adoção do ortostatismo levando a locomoção na postura vertical para a melhoria o processo de reabilitação e ao mesmo tempo manter conforto, independência e evitar intercorrências prejudiciais¹³.

O UP Rose é uma tecnologia assistiva associada ao ortostatismo que permite a pessoa com deficiência se locomover em ambiente domiciliar ou trabalhar em locais não diretamente adaptados, o que contribui para uma inclusão social direta, além de oferecer oportunidades de acesso a serviços, necessidades e atividades gerais, diversificando inclusive as possibilidades de atuações empregatícias¹⁴.

Tendo em vista que na literatura a respeito do aparelho encontram-se apenas estudos relacionados ao modelo e à segurança da ferramenta, o estudo em questão colocou-se a analisar aspectos, portanto, relevantes a impactos dinâmicos na saúde dos indivíduos, verificando possíveis efeitos cardiovasculares, além de obter informações a respeito de pontos positivos e negativos dessa adicional ferramenta em prol de benefícios a usuários. Os efeitos a partir de aparelhos atuantes com ortostatismo são benéficos à pessoa com deficiência, como o alongamento da musculatura de membros inferiores, prevenção de deformidades melhora do controle postural, além de aumento da autoestima, evidenciados na literatura⁷. Além disso, induz a aumento de tônus simpático e a uma redução do tônus parassimpático, o que melhora a função autonômica cardiovascular em lesados medulares podendo influenciar na resistência desses indivíduos à episódios de hipotensão ortostática, o que foi

verificado neste estudo, porém indica-se que o tempo necessário para melhor adaptação ao ortostatismo seja acompanhado por mais de 8 semanas para se ter uma ainda melhor resistência e com maior frequência⁶.

Ganhos em condicionamento físico foram apontados em entrevista com o voluntário, relatando melhor rendimento em sua prática de atividade física em cadeira de rodas. Em estudo de Faria et al., 2005 a partir de treino de marcha com suporte parcial de peso em indivíduos lesados medulares, encontrou-se benefícios comprobatórios quanto a ganho funcional ao associar distância e tempo percorrido a frequência cardíaca, com resultados relacionados a maior facilidade para transferências, melhora na mobilidade funcional e em resistência física¹⁵.

Segundo Neto et al., 2006, o período prolongado na posição ereta aciona mecanismos regulatórios que auxiliam na manutenção da pressão arterial, o que é ainda justificado e corroborado por Sibinelli et al., 2012, devido ao aumento de secreções hormonais, como adrenalina, noradrenalina e aldosterona, na postura vertical estimulando o sistema nervoso simpático e auxiliando na hemodinâmica do organismo, além da ativação de baroreceptores e atuação do sistema vestibular influenciando no aumento da frequência cardíaca e da resistência periférica, com resultados associados a isso verificados neste estudo, porém com dinâmica diferente, estando associado ao suporte parcial devido ao aparelho e especialmente a manutenção em ortostatismo^{10,16}.

Assim como verificado no estudo de treinamento locomotor em indivíduo com lesão medular completa de cervical de Harkema et al., 2008, este estudo demonstrou que o processo de treinamento por ortostatismo pode melhorar os parâmetros hemodinâmicos em indivíduos com lesão medular cervical completa, demonstrando que o indivíduo revelou um aumento na pressão arterial de repouso após utilização do aparelho e aumento da frequência cardíaca. E conforme também observado em estudo de Jeffries et al., 2015, indivíduos com lesão medular completa exibem respostas cardiovasculares durante o exercício suportado pelo peso corporal no que diz respeito ao aumento da frequência cardíaca, ponto verificado neste estudo.

CONCLUSÃO

Portanto, em relação a saúde pela utilização desse aparelho assistivo, sua associação demonstra estar ligada a benefícios cardiovasculares, sendo importante como ferramenta de desafio cardiovascular e dessa forma atuando de forma gradual para melhorar resistência física em ortostatismo, sendo relevante quanto a melhora hemodinâmica após sua utilização. Limitações quanto a amostra do artigo, sugerem a necessidade de mais estudos relacionados ao aparelho, porém indicam-se fatores favoráveis a utilização dessa tecnologia. Além disso,

sugere-se maior tempo de realização em próximos estudos para observação de efeitos a longo prazo. Outro ponto a se investigar está relacionado a análise de resposta gradual a hipotensão postural como forma de verificar estatisticamente ganhos nesse importante quesito relacionado ao ortostatismo e à pessoa com deficiência. Espera-se que o aparelho seja fator estimulante a sociedade como forma de inclusão social da pessoa com deficiência, possibilitando melhorias aos usuários tanto no âmbito domiciliar quanto em atividades laborais.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, M.F. et al. Epidemiologia da coluna vertebral. Revista Colégio Brasileiro, Cir. v.35 n.2 mar/abr. 2008.

FRANÇA, I.S.X. et al. Quality of life of adults with spinal cord injury: a study using the WHOQOL-bref. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 6, p. 1364-1371, dez. 2011.

NOGUEIRA, P.C. et al. Fatores de risco e medidas preventivas para úlcera de pressão no lesado medular. Experiência da equipe de enfermagem do HCFMRP-USP. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 35, n. 1, p. 14-23, 2002.

CATANIA, K. et al. PUPPI: Úlcera de pressão intervenções protocolo de prevenção AJN The American Journal of Nursing ,107, n.4, p.44-52, 2007.

TOSKA, K.; WALLOE, L. et al. Dynamic time course of hemodynamic responses after passive head-up tilt and tilt back to supine position. Journal of Applied Physiology, v. 92, n. 4, p. 1671-1676, 2002.

CALDEIRA, J.B. et al. Avaliação autonômica cardiovascular em indivíduos portadores de lesão medular completa submetidos ao teste de ortostatismo. Fisioterapia Brasileira, v. 10, n. 4, p. 252-257, 2009.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.

SALVADOR, L.A.; TARNHOVI, E.G. Estudo comparativo da qualidade de vida em indivíduos com trauma raquimedular praticantes e não praticantes de atividades físicas, utilizando o questionário genérico. SF-36, v. 20, p. 12, 2004.

SIBINELLI, M. et al. Efeito imediato do ortostatismo em pacientes internados na unidade de terapia intensiva de adultos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. V. 24, n. 1, p.64-70, 2012.

ILLMAN, A., STILLER, K., WILLIAMS, M. The prevalence of orthostatic hypotension during physiotherapy treatment in 1474 patients with an acute spinal cord injury. Spinal Cord. V. 38, 741– 747, 2000.

HARKEMA et al. Improvements in Orthostatic Instability with Stand Locomotor Training in Individuals with Spinal Cord Injury. Journal of Neurotrauma. V. 25:1467–1475, 2008.

NASCIMENTO, L.G., Silva, S.M.L. Benefícios da atividade física sobre o sistema cardiorrespiratório,

como também, na qualidade de vida de 37 portadores de lesão medular: uma revisão. RBPFEEX-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício.1(3):42–50. 2007.

PASSERINI, L.M.; PEREIRA, Ana Cristina Cypriano; MACHADO, Geraldo Ribas. Inclusion of People with Disabilities in the labor market: the Brazilian context approximations on the global. Education Sciences & Society.,v. 4, n. 2, p. 114-131. 2014.

FARIA, C.D.V. et al.Utilização do suporte de peso corporal em solo no treino de marcha do lesado medular. Acta Fisiátrica.12(1):21–5, Fev, 2005.

NETO, J.E. et al. Contribuição dos Grandes Vasos Arteriais na Adaptação Cardiovascular a Ortostase. Arquivos Brasileiros de Cardiologia.V. 87(2):209–22. Ago 2006.

Jeffries, E.C. et al. Energy Expenditure and Heart Rate Responses to Increased Loading in Individuals With Motor Complete Spinal Cord Injury Performing Body Weight–Supported Exercises. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. V. 96, Issue 8, Pages 1467–1473. 2015.

“Terapia Psicobiótica: uso de probióticos no equilíbrio imunológico

Karina Teixeira **Magalhães Guedes**
UFBA

RESUMO

Os psicobióticos são microrganismos probióticos que têm aplicação potencial no tratamento da saúde mental e física do hospedeiro. Os microrganismos psicobióticos podem regular as vias cerebrais e a produção de serotonina (controlador de humor). O consumo regular de probióticos tem um papel direto no equilíbrio imunológico do hospedeiro. Por meio de estratégias simples, como o uso de probióticos e uma dieta saudável com cereais, vegetais e frutas, cada pessoa pode melhorar o microbioma intestinal e manter o sistema gastrointestinal-saudável. A terapia psicobiótica tem propriedades antidepressivas, ansiolíticas e imunomodulatórias comprovadas. Assim, o uso da "Terapia Psicobiótica" na dieta diária é oportuno e ganha cada vez mais destaque. A terapia psicobiótica pode finalmente ser usada para reforçar o equilíbrio imunológico do hospedeiro contra patógenos, por exemplo: vírus, bactérias e fungos. Recentemente, em 2019-2020, o mundo sofre de uma pandemia contínua de COVID-19, uma doença respiratória aguda causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). Não existe uma justificativa científica do uso de probióticos para proteger, prevenir ou tratar especificamente a COVID-19. No entanto, apoio fortemente o reforço de nosso sistema imunológico por qualquer estratégia cientificamente válida, ajudando a manter uma diversidade da microbiota intestinal saudável e favorecendo o equilíbrio da saúde imunológica do hospedeiro.

Palavras-chave: Eixo intestinal-cérebro; Saúde do corpo; Alimentação saudável.

INTRODUÇÃO

Um sistema imunológico funcionando adequadamente é importante e essencial para combater as infecções por patógenos (Eberl, 2016). No presente paradigma, o sistema imunológico interage com o eixo intestino-cérebro para coordenar uma resposta ao perigo (Dinan et al., 2013; Ross, 2017; Magalhães-Guedes, 2020). O eixo intestino-cérebro é um sistema complexo que ajuda o corpo. Esse eixo envolve as funções do intestino com o cérebro, proporcionando boa saúde ao hospedeiro (Petra et al., 2015; Magalhães-Guedes, 2020).

Fatores externos como o uso de antibióticos, dieta inadequada e microrganismos patógenos afetam a saúde do hospedeiro (Petra et al., 2015; Wei et al., 2018). Com base nessas informações, é importante o uso de psicobióticos para reforçar o equilíbrio imunológico do hospedeiro contra patógenos (O'Mahony et al., 2015; Roshchina, 2016).

Em estudos anteriores, várias linhagens psicobióticas foram estudadas in vivo para melhorar a saúde mental do hospedeiro (O'Mahony et al., 2015; Roshchina, 2016; Sarkar et al., 2016; Ross, 2017). Quando os psicobióticos são usados por via oral na alimentação diários, eles são chamados de "Terapia Psicobiótica" (Sarkar et al., 2016; Ross, 2017). O uso de psicobióticos como terapia, com ênfase em suas propriedades para reforçar o sistema imunológico, é discutido aqui.

METODOLOGIA

Um estudo de pesquisa bibliográfica foi realizado para coletar dados e informações sobre "O uso de psicobióticos como terapia, com ênfase nas suas propriedades para reforçar o sistema imunológico". Os sites de pesquisa acessados foram: e-books, teses e banco de dados *Scielo*, *Google Scholar*, *Medline*, *Pubmed*, *Science Direct*, Periódicos Capes, e a Biblioteca virtual de saúde/alimentos. Os termos utilizados para as buscas foram: psicobióticos, probióticos, eixo microbioma-intestino-cérebro, sistema imunológico, *psychobiotics*, *probiotics*, *microbiome-gut-brain axis*, *immune system*. Trabalhos que não corresponderam às palavras pesquisadas, foram excluídos. O critério de exclusão também se aplicou aos artigos que, após a leitura, não se referiram ao objetivo principal do estudo. No total, 21 artigos foram selecionados e citados neste manuscrito.

DESENVOLVIMENTO

Psicobióticos

Os psicobióticos são cepas de microrganismos probióticos que têm aplicação potencial

no tratamento da saúde mental e física do hospedeiro (Dinan et al., 2013; Ross, 2017; Magalhães-Guedes, 2020). Os microrganismos psicobióticos podem regular as vias cerebrais e a produção de serotonina (controlador de humor). O uso regular de psicobióticos tem um papel direto no equilíbrio imunológico do hospedeiro (Martinowich e Lu, 2008; Sarkar et al., 2016; Cheng et al., 2019).

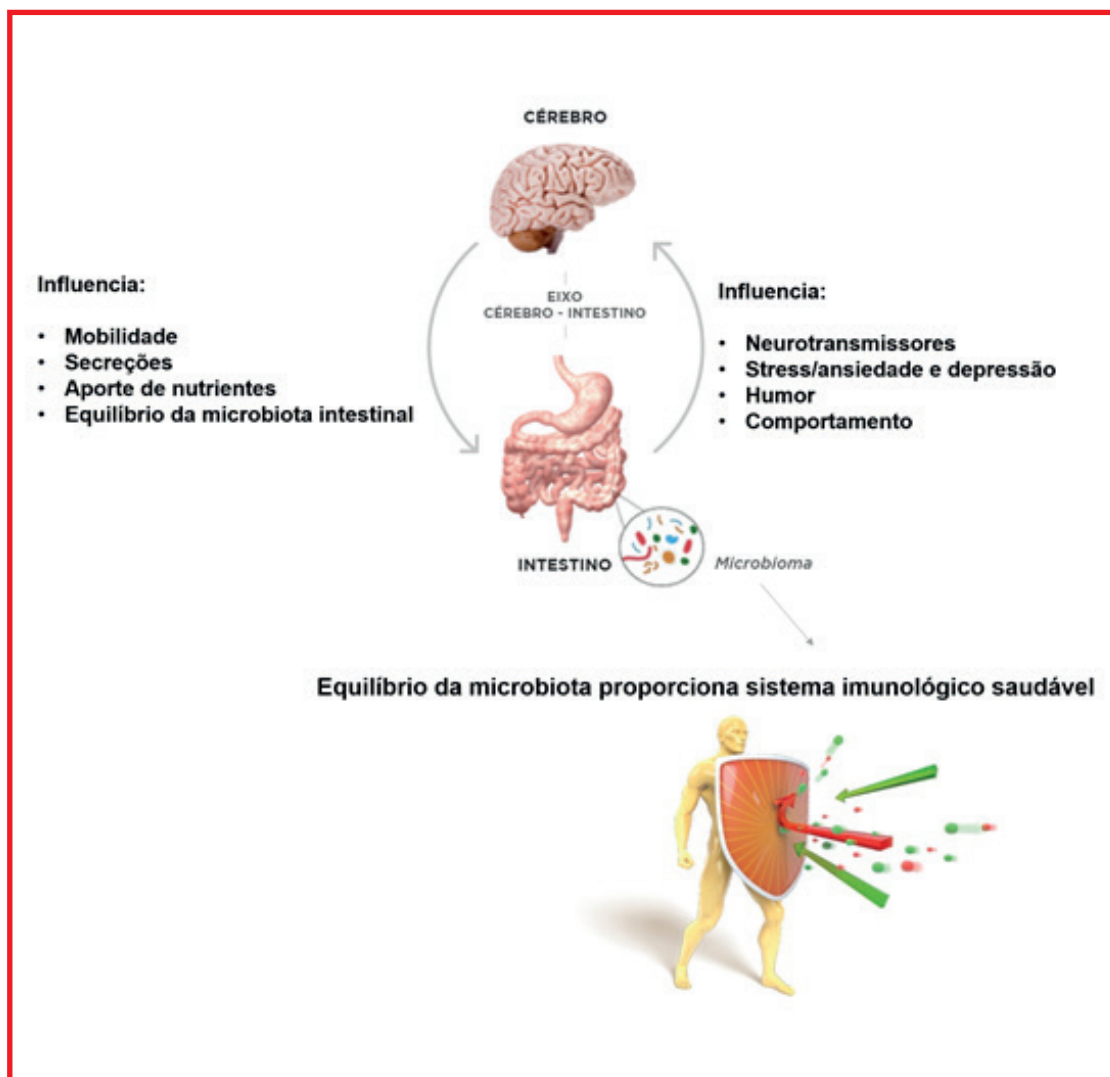
O estresse, mesmo em nível baixo, induz liberação excessiva de corticosterona e adrenocorticotrópico e desregula as funções do eixo adrenal (Sudo et al., 2004; Cheng et al., 2019). Além disso, citocinas pró-inflamatórias diminuem o nível de serotonina, o que leva a distúrbios psicológicos, como ansiedade/depressão e consequente diminuição da imunidade do hospedeiro (Silverman et al., 2012; Cheng et al., 2019). Várias cepas de bactérias do ácido láctico produzem serotonina. Os principais gêneros bacterianos são *Lactobacillus*, *Lactococcus* e *Bifidobacterium* (O'Mahony et al., 2015; Cheng et al., 2019). Portanto, o consumo regular de cepas probióticas é importante para o equilíbrio corporal, principalmente para manter o sistema imunológico saudável (O'Mahony et al., 2015; Roshchina, 2016; Cheng et al., 2019).

Eixo Intestino-Cérebro

De acordo com estudos anteriores, a conexão entre o equilíbrio intestinal e o bem-estar mental/funcional recebe o nome “Eixo Intestino-Cérebro”, que é um sistema complexo que ajuda o corpo (Figura 1). Esse eixo envolve as funções do intestino com o cérebro, proporcionando boa saúde ao hospedeiro (Petra et al., 2015; Ross, 2017; Wei et al., 2018; Magalhães-Guedes, 2020).

O eixo intestino-cérebro fornece uma comunicação corporal que pode causar várias consequências patológicas se houver desregulação funcional. Este eixo é regulado por funções neurais, produção hormonal e equilíbrio do microbioma intestinal. A modulação da função do eixo intestino-cérebro está associada a alterações específicas na resposta ao estresse/depressão e comportamento corporal (Bercik et al., 2012; Dinan et al., 2013; Ross, 2017; Magalhães-Guedes, 2020).

Figura 1 .Eixo Intestino-Cérebro.



Probióticos Na Resposta Imunológica Contra Patógenos

Estudos sobre a ação de microrganismos probióticos no sistema imunológico do hospedeiro são realizados há algum tempo. Bibliografias não recentes e recentes, a maioria dos estudos com bactérias do ácido láctico mostraram que os probióticos têm um efeito imunoestimulante em animais e no homem, embora os mecanismos pelos quais isso ocorre ainda não sejam totalmente compreendidos (Ross, 2017; Wang et al., 2020).

O efeito imunoestimulante pode estar relacionado à capacidade dos microrganismos probióticos em interagir com as placas de *Peyer* e as células epiteliais intestinais, estimulando as células B produtoras de IgA e a migração de células T do intestino (Cross, 2002; Wang et al., 2020). O uso regular de probióticos aumenta a atividade fagocítica dos macrófagos, estimulando o sistema imunológico (Wang et al., 2020).

Maasen et al. (2000) provaram que a síntese de citocinas pela mucosa intestinal depen-

dia das cepas de *Lactobacillus*. Os autores realizaram uma seleção cuidadosa de cepas de *Lactobacillus* quanto ao potencial probiótico. *Lactobacillus casei* foi a cepa que apresentou melhor atividade no efeito imunomodulador.

Lactobacillus rhamnosus reduziu a morbidade de *Escherichia coli* O157: H7 em camundongos infectados experimentalmente, estimulando o aumento da atividade de macrófagos e anticorpo IgA (Shu e Gill, 2002). Perdígón et al. (1999) demonstraram que *Lactobacillus casei* e *Lactobacillus plantarum* interagiram com as células M das placas de Peyer, estimulando uma imunidade secretória específica.

Shu et al. (2001) relataram que leitões tratados com *Lactobacillus lactis* HN109 apresentaram diarreia diminuída associada ao Rotavírus, aumentando os anticorpos contra patógenos específicos no trato gastrointestinal. O tratamento também aumentou a concentração de neutrófilos no sangue e a resposta proliferativa dos linfócitos T.

DISCUSSÃO

Vários estudos científicos mostraram a importância do eixo intestino-cérebro-microbioma (Bercik et al., 2012; Dinan et al., 2013; Ross, 2017; Magalhães-Guedes, 2020; Wang et al., 2020). O eixo intestino-cérebro-microbioma provou ser fundamental para o bem-estar do hospedeiro. Durante algum tempo, o cérebro foi pesquisado exclusivamente para a origem das doenças psiquiátricas (Cross, 2002; Dinan et al., 2013). No entanto, outras fontes de pesquisa estão na literatura. Existem evidências na literatura sobre a capacidade do microbioma intestinal em modular o sistema imunológico através do eixo intestinal-cérebro (Ross, 2017; Magalhães-Guedes, 2020; Wang et al., 2020).

A disbiose intestinal afeta o sistema imunológico do hospedeiro (Dinan et al., 2013; Ross, 2017; Magalhães-Guedes, 2020; Wang et al., 2020). A influência do microbioma no eixo intestinal-cérebro é justificada pelo crescente estudo de psicobióticos nas mais diversas áreas, como ciências da saúde, microbiologia, neurologia, biotecnologia e ciências de alimentos. O eixo intestino-cérebro deve ser considerado como um "órgão virtual" do hospedeiro, dada a sua importância para o equilíbrio mental e físico. O combate à disbiose intestinal em um indivíduo ao longo do tempo se torna essencial na prevenção de condições patológicas. O desenvolvimento de novas terapias, como a "terapia psicobiótica", é extremamente importante. A literatura mostra que a disbiose intestinal interfere no equilíbrio do eixo intestino-cérebro e consequente declínio imune do hospedeiro (Dinan et al., 2013; Ross, 2017; Magalhães-Guedes, 2020; Wang et al., 2020).

Por meio de estratégias simples, como o uso de probióticos e uma dieta saudável com cereais, vegetais e frutas (por exemplo, suco de laranja como prebiótico no equilíbrio da microbiota intestinal e índice glicêmico/lipídico (Fidélis et al., 2020)), cada pessoa pode

melhorar o microbioma intestinal e manter o sistema intestinal-saudável. A terapia psicobiótica tem propriedades antidepressivas/ansiolíticas comprovadas (Silverman et al., 2012; O'Mahony et al., 2015; Roshchina, 2016). Assim, o uso da "Terapia Psicobiótica" na dieta diária é oportuno e ganha cada vez mais destaque. A terapia psicobiótica pode finalmente ser usada para reforçar o equilíbrio imunológico do hospedeiro contra patógenos, por exemplo: vírus (Shu et al. 2001; Ross, 2017), bactérias e fungos (Vitini et al., 2000; Shu e Gill, 2002; Ross, 2017 ; Wang et al., 2020).

Recentemente, em 2019-2020, o mundo sofre com uma pandemia contínua de COVID-19, uma doença respiratória aguda causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). Não existe uma justificativa científica do uso de probióticos para proteger, prevenir ou tratar especificamente a COVID-19. No entanto, apoia fortemente o reforço de nosso sistema imunológico por qualquer estratégia cientificamente válida, ajudando a manter uma diversidade da microbiota intestinal saudável e favorecendo o equilíbrio do eixo intestino-cérebro (Cross, 2002; Bercik et al., 2012; Dinan et al., 2013; Ross, 2017; Cheng et al., 2019; Fidélis et al., 2020; Magalhães-Guedes, 2020; Wang et al., 2020).

CONCLUSÃO

A terapia psicobiótica, ou seja, o uso diário de microrganismos probióticos combinados a uma dieta saudável e equilibrada com prebióticos e alimentos naturais nutritivos, pode ajudar-nos a reforçar nosso sistema imunológico durante o surto de COVID-19 e também contra outros patógenos oportunistas bacterianos, fúngicos e virais.

Agradecimentos

O autor agradece a Universidade Federal da Bahia – UFBA e ao CNPq pelo suporte nas diversas pesquisas científicas na área.

REFERÊNCIAS

Bercik, P., Collins, S. M., Verdu, E. F. (2012). Microbes and the gut-brain axis. *Neurogast. Mot.* 24, 405–413. doi: 10.1111/j.1365-2982.2012.01906.x

Cheng, L-H., Liu, Y-W., Wu, C-C., Wang, S., Tsai, Y-C. (2019). Psychobiotics in mental health, neurodegenerative and neurodevelopmental disorders. *J. Food Drug Analysis.* 27, 632-648. doi: 10.1016/j.jfda.2019.01.002

Cross, M. L. (2002). Microbes versus microbes: immune signals generated by probiotic lactobacilli and their role in protection against microbial pathogens. *FEMS Immunol. Medical Microbiol.* 34, 245-253. doi: 10.1111/j.1574-695X.2002.tb00632.x

Dinan T. G., Stanton, C., Cryan, J. F. (2013). Psychobiotics: a novel class of psychotropic. *Biol.*

Psychiatry. 74, 720-726. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.05.001

Eberl, G. (2016). Immunity by equilibrium. *Nature reviews. Immunol.* 16, 524-532. doi: 10.1038/nri.2016.75

Fidélis, M., Milenkovic, D., Sivieri, K., Cesar, T. (2020). Microbiota modulation and effects on metabolic biomarkers by orange juice: a controlled clinical trial. *Food Funct.* 26, 1599-1610. doi: 10.1039/c9fo02623a

Maassen, C. B., van Holten-Neelen, C., Balk, F., den Bak-Glashouwer, M. J., Leer, R. J., Laman, J. D., Boersma, W. J., Claassen, E. (2000). Strain-dependent induction of cytokine profiles in the gut by orally administered *Lactobacillus* strains. *Vaccine.* 18, p.2613-2623. doi: 10.1016/s0264-410x(99)00378-3

Magalhães-Guedes, K. T. (2020). The Dialogue between the Intestine-brain Axis: What is the Role of Probiotics?. *Asian Food Sci. J.* 14, 23-27. doi: 10.9734/afsj/2020/v14i330131

Martinowich K., Lu, B. (2008). Interaction between BDNF and serotonin: role in mood disorders. *Neuropsychopharmacology.* 33, 73-83. doi: 10.1038/sj.npp.1301571

O'Mahony, S. M., Clarke, G., Borre, Y. E., Dinan, T. G., Cryan, J. F. (2015). Serotonin, tryptophan metabolism and the brain-gut-microbiome axis. *Behav. Brain Res.* 277, 32-48. doi: 10.1016/j.bbr.2014.07.027

Perdigón, G., Vintiñi, E. O., Alvarez, S., Medina, M. B-A., Médici, M. (1999). Study of the possible mechanisms involved in the mucosal immune system activation by lactic acid bacteria. *J. Dairy Sci.* 82, 1108-1114. doi: 10.3168/jds.S0022-0302(99)75333-6

Petra, A. I., Panagiotidou, S., Hatziagelaki, E., Stewart, J. M., Conti, P., Theoharides, T. C. (2015). Gut-microbiota-brain axis and effect on neuropsychiatric disorders with suspected immune dysregulation. *Clinical Therap.* 37, 984–995. doi: 10.1016/j.clinthera.2015.04.002

Ross, S. M. (2017). Microbiota in Neuropsychiatry, Part 3 Psychobiotics as Modulators of Mood Disorders. *Holist. Nurs. Pract.* 31, 270-273. doi: 10.1097/HNP.0000000000000223

Roshchina, V. V. (2016). New trends and perspectives in the evolution of neurotransmitters in microbial, plant, and animal cells. *Adv. Exp. Medicine Biol.* 874, 25-77. doi: 10.1007/978-3-319-20215-0_2

Sarkar, A., Lehto, S. M., Harty, S., Dinan, T. G., Cryan, J. F., Burnet, P. W. J. (2016). Psychobiotics and the manipulation of bacteria-gut-brain signals. *Trends Neuroscien.* 39, 763-781. doi: 10.1016/j.tins.2016.09.002

Shu, Q., Gill, H.S. (2002). Immune protection mediated by the probiotic *Lactobacillus rhamnosus* HN001 (DR20ä) against *Escherichia coli* O157: H7 infection in mice. *FEMS Immunol. Medical Microbiol.* 34, 59-64. doi: 10.1111/j.1574-695X.2002.tb00603.x

Shu, Q., Qu, F., Gill, H.S. (2001). Probiotic treatment using *Bifidobacterium lactis* HN019 reduces weanling diarrhoea associated with Rotavirus and *Escherichia coli* infection in a piglet model. *J. Pediat. Gastroenterol. Nutr.* 33, 171-177. doi: 10.1097/00005176-200108000-00014

Silverman, M. N., Sternberg, E. M. (2012). Glucocorticoid regulation of inflammation and its functional correlates: from HPA axis to glucocorticoid receptor dysfunction. *Annals New York Acad. Sci.* 1261, 55-63. doi: 10.1111/j.1749-6632.2012.06633.x

Sudo, N., Chida, Y., Aiba, Y., Sonoda, J., Oyama, N., Yu, X. N., Kubo, C., Koga, Y. (2004). Postnatal

microbial colonization programs the hypothalamic-pituitary-adrenal system for stress response in mice. *J. Physiol.* 558, 263-275. doi: 10.1113/jphysiol.2004.063388

Wang, Y., Jiang, Y., Deng, Y., Yi, C., Wang, Y., Ding, M., Liu, J., Jin, X., Shen, L., He, Y., Wu, X., Chen, X., Sun, C., Zheng, M., Zhang, R., Ye, H., Na, H., Wong, A. (2020). Probiotic Supplements: Hope or Hype?. *Front. Microbiol.* 11:160. doi: 10.3389/fmicb.2020.00160

Wei, X., Zhao, J., Jia, X., Zhao, X., Li, H., Lin, W., Feng, R., Yuan, J. (2018) Abnormal Gut Microbiota Metabolism Specific for Liver Cirrhosis. *Front. Microbiol.* 9:3051. doi: 10.3389/fmicb.2018.03051

“ Tratamento da síndrome compartimental: Artigo de atualização

Paula Lavigne de Sousa **Costa**
UNIFAMAZ

Caroline Lobato **Pantoja**
UNIFAMAZ

Andrey de Almeida **Carneiro**
CESUPA

Fábio Brito **Braga**
UEPA

Amanda Freitas Teixeira da **Silva**
UNIFAMAZ

Tabata Valéria Leão **Barros**

Bernardo Felipe Santana de **Macedo**
UNIFAMAZ

Andrew Silva **Matos**

Matheus Benedito Sabbá **Hanna**
UNIFAMAZ

RESUMO

Objetivo: Apresentar, descrever e discutir os achados da literatura referentes ao tratamento da síndrome compartimental. **Método:** Os dados foram coletados mediante revisão da literatura utilizando os descritores: síndrome compartimental, tratamento da síndrome compartimental; e como base em artigos publicados nos últimos 5 anos nas bases de dados Scientific Electronic Library (SciELO), Lilacs, MedLine e Pubmed. Como critérios de inclusão foram estabelecidos artigos originais e de revisão publicados na íntegra na forma on-line nos idiomas português, espanhol e inglês no período de 2014 a 2019, utilizando os descritores supracitados nos respectivos idiomas. Incluindo-se também artigos fora do período supracitado desde que considerados extremamente relevantes. Como critérios de exclusão utilizou-se artigos publicados fora do período estabelecido, artigos que não tratavam diretamente da síndrome compartimental e que foram considerados com informações repetitivas. **Resultados:** Foram coletados 80 artigos científicos, nos quais 40 trabalhos dentro dos critérios de inclusão. **Conclusões:** A fasciotomia persiste como o método mais efetivo para o tratamento da síndrome compartimental, porém mais pesquisas devem ser desenvolvidas na busca por prover novos meios de reduzir os efeitos adversos da SC.

Palavras-chave: Síndrome compartimental; Fasciotomia; Tratamento não cirúrgico.

INTRODUÇÃO

A Síndrome compartimental (SC) é definida como qualquer elevação na pressão intersticial dentro do compartimento ósseo-fascial, assim como da elevação da pressão intra-abdominal (PIA), causando elevada morbidade e mortalidade (VOLKMANN R, 1881). Suas consequências são diversas, cursando desde a perda da função de um membro, amputação e óbito. Sua prevalência é difícil de ser definida, pois muitas vezes não são diagnosticados durante a fase inicial da síndrome. Os atletas constituem a porção da população com maior incidência dessa patologia, sendo as mulheres dez vezes mais afetadas que os homens (DONALDSON J, et al, 2014).

A elevação da pressão dentro de um compartimento osteomuscular ou abdominal fechado gera o comprometimento microvascular e pode evoluir com hipóxia e necrose tecidual. Assim, apesar de trata-se de um processo local, pode também gerar consequências sistêmica, como por exemplo, hipovolemia, rabdomiólise, desequilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico, falência renal e morte (LAWENDY AR, et al., 2016). Faz-se necessário entender que há 2 tipos principais de SC: SC muscular, que ocorre dentro do compartimento miofascial; e SC abdominal, observada no interior do compartimento da cavidade abdominal, é uma evolução grave do aumento na pressão nesse compartimento abdominal (TWSACS, 2017). A SC muscular pode ser classificada em aguda ou crônica, de acordo com seu tempo de evolução (VOU KEUDELL AG, et al., 2015; SILVA APS, et al., 2015; BAUMFELD D, et al., 2017).

A síndrome compartimental tem como características de sua fisiopatologia a promoção do estresse oxidativo, um distúrbio baseado no desequilíbrio entre agentes oxidantes e antioxidantes, em favor a geração de radicais livre ou em detrimento da velocidade de remoção destes (SIES H, et al., 2017). Tais oxidantes, também denominados espécies reativas de oxigênio (ERO's) são instáveis e promovem grande dano celular, a partir de reações de oxidação-redução com moléculas orgânicas, tais como fosfolipídios, proteína e DNA. Essas espécies são caracterizadas pela sua toxicidade e capacidade de gerar injúria, caracterizando a síndrome de isquemia e reperfusão (SIR) (CAMPOS MTG, et al., 2017). Estes efeitos podem ser minimizados por técnicas que promovem tolerância a SIR, como o condicionamento isquêmico que consiste em ciclos alternados de Isquemia e Reperfusão para proteger o órgão dos efeitos negativos da IR, podendo ser feito antes (pré-condicionamento), durante (per-condicionamento) ou após (pós-condicionamento) o período isquêmico principal (HAUNSELOY DJ, et al., 2016; LEJAY A., et al., 2016).

O tratamento padrão ouro da SC fundamenta-se na fasciotomia, que consiste em procedimento cirúrgico em que a fáscia muscular é cortada para aliviar a pressão e tratar a perda circulatória. Entretanto diversas complicações podem derivar deste manejo cirúrgico,

como infecções e dor intensa. Porém diversas complicações podem derivar deste manejo cirúrgico. Por isso, diversas pesquisas têm sido realizadas para alcançar métodos igualmente eficazes, porém que proporcionem uma melhor recuperação ao paciente e menor risco de complicações. Nesse sentido, este artigo buscar reunir os aspectos mais relevantes e atuais do tratamento da SC disponíveis na literatura médica, a fim de difundir o conhecimento da mesma.

MÉTODOS

Tal revisão foi construída baseando-se no método PRISMA, o qual é constituído por um *check list* de 27 itens, os quais buscam direcionar e padronizar o processo de construção de revisões de literatura (GALVÃO TF, et al., 2015). Os dados foram coletados mediante revisão de literatura utilizando descritores com base no DECs e MeSH, como: “Síndrome compartimental”, “Fasciotomia”, “Tratamento não cirúrgico”. Além disso, esses descritores também foram combinados da seguinte maneira: Síndrome compartimental *AND* fasciotomia, Síndrome compartimental *AND* Tratamento cirúrgico, Síndrome compartimental *AND* Tratamento.

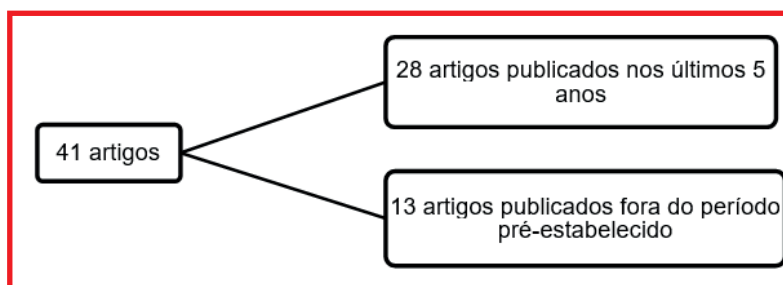
Utilizou-se como base de dados a Scientific Electronic Library (Scielo), Lilacs, MedLine, Pubmed. Como critérios de inclusão foram estabelecidos artigos originais e de revisão publicados na íntegra na forma on-line nos idiomas português, espanhol e inglês no período de 2014 a 2019, utilizando os descritores supracitados nos respectivos idiomas. Também foram incluídos artigos fora do período supracitado, desde que considerados extremamente relevantes pelos autores. Como critérios de exclusão utilizou-se artigos publicados fora do período estabelecido, artigos que não tratavam diretamente da síndrome compartimental e que foram considerados com informações repetitivas. Dissertações, capítulos de livros e manuscritos também foram excluídos, bem como artigos que não apresentaram no título, resumo ou texto o assunto abordado nesta revisão. Tal seleção de critérios de inclusão e exclusão justifica-se pela busca da construção de uma revisão bibliográfica atual com base em artigos disponíveis nos principais idiomas e nas principais bases de dados da literatura médica. Os autores reconhecem a existência de riscos de viés por parte dos mesmos durante a construção deste trabalho, assim como risco de viés provenientes dos autores dos artigos utilizados.

A seleção dos artigos a partir dos descritores citado foi realizada em 3 etapas: Etapa 1: Leitura dos títulos e exclusão daqueles que não se adequaram aos critérios de inclusão ou exclusão, Etapa 2: Leitura somente dos resumos dos artigos permitidos a partir da realização da etapa 1 e eliminação daqueles que não se encontraram adequados nos critérios de inclusão, Etapa 3: Leitura na íntegra de todos os artigos restantes das etapas anteriores.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Foram selecionados 80 artigos por meio dos descritores nas bases de dados citadas, dos quais apenas 40 foram mantidos a partir da análise dos critérios de inclusão e exclusão.

Figura 1. Divisão dos artigos de acordo com o período de publicação



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tratamento Cirúrgico

A pressão intracompartimental resulta em sofrimento tecidual com redução do fluxo sanguíneo e consequente necrose muscular. Desse modo, faz-se necessária a realização de procedimentos cirúrgicos descompressivos, os quais apresentam resultados mais eficazes em comparação com tratamentos não cirúrgicos (JAUREGUI J, et al., 2016).

A síndrome compartimental relacionado a sobrecarga relacionado ao esforço físico, a dor tende a desaparecer em repouso, porém o membro ainda poderá isquemiarse na ausência de tratamentos (CRENSHAW AH, 1996). Por isso, a terapia é considerada fundamental e, em alguns casos, urgente.

Os primeiros cuidados a serem providenciados são a identificação e remoção de todas as forças compressivas externas, como hematoma, tumor e edema. É fundamental, também, a avaliação precoce de hipovolemia, acidose metabólica, mioglobulinemia a fim de identificar possível comprometimento renal. Administração de fluidos por via intravenosa e suplementação de oxigênio pode ser necessária durante o tratamento, assim como análise bioquímica do sangue e urinálise. Deve-se, também, assegurar a condição normotensa do paciente. O adequado manejo de pacientes acometidos pela síndrome compartimental envolve uma atuação multidisciplinar podendo requerer a atuação de outras especialidades médicas como ortopedia (RAZA H, et al., 2015), cirurgia vascular (FRINK M, et al., 2009) e cirurgia plástica (DONALDSON J, et al., 2014).

Nesse sentido, destaca-se a fasciotomia (CONE J, et al., 2017; DAI AZ, et al., 2017; VOLETI PB, et al., 2015, POZZI A, et al., 2014), como método cirúrgico de escolha, que resulta na descompressão dos compartimentos musculares (CAMPOS MTG, 2018). Entretanto,

há outros procedimentos que podem ser realizados, como endoscopia, mais recentemente, visando redução iatrogênicas, procedimentos minimamente invasivos. Além disso, diferente do que se acreditava alguns anos atrás, o valor da pressão compartimental no pré-operatório não tem valor prognóstico significativo (WINKES MB, et al., 2012; BIEDERT RM, et al., 1997; BOODY AR, et al., 2005).

O método de fasciotomia tradicional apresenta maior chance de infecção (BLAIR JÁ, et al., 2016) e longos períodos de processo cicatricial, de modo que o tempo de retorno às atividades cotidianas e que exigem maiores esforços é mais prolongada. Outros possíveis desfechos decorrentes do método tradicional de fasciotomia consistem em hematomas, lesão de nervos e vasos, adesão fascial e hemorragia do membro. Nesse sentido, Malffulli N, et al, 2015 publicou estudos que avaliaram a fasciotomia minimamente invasiva para tratamento da síndrome compartimental lateral ou anterolateral não traumática em atletas e seus resultados evidenciaram que 94% dos pacientes retornaram às atividades esportivas em 8 a 13 semanas.

Dentre técnicas minimamente invasivas presentes na literatura, Voleti PB, et al., 2015 descreveu a técnica de fasciotomia técnica endoscópica, que resultou em baixa taxa de complicações e recuperação rápida, permitindo o retorno de atletas ao esporte em pouco tempo. Enquanto Pozzi A, et al., 2014 descreveu uma fasciotomia assistida por endoscopia com uma mini-incisão.

Foi descrito na literatura que a liberação incompleta do compartimento fascial resultava em retorno dos sintomas em 44,7% dos pacientes, então, Mathis KE, et al., 2015. Demonstrou que há uma forte relação entre o comprimento da fasciotomia e a diminuição da pressão dentro do compartimento. Estabeleceu, também, que deve haver liberação de pelo menos 90% do compartimento fascial acometido para retorno da pressão intracompartimental para níveis basais. Há relato, também, do emprego da sutura elástica como auxiliador no fechamento definitivo da incisão da fasciotomia que permitiu a sutura secundária e dispensou o uso de autoenxertia cutânea, técnica de manejo fácil e de baixo custo. Assim o procedimento se torna menos custoso e contribui para menor tempo de hospitalização quando comparada com a técnica a vácuo (CASTELO BRANCO PSM, et al., 2017).

A fasciectomia, em geral, tem melhores resultados que a fasciotomia. A fasciectomia pode ser realizada por meio de uma incisão longitudinal ou incisão transversal curta seguida de ressecção longitudinal de uma faixa da fáscia, utilizando para isso uma tesoura longa (ALMEIRA MJ, 2016).

Enquanto Amputação é indicada em casos de diagnóstico tardio, na qual não há função muscular e há trauma significativo no membro, ressaltando a importância da descoberta precoce da patologia (DONALDSON J, 2014). A SC no antebraço é pouco usual, mas pode

ser vista em traumas automobilísticos, por exemplo. Os poucos estudos que pesquisaram os métodos de tratamento para tal concluíram que a fasciotomia e a fasciectomia foram igualmente efetivas (CROUZET P, 2009).

Quanto à Síndrome Compartimental Abdominal (SCA), considera-se a PIA normal entre 2 a 7 mmHg, sendo hipertensão intrabdominal acima de 12 mmHg. Enquanto valores acima de 30 mmHg com falência de órgãos refratária às demais terapias já indica o tratamento cirúrgico de escolha, que consiste na laparotomia descompressiva (TWSACS, 2017; MALUSO P, et al., 2015).

A não descompressão resulta em má perfusão sanguínea intestinal, redução da circulação esplâncnica, insuficiência renal aguda pré-renal, diminuição do retorno venoso cardíaco e compressão da veia cava inferior, podendo resultar em acidose metabólica e colapso cardiovascular (MALUSO P, et al., 2015). O pós-operatório da SCA é caracterizado principalmente pela dor, logo uma analgesia adequada deve ser prescrita de modo regular. Além disso, o paciente deve ser monitorado cautelosamente devido possíveis complicações que podem vir a surgir, como rabdomiólise e falência renal aguda (DONALDSON J, 2014).

Tratamento Não Cirúrgico

Diversos estudos têm sido realizados na busca por minimizar ou melhorar os traumas decorrente da cirurgia, como reduzir o tempo cirúrgico ou evitar infecções. As terapêuticas não medicamentosas mais eficazes são aquelas que evidenciam a parada do exercício ou diminuição da intensidade do mesmo, no caso de atletas. Entretanto, a dor tende a voltar gradualmente ao longo do tempo. Dentre os estudos realizados, testou-se o uso da fenilefrina e da dobutamina, as quais mostraram-se efetivas na elevação da pressão sanguínea quando usadas sequencialmente. Mostrou-se que a fenilefrina tem seu efeito diminuído ao longo do tempo, sendo necessário o uso da dobutamina após algumas horas, de modo que podem ser considerados como alternativa para o tratamento cirúrgico, pois possuem eficácia similar à fasciotomia (LIU D, 2015; LIU D, 2015). Outros artigos apontam o tratamento somente com uso de fisioterapia com Terapia Funcional Manual, o qual teve bons resultados.

Há o relato de emprego de medicamentos para o tratamento de SC classificada como leve na região do quadríceps, após contusão durante partida de futebol. Tratamento iniciado com bandagem compressiva para limitar expansão de edema, seguido de elevação da extremidade afetada e posteriormente a infusão intravenosa de metilprednisolona juntamente com analgésicos (paracetamol + matamizol). Evidenciou-se uma melhora clínica substancial com redução do edema e dor, permitindo flexão do membro em 70°. Assim em casos leves, a administração de corticosteróides intravenosos (prednisona 1 mg / kg / dia) pode ajudar a reduzir a inflamação, mas sempre sob observação médica e controle clínico frequente

(PABLO-MÁRQUEZ B, et al., 2014).

Foi evidenciado também o uso da toxina botulínica A (BoNT-A) em pacientes com síndrome compartimental anterior ou anterolateral. As injeções da toxina foram guiadas por estimulação elétrica. Os autores concluíram que a BoNT-A reduziu a pressão intramuscular nos compartimentos envolvidos (RAJASEKARAN S, et al., 2016; HELMHOUT PH, et al., 2015; ISNER-HOROBETI ME, et al., 2013). Estudos

tem sido feito buscando o manejo mais adequado para diminuir as consequências da SCA nos demais órgãos. Nesse sentido, comprovou-se que a melanocortina receptor agonista RO27-3225, já conhecida por suas propriedades anti-inflamatórias, é capaz de reduzir os danos cerebrais decorrentes da inflamação, reduzir o edema, produzir efeito neuroprotetor, além de reduzir o dano a outros órgãos como coração e pulmões (LIU D, et al, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síndrome compartimental é uma doença complexa e de difícil diagnóstico em seu estágio inicial que pode se manifestar de forma aguda ou crônica. Esta síndrome é uma urgência médica que necessita de tratamento imediato, visando minimizar o risco de complicações, como em casos mais graves, que podem gerar a perda funcional de um tecido. Dessa forma, é consenso que a fasciotomia é o melhor método cirúrgico a ser desenvolvido nessas situações, mesmo diante de suas possíveis consequências. Entretanto, pesquisadores buscam por métodos menos invasivos e com menor chance de complicações. Porém, ainda há poucas evidências que sustentem a efetividade dos tratamentos não cirúrgicos quando comparados à fasciotomia. Dessa forma, é fundamental que pesquisas continuem a ser desenvolvidas visando o desenvolvimento de um método efetivo que evite as complicações decorrentes da cirurgia com objetivo de prover uma recuperação mais rápida e menos invasiva aos pacientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIRA MJ. Síndrome do aprisionamento poplíteo e síndrome compartimental crônica dos membros inferiores: desafios no diagnóstico e tratamento. J Vasc Bras, 2016 15(4):265-267

BAUMFELD D, et al. Síndrome comparitmental aguda não traumática em atleta de futebol tratada por fasciotomia descompressiva segmentar: Relato de caso. Revista Brasileira de Ortopedia, São Paulo, 2017.

BEETSCH JW, et al. Xantine oxidase derived superoxide causes reoxygenation injury of ischemic cerebral endothelial cells. Brain. Res. v.786, p.89-95,1998.

BIEDERT RM, MARTI B. Intracompartmental pressure before and after fasciotomy in runners with chronic deep posterior compartment syndrome. Int J Sports Med. 1997;18(5):381-386.

- BLAIR JA, et al. Infection and Nonunion After Fasciotomy for Compartment Syndrome Associated with Tibia Fractures. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 2016, 30(7), 392–396.
- BOODY AR, WONGWORAWAT MD. Accuracy in the measurement of compartment pressures: a comparison of three commonly used devices. *J Bone Joint Surg Am*. 2005;87(11):2415-2422.
- CAMPOS MTG, LEME FOP. Estresse oxidativo: fisiopatogenia e diagnóstico laboratorial. *Pubvet*, v.12, n.1, a10, p.1- 8, Jan. 2018.
- CARDEN DL, GRANGER DN. Pathophysiology of ischemia-reperfusion injury. *J. Pathol.* V. 190, p.255-66,2000.
- CASTELO BRANCO PSM, et al. (2017). Sutura elástica no fechamento de fasciotomia para tratamento de síndrome compartimental associada à fratura da tíbia. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 52(1), 103–106.
- CONE J, INABA K. Lower extremity compartment syndrome. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, 2017.
- CRENSHAW AH. *Cirurgia Ortopédia de Campbell*. 8ed. Manole; 1996; p.2033-2034, vol.3.
- CROUTZET P, CHASSAT R, MASMEJEAN EH. Mini-invasive surgery for chronic exertional compartment syndrome of the forearm: a new technique. *Tech Hand Up Extrem Surg* 2009;13:137-40.
- DAI AZ, et al. Open 4-Compartment Fasciotomy for Chronic Exertional Compartment Syndrome of the Leg. *Arthroscopy techniques*, 2017; 6(6), e2191-e2201.
- PABLO-MÁRQUEZ B, et al. Síndrome compartimental aguda. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 2014. 40(4), 226– 228.
- DONALDSON J, HADDAD B, KHAN WS. (2014). The Pathophysiology, Diagnosis and Current Management of Acute Compartment Syndrome. *The Open Orthopaedics Journal*, 8(1), 185–193. doi:10.2174/1874325001408010185
- FERRARI R. Pathophysiological vs biochemical ischaemia: a key to transition from reversible to irreversible damage. *Eur. Heart. J. Supp.* v.3. p.2-10,2001.
- FRINK M, et al. Compartment Syndrome of the Lower Leg and Foot. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2009, 468(4), 940–950.
- GALASSO G, et al. (2013). No-Reflow Phenomenon. *Angiology*, 65(3), 180–189. doi:10.1177/0003319712474336
- HAUNSELOY DJ, YELLON DM. Ischaemic conditioning and reperfusion injury. *Nature Reviews Cardiology*, 2016, 13(4), 193–209. doi:10.1038/nrcardio.2016.5
- HELMHOUT PH, et al. The Effectiveness of a 6-Week Intervention Program Aimed at Modifying Running Style in Patients with Chronic Exertional Compartment Syndrome: Results from a Series of Case Studies. *Orthop J Sports Med*, 2015.
- ISNER-HOROBETI ME, DUFOUR SP, BLAES C, et al. Intramuscular pressure before and after botulinum toxin in chronic exertional compartment syndrome of the leg: a preliminary study. *Am J Sports Med* 2013 ;41:2558-66.
- JAUREGUI JJ, et al. (2017). Fasciotomy closure techniques. *Journal of Orthopaedic Surgery*,

25(1), 230949901668472.

LAWENDY AR, et al. Compartment syndrome causes systemic inflammation in a rat. *Bone Joint J* 2016; 98-B:1132

LEJAY A, et al. Ischemia reperfusion injury, ischemic conditioning and diabetes mellitus. *Journal of Molecular and Cellular Cardiology*, 2016, 91, 11–22.

LIU C, et al. (2017). Reperfusion facilitates reversible disruption of the human blood–brain barrier following acute ischaemic stroke. *European Radiology*, 28(2), 642–649. doi:10.1007/s00330-017-5025-3

LIU D, et al. Melanocortin MC4 receptor agonists alleviate brain damage in abdominal compartment syndrome in the rat. *Neuropeptides* 49, 2015, 55-61.

LIU D, et al. Melanocortin-4 receptor agonists alleviate intestinal dysfunction in secondary intra-abdominal hypertension model. *J Surgical Researches*, 2015.

MAFFULLI N, et al. Single minimal incision fasciotomy for chronic exertional compartment syndrome of lower leg. *J Orthop Surge Res*. 2016; 11(1):61.

MALUSO P, OLSON J, SARANI B. Abdominal Compartment Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome. 2016; *Critical Care Clinics*, 32(2), 213–222. doi:10.1016/j.ccc.2015.12.001

MATHIS KE, et al. Effect of lower extremity fasciotomy length on intracompartmental pressure in an animal model of compartment syndrome: the importance of achieving a minimum of 90% fascial release. *Am J Sports Med*. 2015; 43(1):75-8

POZZI A, et al. Single portal endoscopic treatment for chronic exertional compartment syndrome of the forearm. *Tech Hand Up Extrem Surg* 2014; 18:153-6.

RAJASEKARAN S, HALL MM. Nonoperative management of Chronic Exertional Compartment Syndrome: A systematic Review. *Current Sports Medicine Reports*, 2016.

RAZA H, MAHAPATRA A. Acute Compartment Syndrome in Orthopedics: Causes, Diagnosis, and Management. *Advances in Orthopedics*, 2015, 1–8.

SIES H, BERNDT C, JONES DP. Oxidative Stress. *Annual Review of Biochemistry*, 2017, 86(1), 715–748.

SILVA APS, et al. Síndrome Compartimental Crônica. *Research Gate*, São Paulo, Janeiro 2015.

THE WORLD SOCIETY OF THE ABDOMINAL COMPARTMENT SYNDROME (TWSACS). Abdominal Compartment Syndrome Guidelines, 2017.

VOLETI PB, et al. Endoscopic Thermal Fasciotomy for Chronic Exertional Compartment Syndrome. *Arthrosc Tech* 2015;4:e525-9.

VOLKMANN R. Die ischämischen Muskellähmungen und Kontracturen. *Centralblatt für Chirurgie*. Leipzig 1881: 8: 801-83.

VON KEUDELL AG, et al. Diagnosis and treatment of acute extremity compartment syndrome. *Lancet*, 2015.

WINKES MB, ET AL. Compartment pressure curves predict surgical outcome in chronic deep pos-

terior compartment syndrome. Am J Sports Med 2012 ;40:1899-905.

YAMAKI IN, et al. "Kidney ischemia and reperfusion syndrome: effect of lidocaine and local postconditioning." Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões 43.5 (2016): 348-353.

COSTA, P. L. DE S.; CARNEIRO, A. DE A.; DA SILVA, A. F. T.; MACEDO, B. F. S. DE; HANNA, M. B. S.; PANTOJA, C. L.; BRAGA, F. B. Tratamento da síndrome compartimental: Artigo de atualização. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 30, p. e1167, 4 set. 2019. Artigo original.

“ Trauma crânio encefálico como um problema de Saúde Pública: uma revisão integrativa da literatura

Felipe Santana e **Silva**
UEMA

Francidalma Soares Sousa **Carvalho**
Filha
UEMA

Raimundo Nonato Silva **Gomes**
UFRJ

Maria Luiza Carvalho **Paixão**
UEMA

Núbia Oliveira da **Silva**
UEMA

Rafael Carvalho de **Maria**
UEMA

Diana Mota **Sousa**
UEMA

Andréa dos Santos **Gonçalves**
UNISULMA

Janaína Almeida de **Aquino**
UNISULMA/IESMA

Juliana Santos **Andrade**
UNISULMAU

RESUMO

Objetivo: averiguar os fatores contribuintes para tornar o TCE um problema de Saúde Pública e quais as consequências dessa problemática. **Metodologia:** estudo bibliográfico do tipo revisão integrativa da literatura, realizou-se levantamento na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal, Grupo Verde de Agroecologia e Abelhas, Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica. Foram analisados 11 artigos científicos no período de 2010 à 2015. Utilizou-se os seguintes descritores: Traumatismo Craniocerebrais, Epidemiologia, Saúde Pública. **Resultados:** Os artigos revelam que o sexo masculino é o mais acometido por essa agressão, sendo os adultos jovens com idade entre os 21 e 40 anos os mais afetados e que a população branca é mais susceptível a ter um Trauma Crânio Encefálico. Além disso as pesquisas revelaram que os gastos com essa doença chega R\$ 31.468.761,9 milhões, fazendo com que o sistema de saúde tenha que despende grande parte de seus recursos para esse público. **Conclusão:** O trauma Crânio Encefálico é realmente um problema de saúde pública, visto as grandes consequências que este traz para sociedade. Assim sugere-se a criação de políticas que previnam essa enfermidade.

Palavras-chave: Traumatismo Craniocerebrais; Epidemiologia; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

O Traumatismo Crânio-encefálico (TCE) é uma doença que ocorre devido uma agressão ao cérebro. Porém, esta não se estabelece de maneira degenerativa ou congênita, mas sim através de uma força física externa, o que acarreta uma lesão anatômica e/ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges e/ou encéfalo⁽¹⁾.

Quanto à fisiopatologia, pode ser dividido em duas fases. A primeira corresponde à lesão cerebral, que se caracteriza por trauma tecidual e desregulação do fluxo sanguíneo encefálico e do seu metabolismo, neste caso tem-se uma isquemia tecidual, que ocorre devido um acúmulo de ácido láctico proveniente da glicose anaeróbia, o que leva a um aumento da permeabilidade da membrana celular e consequente edema tecidual. Na segunda fase, a cascata de eventos se inicia por uma despolarização terminal da membrana junto com a liberação excessiva de neurotransmissores excitatórios, que ativam receptores e abrem os canais de sódio e cálcio-dependentes⁽²⁾.

O TCE gera um grande impacto à saúde da população, causando notória importância na morbimortalidade, sendo que este tipo de agressão ao cérebro representa aproximadamente 15 a 20% das mortes em pessoas com idade entre 5 e 35 anos, está é responsável por 1% de todas as mortes em adultos⁽³⁾.

No últimos anos ocorreu uma sensível redução nos índices de mortalidade por esta injúria no Brasil. Apesar disto, anualmente cerca de meio milhão de pessoas necessitam serem hospitalizadas devido essa ocorrência, o que representa uma a cada seis internações hospitalares. Estes fatos, demonstram que o TCE é um dos principais problemas de Saúde Pública, independentemente da situação econômica destes e que o número de óbitos decorrentes, são superados atualmente apenas pelas doenças cardiovasculares e pelas neoplasias⁽⁴⁾.

Já a incidência desta patologia nos Estados Unidos se dá numa proporção de 538,2 a cada 100.000 habitantes, ou seja aproximadamente 1,5 milhões de novos casos a cada ano. A Europa apresenta números menos, porém, ainda bem elevados com cerca de 235 por 100.000 mil⁽⁵⁾.

Outrossim, o TCE tem contribuído diretamente para a ocorrência de óbitos que decorrem de causas externas como: as quedas, as agressões, atropelamentos e principalmente os acidentes automobilísticos⁽⁶⁾.

Diante disto, este estudo objetivou averiguar os fatores contribuintes para tornar o TCE um problema de Saúde Pública e quais as consequências dessa problemática.

MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, que é um método de pesquisa da Prática Baseada em Evidências. Desta forma, esta revisão responde a uma ou mais perguntas e utiliza métodos explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos⁽⁷⁾. As questões do estudo foram: qual a principal faixa etária acometida pelo TCE? Quais as principais causas do TCE? Quais as consequências do TCE?

A pesquisa trilhou o seguinte percurso metodológico: Identificação do problema; Busca na literatura; Extração dos dados dos estudos; Avaliação dos estudos; Interpretação dos resultados; Síntese dos resultados; súmula do conhecimento evidenciado. A estratégia de busca eletrônica se deu nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal (Latindex), Grupo Verde de Agroecologia e Abelhas (GVAA), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline)/PubMed, empregando, de forma isolada ou em combinação com a expressão booleana *And*, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o *Medical Subject Headings* (MeSH): Traumatismo Craniocerebrais (*Craniocerebral Trauma*), Epidemiologia (*Epidemiology*), Saúde Pública (*Public Health*)⁽⁸⁻⁹⁾.

A seleção dos estudos foi realizada seguindo as diretrizes da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*. Os critérios de inclusão foram: produções científicas integrais em português e inglês disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período de 2010 a 2015 e ter como objetivo a identificação da epidemiologia do TCE. Optou-se pela exclusão dos artigos de revisão da literatura e estudo de caso, textos incompletos, teses e dissertações, pois apresentam limitações para responder às questões norteadoras propostas pelos autores.

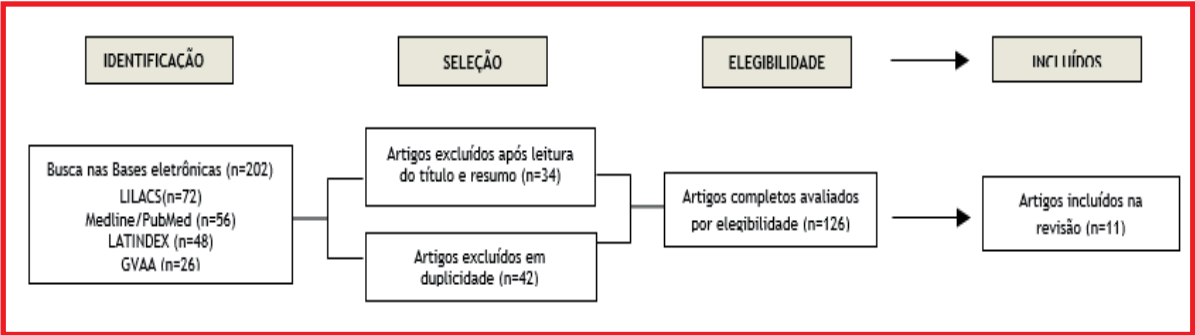
Para extração dos dados dos artigos, elaborou-se um instrumento contendo as seguintes informações: título, autores, periódico, ano de publicação, tipo de pesquisa, base de dados. A análise dos estudos encontrados foi feita de forma descritiva onde os mesmos foram analisados quanto ao ano, autoria, local do estudo, tipo de estudo, população-alvo, delineamento do estudo⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 202 estudos nas bases de dados. Após eliminação de 42 artigos duplicados, foram selecionados 160 artigos. Desses, 34 foram excluídos após a análise dos títulos e resumos. Dos 126 artigos elegíveis, foram excluídos pelos seguintes motivos: 28 não estavam disponíveis na íntegra; 33 não atendiam ao recorte temporal; 25 não avaliavam as

consequências do TCE como um problema de saúde pública e 29 estudos eram de revisão. Ao final, 11 estudos foram incluídos na revisão integrativa. Não foram encontrados estudos por meio da busca manual nas referências dos artigos encontrados. A figura 1 apresenta a síntese do processo de seleção dos artigos.

Figura 1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos segundo diretrizes do instrumento PRISMA, 2010 a 2015.



Dos 11 estudos analisados, quanto às características gerais, a publicação mais antiga era de 2011; nove (81,82%) artigos eram nacionais e dois (18,18%) tinham abrangência internacional. Em relação ao tipo de abordagem, todos eram do tipo quantitativa. Quanto ao idioma das publicações, obteve-se acesso a nove (81,82%) em português e dois (18,18%) em inglês. Este achado pode ser considerado um aspecto positivo para o país, já que o expressivo número de publicações realça uma aparente preocupação dos pesquisadores em saúde com a produção de conhecimento e possíveis intervenções para essa epidemiologia que é o traumatismo crânio-encefálico.

No que se refere aos objetivos propostos pelos estudos, independentemente da diversidade entre eles, constatou-se que oito (72,72%) tinham como finalidade identificar a epidemiologia do TCE, já dois (18,18%) intencionaram conhecer o perfil clínico dos pacientes acometidos pelo TCE e um (9,10%) descreveu o perfil clínico-epidemiológico das vítimas de TCE.

Entre os cenários dos estudos, dez (90,90%) foram realizados em hospitais através dos prontuários dos pacientes, com as vítimas de TCE. E uma (9,10%) investigação foi efetuada em ambiente virtual através do site do Data SUS. Cabe destacar que, nove (81,82%) foram realizados na região nordeste do Brasil, o que demonstra uma preocupação dos pesquisadores desta região pela temática.

Apresenta-se no Quadro 1 a seguir uma síntese dos estudos desta revisão integrativa.

Quadro 1. Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa, nas bases LILACS, LATINDEX, MEDLINE/PubMed, GVAA, no período de 2010 a 2015. Caxias-MA, 2016.

N	TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICO	ANO	ABORDAGEM/ TIPO E LOCAL DO ESTUDO	BASE DE DADOS

I	Perfil clínico-epidemiológico de traumatismo cranioencefálico do Hospital de Urgências e Traumas no município de Petrolina, estado de Pernambuco	Moura JC, Rangel BLR, Creôncio SCE, Pernambuco JRB	Arq Bras Neurocir	2011	Quantitativa Descritivo Analítico (Brasil)	LILACS
II	Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo crânio encefálico.	Ruy EL, Rosa MI	Arquivos Catarinenses de Medicina	2011	Quantitativa Transversal Descritivo Retrospectivo (Brasil)	LILACS
III	Perfil epidemiológico do traumatismo Crânio-encefálico em unidade de Terapia Intensiva	Soares JS, Rodrigues Júnior NS	Revista Piauiense de Saúde	2012	Quantitativa Retrospectivo Descritivo (Brasil)	LATIN-DEX
IV	Epidemiologia do traumatismo crânio encefálico (TCE) no nordeste no ano de 2012	Dantas IEF, Oliveira TT, Neto CDM	REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE	2014	Quantitativa Epidemiológico Explicativo (Brasil)	GVAA
V	Fatores desencadeantes ao trauma crânio-encefálico em Um hospital de emergência municipal	Barbosa LI, Andrade LM, Caetano JÁ, Lima MA, Vieira LJES, Lira SVG	Rev Baiana Saude Publica	2010	Quantitativa Retrospectivo Documental (Brasil)	LILACS
VI	Perfil clínico-epidemiológico de pacientes acometidos com lesão cerebral traumática atendidos em uma unidade de emergência	Silveira EM, Miranda CA, Araújo RA, Enders BC	Rev Enferm UFPE on line	2011	Quantitativa Descritivo Retrospectivo (Brasil)	MEDLINE
VII	Análise epidemiológica das hospitalizações Por trauma cranioencefálico em Um hospital de ensino	Eloia SC, Eloia SMC, Sales ENBG, Sousa SMM, Lopes RE	SANARE	2011	Quantitativa Retrospectivo Exploratório Documental (Brasil)	LATIN-DEX
VIII	Perfil clínico epidemiológico das vítimas De trauma cranioencefálico no intrahospitalar De um hospital público do Estado de sergipe	Vaez AC, Pinheiro FGMS, Vasconcelos JM, Jesus LKA, Paula CLP, Araújo DC	Ciências Biológicas e de Saúde	2015	Quantitativa Exploratório de Corte Transversal Descritivo (Brasil)	LATIN-DEX
IX	Perfil clínico-epidemiológico das Crianças e adolescentes hospitalizados Por traumatismo crânio encefálico	Machado Filho JA, Silva AC, Machado MMT, Madureira RA, Carvalho FHA, Santiago LR, et al.	Rev. Bras. promoç. saúde	2010	Quantitativa Descritivo Retrospectivo (Brasil)	LILACS
X	Incidence of hospital-admitted severe traumatic brain injury and in-hospital fatality in Norway: a national cohort study	Andelic N, Anke A, Skandsen T, Sigurdardottir S, Sandhaug M, Ader T, Roe C	Neuroepidemiology	2012	Quantitativa Prospectivo (Noruega)	MEDLINE
XI	Epidemiology of pediatric traumatic brain injury at the Children's Hospital of Tunisia, 2007	Fekih Hassen A, Zayani MC, Friaa M, Trifa M, Ben Khalifa S	Tunis Med	2012	Quantitativa Retrospectivo Longitudinal (Tunísia)	MEDLINE

Fonte: Silva, 2016.

Na análise do conteúdo dos estudos, constatou-se que o TCE é um problema de saúde pública em todo o mundo e que isso se dá pelos seguintes aspectos:

A etiologia do TCE, é mais frequente nos acidentes sofridos por motociclistas, seguidos daqueles decorrentes das quedas da própria altura. O sexo masculino foi o mais acometido por essa agressão, sendo a faixa etária predominante entre 21 e 40 anos. Isso revela que a população masculina e jovem que se encontra na fase reprodutiva e produtiva economicamente é a mais acometida trazendo grandes prejuízos para o sistema econômico dos países⁽¹¹⁾.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Ruy e Rosa⁽¹²⁾ em um estudo realizado na cidade de Criciúma, revelando uma predominância de TCE em adultos jovens do sexo masculino e em acidentes automobilísticos e que entre estes houve grande prevalência de mortes. Este estudo ainda traz outro dado importante, pois mostra que a maioria dos acometidos tinham pele branca cerca de (90,3%), revelando assim que a população branca por ter mais acesso aos veículos automotores também é a mais acometida pelo TCE.

O TCE provoca um forte impacto socioeconômico e que o trauma provocado pelos acidentes envolvendo motocicletas requerem muita atenção, especialmente pelo fato de que a maioria dos acometidos tem TCE grave isso segundo a escala de coma de Glasgow. Os autores ressaltam ainda que o Estado deve realizar um planejamento em relação às ações preventivas, sobretudo no que tange os motociclistas, já que estes são as principais vítimas⁽¹³⁾.

Pesquisa realizada a partir de informações do DATA SUS em relação a todas as vítimas de TCE internadas no nordeste brasileiro, demonstrou que o tempo médio de internação na UTI é maior para as mulheres do que para os homens, porém, quanto ao índice de mortalidade este foi maior no sexo masculino. Outro dado que surpreende é em relação aos gastos, o estudo revelou que no ano de 2012 foram gastos um total de R\$ 31.468.761,9 milhões, sendo R\$ 26.407.246,5 com os homens e R\$ 5.061.515,4 com as mulheres, estes dados realçam os enormes gastos que essas internações o que acarreta em um rombo no orçamento do SUS⁽¹⁴⁾.

Nos estudos de Barbosa et al⁽¹⁵⁾, realizado no ano de 2010, estes perceberam que a procedência da maioria das vítimas de TCE era do interior cerca de 50,4%, além disso estes também eram jovens entre 15 e 24 anos do sexo masculino acometidos principalmente pelos acidentes de trânsito. Os autores concluíram ainda que o atendimento a maioria destas vítimas foi superior a 3 horas, fato este que levou a maioria destas a serem atendidos por leigos sendo que isso ocorreu em 70,9% dos atendimentos. Por fim, ressaltam que é imprescindível aproximar-se desta epidemiologia para que haja uma reformulação das políticas públicas voltadas para este tema. Felipe se você citar o autor no texto, como você fez agora, o número fica lá próximo dele.

Os resultados de uma pesquisa realizada em um hospital de emergência de Recife-PE, mostrou dados diferentes das pesquisas citadas anteriormente. Neste estudo, os autores constataram que a maioria das vítimas (45,8%) tem mais de 35 anos e que em relação ao mecanismo que levou ao TCE, predominaram às quedas com 42,3%. Estes ainda ressaltam que conhecer as características clínico-epidemiológicas dos pacientes permite o desenvolvimento de intervenções preventivas e o controle deste tipo de trauma⁽¹⁶⁾.

Já em um estudo realizado no Serviço de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia em Sobral-CE, os autores buscaram caracterizar o perfil das hospitalizações. Onde os dados resultantes da pesquisa reafirmam o quanto a população jovem e masculina é acometida por essa enfermidade. Além disso, os autores trazem outro dado relevante o fato de que a maioria (45,7%) dos pacientes submeteu-se a intervenção neurocirúrgica, levando a concluir o quanto se é oneroso o gasto com estas vítimas. Acrescentam que se faz necessário a criação de protocolos de tratamento capazes de reduzir a morbidade e mortalidade nos hospitais e que a criação destes reduziria a mortalidade, desde que compreende-se desde o atendimento inicial realizados pelas equipes de Atendimento Pré-hospitalar (APH), como aquele dispendido com os cuidados intensivos⁽¹⁷⁾.

Além de reafirmar o que foi observado nos estudos anteriores, esta pesquisa de realizada em um hospital de Sergipe, traz dois dados de grande relevância para reflexão quanto à importância da criação de políticas públicas voltas para a educação em saúde, no que diz respeito às vítimas de TCE acometidas por acidentes de trânsito. O primeiro é que os números mostraram um percentual considerável de pessoas alcoolizadas e/ou drogadas vítimas de acidentes que resultaram em trauma, isso revela mais uma vez que o abuso de substâncias psicoativas deve ser abolido por motoristas, pois isso tem levando a acidentes muitas vezes fatais. O outro dado relevante encontrado, foi o fato destes acidentes ocorrem em sua grande maioria nos finais de semanas, o que instiga a implementação de medidas que visem à incorporação de policiamento, sobretudo em locais em que ocorrem eventos, bem como à incorporação em massa de campanhas discutindo sobre a temática, reduzindo o número de acidentes e, conseqüentemente, a redução das vítimas de TCE⁽¹⁸⁾.

Uma investigação implementada em um hospital de referência em neurocirurgia de Cariri-CE, que buscou identificar o perfil das crianças e adolescentes vítimas de TCE. Estes concluíram que o perfil destas crianças e adolescentes é bem parecido com o dos adultos, pois os números das pesquisas mostraram que o sexo mais acometido continua sendo o masculino em 70,3% dos casos, na faixa etária de 5 anos. Porém, o principal fator que leva ao trauma foi a queda da própria altura com 48,1%, seguido pelos acidentes com motocicletas com 47,1%. Estes dados mostram o quanto os pais devem atentar para seus filhos, principalmente no que diz respeito ao uso de brinquedos que oferecem algum risco, bem

como no uso de equipamentos como o capacete quando estes estiverem sendo conduzidos ou conduzindo uma motocicleta⁽¹⁹⁾.

Os dados de um estudo realizado na Noruega, contraria o que se dizem os parágrafos, onde verificou-se que muitos hospitalizados acometidos por TCE são homens mais jovens e de grupos etários mais velhos. Os autores, ressaltam ainda que a maior taxa de letalidade intra-hospitalar se dá em maior número em pacientes mais velhos, isso se dá pelo fato destes estarem com o sistema fisiológico mais desgastado devido a própria idade, estes mostraram ainda que não há diferença significativa nas características epidemiológicas consistentes de TCE grave em ambas regiões rurais e urbanas⁽²⁰⁾.

Em estudo realizado na Tunísia os pesquisadores buscaram especificar as características demográficas e epidemiológicas da lesão cerebral em crianças. Os achados mostraram que 92,6% dos casos de TCE em crianças são do tipo leve e que o acidente doméstico é a principal causa destes representando 64,1% seguidos pelos acidentes de trânsito com 27,9%. Um dado que bom e que chama atenção é que somente uma pequena parte das vítimas teve indicação de neurocirurgia e que a taxa de mortalidade neste grupo foi bem menor do que em adultos, além disso a taxa de boa recuperação foi de 97,2%, isso mostra o contra ponto do que foi visto no parágrafo anterior onde os idosos tem uma recuperação mais lenta, já as crianças por estarem com um fisiológico mais preparado tem uma recuperação melhor e mais rápida⁽²¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta revisão integrativa, identificou-se que o Trauma Crânio-Encefálico é realmente um problema de Saúde Pública. Os resultados demonstraram que o principal grupo acometido por essa enfermidade são os homens jovens, que se encontra em fase reprodutiva e de grande contribuição para a economia dos países. Além disso, os dados revelaram que os custos para com estes pacientes são exorbitantes, causando assim um grande déficit no orçamento dirigido para à saúde.

Os números evidenciam ainda que a principal causa do TCE são os acidentes de trânsito, sobretudo sofridos por motociclistas, e que estes ocorrem em grande parte nos fins de semana, onde os envolvidos geralmente fazem ou fizeram uso de substâncias psicoativas antes dos acontecimentos, seguido pelos acidentes da própria altura que é mais comum em crianças e adolescentes. Em se tratando deste grupo específico percebeu-se que a maioria destes sofrem TCE leve e que a indicação de neurocirurgia é menor, além disso, a recuperação dos mesmos é mais rápida se comparada aos adultos e ao idosos.

Outrossim, diante dos dados apresentados, constatou-se que o TCE acarreta em um enorme gasto para o sistema público e privado de saúde dos países, principalmente aqueles

em que a incidência é mais elevada. E isto se torna ainda mais evidente quando se compara tais despesas com o quanto estas nações deixam de arrecadar em virtude de mortes prematuras e plenamente evitáveis, especialmente de morte adultos jovens, que são os maiores responsáveis por uma grande fatia do Produto Interno Bruto destes estados.

Diante disto, sugere-se que os governos tenham uma atenção maior para este desafio, que acomete grande parte dos jovens, causando impacto direto na economia e também gerando transtornos emocionais e mentais nas pessoas, famílias e comunidades acometidas. Ressalta-se que a Educação em Saúde é aspecto primordial para a mudança de comportamento dos indivíduos, devendo-se, por esta razão, fortalecer as propagandas nos meios de comunicação, nas escolas e em todos os âmbitos da sociedade, além da inserção de palestras, distribuição de panfletos ou outras formas de socialização do conhecimento.

Para mais, tratar o TCE como um problema de Saúde Pública é inserir esta temática nas discussões mais acuradas da agenda saúde e também de outras áreas, tais como: Secretaria de Trânsito, Segurança Pública, além dos poderes legislativo, executivo e judiciário. Portanto, os debates em torno deste tema devem sair do âmbito popular ou de meros comentários dos profissionais de saúde ou mesmo da veiculação midiática de imagens chocantes dos acidentes; mas precisa assentar-se nas pautas de produção de conhecimento e de formulação de Políticas Públicas para a contenção do número, gravidade e consequências dos problemas gerados.

REFERÊNCIAS

avid CA. Traumatismo Cerebral. In: Jones HR (ed). Neurologia de Netter. Porto Alegre: Artmed; 2006, p.672-85.

Werner C, Engelhard K. Pathophysiology of traumatic brain injury. Br J Anaesth on line [Internet]. 2007 [cited 2016 Jan 09]; 99(1):4-9. Available from: <http://bja.oxfordjournals.org/content/99/1/4.full>

Gentile JKA, Himuro HS, Rojas, SSO, Veiga VC, Amaya LEC, Carvalho JC. Conduas no paciente com trauma crânioencefálico. Ver Bras Clin Med. São Paulo on line [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 26]; 9(1):74-82. Available from: http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/15106/2268662_109706.pdf

Maia BG, Paula FRP, Cotta GD, Cota MAL, Públio PG, Oliveira H, et al. Perfil Clínico-Epidemiológico das Ocorrências de Traumatismo Cranioencefálico. Rev Neurocienc on line [Internet] 2013 [cited 2016 Jan 19]; 21(1):43-52. Available from: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2101/original2101/786original.pdf>

Tagliaferri, F, Compagnone, C, Korsic, M, Servadei F, Kraus J. A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. Acta Neurochir (Wien) [Internet]. 2006 [cited 2016 Jan 19]; 148(3):255-68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16311842>

Morgado FL, Rossi LA. Correlação entre a escala de coma de Glasgow e os achados de imagem de tomografia computadorizada em pacientes vítimas de traumatismo crânio-encefálico. Radiol

Bras. on line [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 19]; 44(1):35–41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v44n1/10.pdf>

Mendes KDS; Silveira RCC, Galvao CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto – enferm on line [Internet]. 2008 [cited 2016 Jan 20]; 17(4):758-764. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0104-07072008000400018

Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health on line [Internet]. 1987 [cited 2016 Jan 20]; 10(1):1-11. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.4770100103/abstract>

Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs on line [Internet]. 2005 [cited 2016 Jan 20]; 52(5):546-553. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x/abstract>

Liberati A, Altman AG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Loannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. PLoS Med [Internet]. 2009 [cited 2016 Jan 20]; 6(7). Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000100>

Moura JC, Rangel BL, Creôncio SCE, Pernambuco JRB. Perfil clínico-epidemiológico de traumatismo cranioencefálico do Hospital de Urgências e Traumas no município de Petrolina, estado de Pernambuco. Arq. Bras. neurocir [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 10]; 30(3): 99-104. Availabre from: <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2011/v30n3/a2709.pdf>.

Ruy EL, Rosa MI. Perfil epidemiológico de paciente com traumatismo crânio encefálico. Arquivos Catarinenses de Medicina [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 10]; 40(3): 17-20. Availabre from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/873.pdf>

Soares JS, Rodrigues Júnior NS. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. Revista Piauiense de Saúde [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 12]; 1(2): 17-23. Availabre from: <http://www.revistarps.com.br/index.php/rps/article/view/12>

14. Dantas IEF, Oliveira TT. Epidemiologia do traumatismo crânio encefálico (TCE) no nordeste no ano de 2012. Rev. Bras Educ Saude REBES [Internet]. 2014. [cited 2016 Jan 12]; 4(1): 18-23. Availabre from: <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2573>

Barbosa IL, Andrade LM, Caetano JA, Lima MA, Vieira LJES, Lira SVG. FATORES DESENCADANTES AO TRAUMA CRÂNIO-ENCEFÁLICO EM UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA MUNICIPAL. Rev Baiana Saude Publica Miolo. [Internet]. 2010. [cited 2016 Fev 15]; 34(2): 240-253. Availabre from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n2/a1795.pdf>

Silveira EN, Miranda CA, Araújo RA, Enders BC. PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ACOMETIDOS COM LESÃO CEREBRAL TRAUMÁTICA ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA. Rev enferm UFPE on line. [Internet]. 2011 [cited 2016 Fev 15]; 5(5): 1145-150. Availabre from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/1527/2042>

Eloia SC, Eloia SMC, Sales ÉNBG, Sousa SMM, Lopes RE. ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS HOSPITALIZAÇÕES POR TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. SANARE. [Internet]. 2011 [cited 2016 Fev 15]; 10(2): 34-39. Availabre from: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/253>

Vaez AC, Pinheiro FGMS, Vasconcelos JM, Jesus LKA, Paula CLP, Araújo DC. PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO NO INTRAHOSPITALAR DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE SERGIPE. Ciências Biológicas e de Saúde. [Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 15]; 3(1): 113-126. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/2409/1461>

Machado Filho JA, Silva AC, Machado MMT, Madureira RA, Carvalho FHA, Santiago LR et al. PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS POR TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. RBPS. [Internet]. 2010 [cited 2016 Feb 15]; 23(4): 335-342. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40818354006>

Andelic N, Anke A, Skandsen T, Sigurdardottir S, Sandhaug M, Ader T et al. Incidence of hospitaladmitted severe traumatic brain injury and inhospital fatality in Norway: a national cohort study. Neuroepidemiology. [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 15]; 38(4): 259-67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22678449>

Fekih Hassen A, Zayani MC, Fria M, Trifa M, Ben Khalifa S. Epidemiology of pediatric traumatic brain injury at the Children's Hospital of Tunisia, 2007. Tunis Med. [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 15]; 90(1): 25-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22311444>

“

Uso da fisioterapia aquática na reabilitação de pacientes submetidos à hemipelvectomia interna

Kyvia Naysis de Araujo **Santos**

Laysa Silva e **Oliveira**

Alanna Carvalho **Gomes**

Dayane Silva **Carvalho**

Welson Wesley da Costa **Silva**

RESUMO

Introdução: a hemipelvectomia é um procedimento cirúrgico para o tratamento de alguns cânceres pélvicos, podendo ser externa, na qual há a retirada de toda hemipelve e membro inferior ipsilateral, ou interna, com a ressecção de tecidos moles e ósseos comprometidos, preservando, porém, estruturas nervosas, vasculares e o membro inferior. Por apresentar uma baixa taxa de recidiva, e melhor prognóstico na funcionalidade, a hemipelvectomia interna, sempre que possível, deve ser o procedimento de escolha em detrimento ao mais radical. No pós-operatório, a fisioterapia aquática surge como uma potencial estratégia terapêutica devido aos seus inúmeros benefícios, minimizando os comprometimentos funcionais. **Objetivo:** relatar a abordagem da fisioterapia aquática na hemipelvectomia interna. **Metodologia:** Revisão bibliográfica nas bases de dados eletrônicas SciELO, LILACS, Medline e Pubmed, utilizando os descritores “Hemipelvectomia”, “Hidroterapia”, “Fisioterapia Aquática” e “Reabilitação”, em língua portuguesa e inglesa. Foram inclusos artigos publicados nos últimos quinze anos, com texto disponível na íntegra e que se adequassem ao tema abordado na pesquisa. **Resultados e discussão:** a fisioterapia aquática na hemipelvectomia interna pode promover ao indivíduo inúmeros benefícios atribuídos às propriedades terapêuticas da água, uma vasta gama de exercícios com início precoce e baixo risco, de modo a tratar as conseqüentes alterações funcionais, como déficit de equilíbrio, marcha, de força muscular, alterações posturais e da mecânica respiratória além de problemas emocionais como a auto aceitação. Entre os protocolos indicados estão: fortalecimento muscular; treinos de equilíbrio, propriocepção e marcha; terapia de relaxamento, analgesia e auxílio na redução de edemas. **Conclusão:** a fisioterapia aquática mostrou ser um tratamento promissor em indivíduos submetidos à hemipelvectomia interna, devido a seus benefícios terapêuticos, possibilidade de início precoce da reabilitação, baixo risco e melhora na qualidade de vida.

Palavras-chave: Hemipelvectomia; Hidroterapia; Fisioterapia; Reabilitação.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de câncer nas estruturas que compõe a região pélvica é rara, acontece numa proporção inferior a 5%. Porém, mesmo com um baixo percentual de incidência, por se tratar de uma área de anatomia complexa, pode necessitar de um tratamento mais agressivo, exigindo uma recuperação prolongada e acarretando maiores riscos de complicações (FREITAS et al., 2010; BENATTO et al., 2019).

Os cânceres pélvicos podem ser secundários, originados de metástases ósseas, ou originados de neoplasias de estruturas moles, que afetam os ossos da pelve e ainda podem ser tumores ósseos primários. Os tumores ósseos primários recebem o nome de sarcoma, sendo os mais comuns, respectivamente, o condrossarcoma, que acomete mais os adultos, o sarcoma de Ewing, mais recorrente em crianças, e o osteossarcoma, com prevalência em adolescentes e jovens. Em comparação com os sarcomas que acontecem em ossos longos, o prognóstico dos sarcomas da pelve é mais grave. Nesse tipo de câncer, há a indicação da hemipelvectomy para a remoção de tumores malignos que se apresentam na região glútea e na região posterior proximal da coxa, e para os tumores ósseos pélvicos que se estendem para a região posterior (VIEIRA et al., 2004; PENNA et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2012; GARCIA et al., 2018;).

Quanto ao procedimento cirúrgico, pode ser hemipelvectomy externa ou interna. Na hemipelvectomy externa, ocorre a remoção de toda a hemipelve e do membro inferior ipsilateral, mais utilizada quando as estruturas pélvicas são acometidas com tumores extensos. E na interna há a ressecção de tecidos moles e ósseos da região pélvica afetados, entretanto o feixe vásculo-nervoso femoral e o nervo ciático são preservados, assim como o membro inferior. A hemipelvectomy interna, em alguns casos de câncer, é mais vantajosa por possuir baixa taxa de recidivas e por apresentar uma melhor qualidade de vida aos pacientes pela preservação do membro inferior (FREITAS et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2012).

Conforme a classificação de Enneking, o tipo de hemipelvectomy interna baseia-se de acordo com a localização do tumor na pelve: tipo I (asa do ilíaco), tipo II (região periacetabular), tipo III (arco púbico) e tipo IV (toda hemipelve óssea). Essa classificação direciona o local de ressecção durante o procedimento cirúrgico (DEDENO et al., 2007; FREITAS et al., 2010).

Na hemipelvectomy interna, existe a opção de reconstrução do anel pélvico por meio de enxerto estrutural ou endoprótese. A reconstrução é considerada para minimizar discrepância entre membros pós cirurgia, que varia de 6 a 10 centímetros. Entretanto, não há um consenso das vantagens na funcionalidade comparando com a não reconstrução, e frequentemente ocorrem complicações em reconstruções do anel pélvico (infecção, pseudoartroses, e até fraturas e/ou solturas da prótese). Em adição, a hemipelvectomy sem reconstrução possui menor custo e tempo de cirurgia, baixas porcentagens de infecções, o que a torna

mais vantajosa (PENNA et al., 2011).

Após a cirurgia, o prognóstico é positivo para a funcionalidade do paciente, permitindo a deambulação em alguns casos sem necessidade de bengalas ou muletas, e também o apoio com carga em um só membro inferior. Outros pacientes têm uma reabilitação mais demorada e necessitam de muletas para desenvolver a habilidade de marcha (FREITAS et al., 2010).

Como reabilitação de pós-operatório, uma excelente alternativa que podemos citar é a fisioterapia aquática. Também conhecida como hidroterapia e hidrocinesioterapia, é um tratamento no qual utiliza os benefícios da imersão do corpo em água aquecida a fim de promover modificações físicas, cinesiológicas e fisiológicas. Essas modificações auxiliam na recuperação ou prevenção de declínios na funcionalidade. A fisioterapia aquática também proporciona a realização de exercícios de forma precoce no período pós-operatório, pelas suas propriedades físicas que permitem um ambiente seguro e isento de sobrecarga (WAJCHEMBERG et al., 2002; SILVA et al., 2013).

Com base no pressuposto que a hemipelvectomy interna traz inúmeras alterações biomecânicas e funcionais que levam à dependência e limitações das atividades diárias, a fisioterapia aquática mostra ser uma grande aliada na reabilitação e devolução da qualidade de vida dos indivíduos que necessitam realizar esse procedimento cirúrgico. Porém não há evidências científicas que correlacionam o uso da fisioterapia aquática na reabilitação de pacientes submetidos à hemipelvectomy interna, sendo uma lacuna na pesquisa que seu esclarecimento poderá trazer novas possibilidades de tratamento.

O objetivo desse trabalho foi relatar a abordagem terapêutica na hemipelvectomy interna por meio da fisioterapia aquática.

METODOLOGIA

O presente estudo se trata de uma revisão bibliográfica, desenvolvida com artigos coletados nas bases eletrônicas SciELO, LILACS, Medline e Pubmed, utilizando os descritores: “Hemipelvectomy”, “Hidroterapia”, “Fisioterapia Aquática” e “Reabilitação”; e seus respectivos descritores em língua inglesa: “Hemipelvectomy”, “Hydrotherapy”, “Aquatic Physiotherapy” e “Rehabilitation”. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos na íntegra que retratassem as temáticas e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos quinze anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde a antiguidade, a água é usada para tratar disfunções sensório-motoras (SANTOS et al., 2011). Sabe-se que os exercícios feitos na água oferecem estímulos diferentes

quando comparados aos realizados em solo (FERREIRA et al., 2008). A fisioterapia aquática é um tipo de terapêutica desenvolvida em meio hídrico que pretende introduzir ou manter a função comprometida (CANDELORO, CAROMANO, 2008). É um recurso que usa técnicas específicas em água aquecida a fim de tratar, reabilitar, curar, prevenir enfermidades e atua na promoção e manutenção da saúde do paciente (SARMENTO, PEGORARO, CORDEIRO, 2011).

A fisioterapia aquática preza a promoção da independência funcional do paciente, corrigindo, com auxílio dos princípios físicos e termodinâmico do meio aquático, os movimentos alterados. Os princípios são esses: pressão hidrostática, na qual a água provoca uma pressão em todas as direções da superfície do corpo; viscosidade, princípio que gera resistência durante o movimento em meio aquático pela atração das moléculas de água, permitindo o fortalecimento muscular; empuxo, que promove uma força contrária a ação da gravidade e atua no corpo em imersão, fazendo-o flutuar (MENEHETTI, et al., 2009).

Os princípios físicos, como flutuação e densidade da água, são usados tanto para facilitar a execução de um movimento como servir como resistência, sustentação e auxílio no deslocamento do corpo. Já a pressão hidrostática diminui a carga de peso, reduz edema e ajuda no condicionamento respiratório. Em adição, a viscosidade promove resistência ao deslocamento (SANTOS et al., 2011).

A reabilitação aquática oferece benefícios que otimizam o tratamento de pós-operatório, sendo um método seguro e eficaz (PARREIRA; BARATELLA; COHEN, 2011). O uso da fisioterapia aquática pode ser iniciado uma semana após procedimentos cirúrgicos com o objetivo de prevenir os efeitos negativos do repouso prolongado, proporcionando melhora da flexibilidade, da resistência, da força e da função muscular (WAJCHEMBERG et al., 2002).

A hemipelvectomy interna, por ser uma cirurgia complexa, traz várias modificações funcionais, como: déficit de equilíbrio, alterações posturais e da mecânica respiratória (como mecanismo compensatório para a diferença entre membros inferiores ocasionado pela remoção de tecidos afetados); diminuição da força muscular (pelo tempo de repouso); dores, edema; comprometimento da deambulação e marcha; dificuldade de aceitação emocional; necessidade de apoio para deambular; modificações essas resultantes do processo cirúrgico em si e da alteração na anatomia do paciente (FREITAS et al., 2010).

Em vista disso, a fisioterapia aquática visa reabilitar o paciente para o retorno das atividades de vidas diárias com o mínimo de limitações possíveis. Os benefícios terapêuticos da fisioterapia aquática na reabilitação são inúmeros, dos quais podemos citá-los: diminuição das tensões musculares, promovendo o relaxamento muscular; analgesia; aumento da amplitude de movimento, facilitando a mobilidade articular; otimização da circulação, auxiliando na absorção do exsudato inflamatório e desbridamento das lesões; melhora do equilíbrio,

da propriocepção, marcha e funcionalidade; proporciona a melhora da força, resistência e reeducação muscular (SANTOS et al., 2011).

No pós-operatório recente da hemipelvectomia interna, há presença de dor e inchaço pelo processo inflamatório desencadeado pela cirurgia. A fisioterapia aquática é um tratamento não farmacológico que possui efeito vasodilatador, quando os exercícios são executados em água aquecida, estimulando a drenagem de líquidos retidos e promovendo alívio da dor (LINHARES, MACHADO, MALACHIAS, 2020). Por meio dos efeitos da pressão hidrostática nos tecidos e corpos em imersão na água, promove a redução de edemas. Esse efeito que promove uma drenagem é proporcional à profundidade que o paciente está submerso e a densidade do fluido (LUZ e LIMA, 2011). A reabilitação em ambiente aquático favorece o retorno venoso e melhora a circulação periférica (ANTUNES et al., 2019).

A fisioterapia aquática melhora o condicionamento físico geral por reduzir espasmos musculares, a sensibilidade a dor e promovendo relaxamento, permitindo uma maior resistência e tolerância aos exercícios. Consequentemente, ocorre a diminuição de dores e fraqueza muscular pós-terapêutica, melhora da autoestima e de sintomas depressivos (SILVA et al., 2008).

Em adição, por meio de suas propriedades físicas, a fisioterapia aquática proporciona um efeito massageador. Quando realizada em água aquecida, reduz dores e espasmos musculares, sendo uma terapêutica bem mais tolerada (FERREIRA et al., 2008). Os efeitos fisiológicos da água aquecida juntamente com estímulos táteis mandam informações rápidas à medula, inibindo as vias responsáveis pelo processamento do estímulo algico, proporcionando ao paciente alívio da dor e relaxamento muscular (NOVAKOSKI et al., 2018).

Outro quesito importante é o comprometimento do equilíbrio pela discrepância entre membros, que altera a deambulação e o ortostatismo. Porém na água, o peso corporal é reduzido pela propriedade de empuxo, facilitando ao paciente suportar o próprio peso e realizar os movimentos da terapêutica, além de minimizar os impactos no sistema musculoesquelético (CARVALHO et al., 2015).

A propriedade de flutuação da água permite que o paciente execute exercícios que não são possíveis em solo, funcionando como apoio, melhorando a confiança e diminuindo o medo de cair do praticante. Isso possibilita a evolução na terapêutica que é essencial para o progresso no tratamento. Em casos de quedas, a viscosidade da água desacelera os movimentos e o tempo de queda, ajudando que o paciente reaja corrigindo a postura e evitando o desequilíbrio (RESENDE; RASSI, 2008).

O meio aquático é um ambiente que permite ao paciente melhor equilíbrio e, consequentemente, a prevenção de quedas por produzir informações sensoriais que ativam os músculos antigravitacionais. Isso ocasiona a reestruturação da postura e o equilíbrio é man-

tido (MEEREIS et al., 2013). A agitação da água, denominada de turbulência, serve para trabalhar o equilíbrio estático e dinâmico (SANTOS et al., 2011).

O ambiente aquático produz a força de arrasto, que adiciona resistência durante a caminhada e o treinamento físico. Isso proporciona o uso correto da mecânica corporal e a manutenção do condicionamento aeróbico (CARVALHO et al., 2015). A resistência suave da água permite o treinamento em diversas velocidades e viabiliza o treino muscular, aumentando a força e a resistência do músculo, além de melhorar a capacidade aeróbica e a funcionalidade, e reduzir dores e processos inflamatórios. Isso tem impacto direto na qualidade de vida dos pacientes e no desempenho na execução das tarefas do dia a dia (FERREIRA et al., 2008).

Esse tipo de terapia melhora queixas de rigidez matinal e também influencia em outros aspectos não físicos, como a melhora do sono e da saúde mental pós tratamento (FERREIRA et al., 2008).

A fisioterapia aquática proporciona flexibilidade, preservação e restauração da capacidade funcional. Os efeitos físicos da água concedem a mobilização da musculatura dolorosa, além do seu fortalecimento (JORGE, VOGELMANN, WIBELINGER, 2019).

O ambiente aquático mantém o movimento ativo e independência do paciente. Também auxilia na preservação da funcionalidade, da força muscular, da capacidade respiratória e evita contraturas e deformidades (LIMA, CORDEIRO, 2020).

A reabilitação em ambiente aquático tem o aquecimento promove o aumento do metabolismo. Outro efeito é a elevação das concentrações de dopamina no sistema nervoso central, desencadeado pela imersão na água, acarretando bem-estar ao paciente que se prolonga algumas horas após a sessão. Com isso, há o relato de melhora na qualidade de vida pelos praticantes (SILVA et al., 2013).

A terapêutica na água reduz a ação da gravidade, possibilitando atividades tridimensionais que associem o uso de membros inferiores e superiores no mesmo exercício, sem que haja quedas. É um tratamento que pode ser individualizado ou desenvolvido em grupo, permitindo a socialização em um ambiente relaxante, agradável e prazeroso, proporcionando aos pacientes melhora da autoestima e confiança (SILVA et al., 2013).

A fisioterapia aquática favorece o treinamento físico por minimizar a sobrecarga articular e pelo princípio de viscosidade promover resistência durante a movimentação, estimulando a melhora a capacidade física (PIAZZA et al., 2008).

A cada atendimento, os protocolos de atendimentos de fisioterapia aquática, comumente são divididos em quatro etapas: 1- alongamento, 2- aquecimento, 3- fortalecimento, 4- relaxamento; todas com o intuito de oferecer uma terapêutica mais ampla e eficaz possível. Como objetivos da fisioterapia aquática na hemipelvectomy interna, temos: reduzir

edemas, proporcionar analgesia, melhorar equilíbrio e propriocepção; ganhar força muscular e flexibilidade; promover condicionamento aeróbico; prevenir deformidades e aderências (PARREIRA; BARATELLA; COHEN, 2011).

Nos protocolos de intervenção da fisioterapia aquática para o paciente submetido à hemipelvectomy interna podem ser indicados: exercícios de fortalecimento, que buscam o incremento de força e melhora da função muscular; diagonais de Bad Ragaz, que é um método bastante usado para reeducação muscular; treino de equilíbrio e marcha e exercícios proprioceptivos, que auxiliam na melhora da marcha, do equilíbrio e redução do risco de quedas; alongamento, mobilização passiva e ativa dos membros, para o aumento da amplitude de movimento articular; relaxamento, que são usadas para controle do estresse, bem-estar e alívio da dor (MENEGETTI, et al., 2009; PARREIRA; BARATELLA; COHEN, 2011).

Os alongamentos possuem como principais objetivos a prevenção de aderências e deformidades, ganho e manutenção da amplitude de movimento, maior flexibilidade e otimização da funcionalidade. Os alongamentos têm efeitos imediatos no aumento na extensibilidade dos tecidos. Quando associados à mobilização ativa e passiva, permitem o aumento da amplitude de movimento das articulações (KISNER; COLBY, 2005; PINHEIRO; GÓES, 2010).

Como aquecimento, podem ser usados treino de marchas anterior, posterior e lateral, com o uso ou não de flutuadores; exercício de pedalar (bicicleta), com apoio na lateral da piscina. Nos exercícios de equilíbrio e propriocepção podemos usar acessórios como o disco proprioceptivo; step (ex: trabalhando o movimento de subir e descer com apoio unipodal e bipodal); mover objetos como flutuadores no fundo da piscina com os pés. Exercícios proprioceptivos, treino de marcha e de equilíbrio auxiliam no fortalecimento, coordenação, equilíbrio, repercutindo assim na melhora da marcha e redução do risco de quedas (SOARES; SACCELLI, 2008).

Na manutenção e no ganho de força nos membros e no tronco, e também para treino de marcha e alinhamento postural, podem ser usadas as diagonais de Bad Ragaz, que é um método que objetiva reeducação, fortalecimento e alongamento muscular, aumento da amplitude de movimento, relaxamento e inibição do tônus, utilizando as propriedades únicas da água como flutuação, turbulência, pressão hidrostática, tensão superficial e capacidade térmica. O fortalecimento com uso de flutuadores e resistores também é uma excelente alternativa para o incremento da força muscular (FÉLIX et al., 2007; MENEGETTI, et al., 2009; PARREIRA; BARATELLA; COHEN, 2011).

Para o relaxamento na sessão de fisioterapia aquática são utilizadas: pompagem, hidromassagem, mobilização articular, movimentos em alga, Watsu. As técnicas associadas com as mobilizações passivas, alongamentos, controle postural e movimentos rítmicos são usada para controle do estresse, alívio da dor e relaxamento (CUNHA; CAROMANO, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a exposição e discussão do tema, foi possível observar que a fisioterapia aquática pode proporcionar efeitos benéficos na capacidade física e funcional em pacientes com hemipelvectomy interna. Melhora da independência, da força muscular, da mobilidade, do condicionamento respiratório, do equilíbrio e até da autoestima e saúde mental dos praticantes. A fisioterapia aquática mostra ser uma prática segura, bem aceita, com baixos riscos para reverter os déficits causados pela cirurgia e melhorar a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Juliane de Macedo et al. Hydrotherapy and crenotherapy in the treatment of pain: integrative review. *BrJP*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 187-198, jun. 2019.

CANDELORO, Juliana Monteiro; CAROMANO, Fátima Aparecida. Efeitos de um programa de hidroterapia na pressão arterial e frequência cardíaca de mulheres idosas sedentárias. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 26-32, 2008.

CARVALHO, Débora Rafaelli de et al. Avaliação da capacidade funcional de exercício no ambiente aquático. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 355-362, dez. 2015.

CUNHA, M. G. DA; CAROMANO, F. A. Efeitos fisiológicos da imersão e sua relação com a privação sensorial e o relaxamento em hidroterapia. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 14, n. 2, p. 95–103, 2003.

DALLAGNOL, Juliana Corrêa et al. Reconstrução após ressecção extensa de tumor das cinturas pélvica e escapular: relato de dois casos. *Rev. bras. ortop.*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 118-123, fev. 2012.

DENENO, Bianca Pratelezzi et al. Resultado funcional em crianças e adolescentes submetidos à hemipelvectomy interna tipo II, com ou sem reconstrução do anel pélvico. *Rev. bras. ortop.*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 125-132, maio 2007.

FÉLIX, T. L. et al. Efeito da hidroterapia, utilizando o Método dos Anéis de Bad Ragaz, no tratamento da artrite reumatóide juvenil: um estudo de caso. *ConScientia e Saúde*, v. 6, n. 2, p. 341–350, 2007.

FERREIRA, Luis Roberto Fernandes et al. Efeitos da reabilitação aquática na sintomatologia e qualidade de vida de portadoras de artrite reumatóide. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 136-141, 2008.

FREITAS, R. R. DE et al. Hemipelvectomy: experiência do Hospital Erasto Gaertner com 32 casos em 10 anos. *Revista Brasileira de Ortopedia*, v. 45, n. 4, p. 413–419, 2010.

GARCIA, Jairo Greco et al. Epidemiological characteristics of patients with pelvic tumors submitted to surgical treatment. *Rev. bras. ortop.*, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 33-37, fev. 2018.

JORGE, Matheus Santos Gomes; VOGELMANN, Sabrina Casarin; WIBELINGER, Lia Mara. Effects of hydrokinesiotherapy in pain, trophism and muscle strength in a child with juvenile idiopathic arthritis. Case report. *BrJP*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 88-92, mar. 2019.

- KISNER, C.; COLBY, L. A. Exercícios Terapêuticos: fundamentos e técnicas. 4a. ed. Barueri SP: Manole, 2005.
- LIMA, Ana Angélica Ribeiro de; CORDEIRO, Luciana. Fisioterapia aquática em indivíduos com distrofia muscular: uma revisão sistemática do tipo escopo. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 100-111, jan. 2020.
- LINHARES, Giovana Macêdo; MACHADO, Antonio Vieira; MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar. A Hidroterapia Reduz a Rigidez Arterial em Gestantes Hipertensas Crônicas. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 114, n. 4, p. 647-654, abr. 2020.
- LUZ, Naiane Durvalina da; LIMA, Andréa Conceição Gomes. Recursos fisioterapêuticos em linfedema pós-mastectomia: uma revisão de literatura. *Fisioter. mov. (Impr.)*, Curitiba, v. 24, n. 1, p. 191-200, mar. 2011.
- MEEREIS, Estele Caroline Welter et al. Influência da hidrocinesioterapia no equilíbrio postural de idosas institucionalizadas. *Motriz: rev. educ. fis.*, Rio Claro, v. 19, n. 2, p. 269-277, jun. 2013.
- MENEGHETTI, Cristiane Helita Zorél et al. Influência da fisioterapia aquática no controle de tronco na síndrome de pusher: estudo de caso. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 269-273, set. 2009.
- NOVAKOSKI, Karize Rafaela Mesquita et al. Back to the liquid environment: effects of aquatic physiotherapy intervention performed on preterm infants. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.*, Florianópolis, v. 20, n. 6, p. 566-575, dez. 2018.
- OLIVEIRA, A. F. et al. Hemipelvectomy interna: relato de oito casos. *Rev Bras Ortop.*, v. 47, n. 6, p. 776-779, 2012.
- PARREIRA, P; BARATELLA, T. V.; COHEN, M. Fisioterapia aquática: 1ª ed. Barueri, SP: Editora Manole, 2011)
- PENNA, V. et al. Hemipelvectomias: tratamento, avaliação funcional e prognóstica dos tumores pélvicos. *Acta Ortopédica Brasileira*, v. 19, n. 6, p. 328-332, 2011.
- PIAZZA, Lisiane et al. Efeitos de exercícios aquáticos sobre a aptidão cardiorrespiratória e a pressão arterial em hipertensas. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 285-291, set. 2008.
- PINHEIRO, I. D. M.; GÓES, A. L. B. Efeitos imediatos do alongamento em diferentes posicionamentos. *Fisioterapia em Movimento (Impresso)*, v. 23, n. 4, p. 593-603, 2010.
- RESENDE, SM; RASSI, CM. Efeitos da hidroterapia na recuperação do equilíbrio e prevenção de quedas em idosas. *Rev. bras. fisioter.*, São Carlos, v. 12, n. 1, p. 57-63, Feb. 2008.
- SANTOS, Daniel Gonçalves dos et al. Evaluation of functional mobility of patients with stroke sequela after treatment in hydrotherapy pool using the Timed Up and Go Test. *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 302-306, set. 2011.
- SARMENTO, Gisele da Silveira; PEGORARO, Andréa Sanchez Navarro; CORDEIRO, Renata Cereda. Fisioterapia aquática como modalidade de tratamento em idosos não institucionalizados: uma revisão sistemática. *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 84-89, Mar. 2011.
- SILVA, Douglas Monteiro da et al. Efeitos da fisioterapia aquática na qualidade de vida de sujeitos com doença de Parkinson. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 17-23, mar. 2013.

SILVA, Tatiana Fernandes Gomes da et al . Comparação dos efeitos da estimulação elétrica nervosa transcutânea e da hidroterapia na dor, flexibilidade e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. Fisioter. Pesqui., São Paulo , v. 15, n. 2, p. 118-124, 2008 .

SOARES, M. A.; SACCHELLI, T. Efeitos da cinesioterapia no equilíbrio de idosos. Revista Neurociencias, v. 16, n. 2, p. 97–100, 2008.

VIEIRA, L. J. et al. Hemipelvectomy com reconstrução por retalho miocutâneo anterior de coxa: relato de caso e descrição da técnica cirúrgica. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 50, n. 4, p. 301–305, 2004.

WAJCHEMBERG, Marcelo et al. Reabilitação precoce de atletas utilizando hidroterapia após o tratamento cirúrgico de hérnia discal lombar: relato preliminar de 3 casos. Acta ortop. bras., São Paulo, v. 10, n. 2, p. 48-57, jun. 2002.

“

Uso de diários reflexivos no aprendizado de médicos residentes em hospital oncológico no Pará

Fernanda de Nazaré Cardoso dos
Santos **Cordeiro**
UEPA/UNIFAMAZ

Herbert Paulino **Cordeiro**
UEPA

Brenda Nazaré Gomes **Andriolo**
UNIFAMAZ

José Antonio Cordero da **Silva**
UEPA

RESUMO

Objetivo: Descrever a percepção dos médicos residentes quanto ao processo de avaliação no contexto de aprendizado e descrever as características éticas e de seus relacionamentos no contexto da implementação do Diário Reflexivo. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, qualitativo de outubro a dezembro de 2018 por meio do preenchimento de questionários sobre o cotidiano dos médicos residentes e a forma como são avaliados e como gostariam de ser avaliados. **Resultados:** Foi observado que 68,4% dos participantes não está satisfeita com a forma como é avaliada e gostaria que fossem utilizadas ferramentas mais inovadoras. Dentre as características dos residentes evidenciou-se que a maioria, 73,7%, tem formação teórica e se considera humanista. A maioria dos participantes mostrou que anseia por métodos avaliativos mais próximos da realidade e que auxiliem na construção de competências para a vida profissional. **Conclusão:** O Diário Reflexivo permite o acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem e motiva uma contínua reflexão podendo ser usado em diferentes cenários de aprendizagem, emancipando o aluno.

Palavras-chave: Residência médica; Avaliação educacional; Aprendizagem; Diário.

INTRODUÇÃO

A avaliação do processo educacional tem como finalidade emitir juízo guiando as condutas e deve ser realizada a qualquer momento, em qualquer nível e não apenas no final de uma disciplina, módulo ou curso para evitar abordagem pontual, não ser estressante, estigmatizadora ou punitiva, mas sim ajudar no binômio ensino-aprendizagem como um todo, aliando-se, portanto, a formação profissional, oferecendo diretrizes para definir prioridades e tomar as decisões necessárias (CARDOSO DAS, et al., 2015).

O modelo educativo atual é baseado na formação por competências e no centro dessas ações está o aluno, requerendo apropriação crítica do conhecimento (COTTA RMM, et al., 2016). Este tipo de aprendizagem permite ao estudante refletir sobre opções, ter feedback imediato e individualizado, estimulando a progressão com melhora significativa, além do desenvolvimento de habilidades relacionadas com tomada de decisões melhorando também a equipe docente e favorecendo a integração dos conhecimentos aplicados a contextos reais (FIGUEROA C, et al., 2015; COTTA RMM, et al., 2015)

Com a introdução de metodologias e instrumentos pedagógicos ativos de ensino, aprendizagem e avaliação oportunizam-se ao aluno autonomia, criatividade e responsabilidade, aprendendo a buscar soluções e resolver problemas profissionais, dando protagonismo ao estudante, valorizando a aprendizagem significativa e reflexiva, compartilhando saberes e experiências entre professores e estudantes (CARDOSO DAS, et al., 2015; FORTE FDS, et al., 2015).

O Diário Reflexivo, ou portfólio reflexivo, vêm sendo apontado como uma importante contribuição para tornar o processo de avaliação mais eficaz e torna-se uma alternativa supostamente eficaz para obtenção de avaliação formativa de médicos Residentes, objetivando reduzir a deficiência que esta avaliação apresenta nos Programas de Residência médica (O'BRIEN CL, et al., 2016; COTTA RMM, et al., 2015).

A Residência Médica é uma pós-graduação em serviço e, em muitos serviços, sempre foi baseado em algumas aulas teóricas expositivas que se repetiam a cada período, demonstrando uma falta de conteúdo programático mínimo a ser desenvolvido, praticamente sem inovações. A forma de avaliação utilizada acabava limitando-se a uma prova de conhecimentos, considerando-se um programa pedagógico insuficiente para alcançar uma aprendizagem adequada, no sentido de contribuir para a formação de um perfil profissional com as características recomendadas (SOUZA RGS, 2012).

Em um processo de ensino-aprendizagem que objetiva formar profissionais médicos críticos, reflexivos e preparados para atender as demandas da comunidade em que está inserido, deve-se planejar um processo de avaliação adequado e sistematizado que permita o alcance de objetivos pré-estabelecidos como adequados para este fim, pelos médicos re-

sidentes. Espera-se, com a construção do Diário Reflexivo, definir lacunas de conhecimento, demonstrar qualidades e conseguir soluções para suprir as necessidades de um médico em formação. Faz-se necessário trazer para o médico residente a responsabilidade compartilhada sobre sua própria aprendizagem, estimulando o pensamento crítico, a criatividade, autoavaliação, articulação, solução de problemas, possibilitando autonomia intelectual, permitindo a análise do progresso do discente, com consequente melhoria das atitudes em situações práticas em favor da comunidade. O portfólio reflexivo torna-se um instrumento importante para agregar todas estas qualidades importantes na formação de um médico residente (CESARIO JB, et al., 2016; BERNARDI MC, et al., 2015).

Devido à grande quantidade de benefícios demonstrados e buscando conhecer um pouco mais dos Programas de Residência médica do estado do Pará objetiva-se com este estudo descrever a percepção dos médicos residentes quanto ao processo de avaliação no contexto de aprendizado de forma prática e sistematizada durante o ensino-aprendizagem, além de descrever as suas características quanto a aspectos éticos, de humanização e características de relacionamento com a equipe, pacientes e entre os próprios residentes, bem como o tipo de avaliação a que são submetidos dentro de cada programa de Residência Médica.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, observacional, descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa em no Hospital Oncológico de Referência do estado do Pará no período de outubro a dezembro de 2018. Os participantes da pesquisa foram os médicos residentes do hospital regularmente matriculados no Programa de Residência médica nas especialidades clínicas que aceitaram participar da pesquisa, divididos nos Programas de Clínica Médica, Neurologia, Oncologia Clínica e Hematologia e Hemoterapia. Apenas os residentes clínicos foram selecionados para o estudo por questão de proximidade entre os métodos de avaliação. Foram excluídos os residentes que não estavam matriculados regularmente, os que não aceitaram participar e os médicos residentes de especialidades não clínicas.

O projeto foi encaminhado à Comissão Científica do Hospital, e, após sua aprovação, para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), onde obteve sua aprovação sob o parecer número 2.701.996, seguindo as normas estabelecidas na Resolução 466/2012 sobre pesquisa em seres humanos e obedecendo aos preceitos éticos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg. Após a aprovação do CEP, os residentes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) contendo as informações necessárias acerca da pesquisa.

Os participantes receberam questionários (Apêndice A – Disponível no arquivo suple-

mentar) aplicados pela pesquisadora principal sobre questões norteadoras do cotidiano do Programa de Residência Médica, divididos em três partes: O questionário 1 abordou sobre o motivo pela escolha da especialidade e daquele como hospital para realizar a residência médica. O questionário 2 abordou questões sobre o relacionamento dos residentes com os pacientes e o questionário 3 continha questões acerca da relação dos participantes com a equipe multiprofissional e os outros residentes, além de perguntas sobre o método de avaliação a que são submetidos. Os Residentes foram abordados no local de atuação profissional, após contato prévio, a partir da disponibilidade dos e-mails e telefone pela secretária do Comissão de Residência Médica (COREME) do local. As perguntas contidas no questionário buscaram relatar sobre o cotidiano nos cenários de aprendizagem, mediante o enquadramento teórico que fundamenta o estudo. O questionário também continha perguntas abertas acerca do processo de avaliação e grau de satisfação de cada programa. Durante o preenchimento do questionário os participantes fizeram relatos espontâneos para a autora acerca das vivências exploradas nas questões. Serviu também para armazenar as informações relacionadas à comunidade e a sua prática diária, possibilitando a reflexão como fonte de informações acerca das necessidades da aprendizagem.

Para interpretação dos dados das perguntas abertas foi realizada a análise de conteúdo baseada nos critérios de Bardin L (2011), adotando-se categorias pré-definidas de acordo com os objetivos da pesquisa e após intensa revisão da literatura atual. Esta análise foi dividida em três etapas: a pré-análise, onde se organizou o material após uma leitura inicial, exploração do material com categorias e a última etapa foi a do tratamento dos resultados, com a interpretação das informações a partir de uma análise crítica e reflexiva baseada no referencial teórico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número total de residentes de especialidades clínicas no local de estudo foi de 22. Apenas três residentes não participaram, pois estavam em módulos fora da cidade de Belém e não puderam responder ao questionário e nem assinar o TCLE no período estudado. As respostas dadas nos questionários foram avaliadas conjuntamente as declarações dos médicos residentes participantes, pois, a maioria destas declarações foram feitas durante o preenchimento dos questionários (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Respostas dos questionários sobre relação com pacientes dos médicos residentes participantes do estudo, vinculados a programas de residência médica em um Hospital no Pará, Belém - PA, 2019.

PERGUNTA	N de respostas
1) Quando o paciente não tem condições financeiras para comparecer a próxima consulta você:	
Pede para conversar com assistente social para resolver a questão.	19 (100%)
Eu mesmo irei resolver dando dinheiro para o paciente.	0 (0%)

TOTAL	19
2) Como você vê a situação em que um paciente demora muitas semanas para realizar um procedimento / internação / consulta:	
Infelizmente o SUS é assim e necessita de melhorias.	9 (47,3%)
A situação tem que ser resolvida o mais rápido possível, nem que eu mesmo tenha que fazer isso.	10 (52,6%)
TOTAL	19
3) O paciente que você atendeu não consegue realizar os exames solicitados:	
Infelizmente o SUS é assim e necessita de melhorias.	8 (42,1%)
A situação tem que ser resolvida o mais rápido possível, nem que eu mesmo tenha que fazer isso.	11 (57,8%)
TOTAL	19
4) O que você acha da situação de muitos pacientes que tem que chegar de madrugada ou até mesmo dormir na fila para conseguir	
uma consulta ou um exame?	
Infelizmente o SUS é assim e necessita de melhorias.	6 (31,5%)
Me sinto culpado (a) por não poder mais.	13 (68,4%)
TOTAL	19
5) Quando o paciente precisa de alguma medicação e/ou material que não normalmente disponibilizado pelo SUS:	
Você explica a situação para o paciente e diz que não há o que fazer.	1 (5,2%)
Tenta reverter pedindo auxílio para assistente social e diretoria – solicito compra na farmácia.	16 (84,2%)
Sugere compra pela família – se for muito barato.	2 (10,5%)
TOTAL	19
6) Você sente que cria vínculos com os pacientes:	
Sempre.	14 (73,6%)
Quando são da minha idade.	4 (21,05%)
Quando lembram alguém da família.	0 (0%)
Nunca.	1 (5,2%)
TOTAL	19
7) Você decide tratar a doença ou o paciente:	
Sempre a doença para não criar vínculos e sofrer.	0 (0%)
O paciente, porque é o que ele merece, independente do que eu sinta ou ache.	19 (100%)
TOTAL	19
8) Qual a importância da qualidade de vida do paciente:	
Fundamental, mesmo que não possa tratar sua doença.	19 (100%)
Penso nela, porém me preocupo mais com seu tratamento.	0 (0%)
TOTAL	19
9) Você indica outras atividades aliadas ao tratamento clínico-cirúrgico para seu paciente:	
Sempre.	10 (52,6%)
Somente quando há uma comprovação científica de seu benefício.	8 (42,1%)
Somente a pedido do próprio paciente.	1 (5,2%)
TOTAL	19
10) Sobre terminalidade da vida:	
Busco sempre a cura em primeiro lugar quando o paciente é jovem, pois esta é a função do médico.	4 (21,05%)
Minha opção busca os cuidados paliativos independentemente da idade, buscando a qualidade de vida.	14 (73,6%)
Faço o que meus chefes e a família e o paciente orientam.	1 (5,2%)
TOTAL	19

Fonte: Cordeiro FNCS, et al., 2019.

Tabela 2. Respostas dos questionários sobre relação com equipe dos médicos residentes participantes do estudo, vinculados a programas de residência médica em um Hospital do Pará, Belém - PA, 2019.

PERGUNTA	N de respostas
1) Qual sua relação com os outros residentes?	
Muito boa, são meus amigos.	11 (57,8%)
Boa, são colegas de trabalho.	8 (42,1%)
Ruim	0 (0%)
Indiferente.	0 (0%)
TOTAL	19
2) Qual sua relação com os chefes?	
Muito boa, são mestres e me ensinam tudo.	12 (63,1%)
Boa, me ensinam o que eu devo aprender.	7 (36,8%)
Regular, somos distantes, sem relação.	0 (0%)
Ruim.	0 (0%)
TOTAL	19
3) Você considera que tem qualidade de vida como médico residente?	
Tenho qualidade de vida de qualquer médico, me sinto cansado, mas consigo estudar.	3 (15,7%)
Queria ter mais qualidade de vida, ter menos plantões.	4 (21,05%)
Tenho qualidade de vida de qualquer residente, mas me sinto cansado demais e consigo estudar.	9 (47,3%)
Me sinto muito cansado e não consigo estudar.	3 (15,7%)
TOTAL	19
4) Sua relação com a equipe multiprofissional:	
É ótima, sem eles não sou nada.	3 (15,7%)
É boa, me ajudam, cada um na sua função.	12
É necessário em alguns momentos, consigo realizar minhas funções mesmo sem eles.	4 (21,05%)
TOTAL	19
5) Sua relação com discentes/internos:	
Ótima, me ajudam muito.	7 (37,8%)
Boa, apesar de as vezes atrapalharem.	11 (57,8%)
Não precisaria deles.	1 (5,2%)
TOTAL	19
6) Você ajuda os discentes/internos:	
Sempre que me pedem.	17 (89,4%)
Sempre que acho necessário.	1 (5,2%)
Na maioria das vezes não tenho tempo para isso.	1 (5,2%)
TOTAL	19

Fonte: Cordeiro FNCS, et al., 2019.

A Tabela 1 mostra as respostas dadas pelos Residentes sobre sua relação com os pacientes atendidos durante seu período de aprendizado. As perguntas versavam sobre dificuldades financeiras destes pacientes e as dificuldades apresentadas quanto a marcação de exames, prescrição de medicamentos e internação hospitalar. A maioria dos residentes mostrou-se preocupado, demonstrando empatia em relação a estes conflitos que acabam por trazer mais tribulações e angústias absorvidas pelos médicos residentes.

Segundo Webb TP, et al. (2014) o relacionamento de médicos e seus pacientes pode ser aperfeiçoado através do uso de tecnologias e ferramentas que levem ao domínio de competências, otimizando não só a aprendizagem, como também o tratamento dedicado aos pacientes que se encontram em posição vulnerável, especialmente no cenário da realização deste estudo, ou seja, um ambiente real dentro do contexto da Saúde Pública. (STELET BP, et al., 2017)

A Tabela 2 mostra as respostas dos Residentes acerca do relacionamento destes participantes com os outros residentes e equipe multiprofissional, incluindo seus chefes, enfermagem e internos de Medicina. As questões nesse momento abordaram sobre coleguismo, qualidade de vida e rotina das atividades diárias. Podemos notar que grande parte das respostas demonstra boa relação entre todos, com cada um realizando o que lhe compete de função.

É importante notar que a relação entre colegas de profissões da área de saúde se faz necessária para o bem-estar de todos, principalmente do paciente, que se torna mais bem assistido. O apoio torna o residente mais motivado e aumenta sua confiança no trabalho e no aprendizado no contexto do mundo real. O dia-a-dia e o ambiente de aprendizagem se tornam mais fáceis com evidências de melhorias e progresso real. (CHANG C, et al., 2011). Quando perguntados sobre a sua relação com os pacientes os residentes revelaram que, muitas vezes, eles mesmos resolveriam os problemas relacionados ou não a seu estado patológico, se pudesse, já que, dentro da realidade vivenciada no Sistema Único de Saúde (SUS), há morosidade na resolução dos problemas. Alguns relataram que, por vezes, se sentem culpados por não conseguirem ter sucesso nessa empreitada:

“Já dei dinheiro para comprar remédios que não tinham na farmácia do Hospital, hoje faço menos, devido o dinheiro estar contado para mim também”.

A maioria dos estudantes revelou sempre criar vínculos com os pacientes, buscando tratar o paciente e não sua doença, demonstrando que se apegam as pessoas muito mais do que deveriam:

“Dou meu número de telefone para os pacientes e familiares para ajudar no que puder.”

Os residentes também revelaram achar fundamental a qualidade de vida de cada um dentro do contexto em que vive, ou seja, de estudante num programa de pós-graduação em que aprende fazendo não só competências relacionadas a conhecimentos dentro da Medicina, mas também competências cognitivas e metacognitivas levando ao crescimento pessoal e profissional.

Quando se tratou da relação com equipe a maioria dos médicos relatou ter relação muito

boa com os outros residentes, até mesmo de outras especialidades, e com os chefes de seu programa. A relação com internos e equipe multiprofissional foi definida, pela maioria, como sendo boa, o que é importante dentro do processo de ensino-aprendizagem, pois facilita a construção de um profissional que sabe trabalhar em equipe, pois sabe da importância de cada um. Em relação as perguntas abertas contidas no questionário os participantes foram perguntados sobre o motivo da escolha da especialidade observamos muitas respostas acerca da maior afinidade como:

“Tive muita afinidade durante o curso.”

“É a especialidade que mais me encantou e a mais desafiadora.” “É a especialidade que mais oferece raciocínio clínico.”

E quanto ao motivo de terem escolhido o Hospital a resposta mais encontrada foi que este hospital é uma referência tanto em serviço como em profissionais de alta relevância dentro do campo escolhido como especialidade:

“É uma instituição que eu confio.”

“É considerado o melhor hospital com a melhor residência do estado.” “É o melhor corpo docente entre as residências do Pará.”

A maioria dos médicos residentes revelou ser avaliado com provas teóricas e, algumas vezes em módulos específicos, com notas formativas, porém com critérios estabelecidos por cada preceptor e não de maneira uniforme, além de, muitas vezes, serem considerados critérios mais subjetivos. Destes, 68,4% não está satisfeita com este modo de avaliação. Dentre as formas que alguns residentes gostariam de ser avaliados observamos:

“Acredito que eu deveria ser avaliado de forma mais longitudinal e não de forma pontual.”

“Gostaria de ser avaliado através de conceitos e não simplesmente com notas.

“Gostaria de incluir novos critérios de avaliação, pois prova teórica não avalia de forma holística.”

Estas respostas corroboram com a pretensão desta pesquisa de avaliar a satisfação com as formas avaliativas atuais e o desejo do uso de ferramentas mais inovadoras e que levam a construção de conhecimento orientado por competências com uma avaliação formativa, porém com critérios mais objetivos e uniformes.

Seguramente a Residência Médica é um momento especial de preparação do médico para a vida prática profissional, onde, a partir deste momento, caminhará com as próprias pernas. Durante este período de aprendizado o seu conhecimento cresce de forma exponencial, treinando habilidades e criando o modo pessoal de trabalhar, com a ajuda dos preceptores, que passa a ser um modelo a ser seguido. Entretanto, neste período importante de formação as experiências podem ser angustiantes, quando não há alguém para discussão de casos,

explicações acerca de conceitos ainda não conhecidos, muitas vezes o residente tomando para si a responsabilidade do cuidado com o paciente de forma integral (LAGOEIRO B, 2019).

Soma-se a isso o cansaço excessivo devido a longa jornada de trabalho dentro e fora da Residência médica, como observado nos relatos de alguns residentes que demonstraram cansaço após dias de serviço e plantões. Dentro desta discussão vale ainda ressaltar a importância da segurança do paciente, pois o estresse e o cansaço podem facilmente levar ao erro, já que todos somos humanos neste processo (LAGOEIRO B, 2019).

O fato de a grande maioria dos médicos residentes mostrarem-se insatisfeitos com seu processo avaliativo vai de encontro a vários estudos realizados nas mais diferentes profissões dentro da formação em saúde. Existem estudos em fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem, medicina (graduação e pós-graduação) que chegaram a resultados semelhantes a este estudo, ou seja, os estudantes ansiavam pelo uso de metodologias verdadeiramente ativas no sentido de levá-los a construir o próprio conhecimento de forma mais participativa, levando ao desenvolvimento do pensamento crítico, possibilitando a reflexão sobre o que é vivenciado e, a partir desta reflexão, poder solucionar problemas reais e atender as demandas da sociedade (LAGOEIRO B, 2019; WALTON J, et al., 2016).

Diante de discursos de médicos residentes preocupados com o bem-estar de seus pacientes, envolvidos em seus problemas e adquirindo para si suas angústias perante o caos na Saúde Pública, onde o residente está imerso, como linha de frente de atendimento pode-se perceber que o uso do Diário Reflexivo facilita este processo de crescimento pessoal e profissional, pois facilita a interação com professores e equipe multiprofissional, trazendo para o estudante a responsabilidade sobre seu aprendizado nesta forma de avaliar que leva em consideração os sentimentos e experiências vivenciadas na prática, em um ambiente seguro e com apoio emocional, como observado nos estudos de Lam R (2014), Buckley S, et al. (2009) e Sidebotham M (2018). O portfólio desenvolve aprendizagem mais profunda, melhora a capacidade reflexiva, com isso auxilia o aluno a enfrentar emoções, planejar trajetória de aprendizagem e construir confiança, além de facilitar o aprendizado, pois gerencia o grande volume de informações adquiridas e serve de catalisador para a aprendizagem de alta qualidade (MCEWEN LA, et al., 2015; MICHELS NRM, et al., 2016). Segundo Buckley S (2009), o portfólio melhora a capacidade de aprender de forma independente, a tomada de decisão, o pensamento crítico, aprimora habilidades de comunicação, autoconfiança, e a disposição para assumir responsabilidade sobre sua aprendizagem e profissionalismo (BUCKLEY S, et al., 2009).

Seu uso na educação vem crescendo consideravelmente nos últimos anos, seguindo uma tendência da formação crítica e reflexiva de profissionais de saúde, pois configura como uma ferramenta de avaliação distinta das metodologias tradicionais, que vai de encontro ao

desejo dos residentes entrevistados nesta pesquisa, que demonstraram a vontade de serem avaliados de uma forma mais ativa na direção da construção do conhecimento a partir de competências clínicas, assim como no estudo de Padovani O & Correa AK (2015). Alguns residentes sugeriram que o Diário Reflexivo poderia perder em confiabilidade e validade, assim como no estudo de Chang CC, et al. (2012), mas essa possível desvantagem poderia ser superada pela criação de critérios de avaliação mais objetivos e escolhidos em acordo comum entre todos os participantes. Outra desvantagem aventada também seria o não apoio institucional, porém isto seria remediado através de evidências científicas como o presente estudo, além de educação continuada (CHANG CC, et al., 2012).

O fato de médicos residentes estarem insatisfeitos com seus métodos de avaliação nos leva a pensar que a criação de novas metodologias é extremamente necessária para não atrapalhar um processo tão importante e complexo como é o ensino-aprendizagem. Segundo Forte FDS (2016), com uso de ferramentas como o Diário Reflexivo pode-se adquirir alunos mais motivados e satisfeitos, pois são mais responsáveis e participativos. Este tipo de avaliação baseia-se em uma amostra mais ampla do trabalho do residente dentro do contexto vivenciado, mostrando suas necessidades e lacunas de conhecimento, suprimindo o que for necessário, servindo de gatilho para mudanças na forma de avaliar e de pensar (FORTE FDS, 2016).

Dentre as limitações deste estudo encontra-se a amostra reduzida de participantes, porém não foi a intenção dos autores generalizar, mas sim obter uma compreensão mais profunda do assunto. As evidências do uso do portfólio na graduação médica ainda são limitadas, e mais ainda na pós-graduação, como é o caso da Residência Médica, especialmente porque o ato de refletir sobre as próprias ações com a intenção de intervir na realidade ainda é pouco difundido dentro da classe médica. O uso de narrativas e o fato de falar sobre si mesmo também contam como dificuldades para médicos, o que também limita estudos que levam em consideração a reflexão como principal fator de avaliação., além do fato de que muitos residentes vêm de escolas médicas que ainda utilizam o método tradicional de ensino, aprendizagem e avaliação e, por isso, ainda há a dificuldade do uso de metodologias ativas e práticas.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou a insatisfação da maioria dos médicos residentes quanto a metodologia avaliativa tradicional utilizada, requerendo novas metodologias, mais próximas da realidade neste contexto. O Diário Reflexivo permite o acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem e motiva uma contínua reflexão podendo ser usado em diferentes cenários de aprendizagem, tanto em graduações, como em pós- graduações, como é o caso

da Residência Médica, promovendo a emancipação progressiva do estudante, com aumento da interação entre professor e aluno dentro de um contexto pedagógico de aprendizagem significativa e esta ferramenta exige participação ativa dos alunos no processo de ensino e aprendizagem através da reflexão crítica da realidade. Ou seja, os médicos residentes vivenciam as experiências do dia-a-dia, e ao registrarem as atividades realizadas em diários alcançam a aprendizagem através da aquisição de competências, conhecimentos e atitudes, além do desenvolvimento profissional, inerente a este momento de formação. É imprescindível ter em mente que o Diário Reflexivo não se trata apenas de acúmulo de papéis e documentos, mas sim de uma temática relevante e inovadora que busca beneficiar o desenvolvimento e crescimento do estudante em qualquer nível de ensino.

REFERÊNCIAS

BARDIN L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERNARDI MC, et al. Portfólio na avaliação do estudante de graduação na área da saúde: Estudo bibliométrico. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, 2015; 20 (1): 153-160.

BUCKLEY S, et al. The educational effects of portfolios on undergraduate student learning: a Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review BEME Guide No. 11. *Med. Teach.* 2009; 31: 282–298.

CARDOSO DAS, et al. Aprendizagem Reflexiva: o Uso do Portfólio Coletivo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [s.l.], 2015; 39 (3): 442-449.

CESARIO JB, et al. Portfólio reflexivo como estratégia de avaliação formativa. *Rev Baiana Enferm*, Salvador, 2016; 30 (1): 356-364.

CHANG C, et al. Reliability and validity of Web-based portfolio peer assessment: A case study for a senior high school's students taking computer course. *Computers & Education*, [s.l.], 2011; 57: 1306-1316.

CHANG CC, et al. A comparative analysis of the consistency and difference among teacher-assessment, student self-assessment and peer-assessment in a Web-based portfolio assessment environment for high school students. *Computers and Education*, 2012; 58 (1): 303–320.

COTTA RMM, et al. Portfólios coletivos como método de ensino, aprendizagem e avaliação crítico-reflexiva: exercitando o aprender a conviver e a trabalhar junto. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA (CIAIQ), Anais... 2016.

COTTA RMM, et al. Portfólios crítico-reflexivos: uma proposta pedagógica centrada nas competências cognitivas e metacognitivas. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, 2015; 19 (54): 573-588.

FIGUEROA C, et al. Incorporación de paciente virtual en portafolio de estudiantes de medicina de pregrado. *Rev Med Chile*, 2015; 143: 175–82.

FORTE FDS, et al. Portfólio como estratégia de avaliação de estudantes de odontologia. *Trabalho, Educação e Saúde*, [s.l.], 2015; 3 (2): 25-38.

FORTE M, et al. Portfólio Reflexivo Eletrônico: Resultados de um Projeto Piloto. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, 2016; 40 (2): 234-244.

LAGOEIRO B. Você conhece os dramas da residência médica? Disponível em: <https://pebmed.com.br/voce-conhece-os-dramas-da-residencia-medica/> Acesso em: 23 jun 2019.

LAM R. Promoting self-regulated learning through portfolio assessment: Testimony and recommendations. Assessment and Evaluation in Higher Education, 2014; 39 (6): 699–714.

MCEWEN LA, et al. Developing and successfully implementing a competencybased portfolio assessment system in a postgraduate family medicine residency program. Acad Med. 2015; 90: 1515–1526.

MICHELS NRM, et al. Content validity of workplace-based portfolios: a multi-Centre study. Med Teach. 2016.

O'BRIEN CL, et al. Feasibility and Outcomes of Implementing a Portfolio Assessment System Alongside a Traditional Grading System. Academic Medicine, [s.l.], 2015; 91 (11): 1554-1560.

PADOVANI O, CORREA AK. Tecnologias no uso do portfólio reflexivo em cursos superiores na área da saúde, In: CONVIBRA, 2015, IV Congresso Online - Gestão, Educação e Promoção da Saúde, 2015.

SIDEBOTHAM M, et al. Preparing student midwives for professional practice: Evaluation of a student eportfolio assessment item. Nurse Education in Practice, 2018; 32: 84-89.

SOUZA RGS. Atributos Fundamentais dos Procedimentos de Avaliação. In: TIBERIO, I.F.C. et al. Avaliação prática de habilidades em medicina. São Paulo: Ed Atheneu, 2012, cap.1-11.

STELET BP, et al. Portfólio Reflexivo: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico. Interface (Botucatu), 2017; 60: 165-176.

WALTON J, et a. Student ePortfolios to develop reflective skills and demonstrate competency development: Evaluation of a curriculum pilot project. European Journal of Dental Education; 2016; 20(2): 120-128.

WEBB TP, et al. Assessing Competency in Practice-Based Learning: A Foundation for Milestones in Learning Portfolio Entries. Journal Of Surgical Education, [s.l.], 2014; 71: 472-479.

CORDEIRO, F. DE N. C. DOS S.; CORDEIRO, H. P.; ANDRIOLO, B. N. G.; DA SILVA, J. A. C. Uso de diários reflexivos no aprendizado de médicos residentes em hospital oncológico no Pará. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 43, p. e2174, 19 mar. 2020. Artigo original.

“ Vantagens do uso do sistema CAD/CAM em restauração onlay: Relato de caso

Luiz Ricardo Gomes de Caldas **Nogueira Filho**
FOP

Diana Santana de **Albuquerque**
FCM

Luiz Ricardo Gomes de Caldas **Nogueira**
ABO

Maria Fernanda Limeira **Feitosa**
UNINASSAU

Igor Montenegro **Galvão**
FCM

Christianne Tavares Velozo **Telles**
FOP

RESUMO

Com o intuito de otimizar a confecção de peças protéticas, foi desenvolvido o sistema CAD-CAM que consiste no planejamento e fabricação de restaurações por meio de um sistema computadorizado. Este artigo tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico em que foi utilizada a tecnologia CAD/CAM chairside para a confecção de uma restauração indireta posterior onlay no dente 26, demonstrando suas vantagens de uso a fim de otimizar a confecção da peça protética. Paciente, 16 anos, gênero masculino, compareceu à clínica odontológica com queixa estética dos dentes anteriores. Após a avaliação clínica, radiográfica e fotográfica, foi constatado que o dente 26 apresentava amelogênese imperfeita. Então, foi realizada a confecção da restauração em porcelana através do sistema CAD/CAM, em apenas uma sessão. Além de obter restaurações precisas e bem adaptadas, simplificar os procedimentos e reduzir o tempo de atendimento, o auxílio do sistema CAD/CAM permite ao profissional realizar o planejamento adequado do processo de confecção da restauração protética com total controle da técnica, desde o escaneamento até à instalação em única sessão.

Palavras-chave: Cad Cam; Onlay; Amelogênese Imperfeita.

INTRODUÇÃO

A amelogenese imperfeita (AI) é um distúrbio genético hereditário raro do desenvolvimento que afeta principalmente o tecido dentário do esmalte. Além de comprometer a estética, a AI pode prejudicar a funcionalidade do dente, por isso a literatura recomenda a reabilitação através da confecção de restaurações indiretas¹. As restaurações cerâmicas do tipo onlay representam uma opção viável para reabilitação de dentes com amelogenese imperfeita devido às suas propriedades mecânicas, estabilidade de cor, biocompatibilidade e adaptação marginal à estrutura dentária, sendo esta última considerada um fator importante neste tipo de reabilitação². Contudo, no processo convencional, necessita-se de moldagem, confecção de provisórios, maior número de consultas e um maior custo, devido às etapas laboratoriais. Com o intuito de otimizar este processo, foi desenvolvido o sistema CAD CAM (CAD- Desenho Assistido por Computador e CAM - Manufatura Assistida por Computador) que consiste no planejamento e fabricação de restaurações por meio de um sistema computadorizado. Esse avanço tecnológico já era muito utilizado em indústrias e teve a sua introdução na Odontologia, no início da década de 80. Os objetivos principais dessa tecnologia eram, então, a automatização do processo manual com intuito de padronizar os processos de fabricação, reduzir os custos de produção e minimizar os riscos de insucesso³. O primeiro sistema a ser utilizado e comercializado de forma viável foi o CEramic REConstruction (CEREC, Zurique, Suíça), desenvolvido por Morman e Brandestini, em 1980, na Universidade de Zurique, Suíça⁴. Durante os últimos 40 anos, verificou-se um grande desenvolvimento da tecnologia CAD-CAM em relação à leitura das preparações dentárias (óptica, contato e digitalização laser), aos programas de desenho virtual, aos materiais e à maquinação das restaurações protéticas.

O sistema CAD-CAM é composto por um Scanner que realiza a captura dos dados da região a ser restaurada podendo ser utilizado de forma intraoral ou extraoral, sobre o modelo de gesso. Um avançado sistema de software recebe e processa as informações tridimensionais e possibilita o planejamento digital de restaurações indiretas, facetas e coroas (CAD). Nesta fase, o operador pode então desenhar de forma virtual a estrutura protética, definindo as linhas de acabamento, o espaçamento e a espessura da restauração a maquinar. Por fim, uma máquina fresadora (CAM) converte a informação do software no produto final através do desgaste de blocos pré-fabricados (Fig. 1). Este sistema pode ser classificado conforme o local de trabalho, ou seja, eles podem ser do tipo chairside (ao lado da cadeira) em que o cirurgião dentista é o operador da máquina e pode confeccionar próteses em apenas uma consulta ou podem ser do tipo inLab em que o escaneamento é realizado dentro de um laboratório de imagens a partir de um modelo de gesso advindo de uma moldagem tradicional. Além desse método de classificação, eles também podem ser divididos em sistemas

abertos ou fechados. No sistema aberto há a possibilidade de transferir o arquivo com a captura das imagens tridimensionais para fresadoras de outras marcas comerciais, estejam elas em clínica ou em laboratório. Possibilitando, assim, a comunicação entre equipamentos de diferentes fabricantes. Já os sistemas fechados abordam todo o processo de fabricação usando equipamentos e software da mesma empresa e não possibilitam essa exportação de imagens⁵.

OBJETIVO

Este artigo tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico em que foi utilizada a tecnologia CAD/CAM chairside para a confecção de uma restauração indireta posterior onlay no dente 26, demonstrando as vantagens do uso dessa tecnologia a fim de otimizar a confecção da peça protética.

Relato de caso clínico

O paciente A.A.C.J, 16 anos, gênero masculino, compareceu à clínica odontológica com queixa estética nos dentes anteriores. Contudo, após a avaliação clínica, radiográfica e fotográfica, foi possível diagnosticar amelogenese imperfeita (AI) no dente 26 em decorrência da alteração de cor (amarelo-acastanhado), da rugosidade do elemento, da superfície oclusal apresentar maior degradação (fig. 2, 3 e 4). Este dente possuía uma restauração em resina fotopolimerizável que apresentava estética e funcionalidade insatisfatória. Portanto, após os protocolos fotográficos, radiográfico, clínico e diagnóstico, foi realizada a remoção da restauração antiga e executado o preparo cavitário com a broca 2536 (KG SORENSEN, São Paulo, Brasil) (fig. 5). Devido à extensão do preparo cavitário, sugeriu-se a confecção da restauração em porcelana através da tecnologia CAD/CAM (fig. 6). Em seguida, foi realizado o escaneamento da arcada dentária com o Cerec Omnicam 4.4 (Dentsply Sirona, Nova York, Estados Unidos). Após obtidos os modelos virtuais tridimensionais em STL - Standard Triangle Language, que consiste na conversão da imagem da superfície em uma infinidade de triângulos a fim de tornar o projeto passível de ser usinado na máquina de fresagem, foi executado o projeto digital da restauração no modelo biogênico individual do software Cerec 4.4 (fig. 7, 8 e 9). Foram realizados os ajustes de pontos de contato no software e a seleção do bloco utilizado pelo operador, com isso, a estrutura protética foi usinada em bloco de cerâmica feldspática policromática do tipo CEREC BLOCKS™ na cor A1 e confeccionado na fresadora MC XL (Dentsply Sirona, Nova York, Estados Unidos) dentro da clínica odontológica. Após usinagem, a peça passou pela prova seca e úmida em que foi constatada uma boa adaptação. Após análise dos pontos de contato com pa-

pel carbono Accufilm 2 (Parkell, Nova York, Estados Unidos) foi executado o acabamento com glaze (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein) que foi aplicado com o pincel Blueline Kolinsky 00 (Odontomega, Ribeirão Preto, Brasil) nas faces oclusal, vestibular, palatina e interproximais. Após o aquecimento da estrutura em forno protético Programat CS2(Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein) a 790 graus, a cimentação da estrutura foi concluída sob isolamento relativo, com cimento de polimerização dupla Relyx ULTIMATE (3M, Minnessota, Estados Unidos) e fotopolimerizador Elipar Deepcure LED (3M, Minnessota, Estados Unidos) seguindo os protocolos do fabricante. Nenhuma parte do processo contou com etapas laboratoriais, possibilitando, assim, reabilitar o paciente em sessão única (fig. 10). Após 3 anos, é possível observar que a estética, a oclusão e a adaptação permaneceram estáveis durante esse período de acompanhamento. Não foram observados sinais de fratura e/ou infiltração na restauração (fig. 11 e 12).

Figura 1. Blocos CEREC pré-fabricados. Fonte: Catálogo de materiais CAD-CAM, Dentsply Sirona, disponível em https://assets.dentsplysirona.com/flagship/de-de/produkte/cad-cam/cad-cam-fuer-das-labor/cad-cam-materialien/pdfs/dentsply-sirona-cad-cam-material-brochure_EN.pdf



Figura 2. Situação inicial do paciente com queixa estética anterior



Figura 3. Situação Inicial: Dente 26 com amelogenese imperfeita e restauração insatisfatória



Figura 4. Radiografia do dente 26 antes do tratamento restaurador



Figura 5. Preparo Cavitário realizado no dente 26



Figura 6. Sistema CAD-CAM chairside, modelo Primescan (Dentsply Sirona) disponível em <https://www.dentsplysirona.com/pt-br/explore/cad-cam/clinical-safety.html>



Figura 7. Escaneamento do Preparo Cavitário do dente 26

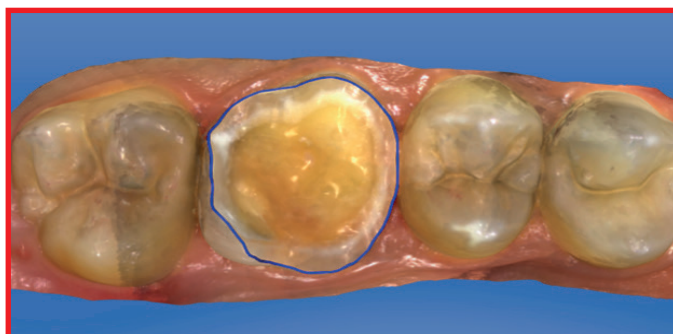


Figura 8. Modelo sugerido pelo sistema de software CEREC 4.4



Figura 9. Análise dos pontos de contato do dente 26 com o dente antagonista realizada pelo software Cerec 4.4



Figura 10. Restauração do dente 26 após o acabamento com glaze



Figura 11. Radiografia do dente 26 após 3 anos de acompanhamento



Figura 12. Restauração no dente 26 após 3 anos de acompanhamento



DISCUSSÃO

Quando a tecnologia CAD-CAM foi introduzida à odontologia, no Brasil, só existiam scanners inLab, ou seja, a imagem era capturada e digitalizada em 3D no laboratório e após esse processo era enviada para uma central de processamento nas respectivas empresas fora do país. Nessa central era executada a usinagem e, em seguida, as peças protéticas eram enviadas ao cirurgião dentista. Na época, esse trâmite internacional não era válido para os odontólogos, pois levava um longo tempo para finalizar o caso em comparação ao tempo de confecção de próteses em laboratórios nacionais através de moldagens convencionais. Entretanto, devido à valorização crescente da estética, o mercado odontológico está constantemente desenvolvendo novas tecnologias e produtos, como os sistemas CAD-CAM, que são capazes de conciliar estética, qualidade e longevidade. Esses sistemas avançaram ao ponto das clínicas odontológicas e laboratórios poderem possuir os seus próprios equipamentos de fresagem, o que facilita e agiliza o processo de confecção da peça protética. Com a transição dos métodos convencionais para a fabricação de próteses através do CAD-CAM, surgiram dúvidas quanto a precisão dos Scanners Intraorais (SIO) em comparação à precisão proveniente de moldagens convencionais, como também em relação à resistência à fratura dos materiais de blocos pré-fabricados comparada à de dentes sadios e a taxa de sobrevida clínica de restaurações oriundas do escaneamento intraoral quando comparado

ao processo convencional de moldagem. Quanto à precisão dos scanners intraorais, é praticamente um consenso na literatura que, apesar das variações de resultados entre modelos e marcas diferentes, as imagens geradas através desses scanners apresentam valores de precisão satisfatórios e comparáveis aos do método convencional em alginato^{6,7,8,9}. Em relação à resistência à fratura dos materiais dos blocos pré-fabricados, diversos estudos comprovam que as restaurações usinadas através do sistema CAD-CAM apresentaram uma resistência considerável. Um estudo conduzido por Bremer, B & Geurtsen, W. (2001) compararam a resistência à fratura em dentes hígidos e em restaurações inlay executadas por CAD-CAM, o qual demonstrou que não houve diferença significativa entre os valores médios dos dentes sadios e dos dentes com incrustações cerâmicas Cerec¹⁰. Em relação a taxa de sobrevida clínica a longo prazo, Alves de Carvalho et al. (2018) realizaram uma revisão sistemática comparando a taxa de sobrevida clínica a longo prazo de restaurações fabricadas com a tecnologia CAD-CAM. Os resultados demonstraram que a taxa geral de sobrevida das restaurações em cerâmica de um dente único fabricadas com tecnologia CAD-CAM é semelhante à fabricada convencionalmente¹¹. Por isso, nesse caso clínico, o dente com amelogenese imperfeita foi restaurado através da técnica indireta com o sistema CAD-CAM, visto que é uma opção viável, pois apresenta previsibilidade do resultado e longevidade¹². Sobre as vantagens encontradas na literatura do uso da tecnologia CAD-CAM na odontologia, Mangano, F et al. (2017) destacam principalmente a redução do desconforto ao paciente, a eficiência quanto ao tempo e a simplificação dos procedimentos clínicos para o cirurgião dentista⁸. Menor tempo despendido, maior nível de satisfação e conforto e menor reflexo de vômito também são citados como benefícios da utilização dessa tecnologia por Sfondrini, M F et al. (2018)¹³. Já a revisão sistemática realizada por Cicciù, M et al. (2020) cita como principal vantagem a melhor percepção dos pacientes ao uso das impressões digitais em comparação às impressões convencionais¹⁴. A preferência dos pacientes por impressões digitais também é citada como vantagem no estudo de Burzynski, JA et al. (2018)¹⁵ e na revisão sistemática de Abduo J, Elseyoufi M.¹⁶. O uso da tecnologia de escaneamento intraoral permite com que os profissionais não estejam sujeitos a equívocos no manuseio do processo de moldagem convencional, pois a escolha do tamanho e material da moldeira e do material de moldagem influenciam diretamente na qualidade da peça protética. Na técnica convencional, alguns materiais necessitam de adesivos prévios à colocação do material na moldeira e outros tem a necessidade de furos para melhor adesão, tornando o processo mais suscetível a erros. Além disso, o vazamento de gesso inadequado pode comprometer a peça protética em decorrência da presença de bolhas no modelo. A literatura relata que os materiais de moldagem sofrem alterações ao longo do tempo, podendo distorcer pelo armazenamento e transporte inadequados ou pelo tempo de envio ao laboratório. Em con-

trapartida, a utilização do scanner intraoral dispensa o uso de moldeiras e de materiais de moldagem que, além de agilizar o processo de confecção das peças, economiza espaço nos consultórios. Os modelos digitais obtidos através do escaneamento intraoral permitem com que as imagens fiquem armazenadas no computador sem distorções ao longo do tempo e podem ser associadas às tomografias computadorizadas dos pacientes.

Os custos para a aquisição dessa tecnologia ainda são altos, porém, quando comparado ao método convencional, o digital é a preferência dos profissionais, pois agilizam o tratamento odontológico possibilitando confecção de peças protéticas em sessão única. Dentre essas indicações clínicas do uso dessa tecnologia, destacam-se a fabricação de restaurações ou dispositivos personalizados em próteses, ortodontia, cirurgia e implantodontia⁸. Como também seu uso é adequado para fabricação de restaurações indiretas e próteses fixas, mas exige que o operador compreenda as características e adaptações necessárias ao usar scanners intraorais.¹⁷

CONCLUSÃO

A tecnologia CAD-CAM chairside possibilita a confecção de peças protéticas como restaurações onlay, inlay, overlay, facetas e coroas. Diante disso, optou-se pelo uso desse sistema computadorizado para reabilitar o paciente em sessão única com uma restauração onlay indireta que é indicada pela literatura para reabilitação de dentes com amelogenese imperfeita. Além disso, dentre as vantagens do uso do sistema CAD-CAM estão a agilidade do tratamento, previsibilidade do resultado, precisão satisfatória para substituir moldagens convencionais e maior conforto ao paciente.

REFERÊNCIAS

- Strauch S, Hahnel S. Restorative Treatment in Patients with Amelogenesis Imperfecta: A Review. *J Prosthodont*. 2018;27(7):618-623. doi:10.1111/jopr.12736.
- Edelhoff D, Ahlers MO. Occlusal onlays as a modern treatment concept for the reconstruction of severely worn occlusal surfaces. *Quintessence Int*. 2018;49(7):521-533. doi:10.3290/j.qi.a40482.
- Edelhoff D, Beuer F, Schweiger J, Brix O, Stimmelmayer M, Guth JF. CAD/CAM-generated high-density polymer restorations for the pretreatment of complex cases: a case report. *Quintessence Int* 2012;43: 457–467.
- Mormann WH. The origin of the Cerec method: a personal review of the first 5 years. *Int J Comput Dent*. 2004;7(1):11-24.
- Kricheldorf, Fabio et al. "Analysis of vertical marginal discrepancy in feldspathic porcelain crowns manufactured with different CAD/CAM systems: Closed and open." *European journal of dentistry* vol. 12,1 (2018): 123-128. doi:10.4103/ejd.ejd_368_17.

Ender A, Zimmermann M, Mehl A. Accuracy of complete- and partial-arch impressions of actual intraoral scanning systems in vitro. *Int J Comput Dent*. 2019;22(1):11-19.

Ender A, Zimmermann M, Attin T, Mehl A. In vivo precision of conventional and digital methods for obtaining quadrant dental impressions. *Clin Oral Investig*. 2016;20(7):1495-1504. doi:10.1007/s00784-015-1641-y.

MANGANO, F. et al. Intraoral scanners in dentistry: a review of the current literature. *Bmc Oral Health*, [s.l.], v. 17, n. 1, p.149-149, dez. 2017.

NEDELCU, R. et al. Finish line distinctness and accuracy in 7 intraoral scanners versus conventional impression: an in vitro descriptive comparison. *Bmc Oral Health*, [s.l.], v. 18, n. 1, p.18-27, 23 fev. 2018.

Bremer, B & Geurtsen, W. (2001). Molar fracture resistance after adhesive restoration with ceramic inlays or resin-based composite. *American journal of dentistry*. 14. 216-20.

Alves de Carvalho IF, Santos Marques TM, Araújo FM, Azevedo LF, Donato H, Correia A. Clinical Performance of CAD/CAM Tooth-Supported Ceramic Restorations: A Systematic Review. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2018;38(4):e68-e78. doi:10.11607/prd.3519.

Pousette Lundgren G, Morling Vestlund GI, Trulsson M, et al: A randomized controlled trial of crown therapy in young individuals with amelogenesis imperfecta. *J Dent Res* 2015;94:1041-1047.

Sfondrini, Maria Francesca, et al. "Computerized Casts for Orthodontic Purpose Using Powder-Free Intraoral Scanners: Accuracy, Execution Time, and Patient Feedback." *BioMed Research International*, vol. 2018, 2018, p. NA. Gale OneFile: Health and Medicine, Accessed 16 July 2020.

Cicciù M, Fiorillo L, D'Amico C, et al. 3D Digital Impression Systems Compared with Traditional Techniques in Dentistry: A Recent Data Systematic Review. *Materials (Basel)*. 2020;13(8):1982. Published 2020 Apr 23. doi:10.3390/ma13081982.

Burzynski JA, Firestone AR, Beck FM, Fields HW Jr, Deguchi T. Comparison of digital intraoral scanners and alginate impressions: Time and patient satisfaction. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2018;153(4):534-541. doi:10.1016/j.ajodo.2017.08.017.

Abduo J, Elseyoufi M. Accuracy of Intraoral Scanners: A Systematic Review of Influencing Factors. *Eur J Prosthodont Restor Dent*. 2018;26(3):101-121. Published 2018 Aug 30. doi:10.1922/EJPRD_01752Abduo21.

TAKEUCHI, Y. et al. Use of digital impression systems with intraoral scanners for fabricating restorations and fixed dental prostheses. *Journal Of Oral Science*, [s.l.], v. 60, n. 1, p.1-7, 2018.

SOBRE O ORGANIZADOR

Prof. Dr. Rossano Sartori Dal Molin

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade de Caxias do Sul, Especialização em Enfermagem Obstétrica, Especialização em Gestão do Trabalho Pedagógico, Especialização em Anatomia Funcional e MBA em Gestão de Instituições de Ensino Superior, sendo esse último com estágio na University of Turku na Finlândia, onde desenvolveu estudos acerca da pedagogia da inovação e o uso de indicadores na gestão universitária. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, na linha de pesquisa intitulada Estudos e Práticas da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. Doutor em Pediatria e Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, onde desenvolveu pesquisas na temática da asma infantil. Têm experiência em enfermagem, especialmente na área da saúde da mulher, recém-nascido, criança, fundamentos de enfermagem, saúde coletiva e gestão. Ainda, experiência em gestão pedagógica, assim como processos educacionais, construção de currículos e projetos de cursos, nos diferentes níveis de formação profissional. Atualmente é professor da FSG Centro Universitário, na área da Saúde da Mulher e da Criança e Coordenador de Ensino e Pesquisa do Hospital Pompéia de Caxias do Sul.



editora científica





editora científica

